

Autocuidado como estrategia de manejo de los síntomas en personas con insuficiencia cardíaca

Autocuidado como estratégia de manejo dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca

Self-care as a symptom management strategy in people with heart failure

Letícia Katiane Martins^I ; Nen Nalú Alves das Mercês^I ; Ariana Rodrigues da Silva Carvalho^{II} ;
Shirley Boller^I ; Maria de Fátima Mantovani^I ; Rafael Castilhos da Silva Padilha^{III} 

^IUniversidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil; ^{II}Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil;

^{III}Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil

RESUMEN

Objetivo: evaluar las estrategias adoptadas para el manejo de los síntomas en personas con insuficiencia cardíaca. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo-cuantitativo, realizado en un Hospital Universitario en Paraná, con personas diagnosticadas con insuficiencia cardíaca. Se utilizó un instrumento para la recolección de datos sociodemográficos y clínicos, una entrevista abierta y la European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido y estadística descriptiva. **Resultados:** entre los 81 participantes, se obtuvo un promedio de 32,8 ($\pm 6,4$) puntos en la European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. Las prácticas más frecuentes fueron el reposo, la adherencia al tratamiento farmacológico y el descanso ante la aparición de disnea. Emergieron cinco categorías temáticas: cumplimiento de la prescripción médica y búsqueda de atención sanitaria; automedicación; reposo y espera de la mejoría; uso de terapias complementarias; y adopción de hábitos saludables, los cuales fueron los comportamientos de autocuidado con mayor adherencia. **Conclusión:** las principales estrategias empleadas para el manejo de los síntomas fueron el cumplimiento de la prescripción médica, la búsqueda de atención sanitaria, la automedicación, el reposo y la espera de la mejoría de los síntomas, el uso de terapias complementarias y la adopción y mantenimiento de hábitos saludables.

Descriptores: Enfermería; Insuficiencia Cardíaca; Signos y Síntomas; Autocuidado.

RESUMO

Objetivo: avaliar estratégias adotadas para o manejo dos sintomas em pessoas com insuficiência cardíaca. **Método:** estudo descritivo, quali-quantitativo, realizado em um Hospital Universitário no Paraná, com pessoas com diagnóstico de IC, utilizando instrumento de dados sociodemográficos e clínicos, entrevista aberta e a *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*, analisados por análise de conteúdo e análise de estatística descritiva. **Resultados:** entre 81 participantes, obteve-se média de 32,8 ($\pm 6,4$) pontos na *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*. Repouso, adesão às medicações e repouso em caso de falta de ar. Emergiram cinco categorias temáticas: cumprimento da prescrição médica e procura pelo serviço de saúde; automedicação; repouso e espera pela melhora; uso de terapias complementares e hábitos saudáveis foram comportamentos de autocuidado com melhor adesão. **Conclusão:** as principais estratégias para o manejo dos sintomas foram cumprimento da prescrição médica, procura pelo serviço de saúde, automedicação, repouso e espera pela melhora dos sintomas, uso de terapias complementares, e introdução e manutenção de hábitos saudáveis.

Descritores: Enfermagem; Insuficiência Cardíaca; Sinais e Sintomas; Autocuidado.

ABSTRACT

Objective: to evaluate strategies adopted for symptom management in people with heart failure. Method: this is a descriptive, qualitative-quantitative study conducted at a University Hospital in Paraná with individuals diagnosed with heart failure. Data collection instruments included sociodemographic and clinical data, open interviews, and the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale, analyzed through content analysis and descriptive statistics. Results: the average score on the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale among 81 participants was 32.8 (± 6.4). Rest, medication adherence, and rest in case of shortness of breath were the most common self-care behaviors. Five thematic categories emerged: adherence to medical prescriptions and seeking healthcare services; self-medication; rest and waiting for improvement; use of complementary therapies; and healthy habits. Conclusion: the main strategies for symptom management were adherence to medical prescriptions, seeking healthcare services, self-medication, rest and waiting for symptom improvement, use of complementary therapies, and the introduction and maintenance of healthy habits.

Descriptors: Nursing; Heart Failure; Signs and Symptoms; Self Care.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) tiene una elevada prevalencia y un impacto considerable en la mortalidad y en la calidad de vida¹, constituyéndose en un importante problema de salud pública. La IC es un síndrome que no puede ser completamente curado, lo que requiere un manejo constante y a largo plazo².

En Brasil, el estudio prospectivo BREATHE que evaluó a pacientes hospitalizados con IC en dos períodos (2011-2012 y 2016-2018), mostró una incidencia acumulada de mortalidad en 12 meses del 27,7%, con un 24,3% de reingreso

hospitalario a los 90 días y un 44,4% a los 12 meses³. Según el autor, en este registro prospectivo, las tasas de mortalidad y de reingresos fueron mayores que las reportadas a nivel global³, lo que agrava aún más el problema en Brasil.

Solo en 2023, el país registró un total de 206.978 hospitalizaciones por IC, con 24.271 fallecimientos, lo que corresponde a una tasa de mortalidad del 11,73%, y un costo hospitalario total de aproximadamente 482 millones de reales⁴. En 2022, el número de hospitalizaciones fue ligeramente inferior (201.793); sin embargo, se observó un aumento de la tasa de mortalidad, alcanzando el 12,37%⁴.

El tratamiento de la insuficiencia cardíaca comprende medidas farmacológicas y no farmacológicas. El primero tiene como objetivo minimizar los síntomas y reducir la morbilidad, así como las tasas de reingresos y fallecimientos asociados a la IC⁵. El tratamiento no farmacológico implica la gestión del estilo de vida mediante cambios en los hábitos y la promoción de la adherencia y persistencia en el tratamiento, siendo esencial para la prevención de eventos cardiovasculares y el manejo de la IC¹. Estos cambios incluyen una alimentación adecuada, dieta hiposódica, reducción de grasas y alimentos procesados; ingesta hídrica adecuada; control del peso; abandono del tabaco; consumo moderado de alcohol; actividad física según las condiciones del individuo, así como el mantenimiento de la actividad sexual. Las creencias, los valores y la espiritualidad también pueden constituir factores favorables para la salud^{1,6,7}.

La adherencia al tratamiento se considera un componente fundamental del autocuidado para la mejora de los desenlaces en el contexto de la IC⁸. Sin embargo, debido a la complejidad del tratamiento farmacológico y no farmacológico, la gestión terapéutica puede verse comprometida, lo que conduce a fallos en la adherencia, los cuales constituyen un fuerte predictor de hospitalizaciones en situaciones de IC².

