



REVISIÓN

Capacidad funcional y autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca: una revisión de alcance

Functional status and self-care of patients with heart failure: a scoping review

Capacidade funcional e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: uma scoping review

José Arthur Guimarães dos Santos¹

Juliana Pessoa de Souza²

Danielly Farias Santos de Lima³

Suzana de Oliveira Manguiera⁴

João Victor Batista Cabral⁵

Mailson Marques de Sousa⁶

¹ Enfermero, Magíster en Enfermería por el Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

² Enfermera, estudiante de maestría del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

³ Enfermera, estudiante de maestría del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Enfermera, Profesora del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

⁵ Enfermero, Profesor del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

⁶ Enfermero, Profesor del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

* Autor correspondiente. E-mail: arthurguimaraes60@gmail.com

<https://doi.org/10.6018/eglobal.677601>

elocation-id:e677601

Recibido: 01/09/2025

Aceptado: 29/01/2026

RESUMEN:

Objetivo: Mapear la evidencia científica sobre la relación entre la capacidad funcional y el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Revisión de alcance realizada de acuerdo con el Joanna Briggs Institute y guiada por PRISMA-ScR. Se consultaron siete bases de datos electrónicas y literatura gris. Se incluyeron estudios primarios con adultos (de 18 años o más) diagnosticados con insuficiencia cardíaca, publicados en cualquier idioma, con una selección independiente y a doble ciego.

Resultados: Se incluyeron 18 estudios. El autocuidado se evaluó predominantemente utilizando el Self-Care of Heart Failure Index. La capacidad funcional se evaluó principalmente a través de la clasificación

funcional de la New York Heart Association. La relación entre ambos es compleja y variada, con correlaciones positivas, negativas o ausentes.

Conclusión: La relación entre la capacidad funcional y el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca es heterogénea. La comprensión de la relación entre el autocuidado y la capacidad funcional puede orientar a los profesionales de la salud en la evaluación y el desarrollo de intervenciones personalizadas (educación, apoyo al ejercicio, motivación) para pacientes con insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: Estado Funcional; Autocuidado; Insuficiencia Cardíaca; Revisión de Alcance.

ABSTRACT:

Objective: To map the scientific evidence on the relationship between functional capacity and self-care in patients with heart failure.

Methods: Scoping review conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute and guided by PRISMA-ScR. Seven electronic databases and gray literature were consulted. Primary studies with adults (aged 18 years or older) diagnosed with heart failure, published in any language, were included, with independent and double-blind selection.

Results: 18 studies were included. Self-care was predominantly assessed using the Self-Care of Heart Failure Index. Functional capacity was primarily assessed using the New York Heart Association functional classification. The relationship between the two is complex and varied, with positive, negative, or absent correlations.

Conclusion: The relationship between functional capacity and self-care in patients with heart failure is heterogeneous. Understanding the relationship between self-care and functional capacity can guide healthcare professionals in the assessment and development of personalized interventions (education, exercise support, motivation) for patients with heart failure.

Keywords: Functional Status; Self Care; Heart Failure; Scoping Review.

RESUMO:

Objetivo: Mapear as evidências científicas sobre a relação entre capacidade funcional e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.

Métodos: *Scoping review* elaborada conforme o *Joanna Briggs Institute* e orientada pelo PRISMA-ScR. Sete bases de dados eletrônicas e literatura cinzenta foram consultadas. Incluíram-se estudos primários com adultos (idade igual ou superior a 18 anos) diagnosticados com insuficiência cardíaca, publicados em qualquer idioma, com seleção independente e duplo-cega.

Resultados: Dezoito estudos foram incluídos. O autocuidado foi avaliado predominantemente pelo instrumento *Self-Care of Heart Failure Index*. A capacidade funcional foi principalmente avaliada pela classificação funcional da *New York Heart Association*. A relação entre ambos é complexa e variada, com relações positivas, negativas ou ausentes.

Conclusão: A relação entre capacidade funcional e autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca é heterogênea. A compreensão da relação entre autocuidado e capacidade funcional pode guiar profissionais de saúde na avaliação e no desenvolvimento de intervenções personalizadas (educação, suporte ao exercício, motivação) de pacientes com insuficiência cardíaca.

Palavras-chave: Estado Funcional; Autocuidado; Insuficiência Cardíaca; Revisão de Escopo.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad a nivel mundial. En los últimos años, los avances en el tratamiento de las ECV han contribuido significativamente a un aumento de la longevidad, lo que hace esencial el análisis de la carga de la enfermedad para guiar las políticas de salud centradas tanto en la prevención de factores de riesgo como en la mejora de la calidad de vida (CdV)⁽¹⁾. En este escenario, la insuficiencia cardíaca (IC) destaca como la principal causa de ingreso hospitalario en Brasil, con altas tasas de mortalidad y reingreso a corto y largo plazo⁽²⁾.

Aproximadamente 64.3 millones de personas en todo el mundo padecen IC. En Brasil, la prevalencia es de alrededor de 2 millones^(3,4). En la población adulta, la prevalencia

oscila entre el 1% y el 3%, siendo más frecuente entre los ancianos. La incidencia varía de 1 a 20 casos por cada 1,000 personas por año⁽⁴⁾.

La IC se define como un síndrome clínico y multifactorial, caracterizado por signos y síntomas resultantes de trastornos cardíacos estructurales o funcionales. Está asociada con una baja capacidad funcional (CF) y una mayor necesidad de recursos terapéuticos, lo que se traduce en altos costos para el sistema de salud^(2,4). Como condición progresiva y debilitante, la IC requiere un manejo continuo y de por vida para lograr el control del estado funcional⁽⁵⁾.

Síntomas como la disnea, la fatiga, la retención de líquidos y el edema en las extremidades inferiores están presentes en la IC y pueden limitar la tolerancia al ejercicio y la CF⁽²⁾. Esto contribuye a una disminución en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) y, consecuentemente, a una menor CdV. Una revisión sistemática y metaanálisis, que evaluó el uso de pruebas funcionales en personas con IC, mostró que los pacientes con bajo rendimiento físico, como en la Prueba de Caminata de Seis Minutos (6MWT), tienen un peor pronóstico para la IC, con un mayor riesgo de hospitalización y mortalidad⁽⁶⁾. Un estudio transversal mostró que cuanto mayor es la clase funcional de la New York Heart Association (NYHA), menor es el rendimiento funcional, de modo que los pacientes con NYHA III y IV fueron los que presentaron la peor funcionalidad⁽⁷⁾.

En pacientes con clase funcional NYHA II y III y fracción de eyección preservada, la CF demuestra un impacto directo en el manejo del autocuidado (AC), pero no está directa ni indirectamente relacionada con el mantenimiento del AC. Los individuos con CF limitada pueden tener dificultades para manejar sus síntomas, pero esto no necesariamente impide su capacidad para mantener las rutinas de AC, como seguir una dieta específica o usar la medicación prescrita⁽⁸⁾.

La IC influye en la CF, por lo que es esencial que los pacientes mantengan la estabilidad clínica mediante la adopción efectiva de prácticas de AC. Esto requiere incorporar hábitos de monitoreo y control de la ingesta de líquidos y sal, seguir una dieta saludable, adherirse a la medicación y practicar ejercicio físico regularmente. Estas prácticas permiten una mejor CdV y menores tasas de resultados adversos⁽⁹⁾. Por esta razón, el AC en pacientes con IC contribuye al mantenimiento de la estabilidad clínica y las AVD con mayor eficiencia⁽¹⁰⁾.

Los resultados encontrados en la literatura con respecto a la relación entre CF y AC son limitados, y los hallazgos pueden no ser aplicables a todos los pacientes con IC. Por lo tanto, se necesita más investigación para dilucidar mejor esta relación en diferentes contextos y poblaciones. Dado lo anterior, el objetivo fue mapear la evidencia científica sobre la relación entre CF y AC en pacientes con IC.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de una revisión de alcance, desarrollada en nueve pasos secuenciales, tal como lo recomienda el manual del Joanna Briggs Institute (JBI) para la síntesis de evidencia⁽¹¹⁾: 1) Estructuración del título; 2) Desarrollo del título y la pregunta; 3)

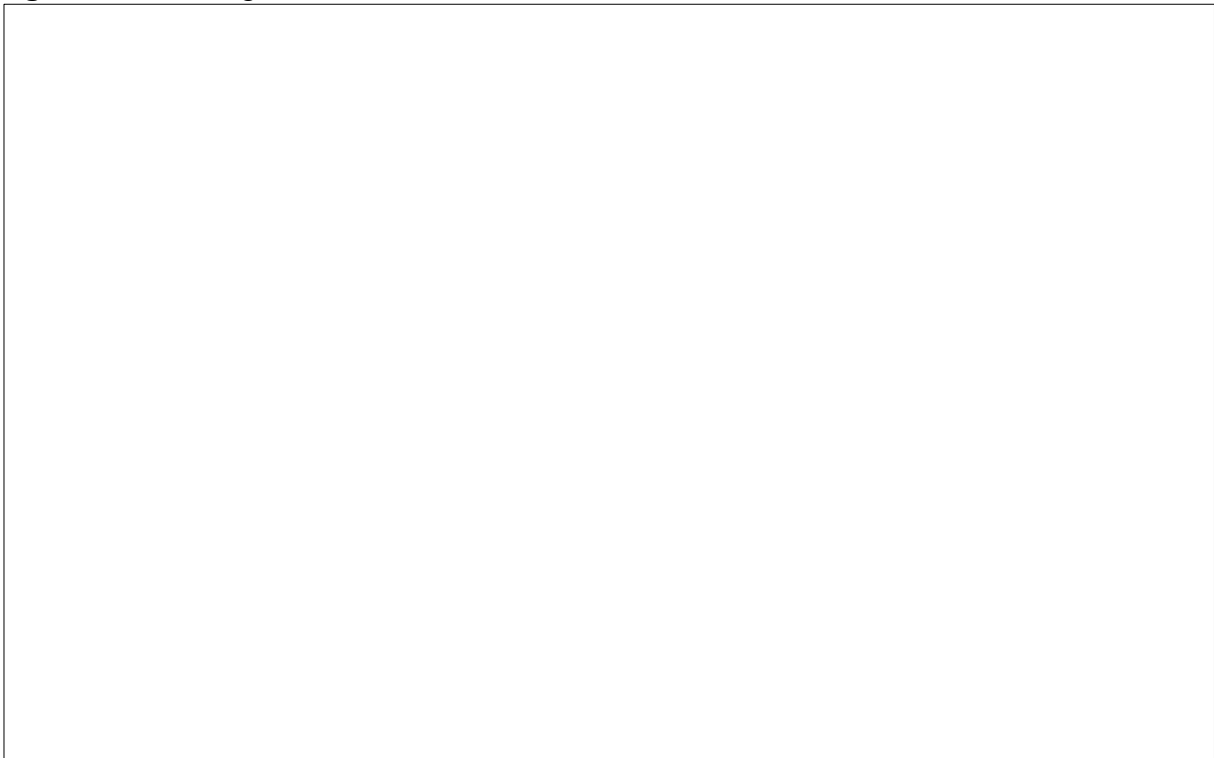
Redacción de la introducción y el objetivo; 4) Desarrollo y alineación de los criterios de inclusión con el objetivo y la pregunta de investigación; 5) Elaboración de la estrategia de búsqueda para que sea lo más exhaustiva posible; 6) Selección de la fuente de evidencia; 7) Proceso de extracción de datos; 8) Análisis de la evidencia; y 9) Presentación de los resultados.

Se siguieron las recomendaciones metodológicas de los Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses for scoping reviews, PRISMA-ScR⁽¹²⁾. El protocolo de estudio fue registrado previamente en la plataforma Open Science Framework – OSF (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JRUY3>).

Identificación de la pregunta de investigación

La pregunta de investigación se formuló con base en la estrategia mnemotécnica PCC (Población, Concepto y Contexto)⁽¹¹⁾, como se ilustra en la Figura 1.

Figura 1: Estrategia mnemotécnica PCC. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.



Fuente: Elaboración propia, 2025.

De esta manera, se estableció la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y el autocuidado de las personas con insuficiencia cardíaca?

Fuentes de información

Las fuentes de información consistieron en las siguientes bases de datos: National Library of Medicine (PubMed), Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science (WoS), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Cochrane Library, Embase y SCOPUS vía Elsevier. Para la literatura gris, se utilizaron: Catálogo de Tesis y Disertaciones de CAPES, Biblioteca Digital Brasileña de

Tesis y Disertaciones (BDTD), WHO Library Database y ProQuest Dissertations and Thesis Global.

Se accedió a las bases de datos a través del Portal de Revistas CAPES (Coordinación para el Mejoramiento del Personal de Educación Superior), utilizando la Comunidad Académica Federada (CAFe), mediante el acceso proporcionado por una universidad pública federal. Finalmente, se realizaron búsquedas en las listas de referencias de los estudios incluidos en la muestra de esta revisión de alcance. Las búsquedas se llevaron a cabo después del registro del protocolo, entre diciembre de 2024 y marzo de 2025. Las estrategias de búsqueda se basaron en los elementos del mnemotécnico PCC, con la ayuda de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) o Medical Subject Headings (MeSH), en conjunción con los operadores booleanos AND y OR. Las estrategias de búsqueda se definieron basándose en pruebas iniciales en los portales PubMed y CINAHL, y posteriormente se aplicaron a las demás bases de datos según lo recomendado⁽¹¹⁾. Las estrategias de búsqueda y los resultados obtenidos de las respectivas fuentes de información se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Estrategias de Búsqueda, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