La ejecución o no de estas recomendaciones también refleja el autocuidado del individuo frente a su condición de salud. Se entiende por autocuidado la habilidad de cuidar de sí mismo y de llevar a cabo acciones para promover, mantener y proteger su salud. Dentro del autocuidado, el comportamiento de *manejo* comprende las decisiones tomadas en función de la percepción de algún síntoma o de su empeoramiento, mientras que el comportamiento de *mantenimiento* del autocuidado involucra la adherencia a las recomendaciones terapéuticas⁸.

En este contexto, y considerando la IC como un problema de salud pública cuya prevalencia e incidencia se mantienen en niveles elevados en Brasil, resulta necesaria la adopción de comportamientos de autocuidado orientados al manejo de los síntomas, con el fin de prevenir descompensaciones clínicas y favorecer la recuperación de la calidad de vida.

De esta manera, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las estrategias de autocuidado adoptadas para el manejo de los síntomas en personas con IC? En este sentido, el objetivo del presente estudio fue evaluar las estrategias empleadas para el manejo de los síntomas en personas con insuficiencia cardíaca.

MARCO TEÓRICO

Para fortalecer el estudio, se utilizó como marco teórico la Teoría del Manejo de los Síntomas, la cual permitió contextualizar el manejo de los síntomas desde su perspectiva multidimensional. Debido a la escasez de estudios nacionales que aborden esta teoría en enfermedades cardiovasculares, especialmente en la IC, este estudio resulta de gran importancia para el desarrollo de la teoría y de la práctica profesional en enfermería, contribuyendo a mejorar el cuidado del individuo.

La Teoría del Manejo de los Síntomas (TMS) se publicó en 1994 y fue desarrollada por el cuerpo docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de California, en San Francisco, Estados Unidos, con el objetivo de describir el proceso multidimensional del manejo de los síntomas. La teoría se fundamenta en el supuesto de que el manejo eficaz de un síntoma o de un conjunto de síntomas depende de tres componentes y tres dominios de enfermería, los cuales deben mantenerse interrelacionados⁹⁻¹¹.

Los tres dominios de enfermería que se interrelacionan para el manejo de los síntomas son: la persona, el ambiente y la salud-enfermedad. El dominio Persona se relaciona con las variables intrínsecas del individuo y su forma de percibir y responder a los síntomas, incluyendo variables personales, demográficas, psicológicas y sociológicas. En el dominio Ambiente se consideran las condiciones o contextos en los que ocurre cada síntoma, incluyendo variables físicas, sociales y culturales, tales como el hogar, el lugar de trabajo, las instituciones de salud, la red de apoyo, las relaciones interpersonales, así como las creencias y valores del individuo. Por último, el dominio Salud y enfermedad comprende variables exclusivas del estado de salud y enfermedad y sus factores de riesgo asociados, tales como enfermedades, lesiones y/o discapacidades⁹⁻¹¹.

Los componentes de la TMS comprenden la experiencia de los síntomas, la estrategia de manejo de los síntomas y los resultados. El primer componente, la experiencia de los síntomas, precede al componente las estrategias para el manejo de los síntomas y se define como un proceso dinámico que incluye la percepción del individuo sobre un síntoma, la evaluación de su significado y la respuesta frente a este^{9,11}. La percepción de los síntomas ocurre cuando el individuo identifica alguna sensación diferente de lo habitual, ya sea en su frecuencia o gravedad, mientras que la evaluación tiene lugar cuando el individuo realiza un juicio sobre la gravedad^{11,12} y frecuencia del síntoma, su origen, su localización y su impacto en la vida diaria y en la rutina. Este proceso evaluativo puede verse influido por la percepción subjetiva de que el síntoma representa una amenaza para la vida o

tiene un efecto incapacitante. Asimismo, el impacto negativo puede intensificarse cuando la persona intenta adoptar estrategias para minimizar el síntoma sin percibir mejoría, lo que puede resultar en un aumento de sufrimiento¹¹.

Seguidamente, el segundo componente, las estrategias de manejo de los síntomas, tiene como objetivo evitar, retrasar, aliviar o minimizar la experiencia del síntoma. Se basa en la evaluación individual, seguida de la identificación de alguna intervención relacionada con el dominio afectado del síntoma⁹.

Al planificar una estrategia de manejo se consideran tres vías: reducir la frecuencia de los síntomas; disminuir la gravedad de los síntomas; o aliviar la angustia asociada al síntoma. Es fundamental que la persona asuma la responsabilidad del manejo de sus síntomas, ya sea de forma independiente o con la ayuda de un familiar/cuidador, lo que favorece su rol protagónico de su propia salud siempre que sea posible¹¹.

La TMS ha sido ampliamente estudiada en diversas áreas de la enfermería¹³ y, en el campo cardiovascular, investigaciones internacionales han abordado esta temática mediante la aplicación de la teoría en personas con IC¹⁴⁻¹⁶ y en mujeres con síndrome coronario agudo¹⁷. Sin embargo, a nivel nacional, no se encontraron estudios que aborden la TMS en relación con la insuficiencia cardíaca.

MÉTODO

Estudio descriptivo, exploratorio, transversal, cualitativo-cuantitativo (CUAL+cuan). La elección del enfoque CUAL+cuan se justifica por la intención de complementar los datos subjetivos provenientes de las entrevistas con información precisa obtenida mediante un instrumento específico. El estudio siguió las recomendaciones del *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

La recolección de datos cualitativos y cuantitativos se realizó de manera simultánea, en el período comprendido entre enero y julio de 2023, en el ambulatorio de insuficiencia cardíaca y en las unidades de hospitalización (salas de hospitalización, urgencias y UCI anexa a urgencias) de un Hospital Universitario (HU), referente en la atención de la macrorregión oeste de Paraná.

Los participantes fueron personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, seleccionadas de manera no aleatoria e incluidas conforme los criterios de elegibilidad establecidos: conocimiento del diagnóstico de IC; edad igual o superior a 18 años y; capacidad de comunicación preservada. Se excluyeron los participantes con diagnóstico reciente de IC (confirmado durante el período de recolección de datos) y aquellos con alteraciones cognitivas. Para evaluar la capacidad cognitiva se preguntó el nombre, la fecha actual, el día de la semana, el lugar de residencia, el lugar de nacimiento y el lugar donde se encontraba en ese momento; los respondientes que presentaron más de dos respuestas incorrectas fueron excluidos del estudio. La selección de los participantes se realizó a través del historial clínico electrónico y el reclutamiento fue presencial.

Se recopilaron datos sociodemográficos (personales y económicos) y datos clínicos (historial de la enfermedad actual, clasificación de la insuficiencia cardíaca según la *New York Heart Association*¹⁸, comorbilidades, medicación de uso continuo y hábitos de vida). La recolección se realizó a partir de los registros del historial clínico electrónico y se complementó con información proporcionada por los participantes mediante entrevistas.