Fuentes de información	Estrategias de búsqueda	Estudios identificados
PubMed	("Heart Failure"[MeSH Terms] OR "Heart Failure"[Title/Abstract]) AND ("Functional Status"[MeSH Terms] OR "Functional Status"[Title/Abstract] OR "Functional Capacity"[Title/Abstract]) AND ("self care"[MeSH Terms] OR "self care"[Title/Abstract] OR "self care"[MeSH Terms] OR "self care"[Title/Abstract])	73
CINAHL	"Heart Failure" AND "Functional Status" OR "Functional Dependence" OR "Functional Independence" AND "Self Care"	1026
WoS	(((((TS=("Heart Failure")) OR TS=("Cardiac Failure")) OR TS=("Heart Decompensation")) AND TS=("Functional Status")) OR TS=("Functional Dependence")) AND TS=("Self Care"))	75
LILACS	("Heart Failure") OR ("Cardiac Failure") OR ("Heart Decompensation") OR ("Congestive Heart Failure") OR ("Insuficiência Cardíaca") OR ("Descompensação Cardíaca") OR ("Falência Cardíaca") OR ("Falência Cardíaca Congestiva") OR ("Insuficiência Cardíaca Congestiva") OR ("Insuficiencia Cardíaca") OR ("Descompensación Cardíaca") OR ("Falencia Cardíaca") OR ("Fallo Cardíaco Congestivo") OR ("Insuficiencia Cardíaca Congestiva") AND ("Functional Status") OR ("Functional Dependence") OR ("Functional Independence") OR ("Estado Funcional") OR ("Capacidade Funcional") OR ("Dependência Funcional") OR ("Independência Funcional") OR ("Saúde Funcional") OR ("Status Funcional") OR ("Dependencia Funcional") OR ("Estatus Funcional") OR ("Independencia Funcional")	05

	AND ("Self Care") OR ("Self-Care") OR (Autocuidado) OR (Autoayuda) OR (Autoayuda)	
Cochrane Library	"Heart Failure" in Title Abstract Keyword OR "Cardiac Failure" in Title Abstract Keyword AND "Functional Status" in Title Abstract Keyword AND "Self Care" in Title Abstract Keyword	169
Embase	('heart failure'/exp OR 'cardiac failure' OR 'heart decompensation' OR 'congestive heart failure'/exp OR 'myocardial failure') AND ('functional status'/exp OR 'functional dependence' OR 'functional independence') AND ('self care'/exp OR 'self-care') AND [embase]/lim	181
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ('heart AND failure' OR 'cardiac AND failure' OR 'heart AND decompensation' OR 'congestive AND heart AND failure' OR 'myocardial AND failure') AND ALL ('functional AND status' OR 'functional AND dependence' OR 'functional AND independence') AND ALL ('self AND care' OR 'self-care'))	74
BDTD	"Heart Failure" AND "Functional Status" AND "Self Care"	02
Who Library Database	"Heart Failure" OR "Cardiac Failure" OR "Heart Decompensation" AND "Functional Status" OR "Functional Dependence" OR "Functional Independence" AND "Self Care" OR "Self-Care"	28
ProQuest	"Heart Failure" AND "Functional Status" AND "Self Care"	133

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Selección de los estudios

En esta revisión, los criterios de inclusión definidos fueron: estudios que involucren adultos (de ≥ 18 años) con diagnóstico clínico de IC, publicados en cualquier idioma, y sin restricción de tiempo. Se consideraron investigaciones realizadas en todos los entornos de atención de salud (seguimiento, atención domiciliaria, centros de atención a largo plazo, atención primaria de salud y hospital), sin restricciones de ubicación geográfica, al igual que los estudios primarios que respondieran a la pregunta orientadora.

Se excluyeron los estudios que fueran editoriales, resúmenes en actas de eventos, fases de proyectos, protocolos de investigación, opiniones de expertos y estudios que no se relacionaran con el objetivo de la revisión. La exclusión se llevó a cabo basándose en la lectura del título y resumen, el tema asociado, la falta de disponibilidad del texto completo y la duplicación de estudios.

Los resultados de la búsqueda fueron exportados al gestor de referencias Zotero (versión 7.0.11)⁽¹³⁾, que asistió en la identificación de estudios duplicados y la organización de las referencias. La selección de los estudios fue realizada de forma independiente, por pares, y a doble ciego, utilizando la plataforma Rayyan - Intelligent Systematic Review⁽¹⁴⁾. Los casos de desacuerdo entre los revisores fueron resueltos

por un tercer revisor. Todo el proceso de selección se representa en el diagrama de flujo PRISMA-ScR (Figura 2).

Análisis de los datos

Los datos de los estudios incluidos fueron extraídos e ingresados en un instrumento específico, desarrollado por los autores, que incluía: base de datos; año e idioma de publicación; revista; diseño del estudio; objetivos; ubicación; entorno o contexto de atención de salud; población y muestra; métodos para evaluar el AC y la CF; relación observada entre AC y CF; limitaciones; y resultados

RESULTADOS

Inicialmente, se identificaron 1,603 publicaciones en las bases de datos PubMed, CINAHL, WoS, Cochrane Library, Embase y SCOPUS. De estas, se eliminaron 124 publicaciones duplicadas (123 señaladas por automatización y 1 excluida manualmente). Después de esta selección inicial, se examinaron 1,479 publicaciones, lo que resultó en la exclusión de 1,391 por no cumplir con los criterios establecidos. Las 88 publicaciones restantes fueron evaluadas para determinar su elegibilidad: 2 se excluyeron por ser protocolos de investigación, 3 por abordar poblaciones diferentes y 69 por no corresponder al objeto de estudio, totalizando 14 estudios incluidos.

Paralelamente, se identificaron 163 publicaciones en la literatura gris (135 de sitios web – BDTD y ProQuest – y 28 de organizaciones – WHO Library Database). Finalmente, se realizaron búsquedas por citación, donde se analizaron 15 estudios. Así, se obtuvo un total de 178 estudios por otros métodos. Tras el análisis, 174 fueron excluidos por no ajustarse al enfoque de la revisión, lo que resultó en 4 nuevos estudios incluidos. Al final del proceso, la revisión incluyó 18 estudios, como se ilustra en el diagrama de flujo PRISMA-ScR (Figura 2).

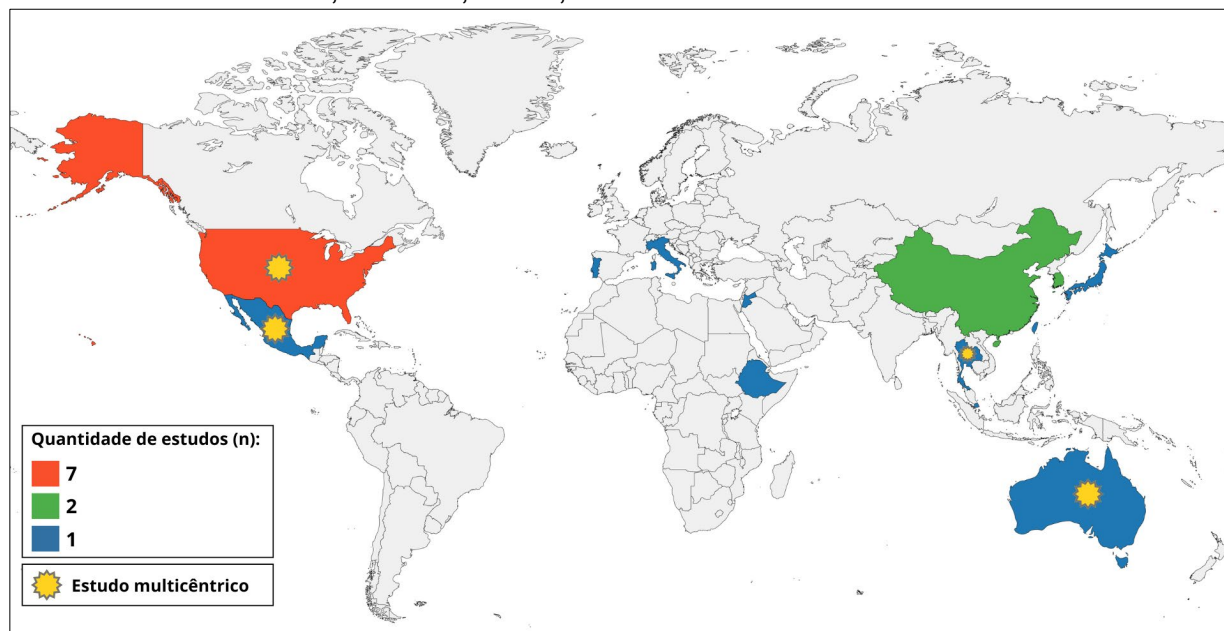
Los estudios seleccionados fueron identificados en cuatro bases de datos distintas. La mayoría, ocho artículos, se encontraron en PubMed⁽¹⁵⁻²²⁾, cinco en Embase⁽²³⁻²⁷⁾, uno en CINAHL⁽²⁸⁾ y cuatro a través de citas inversas⁽²⁹⁻³²⁾.