Para la recolección de datos subjetivos, se llevaron a cabo entrevistas registradas en audio a través de la siguiente consigna abierta: *Cuénteme cómo se cuida usted o qué realiza cuando percibe algún síntoma relacionado con su problema cardíaco*. Esta consigna investigó las estrategias adoptadas para el manejo de los síntomas y, al final, se ofreció al participante la posibilidad de escuchar su propia entrevista para su validación.

Para la evaluación de los comportamientos de autocuidado, se aplicó la *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* (EHFScBs), que consta de 12 ítems con un único dominio. Las respuestas se registran en una escala tipo *Likert* de 1 a 5 puntos que varía de 1 = totalmente de acuerdo, 2 = casi siempre de acuerdo, 3 = a veces de acuerdo, 4 = casi nunca de acuerdo y 5 = totalmente en desacuerdo. La puntuación total se obtiene sumando los puntajes de todas las respuestas, con un rango de 12 a 60 puntos; a mayor puntaje, menor autocuidado. Los ítems corresponden a comportamientos de autocuidado relacionados con la verificación diaria del peso, reposo, búsqueda de ayuda del equipo de salud, restricción de líquidos, dieta, adherencia a la medicación, vacunación anual contra la gripe y práctica de ejercicio físico¹⁹. Los ítems contemplan las estrategias de manejo de los síntomas que promueven el autocuidado. Por lo tanto, el instrumento resultó útil para investigar el segundo componente de la TMS: estrategias para el manejo de los síntomas⁹. Para este estudio, el índice de confiabilidad, medido mediante el Alfa de Cronbach, fue de 0,46.

Para el análisis de los datos cualitativos, se utilizó el análisis de contenido²⁰, siguiendo los pasos de preparación y organización de los datos: transcripción de las entrevistas y notas de campo; lectura de los datos organizados; codificación de los datos y organización en categorías temáticas; presentación y descripción de los datos y categorías; e interpretación de los datos.

Para el análisis cuantitativo, los datos recopilados se organizaron en hojas de cálculo de *Microsoft Excel 2013*[®] y, posteriormente, se procesaron y analizaron con el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS[®]), versión 26. Para los análisis descriptivos se utilizaron las medidas de proporción porcentual para variables categóricas y

medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas. Se evaluaron los supuestos de las variables mediante pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk) y homogeneidad (prueba de Levene). Para analizar la asociación entre la puntuación de la *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* (EHFScBs) y las variables edad (en años), sexo, tiempo desde el diagnóstico de IC (en años), clase funcional, número de comorbilidades, número de medicamentos de uso continuo y nivel educativo, se utilizaron pruebas de correlación de Pearson, análisis de varianza (ANOVA) y la prueba t de Student para muestras independientes, según la naturaleza de las variables. El nivel de significancia adoptado fue del 5%, considerando estadísticamente significativas aquellas variables con valor $p < 0,05$.

El protocolo de investigación siguió las recomendaciones de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, respetando sus principios éticos y garantizando el anonimato, la confidencialidad y la privacidad de los datos de los participantes. Para la codificación de los participantes se utilizó el siguiente identificador: P (participante); F o M (femenino o masculino); X (número en cifras arábicas en orden creciente de los participantes según la recolección de datos).

RESULTADOS

Participaron 81 personas con IC, cuyas características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes con IC en un hospital universitario (n=81). Cascavel, PR, Brasil, 2023.

Variables	n (%)	Media± DE	Mediana	Varianza
Sexo				
Masculino	44 (54,3)			
Femenino	37 (45,7)			
Edad		66,81±12,8	69,00	25 a 93
Estado civil				
Casado(a)	43 (53,0)			
Viudo(a)	22 (27,1)			
Soltero(a)	7 (8,6)			
Unión estable(a)	3 (3,7)			
Separado(a)/divorciado(a)	6 (7,4)			
Nivel educativo				
Sin instrucción	13 (16,0)			
Educación primaria incompleta	46 (56,8)			
Educación primaria completa	6 (7,4)			
Educación secundaria incompleta	6 (7,4)			
Educación secundaria completa	9 (11,1)			
Educación superior incompleta	1 (1,2)			
Cuidador principal				
Familiar	45 (55,6)			
La propia persona	24 (29,6)			
La propia persona y un familiar	11 (13,6)			
Familiar y cuidador	1 (1,2)			

Leyenda: DE=Desviación Estándar.

Entre los participantes, el 54,3 % es del sexo masculino (n=44), con una edad media de 66,81 años; el 53,0 % está casado o casada (n=43) y el 56,8 % cuenta con educación primaria incompleta (n=46). El 55,5 % de los participantes (n=45) cuenta con un familiar responsable de sus cuidados de salud.

En cuanto a las características clínicas, el tiempo promedio desde la obtención del diagnóstico de IC fue de 7,16 (+7,8) años. La clase funcional según la NYHA fue, en su mayoría, CF II con un 50 % (n=40), seguida de CF III con 32,5 % (n=26), CF IV con 10 % (n=8) y CF I con 7,5 % (n=6).

Respecto a las comorbilidades asociadas, predominó la hipertensión arterial sistémica (n=65; 80,2 %), seguida de diabetes mellitus (n=36; 44,4 %) y enfermedad renal crónica (n=17; 21 %), entre otras, en menor proporción. Entre los participantes, el 12,3 % refirió consumo de tabaco (n=10) y el 6,2 % consumo de alcohol (n=5).

En relación con el uso de medicación continua, los participantes consumían en promedio 8,26 (+3,96) tipos distintos de medicamentos al día, con un rango de 0 a 21 fármacos. Los más utilizados fueron los betabloqueadores (n=77; 96,3 %), seguidos de los diuréticos de asa (n=59; 72,8 %) y los modificadores lipídicos (n=58; 71,6 %).

El resultado del análisis del comportamiento de autocuidado, evaluado mediante la EHFScBs, se presenta en la Tabla 2.

La puntuación total promedio fue de 32,8 ($\pm 6,4$), con un rango de 20 a 47 puntos. Al analizar las estrategias para el manejo de los síntomas y el autocuidado, se observa un énfasis en los extremos de la escala, 1 y 5, correspondientes a totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, respectivamente.

Tabla 2: Análisis descriptivo de la frecuencia de los ítems del EHFScBs evaluados por los participantes con insuficiencia cardíaca en un hospital universitario (n=81). Cascavel, Paraná, Brasil, 2023.