Figura 2: Diagrama de Flujo PRISMA-ScR para la identificación, selección e inclusión de publicaciones. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

Fuente: Adaptado⁽¹²⁾.

Los estudios seleccionados se realizaron predominantemente en Estados Unidos^(15-18,20,23,29), con siete estudios, seguido por Corea del Sur^(29,31) y China con dos cada uno^(19,24). Se realizó un único estudio en cada uno de los siguientes países: Australia⁽²³⁾, Etiopía⁽³²⁾, Italia⁽³⁰⁾, Japón⁽²⁵⁾, Jordania⁽²⁷⁾, México⁽²³⁾, Portugal⁽²¹⁾, Singapur⁽²⁶⁾, Taiwán⁽²²⁾ y Tailandia⁽²³⁾. También hubo un estudio multicéntrico⁽²³⁾ que involucró a Estados Unidos, Australia, Tailandia y México. El mapa temático presentado en la Figura 3 ofrece una representación coroplética de los artículos, considerando los países donde se desarrollaron los estudios.

Figura 3: Distribución geográfica de los artículos publicados según la frecuencia absoluta. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.



Fuente: Elaboración propia, 2025.

Tabla 2 presenta una síntesis narrativa de las características generales de los estudios incluidos y las relaciones encontradas entre la CF y el AC en pacientes con IC.

Tabla 2: Caracterización de los estudios incluidos y principales resultados encontrados, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

AUTORES (AÑO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POBLACIÓN Y CONTEXTO	RELACIÓN ENTRE AC Y CF
Jean M. Rockwell y Barbara Riegel (2001) ²⁹	Testar un modelo de características individuales del paciente, que abarca la gravedad de los síntomas, comorbilidad, apoyo social, escolaridad, edad, nivel socioeconómico y género, derivado del Modelo de AC	Estudio transversal y correlacional	209 pacientes diagnosticados con IC, en ambiente hospitalario.	Pacientes con síntomas más graves presentaron mayores puntajes de AC, es decir, aquellos que eran más sintomáticos y funcionalmente perjudicados estaban mejor informados sobre los síntomas que necesitan AC y

AUTORES (AÑO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POBLACIÓN Y CONTEXTO	RELACIÓN ENTRE AC Y CF
	de Connelly en Enfermedad Crónica como predictores de AC en la IC.			tendían a adoptar comportamientos de AC.
Seongkum Heo et al. (2008) ¹⁵	Identificar los factores relacionados con los comportamientos de AC en pacientes con IC.	Estudio transversal y correlacional	122 pacientes con IC, con edad promedio de 60 años, acompañados en ambulatorios.	Para las mujeres, peor CF predijo mejores comportamientos de AC, sugiriendo que el compromiso funcional facilitó el AC. Aunque hombres y mujeres presentaban niveles iniciales semejantes de conocimiento, estado psicológico y comportamientos de AC, los hombres exhibían mejor estado funcional. Por último, factores distintos afectaron el AC de cada género.
Barbara Riegel et al. (2009) ²³	Describir y comparar el AC en dos países desarrollados — EUA y Australia — y dos países en desarrollo — Tailandia y México.	Estudio descriptivo y comparativo	2082 pacientes con IC, en diversos ambientes de salud (hospitales, clínicas, ambulatorios y domicilios).	La clase NYHA fue un determinante significativo en el mantenimiento del AC, y el estado funcional estuvo asociado a la confianza en el AC. La educación superior, la experiencia con el diagnóstico, la clase de la NYHA y el país fueron determinantes en el mantenimiento del AC; el mantenimiento del AC fue más alto en Australia y más bajo en Tailandia; el manejo del AC fue más alto en los

AUTORES (AÑO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POBLACIÓN Y CONTEXTO	RELACIÓN ENTRE AC Y CF
				Estados Unidos y más bajo en Tailandia; la confianza en el AC fue más alta en México y más baja en Tailandia.
Catherine N. Marti et al. (2012) ¹⁶	Evaluar de forma integral la adhesión reportada por el paciente a 8 recomendaciones de AC para IC, predictores de adhesión y su asociación con desenlaces.	Estudio de cohorte prospectivo	308 pacientes ambulatorios con IC, reclutados en 3 hospitales.	No hubo asociación significativa entre la adhesión al AC y la CF medida por la prueba de caminata de 6 minutos. Tampoco hubo asociación entre adhesión y eventos clínicos o CF.
Angela P. Clark et al. (2015) ¹⁷	Examinar los efectos de una intervención de apoyo educativo realizada en el ambiente doméstico, usando estrategias para mejorar el estado de salud y el AC en adultos/ancianos con IC clase I-III.	Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado	50 pacientes no hospitalizados diagnosticados con IC clase I-III de la NYHA, con edad ≥ 45 años. Estudio realizado de forma remota.	Hubo relación entre CF y AC, ya que hubo mejora en las puntuaciones del estado funcional en el grupo de intervención, y estos resultados demostraron un impacto positivo en el estado de salud de los participantes, destacando el componente de autoeficacia presente en la evaluación del AC que aumentó 20 puntos, indicando un aumento en los niveles de AC tras la mejora del estado funcional.
Antonello Cocchier et al. (2015) ³⁰	Describir el mantenimiento del AC, el manejo del AC y la confianza en el AC en adultos italianos con IC.	Estudio transversal descriptivo	1192 adultos con IC acompañados en centros cardiovasculares.	Una clase funcional NYHA más alta predijo un peor AC. Pacientes con limitaciones físicas más significativas tendieron a presentar menor capacidad de