ítem	Enunciado	Media $\pm$ DE	Totalmente de acuerdo 1	Casi siempre de acuerdo 2	A veces de acuerdo 3	Casi nunca de acuerdo 4	Totalmente en desacuerdo 5
1	Me peso todos los días.	4,47$\pm$1,00	1 (1,2)	5 (6,2)	9 (11,1)	6 (7,4)	60 (74,1)
2	Si siento falta de aire, reposo	1,62$\pm$1,23	61 (75,3)	5 (6,2)	6 (7,4)	3 (3,7)	6 (7,4)
3	Si mi falta de aire aumenta, me pongo en contacto con el servicio de salud	2,41 $\pm$ 1,67	44 (54,3)	2 (2,5)	10 (12,3)	8 (9,9)	17 (21,0)
4	Si mis pies o piernas se hinchan más de lo habitual, me pongo en contacto con el servicio de salud.	2,59 $\pm$ 1,77	40 (49,4)	6 (7,4)	5 (6,2)	7 (8,6)	23 (28,4)
5	Si aumento 2 kg en una semana, me pongo en contacto con el servicio de salud	4,14$\pm$1,48	12 (14,8)	2 (2,5)	5 (6,2)	6 (7,4)	56 (69,1)
6	Limito la cantidad de líquidos que ingiero (no más de 1,5 a 2 L por día)	4,16$\pm$1,40	10 (12,3)	3 (3,7)	5 (6,2)	9 (11,1)	54 (66,7)
7	Descanso durante el día	1,19$\pm$0,69	73 (90,1)	5 (6,2)	1 (1,2)	0	2 (2,5)
8	Si mi cansancio aumenta, me pongo en contacto con el servicio de salud	2,56 $\pm$ 1,72	41 (50,6)	2 (2,5)	10 (12,3)	8 (9,9)	20 (24,7)
9	Sigo una dieta baja en sal.	1,94 $\pm$ 1,40	52 (64,2)	4 (4,9)	11 (13,6)	6 (7,4)	8 (9,9)
10	Tomo mi medicación de acuerdo con la prescripción médica.	1,27$\pm$0,86	72 (88,9)	2 (2,5)	4 (4,9)	0	3 (3,7)
11	Me vacuno contra la gripe todos los años.	2,22 $\pm$ 1,71	50 (61,7)	4 (4,9)	5 (6,2)	3 (3,7)	19 (23,5)
12	Realizo ejercicio físico de manera regular	4,21$\pm$1,26	9 (11,1)	2 (2,5)	7 (8,6)	9 (11,1)	53 (65,4)

Nota: DE = Desviación estándar.

Los ítems que presentaron las medias más bajas y, por consiguiente, los mayores niveles de comportamiento de autocuidado fueron el Ítem 7 (descansar durante el día) con un 90,1 % (n=73) y una media de 1,19 ($\pm 0,69$); el Ítem 10 (tomar la medicación según la prescripción) con un 88,9 % (n=72) y una media de 1,27 ($\pm 0,87$); y el Ítem 2 (descansar en caso de disnea) con un 75,3 % (n=61) y una media de 1,62 ($\pm 1,23$).

En cambio, los ítems con las medias más altas y, consecuentemente, menor comportamiento de autocuidado fueron el Ítem 1 (pesarse diariamente) con un 74,1 % (n=60) y una media de 4,47 ($\pm 1,00$); el Ítem 5 (acudir al servicio de salud si se gana 2 kg en una semana) con un 69,1 % (n=56) y una media de 4,14 ($\pm 1,48$); el Ítem 6 (limitar la cantidad de líquidos) con un 66,7 % (n=54) y una media de 4,16 ($\pm 1,40$); y el Ítem 12 (realizar ejercicio regularmente) con un 65,4 % (n=53) y una media de 4,21 ($\pm 1,26$).

Las pruebas de correlación de las variables no mostraron asociación ni significancia estadística entre la edad, el sexo, el tiempo desde el diagnóstico de IC, la clase funcional, el número de comorbilidades, el número de medicamentos de uso continuo y el nivel de educación, y los valores de la EHFScBs. Las estrategias de manejo de los síntomas coinciden con los resultados señalados por el instrumento EHFScBs y varían según el síntoma percibido o la condición de salud en la que se encuentren los participantes.

Considerando los datos obtenidos de las entrevistas, los cuales corroboran la información proveniente del instrumento EHFScBs, surgieron cinco categorías temáticas: cumplimiento de la prescripción médica y búsqueda de atención sanitaria; automedicación; reposo y espera de la mejoría; uso de terapias complementarias; e incorporación y mantenimiento de hábitos saludables. Se presentan a continuación.

Cumplimiento de la prescripción médica y búsqueda de atención sanitaria

Se refiere al acto de tomar los medicamentos correctamente, siguiendo la prescripción médica, en los horarios adecuados y en la dosis correcta, así como de cumplir con las recomendaciones médicas. También incluye la búsqueda de atención sanitaria, ya sea en servicios de urgencias, al percibir algún síntoma o mediante el seguimiento médico regular. Esta categoría respalda los datos evaluados mediante la EHFScBs en el Ítem 10 (tomar la medicación según la prescripción).

[...] realizo mis consultas mensuales [...], cuando vengo aquí es porque realmente me siento mal, pero al centro de salud voy todos los meses, voy al cardiólogo cada 2 meses y tomo los medicamentos correctamente (P44M).

No hay otra alternativa, solo hospitalización; solo en el hospital internado, busco al médico. No hay otra cosa, hay que acudir al médico urgentemente cuando empieza la hinchazón [...] (P81M).

La experiencia previa de un síntoma influyó en la toma de decisiones sobre las estrategias. Uno de los relatos evidencia la importancia de la adherencia a la terapia medicamentosa, manifestando que la interrupción del uso de los medicamentos resultaría en un empeoramiento del cuadro clínico y, por ello, sigue la prescripción y realiza un seguimiento regular:

Siempre tomo los medicamentos; si dejo de tomar ese medicamento, me muero, estoy seguro de ello. [...] (P69M).

Si dejo de tomar el medicamento durante 30 días, el carvedilol, los síntomas regresan, con seguridad regresan, no hay ninguna duda [...] (P69M).

Reposo y espera de la mejoría del síntoma

Se destacan las estrategias relacionadas con el manejo de los síntomas de fatiga, disnea, astenia y mareo. En los casos en que se perciben estos síntomas, fue común que los participantes relataran esperar a que pasen, beber agua, permanecer quietos, controlar la respiración y regular la velocidad e intensidad de la actividad. Con la percepción de que no hay nada más que hacer, los participantes consideran que descansar y esperar la mejoría equivale a no hacer nada y simplemente dejar que los síntomas pasen.

Esta categoría coincide con los datos evidenciados en la EHFScBs, en los Ítems 2 y 7 (descansar en caso de disnea y descansar durante el día).

Tengo que sentarme y abanicarme, tomar aire, inspirar y exhalar lentamente. La enfermera me enseñó a inhalar lentamente por la nariz y exhalar por la boca. [...] (P11M).

Últimamente tenía que caminar descansando; caminaba un poco, descansaba y esperaba a calmarme para volver a caminar (P28F).

A veces tengo que detener lo que estoy haciendo, cerrar los ojos e intentar respirar lo más profundo posible. [...] A veces me detengo por completo, me quedo quieta esperando mejorar para poder reaccionar nuevamente (P56F).

Automedicación

La automedicación fue una estrategia adoptada principalmente en relación con el ajuste de las dosis de los medicamentos, así como con la suspensión del fármaco debido a la aparición de síntomas como mareo, fatiga o poliuria.

Suspender un medicamento hizo que dejara de sentir mareo. Tomo 11 medicamentos por la mañana y pensé que eso no era bueno. Los tomaba y me sentía desanimada. Entonces suspendí este comprimido y comencé a tomar nuevamente la losartana. Como lo suspendí por mi cuenta, tendré que comentarlo con el médico. Pero dejé de sentir esos síntomas [...]. Cuando el corazón se acelera, a veces tomo el propranolol que solía tomar y del cual no podía prescindir; hasta hoy, si dejo de tomarlo, el corazón se acelera (P71F).

[...] Tomo furosemida para eliminar el exceso de agua del cuerpo. El médico indicó tomarla todos los días, pero no lo hago porque me da mucha debilidad si la tomo a diario (P43F).

Se destaca el aumento de la dosis del diurético furosemida como estrategia para aliviar el edema, cuando los participantes percibían hinchazón en los miembros inferiores o en el cuerpo en general.

[...] Si me siento más hinchado, aumento la dosis del diurético; a veces, hasta el mediodía voy 8 veces al baño, y disminuye la hinchazón (P18M).

[...] Tomo un diurético adicional. Él [el médico] dijo que es bueno para orinar más, porque yo orinaba más (P29F).

Uso de terapias complementarias

Las terapias complementarias, mediante el uso de plantas medicinales en forma de tés y pomadas, se utilizaron para el manejo de los síntomas. Los síntomas objetivo fueron: fatiga, tos, ansiedad, dolor, edema en los miembros inferiores, inapetencia, dolor epigástrico, así como para mejorar condiciones de salud, es decir, controlar la diabetes, el colesterol, el sistema cardiovascular, entre otros. El uso de los tés se realizó como automedicación, sin prescripción ni recomendación de un profesional de la salud.

Las principales hierbas mencionadas fueron: manzanilla, melisa y romero, siendo la manzanilla y la melisa utilizadas como calmantes, y el romero por considerarse beneficioso para el corazón. Otras plantas fueron mencionadas con menor frecuencia: raíz de perejil, caña de mona, quiebra piedra, menta, cola de caballo, entre otras.

Tomé té de hinojo con romero, porque el romero es bueno para el corazón, o té de melisa (P23F).

A veces, cuando estoy hinchada, preparo té de cola de caballo para orinar (P35F).

[...] Preparo té de raíz de perejil, caña de mona y quiebra piedra para los riñones; ayuda con las infecciones y a orinar mucho; a veces tomo té de menta (P17F).

Esta pomada de alcanfor quita el calor de mis pies y elimina la sensación de peso, pero ahora está hinchado nuevamente (P63M).

Otras estrategias complementarias realizadas fueron los baños de pies, caracterizados por la inmersión de pies y piernas en agua con sal como medida para disminuir el edema, referido por los participantes como salmuera.

Aplico salmuera, caliente el agua en una olla vacía con sal y coloco los pies dentro; siento como si se quitara todo el cansancio, y al día siguiente los pies estaban secos, sin hinchazón (P03M).

Para las piernas hinchadas, generalmente preparo una solución de salmuera caliente y elevo las piernas; no me pongo debajo de un árbol (P40F).

Introducción y mantenimiento de hábitos saludables

Esta categoría comprende la adopción y el mantenimiento de hábitos saludables, así como la realización de actividades de ocio y autocuidado. Las acciones de cambio de estilo de vida mediante hábitos saludables incluyen la práctica de ejercicios físicos ligeros y la interrupción del tabaquismo y el consumo de alcohol.

Hago mis caminatas dentro de mi conjunto residencial. [...] Camino casi todos los días, al menos tres vueltas por el conjunto, aunque me canse [...] Para disminuir el cansancio, hago ejercicios, camino y trato de no quedarme quieto, porque es peor permanecer mucho tiempo en la cama o en el sofá (P07M).

Dejé de beber y fumar antes del infarto, lo hice por voluntad propia; estaba consumiendo en exceso y quería cuidar mi salud (P11M).

Cuando estoy triste, voy a ver mis plantas, salgo a la calle y pronto se me pasa (P71F).

Por lo tanto, se identificaron algunas estrategias de manejo de síntomas, relacionadas con la IC y otras causas. Se observó que los relatos no solo corroboraron los datos obtenidos mediante la EHFScBs, sino que también los complementaron, con otras estrategias de manejo que no son evaluadas por la EHFScBs, entre ellas la automedicación y el uso de terapias complementarias.

DISCUSIÓN

La estrategia de manejo de los síntomas tiene como objetivo evitar, retrasar o aliviar la experiencia del síntoma, reduciendo su frecuencia, gravedad o la angustia asociada. El manejo de los síntomas recae principalmente en la propia persona, pudiendo contar con la ayuda de un familiar y/o cuidador⁹, como fue el caso de la mayoría de los participantes de este estudio.

Las comorbilidades forman parte del dominio Salud y Enfermedad e interfieren en la experiencia y manejo de los síntomas, destacándose en este estudio la alta incidencia de comorbilidades entre los participantes⁹. Las comorbilidades observadas son consistentes con otras investigaciones realizadas en Brasil^{21,22} y en Turquía²³, especialmente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Los medicamentos de uso continuo relacionados con el tratamiento de la IC siguen lo recomendado por las guías de tratamiento de la enfermedad y respaldan los resultados de otros estudios al mostrar el uso de betabloqueadores, diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, entre otros fármacos²⁴.

Desde la perspectiva de las estrategias para el manejo de los síntomas y el autocuidado, la EHFScBs incluye los comportamientos necesarios para el autocuidado en la IC: el reconocimiento de los signos y síntomas de exacerbación y la toma de decisiones ante la percepción de estos síntomas¹⁹.

La puntuación total promedio para el comportamiento de autocuidado en este estudio fue de 32,8 ($\pm 6,4$) puntos. Resultados con promedios similares se han encontrado en estudios realizados en Corea²⁵, Japón²⁶ y Brasil²⁷; sin embargo, también existen estudios que reportaron promedios inferiores, es decir, mejores comportamientos de autocuidado^{19,28}.