AUTORES (AÑO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POBLACIÓN Y CONTEXTO	RELACIÓN ENTRE AC Y CF
				reconocer e interpretar los síntomas de exacerbación de la IC, implementar tratamientos para aliviarlos y evaluar la eficacia de estos tratamientos.
Jin Shil Kim et al. (2015) ³¹	Examinar la asociación de la función cognitiva con la adhesión al AC en pacientes coreanos con IC.	Estudio prospectivo	86 pacientes ambulatorios con IC, con edad > 30 años, diagnosticados con IC hace por lo menos 6 meses.	Pacientes con $\geq$ NYHA II presentaron niveles de AC significativamente inferiores en comparación con pacientes NYHA I. Aquellos con mayor limitación funcional demostraron peor función cognitiva y peor confianza en el AC. Es importante resaltar que la pérdida de memoria fue un predictor significativo de la confianza en el AC.
Jong Sun Ok y Heejung Choi (2015) ²⁸	Evaluar el conocimiento sobre IC y la adhesión a los comportamientos de AC en pacientes coreanos con IC. Identificar factores que afectan la adhesión a los comportamientos de AC en esos pacientes.	Estudio correlacional	280 pacientes ambulatorios con IC.	Pacientes con peor CF fueron más propensos a adherir a los comportamientos de AC. Específicamente, la CF fue una variable independiente significativa en el análisis de regresión múltiple, con un coeficiente beta de 0.19 y $p=0.036$.
McCarthy, Margaret et al. (2016) ¹⁸	Evaluar la viabilidad de una intervención de asesoramiento sobre ejercicios para adultos de	Estudio cuasiexperimental, prospectivo	15 adultos con diagnóstico de IC estable, acompañados en clínica.	La intervención condujo a mejoras tanto en la CF como en el mantenimiento AC. Una breve intervención

AUTORES (AÑO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POBLACIÓN Y CONTEXTO	RELACIÓN ENTRE AC Y CF
	diversas razas/etnias con IC. Evaluar el potencial de la intervención para mejorar la actividad física general, la CF y el AC de la IC.			liderada por enfermeros puede ser un abordaje posible para mejorar el AC en pacientes con IC. El asesoramiento sobre ejercicios usando entrevistas motivacionales puede ser una opción para promover la actividad física y mejorar la CF.
Huijing Zou et al. (2017) ¹⁹	Explorar factores asociados a los comportamientos de AC y examinar el papel mediador de la confianza en el AC.	Estudio transversal	321 pacientes con IC reclutados en tres unidades cardiovasculares hospitalarias.	Hubo asociación de la CF con el manejo del AC, pero no con el mantenimiento del AC.
Xiaoling Lei y Minsui Cai (2018) ²⁴	Describir las habilidades de AC y factores asociados en pacientes con IC.	Estudio transversal	91 pacientes con IC internados en ambiente hospitalario.	El estudio encontró una relación negativa entre la NYHA y la capacidad de AC. Pacientes con NYHA IV presentaron menor capacidad de AC. Pacientes con NYHA II presentaron mejor capacidad de AC. El conocimiento sobre la enfermedad también influye en la capacidad de AC, siendo que pacientes con mayor comprensión de la IC tienden a tener mejor capacidad de AC. La movilidad de los pacientes también fue relacionada con el conocimiento de

AUTORES (AÑO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POBLACIÓN Y CONTEXTO	RELACIÓN ENTRE AC Y CF
				la enfermedad y la clasificación funcional cardíaca.
Bruno Delgado et al. (2021) ²¹	Comprender la relación del género y de las características fisiopatológicas con el comportamiento de AC.	Estudio transversal multicéntrico	225 pacientes internados con IC de ocho hospitales.	Pacientes en la clase NYHA II presentaron un nivel peor de autogestión y autoconfianza en comparación con pacientes en las clases III y IV.
Kazushi Sakane et al. (2021) ²⁵	Describir un caso de IC avanzada con fracción de eyección reducida en que la entrevista motivacional lleva a la estabilización de la condición del paciente.	Reporte de caso	1 paciente con IC y fracción de eyección reducida interno en ambiente hospitalario.	Después de la entrevista motivacional, hubo una mejora en el AC y también en la CF del paciente, demostrada por la reducción de la frecuencia cardíaca después del esfuerzo y por la mejora en la clase funcional de la NYHA. Hubo una relación positiva entre el AC y la CF después de la intervención.
Enu Sitotaw et al. (2022) ³²	Comprender las prácticas de AC y sus factores asociados entre pacientes con IC en el sur de Etiopía.	Estudio transversal	229 pacientes con IC internos en ambiente hospitalario	Los participantes de las clases NYHA III y IV tenían el doble de probabilidades de tener buenos comportamientos de AC en comparación con los de las clases I y II. Solo el 34% de los participantes presentaron buenos puntajes de AC.
Rebecca A. Gary et al. (2022) ²⁰	Evaluar la eficacia de un programa de 12 semanas de ejercicio aeróbico domiciliario combinado con entrenamiento	Estudio aleatorizado controlado de tres grupos, con evaluaciones pre y post-intervención	69 participantes con edades entre 40 y 75 años, con fracción de eyección	Fue observado que la intervención combinada resultó en mejoras significativas tanto en el AC como en la CF. La combinación

AUTORES (AÑO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POBLACIÓN Y CONTEXTO	RELACIÓN ENTRE AC Y CF
	cognitivo computarizado (EX/CCT) en los comportamientos de AC en la IC, CV específica de la enfermedad y CF, en comparación con ejercicio solo (EX) o un programa de estiramiento y flexibilidad de atención habitual.		ventricular izquierda (FEVI) $\geq 10\%$, clase II-III de la NYHA, acompañados en clínicas de IC.	de ejercicio y entrenamiento cognitivo puede mejorar el AC, la CV y la CF en personas con IC. El CCT puede ser una estrategia de intervención más eficaz que el EX.
Chetna Malhotra et al. (2024) ²⁶	Evaluar el patrón de reingresos hospitalarios entre pacientes con síntomas IC avanzada.	Estudio de cohorte prospectivo	250 pacientes con IC reclutados en dos hospitales públicos.	Pacientes con peor estado funcional y comportamientos de AC inadecuados presentaron mayor riesgo de reingreso hospitalario. El estudio identificó que pacientes con fuerza de prensión manual débil y peor estado funcional presentaron mayor riesgo de reingreso hospitalario.
Loai Issa Tawalbeh (2024) ²⁷	Identificar los predictores de comportamientos de AC entre pacientes con IC en Jordania.	Estudio transversal correlacional	254 pacientes con IC reclutados en tres ambulatorios	La clase funcional de la NYHA fue un predictor significativo de los aspectos de manejo y confianza del AC, ya que un mejor estado funcional NYHA fue correlacionado con mejores actividades de manejo del AC y mejor confianza en el AC.
Chih-Wen Chen et al. (2025) ²²	Evaluar los efectos de un modelo de cuidados de salud colaborativo liderado por enfermeros en la	Ensayo clínico aleatorizado de dos grupos	100 pacientes diagnosticados con IC, con edad ≥ 20 años del departamento	La intervención mejoró significativamente tanto el AC como el estado funcional a lo largo del tiempo,

AUTORES (AÑO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POBLACIÓN Y CONTEXTO	RELACIÓN ENTRE AC Y CF
	autogestión, estado funcional, rehospitalización y costos médicos de pacientes con IC.		de cardiología de un hospital.	indicando una relación positiva entre los dos. El estado funcional mejoró significativamente con un aumento de pacientes en la clase I de la NYHA y una disminución en la clase III.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Para evaluar el AC y la CF se utilizaron diversos instrumentos y enfoques. El AC fue evaluado predominantemente utilizando el Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI), en sus diferentes versiones y adaptaciones culturales para varios países^(15,17-21,23,26,27,30,31). Dos publicaciones utilizaron la European Heart Failure Self-care Behaviour Scale^(22,28), y una empleó una herramienta similar, como la European Self-care Behaviour Practice Tool, para medir el AC⁽³²⁾.