Estudios desarrollados en India, Suiza e Islandia encontraron resultados en la EHFScBs superiores a los de este estudio²⁹⁻³¹, lo que indica un peor comportamiento de autocuidado. En India²⁹ y Suiza³⁰, los investigadores verificaron una puntuación media de 45,0 y 41,09 puntos en la EHFScBs, mientras que en Islandia la media fue de 57,2³¹.

En el presente estudio, los ítems que presentaron mejor comportamiento de autocuidado por parte de los participantes fueron: descanso en caso de disnea, reposo diario, adherencia a la prescripción médica y a la dieta hiposódica. Estos datos coinciden con un estudio desarrollado en Corea, en el que se identificaron resultados similares²⁵.

Por otro lado, en relación con el menor nivel de autocuidado entre los participantes, los ítems que presentaron peor desempeño fueron aquellos vinculados al monitoreo diario del peso corporal, la práctica regular de ejercicio físico,

la restricción de líquidos y la búsqueda de atención médica en caso de aumento de peso. Otro estudio realizado en Brasil también identificó estos mismos comportamientos como los más comprometidos, con excepción del ítem relacionado con aumento de peso²⁷. Las estrategias evaluadas mediante la EHFScBs y los relatos de los participantes emergieron de manera clara y consistente; en este sentido, destacan el reposo ante la presencia de disnea, el reposo durante el día y el uso del medicamento según la prescripción médica.

En Etiopía, un estudio que abordó la TMS en pacientes con IC reportó estrategias de manejo de síntomas similares a las del presente estudio, incluyendo: adherencia a la medicación, reposo adecuado, seguimiento de consultas regulares, modificaciones en la dieta, participación en ejercicios, monitoreo del peso, uso de productos herbales y evitación de hábitos perjudiciales¹⁴.

El relato sobre el cumplimiento de la prescripción médica refleja la experiencia y la percepción subjetiva de adherencia a la terapia farmacológica. La estrategia de seguir la prescripción médica se ha reportado en estudios realizados en países de Europa³², Asia¹⁶ y Estados Unidos (EEUU)³³. En Europa, el 78,8 % de los participantes refería tomar la medicación según la prescripción médica y el 71 % no olvidaba su administración³². De manera similar, un estudio desarrollado en Italia evidenció que el 90 % de los participantes nunca olvidaba tomar sus medicamentos y destacó que los pacientes mayores utilizaban recordatorios para respetar los horarios³⁴, lo cual se asemeja a los hallazgos del presente estudio, en el que se observó la participación del apoyo familiar en los cuidados realizados.

En el estudio realizado en EEUU, algunos participantes creían que quienes debían controlar la dosis y el horario de administración de los medicamentos eran sus familiares o ellos mismos. En cambio, otros consideraban que el control de los medicamentos era responsabilidad del profesional de salud³³.

El descanso, en caso de disnea, y la realización de reposo diario pueden reflejar comportamientos saludables, siempre y cuando se lleven a cabo con cautela. Se identificaron el acto de dormir y el reposo como estrategias para alivio de los síntomas, especialmente de la fatiga³⁵, así como la inspiración profunda como recurso para el control de la disnea¹⁶.

La práctica de no hacer nada, esperar que pase y mantener la calma son estrategias no farmacológicas, cognitivo-conductuales¹⁶, también reportadas en estudios realizados en EEUU³⁶, Asia¹⁶ y China^{37,38}. Este comportamiento puede causar complicaciones, ya que la negligencia del síntoma, creyendo que mejorará espontáneamente, conduce a retrasos en la búsqueda de atención médica, agravando el cuadro clínico³⁶.

Un estudio realizado en la región Noreste de EEUU, al identificar la respuesta a los síntomas en personas con IC relacionada con la búsqueda de cuidados, verificó que el retraso en acudir a un servicio de salud se justificaba por el intento de usar técnicas de relajación, donde pocos participantes buscaron ayuda de un profesional de salud o del servicio. El retraso puede explicarse por la dificultad en reconocer los síntomas relacionados con la IC, atribuyéndolos a otras causas, como un cuadro gripal o fatiga³⁶.

Paradójicamente, hubo relatos de estrategias no evaluadas por el EHFScBs: automedicación y uso de terapias complementarias. La automedicación se informó mediante ajustes en la dosis del diurético o frente a la aparición de efectos adversos atribuidos a algún medicamento. Otros estudios realizados en EEUU³⁵ y Japón³⁸ identificaron el manejo de diuréticos y otros fármacos para el control del edema, el dolor y la diabetes³⁵.

Sin embargo, la seguridad y la calidad del autocuidado relacionado con el uso de medicamentos seleccionados por el paciente son desconocidas; tomar dosis adicionales de medicamentos prescritos puede perjudicar el tratamiento de los síntomas de agravamiento de la IC e incluso contribuir a resultados adversos³⁵.

En cuanto a las terapias complementarias, se adoptaron comportamientos especialmente relacionados con el uso de té para síntomas vinculados a la IC, así como para otras causas, como el control de la diabetes y la hipertensión, resfriados, ansiedad o insomnio. Un estudio brasileño señala el uso de té como medida de manejo de síntomas entre personas con IC³⁹. Sin embargo, los estudios en insuficiencia cardíaca son incipientes, predominando publicaciones centradas en poblaciones con otras enfermedades crónicas, como hipertensión y diabetes⁴⁰.

El uso de té y otras prácticas naturales complementarias, como recursos para el manejo de los síntomas y la enfermedad, refleja la necesidad de considerar las raíces y significados culturales atribuidos a estas prácticas terapéuticas en la atención de salud, los cuales deben ser incorporados en el plan terapéutico de la persona⁴⁰.

Otro comportamiento para el manejo de los síntomas y de la enfermedad fue la adopción de hábitos saludables, especialmente la interrupción del tabaquismo y/o del consumo de alcohol, la práctica de ejercicio físico y la adopción de una alimentación equilibrada, con reducción de sodio, grasas y azúcares. Entre las estrategias para el manejo de los síntomas en la IC se incluyen la nutrición saludable y/o con restricción de sodio^{16,33}. Sin embargo, persiste una falta de conocimiento respecto a la cantidad adecuada de sodio que puede ingerirse³³.

La práctica de ejercicio físico y una alimentación baja en sodio se observó en el 40,2 % de los participantes con IC en un estudio desarrollado en Japón. No obstante, el 80,4 % confiaba plenamente en la eficacia de los medicamentos que utilizaron la última vez para el alivio de los síntomas³⁸.

La dificultad para controlar el peso y la ingesta de líquidos perjudica la prevención de la retención hídrica y los signos de congestión. El aumento de peso se relaciona con signos de congestión sistémica, y pesarse diariamente permite percibir este síntoma. Sin embargo, los participantes mostraron reconocer signos de congestión al referir el uso de diuréticos adicionales para aliviar el edema.

El monitoreo diario del peso es una recomendación eficaz para el control de la IC, y la retención de líquidos es un signo de empeoramiento y no de falta de adherencia al tratamiento diurético. Además, puede ser el signo clínico más frecuente en personas con descompensación cardíaca¹.

El reconocimiento de los síntomas de descompensación dificulta el manejo y el autocuidado en la IC. Un estudio en Suiza³⁰ reveló que el 50 % de los participantes no reconoce la disnea o el edema como síntomas principales de la IC, el 60 % no toma medidas para controlarlos y el 43 % buscó orientación de un profesional de la salud. En la adopción de medidas de manejo, el 62 % no reducía el consumo de sal, el 70 % no regulaba la ingesta de líquidos y el 83 % no tomaba un comprimido extra de diurético en caso de disnea o edema; además, el 83 % no seguía una dieta baja en sodio al comer fuera de casa, el 47 % no tenía el hábito de pesarse y el 42 % rara vez o nunca realizaba ejercicio físico³⁰.

En síntesis, las estrategias contempladas para el manejo de los síntomas y el autocuidado se alinean con el componente dos de la TMS: estrategias para el manejo de los síntomas. Sin embargo, la no implementación integral de estas estrategias compromete la eficacia del manejo del síntoma.

Limitaciones del estudio

El presente estudio utilizó el instrumento EHFScBs, compuesto por 12 ítems, que presentó un índice de confiabilidad de 0,46, valor inferior al encontrado en la validación brasileña del instrumento (alfa de Cronbach = 0,70). Esta discrepancia puede atribuirse al perfil heterogéneo de los participantes y a la presencia de efectos techo o suelo en las respuestas. No obstante, se destaca que estas limitaciones no comprometen los hallazgos de esta investigación, dado que el objetivo del estudio no fue realizar un análisis psicométrico del instrumento, sino evaluar las estrategias adoptadas para el manejo de los síntomas en personas con insuficiencia cardíaca. Para estudios futuros, se sugiere, mediante muestreo probabilístico, una mayor homogeneidad entre los participantes que permita la generalización de los datos.

Basado en evidencias científicas, este estudio ofrece una base consistente para la planificación de acciones de enfermería en la promoción y la recuperación de la salud de personas con IC. Al comprender las estrategias de manejo de los síntomas, el o la enfermera podrá identificar e intervenir en eventuales vacíos en la atención, creando condiciones para optimizar el plan terapéutico, fomentar la adherencia al tratamiento y promover la autonomía del paciente en el manejo de su salud. De esta forma, el paciente se convierte en la persona que asume el papel central en su propio cuidado, lo que puede contribuir a una mejor calidad de vida.

Con un enfoque innovador en el contexto brasileño, este estudio presenta evidencias poco exploradas en el país que relacionan la IC con la TMS. Los resultados obtenidos promueven el desarrollo de la teoría, fortaleciendo su aplicación en la práctica de enfermería.

CONCLUSIÓN

La estrategia de manejo de los síntomas la lleva a cabo la persona con insuficiencia cardíaca y/o un familiar responsable del cuidado, o ambos, con el objetivo de aliviar la intensidad y la frecuencia de los síntomas y controlar la progresión de la enfermedad. En este estudio, las principales estrategias de autocuidado adoptadas para el manejo de los síntomas incluyeron el cumplimiento de la prescripción médica, el uso correcto de los medicamentos recetados; la búsqueda de atención en los servicios de salud ante la percepción de un síntoma que genera malestar o signos de descompensación clínica; la automedicación mediante el uso de diuréticos para el control del edema; el reposo y la espera de la mejoría de los síntomas; el uso de terapias complementarias como plantas medicinales; la adopción y el mantenimiento de hábitos saludables, relacionados con una alimentación equilibrada y la interrupción del consumo de tabaco y alcohol.

REFERENCIAS

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021 [cited 2024 Sep 12]; 42(36):3599-726. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.
2. Nordfonn OK, Morken IM, Bru LE, Larsen AI, Husebo AML. Burden of treatment on patients with chronic heart failure – a cross-sectional study. *Heart Lung*. 2021 [cited 2024 Sep 12]; 50(3):369-74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.003>.
3. Albuquerque DC, Silva PGMB, Lopes RD, Hoffmann-Filho CR, Nogueira PR, Reis H, et al. Breathe investigators: in-hospital management and long-term clinical outcomes and adherence in patients with acute decompensated heart failure: primary results of the first Brazilian registry of heart failure (Breathe). *J Card Fail*. 2024 [cited 2025 Jan 10]; 30(5):639-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.08.014>.