Otras evaluaciones de AC incluyeron la subescala del Self-Management of Heart Failure Instrument (SMHF)⁽²⁹⁾, el cuestionario Medical Outcomes Study Specific Adherence Scale (MOS-SAS)⁽¹⁶⁾, el cuestionario CHF patient comprehensive self-care ability evaluation scale (MCHFCSQ)⁽²⁴⁾, y, en un reporte de caso, la observación de las conductas del paciente y la adherencia a las recomendaciones médicas ocurrió a través de la entrevista motivacional⁽²⁵⁾.

La CF, a su vez, fue evaluada predominantemente por la clasificación funcional de la NYHA en trece estudios^(15,17,21-28,30,31-32). El Duke Activity Status Index (DASI) se utilizó en cuatro estudios^(15,18-19,28), mientras que la prueba de caminata de 6 minutos (6MWT) se empleó en tres investigaciones^(16,18,20). Evaluaciones adicionales de CF incluyeron la Specific Activity Scale (SAS)⁽²⁹⁾, el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) para limitaciones físicas⁽¹⁷⁾, la escala London Chest Activities of Daily Living (LCADL), el Índice de Barthel (IB)⁽²¹⁾, y la prueba de esfuerzo en cinta rodante de Balke modificada⁽²⁰⁾.

DISCUSIÓN

La distribución geográfica de los estudios incluidos reveló un predominio de publicaciones originadas en Estados Unidos. El análisis también cubrió países con diferentes niveles socioeconómicos, como Etiopía, México y Tailandia. Se observan evidentes brechas geográficas, junto con la ausencia de estudios realizados en América del Sur, lo que justifica la relevancia de nuevas investigaciones.

Para evaluar el AC, el instrumento predominante fue el SCHFI en sus diversas versiones. Este instrumento se basa en la Teoría de Autocuidado Específica de la Situación de Insuficiencia Cardíaca, publicada por primera vez en 2008⁽³³⁾ y actualizada en 2016⁽³⁴⁾.

Los autores definen el AC como un proceso de toma de decisiones naturalista que implica la elección de comportamientos para mantener la estabilidad fisiológica y responder a los síntomas cuando ocurren. El instrumento evalúa tres dimensiones⁽³⁴⁾: Mantenimiento del AC: Se refiere a los comportamientos realizados de manera proactiva para mantener la estabilidad fisiológica; Percepción de Síntomas: Añadido a la teoría en 2016, es una forma específica de monitoreo del AC en la IC; y Manejo del AC: Implica una respuesta reactiva a los síntomas, es decir, manejar los síntomas cuando ocurren.

La versión 6.2 del SCHFI ha sido adaptada para Brasil^(35,36), presenta evidencia de validez adecuada y se destaca como un instrumento de gran relevancia para la práctica clínica en diversos contextos internacionales^(37,38).

En esta revisión, la clasificación funcional de la NYHA fue la medida más común para la evaluación de la CF. Desarrollada originalmente en Estados Unidos, la NYHA es ampliamente utilizada en la práctica clínica y en la investigación como un sistema estandarizado para estratificar la gravedad de los síntomas de IC. Esta clasificación permite estimar la limitación funcional percibida por los pacientes durante las actividades físicas, ofreciendo una medida subjetiva, pero clínicamente significativa, de la progresión de la enfermedad. Su aplicación rutinaria contribuye a la toma de decisiones terapéuticas, el pronóstico y la comprensión de la CF^(2,39).

La NYHA categoriza al paciente en cuatro niveles: I: Pacientes asintomáticos; II: Pacientes que presentan síntomas leves, que ocurren durante las actividades físicas ordinarias; III: Síntomas moderados, donde actividades físicas menos intensas causan síntomas. Existe una limitación significativa, pero el paciente permanece confortable en reposo; y IV: Síntomas graves, el paciente es incapaz de realizar cualquier actividad física sin incomodidad, y los síntomas pueden estar presentes incluso en reposo⁽²⁾.

La clase NYHA fue un determinante significativo en el mantenimiento del AC, y el estado funcional se asoció con la confianza en el AC. Por lo tanto, la sintomatología presentada por los pacientes está directamente asociada con la capacidad de realizar comportamientos para mantener la estabilidad fisiológica, lo que involucra el concepto de mantenimiento del AC, y el estado funcional se asocia con la autoeficacia para realizar acciones de AC relacionadas con su estado funcional^(33,34). Una investigación demostró una asociación de la CF con el manejo del AC, pero no con el mantenimiento del AC⁽¹⁹⁾. Según la teoría, las habilidades para realizar las AVD involucran la CF y se asocian con la capacidad de responder a los síntomas frente a una decisión de AC^(33,34).

El uso de la NYHA refleja su larga tradición y facilidad de uso en la práctica clínica; sin embargo, su naturaleza subjetiva y limitación inherente han sido progresivamente reconocidas, abriendo oportunidades para evaluaciones más precisas. Paralelamente, el DASÍ y la SAS son ejemplos de otras medidas alternativas utilizadas. El DASÍ ofrece una evaluación estandarizada, además de una mejor correlación con marcadores objetivos como el consumo máximo de oxígeno^(40,41). Aunque la Prueba de Ejercicio Cardiopulmonar (CPET) sigue siendo el estándar de oro, su complejidad y costo limitan su uso en la práctica clínica. El uso combinado del DASÍ con otros instrumentos y con la CPET, como herramienta de cribado para pacientes con IC, puede mejorar sustancialmente la evaluación clínica y el seguimiento de esta población, permitiendo decisiones terapéuticas más precisas y personalizadas⁽⁴⁰⁾.

La SAS evalúa la clase funcional cardiovascular basándose en los costos metabólicos de actividades personales, domésticas y recreativas. Utiliza un cuestionario rápido para determinar la actividad más extenuante realizada por el paciente, clasificándolo según la carga metabólica alcanzada, independientemente de los síntomas o las razones de la no realización⁽⁴²⁾. Investigadores compararon la clasificación funcional utilizando NYHA y SAS con CPET en pacientes ambulatorios con IC y concluyeron que la SAS puede reclasificar a pacientes categorizados inicialmente como asintomáticos por NYHA⁽⁴³⁾.

En esta revisión, se identificaron estudios heterogéneos con respecto a la relación entre CF y AC. Algunos indicaron que un mejor estado funcional se asocia con un mejor AC^(17,20,22,25). Otros informaron que una peor CF se correlaciona con un peor AC^(15,24,26-27,30-31). En contraste, algunos estudios observaron que los pacientes con peor CF eran más propensos a adherirse a las conductas de AC^(28,29,32). Un estudio no encontró asociación significativa entre la adherencia al AC y la CF⁽¹⁶⁾.