4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Morbidade hospitalar do SUS. Insuficiência cardíaca. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.
5. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. Correction to: 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022 [cited 2024 May 03]; 145(18):e1033. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>.
6. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: from knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology, *Eur J Prev Cardiol*. 2021 [cited 2024 Jan 22]; 28(5):460-95. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>.
7. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018 [cited 2024 Nov]; 111(3):436-539. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>.
8. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the Self-care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009 [cited Nov 2024]; 24(6):485-97. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>.
9. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001 [cited Feb 2024]; 33(5):668-76. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>.
10. Humphreys J, Janson S, Donesky D, Dracup K, Lee KA, Puntillo K, et al. Theory of symptom management. In: Smith MJ, Liehr PR. *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company. 2014:286-328.
11. Bender MS, Janson SL, Franck LS, Lee KA. Theory of symptom management. In: Smith MJ, Liehr PR. *Middle range theory of nursing*. New York: Springer publishing company. 2018 [cited Nov 2023]:147-77. DOI: <https://doi.org/10.1891/9780826159922.0008>.
12. Larson PJ. A Model for Symptom Management. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group. *Image J Nurs Sch*. 1994; 26(4):272-76.
13. Silva LAGP, Lopes VJ, Mercês NNA. Symptom management theory applied to nursing care: scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021 [cited Jan 2025]; 74(3):e20201004. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1004>.
14. Mulugeta H, Sinclair PM, Wilson A. The experience of people living with heart failure in Ethiopia: a qualitative descriptive study. *PLoS One*. 2024 [cited Jan 2025]; 19(10):e0310600. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310600>.
15. Lin CY, Hammash M, Mudd-Martin G, Biddle MJ, Dignan M, Moser DK. Older and younger patients' perceptions, evaluations, and responses to worsening heart failure symptoms. *Heart Lung*. 2021 [cited Aug 2024]; 50(5):640-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.05.005>.
16. Thida M, Asdornwiset U, Thosingha O, Dumavibhat C, Chansatitporn N. Symptom Experience, Symptom management strategies, and health related quality of life among people with heart failure. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2021 [cited Feb 2024]; 25(3):359-74. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/243557/170820>.
17. Cárdenas CYB, Cuevas VMC, Reyes JR. Experiencia del síntoma en el Síndrome Coronario Agudo: comprobación de un modelo conceptual. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2023 [cited Jan 2024]; 25. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.essc>.
18. The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*. 9th ed Little, Brown & Co; Boston, Mass: 1994. pp. 253-56.
19. Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-care Behavior Scale para o português do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012 [cited Feb 2024]; 20(5):9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500022>.
20. Creswell JW, Creswell JD. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Penso, 2021. 241 p.
21. Leal JSS, Figueiredo LS, Oliveira MBO, Fiore ACM, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca em tempos da COVID-19. *REAS*, 2023 [cited Aug 2024]; 23(8):e12783. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e12783.2023>.
22. Silva MAG, Brunori EHFR, Murakami BM, D'Agostino F, Lopes CT, Santos VB, et al. Predictors of self-care behaviors in individuals with heart failure in Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023 [cited Aug 2024]; 44:e20220357. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.20220357.en>.
23. Seckin M, Petrie MC, Stewart S, Johnston BM. Descriptive qualitative study of breathlessness and its management of Turkish individuals with self-reported heart failure. *BMJ Open*. 2024 [cited Jan 2025]; 14(11):e088335. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088335>.
24. Espinosa B, Llorens P, Gil V, Rossello X, Jacob J, Herrero P, et al. Prognosis of acute heart failure based on clinical data of congestion. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2022 [cited Mar 2024]; 222(6):321-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2021.07.004>.
25. Ok JS, Choi H. Factors affecting adherence to self-care behaviors among outpatients with heart failure in Korea. *Korean J Adult Nurs*. 2015 [cited Nov 2023]; 27:242-50. DOI: <https://doi.org/10.7469/kjan.2015.27.2.242>.
26. Yoshinaga R, Tomita K, Wakayama K, Furuta S, Miyamoto K, Matsuda Y, et al. Factors related to self-care behaviors among hospitalized patients with heart failure in Japan, based on the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *J Phys Ther Sci*; 2022 [cited Feb 2024]; 34(6):416-21. DOI: <https://doi.org/10.1589/jpts.34.416>.
27. Costa FBDS, Gama GGG, Mendes AS. Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2020 [cited Feb 2024]; 10:e46. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769240711>.
28. Lima JG, Barros ALBL, Lopes JL. Comportamento de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: relação com variáveis sociodemográficas e clínicas. *Texto Contexto Enferm*. 2023 [cited Mar 2024]; 32:e20230191. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0191pt>

29. D'Souza PJJ, George LS, Paramasivam G, Devasia T, George A, Nayak BS, et al. Knowledge and self-care behavior among heart failure patients in South India. *J Educ Health Promot.* 2024 [cited Jan 2025]; 28(13):384. DOI: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1956_23.
30. Schäfer-Keller P, Santos GC, Denhaerynck K, Graf D, Vasserot K, Richards DA, et al. Self-care, symptom experience, needs, and past health-care utilization in individuals with heart failure: results of a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2021 [cited Mar 2024]; 20:464–74. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa026>.
31. Ingadottir B, Jaarsma T, Norland K, Ketilsdóttir A. Sense of security mediates the relationship between self-care behavior and health status of patients with heart failure: a cross-sectional study. *J Cardiovasc Nurs.* 2023 [cited Mar 2024]; 38(6):537-45. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000981>.
32. Fonseca AF, Lahoz R, Proudfoot C, Corda S, Loeffroth E, Jackson J, et al. Burden and quality of life among female and male patients with heart failure in Europe: a real-world cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence.* 2021 [cited Feb 2024]; 15:1693-706. DOI: <https://doi.org/10.2147/PPA.S312200>.
33. Turrise S, Hadley N, Phillips-Kuhn D, Lutz B, Heo S. A snapshot of patient experience of illness control after a hospital readmission in adults with chronic heart failure. *BMC Nurs.* 2023 [cited Feb 2024]; 22(75):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01231-x>.
34. Guidotti E, Pennucci F, Valleggi A, Rosis S, Passino C. A longitudinal assessment of chronic care pathways in real-life: self-care and outcomes of chronic heart failure patients in Tuscany. *BMC Health Serv Res.* 2022 [cited Feb 2024]; 22(1):1146. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08522-0>.
35. Reeder KM, Ercole PM, Patrick M, Peek GM, Smith CE. Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2015 [cited Feb 2024]; 30(1):E1-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000117>.
36. Sethares KA, Mary-Elizabeth S, Fisher PBA, Riegel B. Factors associated with delay in seeking care for acute decompensated heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2014 [cited Feb 2024]; 29(5):429-38. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a37789>.
37. Liu X, Liu L, Li Y, Cao X. The association between physical symptoms and self-care behaviours in heart failure patients with inadequate self-care behaviours: a cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders.* 2023 [cited Aug 2024]; 23. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03247-2>.
38. Okada, AMN, Tsuchihashi-Makaya M, Kang, JBS, Aoki, Y, Fukawa MMN, Matsuoka SMS. Symptom perception, evaluation, response to symptom, and delayed care seeking in patients with acute heart failure: an observational study. *J Cardiovascular Nurs.* 2019 [cited Feb 2024]; 34(1):36-43. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000526>.
39. Nascimento HR, Puschel VAA. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2013 [cited Feb 2024]; 26(6):601-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600015>.
40. Soares AN, Morgan BS, Santos FBO, Matozinhos FP, Penna CMM. Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. *Rev enferm UERJ.* 2014 [cited Feb 2024]; 22(1):83-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/11450/8988>.

Contribuciones de los autores

Concepción, L.K.M. y N.N.A.M.; metodología, L.K.M., N.N.A.M. y A.R.S.C.; software, L.K.M. y A.R.S.C.; validación, L.K.M., N.N.A.M., A.R.S.C., S.B. y M.F.M.; análisis formal, L.K.M., N.N.A.M., A.R.S.C., S.B., M.F.M. y R.C.S.P.; investigación, L.K.M., N.N.A.M. y A.R.S.C.; recursos, L.K.M., N.N.A.M.; A.R.S.C.; curaduría de datos, L.K.M., N.N.A.M. y A.R.S.C.; redacción, L.K.M.; revisión y edición, L.K.M., N.N.A.M., A.R.S.C. y R.C.S.P.; visualización, L.K.M., N.N.A.M., A.R.S.C., S.B., M.F.M. y R.C.S.P.; supervisión, N.N.A.M. y A.R.S.C.; administración del proyecto, N.N.A.M. Todos los autores leyeron y aceptaron la versión final del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la composición del manuscrito *“Autocuidado como estrategia de manejo de los síntomas en personas con insuficiencia cardíaca”*.