La heterogeneidad de los métodos de evaluación y los contextos clínicos, que van desde pacientes ambulatorios más estables hasta pacientes hospitalizados con mayor carga de síntomas y limitaciones funcionales, puede explicar la divergencia de los hallazgos. En general, se observó que la clase funcional NYHA III fue la más prevalente, indicando síntomas moderados y limitación significativa en las actividades. En este sentido, los estudios indican que una clase NYHA más alta representa un factor de riesgo importante para resultados clínicos desfavorables durante la hospitalización de pacientes con IC^(39,46).

El autocuidado es fundamental en el manejo a largo plazo de la IC, impactando positivamente en la CdV, la mortalidad y las tasas de reingreso por resultados clínicos. Por ello, se recomienda la actividad física regular y el entrenamiento con ejercicios porque mejoran la CF y la CdV, además de reducir las hospitalizaciones⁽⁹⁾.

La adherencia a las conductas de AC relacionadas con el ejercicio físico en pacientes con IC muestra variabilidad entre diferentes estudios. En un análisis, la adherencia al ejercicio regular fue reportada como "buena" por solo el 26.3% de los pacientes investigados⁽¹⁶⁾. Un estudio en Etiopía encontró que solo el 34.1% de los participantes tenían una buena práctica de AC⁽³²⁾. Los resultados de pacientes coreanos indicaron una buena adherencia del 41.7% al ejercicio regular⁽²⁸⁾, aunque la adherencia a las conductas de AC en general y el conocimiento sobre la IC fueron inferiores a lo reportado en estudios previos⁽²⁸⁾. En contraste, un estudio italiano reveló que solo el 13.3% de los pacientes se ejercitaba frecuente o siempre/diariamente durante 30 minutos⁽³⁰⁾.

Algunos de los resultados obtenidos fueron similares a un estudio realizado en el sur de la India con pacientes con IC, donde solo el 32.3% de los participantes practicaba ejercicio físico y exhibía un comportamiento de AC insatisfactorio⁽⁴⁴⁾. Además, un estudio multicéntrico realizado en Turquía que evaluó la percepción, el conocimiento y la adaptación del paciente en el tratamiento de la IC, identificó que solo el 27% de los participantes practicaba ejercicio físico, lo que sugiere que recibieron poca orientación sobre esta estrategia no farmacológica⁽⁴⁵⁾.

La variabilidad observada en la adherencia a las conductas de AC, y específicamente al ejercicio físico, en pacientes con IC es una preocupación constante, a menudo

atribuida a una combinación de factores, incluyendo barreras en la adaptación a cambios en el estilo de vida, restricciones dietéticas y dificultad para reconocer los síntomas. Además, la baja alfabetización sanitaria y la no adherencia a los planes de tratamiento contribuyen significativamente a las altas tasas de reingreso y resultados clínicos desfavorables⁽⁴⁶⁾.

Se observaron resultados divergentes con respecto a la relación entre CF y AC^(15,24,26-27,30-31). En algunos estudios, pacientes con peor CF mostraron mayor adherencia a las conductas de AC^(28-29,32). Estos hallazgos pueden entenderse considerando los desafíos y barreras para el AC, reflejando la naturaleza multidimensional del proceso, influenciada por factores cognitivos, emocionales y físicos interdependientes. El deterioro cognitivo, los síntomas depresivos, la fragilidad, los trastornos del sueño y la mala adherencia a la terapia farmacológica son condiciones asociadas con la IC que impactan tanto en la conducta de AC como en la CF⁽⁹⁾. Dichos factores pueden actuar solos o en combinación, a veces dificultando la implementación de prácticas de AC, y a veces motivando a adoptarlas, especialmente a aquellos pacientes con mayor deterioro funcional⁽⁴⁷⁾.

La evaluación del AC en pacientes con IC frecuentemente revela disparidades de género, aunque la naturaleza y el alcance de estas diferencias pueden mostrar variaciones contextuales y culturales⁽⁴⁸⁾. En una cohorte china, el AC fue frecuentemente inadecuado en ambos sexos, con puntuaciones subóptimas⁽⁴⁹⁾. Una cohorte italiana demostró que los hombres tenían un riesgo cuatro veces mayor de AC inadecuado en comparación con las mujeres, aunque eran aproximadamente un 60% más propensos a presentar una autoconfianza adecuada en el AC que las mujeres⁽⁴⁸⁾.

En esta revisión, se identificó que las mujeres tuvieron un promedio más alto en el concepto de mantenimiento del AC en comparación con los hombres. Sin embargo, los hombres demostraron promedios más altos en los componentes de manejo del AC y confianza. No obstante, no se encontró diferencia entre los sexos en la conducta general de AC, que se demostró inadecuada en ambos grupos⁽²¹⁾. Independientemente del sexo, las puntuaciones de AC estuvieron por debajo de 70 puntos, lo que subraya las brechas y los desafíos para la implementación efectiva de las conductas de AC en esta población⁽¹⁵⁾.

Las intervenciones educativas y los programas de apoyo demostraron ser eficaces para mejorar tanto el AC como la CF. Las intervenciones de asesoramiento sobre ejercicio dirigidas por enfermeras mejoraron tanto la CF como el AC⁽¹⁸⁾. Un modelo de atención de salud colaborativo dirigido por enfermeras también mejoró significativamente el AC y el estado funcional⁽²²⁾. El uso de la técnica de entrevista motivacional contribuyó a la estabilización de la condición del paciente y a la mejora tanto del AC como de la CF⁽²⁵⁾. Otro ejemplo de éxito encontrado fue el uso de apoyo educativo para mejorar el estado funcional y aumentar la autoeficacia del AC⁽¹⁷⁾.

Así, se sugiere que las intervenciones educativas sobre el AC en la IC resultan en niveles adecuados de habilidades de AC y cambios clínicamente relevantes en el mantenimiento del AC, la percepción de síntomas y el manejo del AC⁽⁵⁰⁾.

Se señala que la naturaleza exploratoria del estudio no profundiza en la evaluación crítica de la calidad metodológica de los artículos, lo que puede comprometer la robustez de la evidencia presentada. Se sugiere que se realicen más estudios con

diseños longitudinales para establecer la causalidad entre la CF y el AC, y la efectividad a largo plazo de las intervenciones terapéuticas. Por lo tanto, los resultados de esta revisión de alcance deben interpretarse con cautela.

Implicaciones para la práctica

Dada la complejidad de la relación entre la CF y el AC y la influencia de múltiples factores, este estudio contribuye a guiar a los profesionales del equipo multidisciplinario, especialmente a los enfermeros, en la evaluación de la CF y el AC, tanto en la práctica clínica como en la investigación. Por lo tanto, se recomienda desarrollar nuevas investigaciones e implementar intervenciones personalizadas, centrándose en la educación, el apoyo al ejercicio, las estrategias de motivación y la atención centrada en el paciente. Tales acciones tienen como objetivo optimizar el AC y mejorar la CF en diferentes entornos de atención, regiones geográficas y poblaciones.

CONCLUSIÓN

Los estudios incluidos en esta revisión indican que la relación entre la CF y el AC en pacientes con IC es compleja, con hallazgos heterogéneos independientemente del contexto de atención. En algunas investigaciones, un mejor estado funcional se asocia con un mejor AC; en otras, con un peor AC. La evaluación del AC se realizó predominantemente mediante el SCHFI, mientras que la CF se estratificó mayoritariamente por la clase funcional de la NYHA.

También se observó un predominio de estudios realizados en Estados Unidos, destacando lagunas geográficas, incluyendo la ausencia de investigación en América del Sur. Se encontraron disparidades entre sexos en la evaluación del AC; sin embargo, el nivel de AC resultó ser inadecuado en ambos grupos.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de cualquier conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

No hubo fuentes de financiación para esta revisión de alcance.

REFERENCIAS

1. Vollset SE, Ababneh Hs, Abate YH, Abbafati C, Abbasgholizadeh R, Abbasian M, et al. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the global burden of disease study 2021. Lancet [Internet]. 2024;403(10440):2204–56. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00685-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00685-8)
2. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2018;111(3):436–539. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>
3. Cestari VRF, Garces TS, Sousa GJB, Maranhão TA, Souza JD, Pereira MLD, et al. Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996–

2017. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021;:41–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20201325>
4. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJs. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. Cardiovasc Res [Internet]. 2022;118(17):3272–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/cvr/cvac013>
 5. Chamberlain AM, Hade EM, Haller IV, Horne BD, Benziger CP, Lampert BC, et al. A large, multi-center survey assessing health, social support, literacy, and self-management resources in patients with heart failure. BMC Public Health [Internet]. 2024;24(1):1141. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-024-18533-7>
 6. Fuentes-Abolafio IJ, Stubbs B, Pérez-Belmonte LM, Bernal-López MR, Gómez-Huelgas R, Cuesta-Vargas AI. Physical functional performance and prognosis in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. BMC Cardiovasc Disord [Internet]. 2020;20(1):512–512. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-020-01725-5>
 7. Kurogi EM, Butcher RdCG e Silva, Salvetti MdG. Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(4):20190123. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0123>
 8. Zou H, et al. Identification of factors associated with self-care behaviors using the COM-B model in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2017;16(6):530–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515117695722>
 9. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, Larocca H-PB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the heart failure association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail [Internet]. 2021;23(1):157–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ehf.2008>
 10. Aghajanoloo A, Negarandeh R, Janani L, Tanha K, Hoseini-Esfidarjani S-S. Self-care status in patients with heart failure: systematic review and meta-analysis. Nursing Open [Internet]. 2021;8(5):2235–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.805>
 11. Peters MD, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. 2024;160–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.46658/jbimes-24-09>
 12. Tricco AC, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med [Internet]. 2018;169(7):467–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/m18-0850>
 13. Zotero. Your Personal Research Assistant [Internet]. Corporation for Digital Scholarship. Available from: <https://www.zotero.org/>
 14. Ouzzani M, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev [Internet]. 2016;5(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
 15. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. Int J Nurs Stud. 2008;45(12):1807–15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008>
 16. Marti CN, Georgiopolou VV, Giamouzis G, Cole RT, Deka A, Tang WH, et al. Patient-reported selective adherence to heart failure self-care recommendations: a prospective cohort study: the Atlanta Cardiomyopathy Consortium. Congest Heart Fail. 2013;19(1):16–24. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7133.2012.00308.x>
 17. Clark AP, McDougall G, Riegel B, Joiner-Rogers G, Innerarity S, Meraviglia M, et al. Health Status and Self-care Outcomes After an Education-Support Intervention for

- People With Chronic Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(4Supl 1):S3-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000169>
18. McCarthy MM, Dickson VV, Katz SD, Chyun DA. An Exercise Counseling Intervention in Minority Adults With Heart Failure. *Rehabil Nurs*. 2017;42(3):146-156. doi: <https://doi.org/10.1002/rnj.265>
 19. Zou H, Chen Y, Fang W, Zhang Y, Fan X. Identification of factors associated with self-care behaviors using the COM-B model in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(6):530-538. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515117695722>
 20. Gary RA, Paul S, Corwin E, Butts B, Miller AH, Hepburn K, et al. Exercise and Cognitive Training Intervention Improves Self-Care, Quality of Life and Functional Capacity in Persons With Heart Failure. *J Appl Gerontol*. 2020;41(2): 486-495. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464820964338>
 21. Delgado B, Lopes I, Mendes T, Lopes P, Sousa L, López-Espuela F, et al. Self-Care in Heart Failure Inpatients: What Is the Role of Gender and Pathophysiological Characteristics? A Cross-Sectional Multicentre Study. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(4):434. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare9040434>
 22. Chen CW, Wang TJ, Liu CY, Chuang YH, Su CC, Wu SV. Effectiveness of a nurse practitioner-led collaborative health care model on self-care, functional status, rehospitalization and medical costs in heart failure patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2025;162:104980. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104980>
 23. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart failure self-care in developed and developing countries. *J Card Fail*. 2009;15(6):508-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.01.009>
 24. Lei X, Cai M. Self-care ability and influencing factors in chronic heart failure patients. *Biomed Res*. 2018;29(3): 595-601. doi: <https://doi.org/10.4066/biomedicalresearch.29-17-3205>
 25. Sakane K, Kanzaki Y, Ito T, Hoshiga M. Motivational interviewing as a new approach to improve outcome through self-care behavioural changes in advanced heart failure patient: a case report. *Eur Heart J Case Rep*. 2021;5(10):395. doi: <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytab395>
 26. Malhotra C, Chaudhry I, Keong YK, Sim KLD. Multifactorial risk factors for hospital readmissions among patients with symptoms of advanced heart failure. *ESC Heart Fail*. 2024;11(2):1144-1152. doi: <https://doi.org/10.1002/ehf2.14670>
 27. Tawalbeh LI. The relationship between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Curr Psychol*. 2024;43:19775–85. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05793-0>
 28. Ok JS, Choi H. Factors Affecting Adherence to Self-care Behaviors among Outpatients with Heart Failure in Korea. *Korean J Adult Nurs*. 2015;27(2):242-250. doi: <https://doi.org/10.7475/kjan.2015.27.2.242>
 29. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung*. 2001;30(1):18-25. doi: <https://doi.org/10.1067/mhl.2001.112503>
 30. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;14(2):126-36. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515113518443>
 31. Kim JS, Hwang SY, Shim JL, Jeong MH. Cognitive Function and Self-Care in Patients with Chronic Heart Failure. *Korean Circ J*. 2015;45(4):310-6. doi: <https://doi.org/10.4070/kcj.2015.45.4.310>

32. Sitotaw E, Tsige Y, Boka A. Practice of self-care behaviours and associated factors among patients with heart failure. *Br J Card Nurs.* 2022; 17(1). doi: <https://doi.org/10.12968/bjca.2021.0121>
33. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(3):190-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
34. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(3):226-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>
35. Avila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LC, Rabelo-Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the brazilian version of the self-care of heart failure index version 6.2. *Nurs Res Pract.* 2013;2013:178976. doi: <https://doi.org/10.1155/2013/178976>
36. Cruz DALMD, Wilson AMMM, Melo MN, Conceição APD, Diaz LJR. SCHFI 6.2 Self-Care Confidence Scale - Brazilian version: psychometric analysis using the Rasch model. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3313. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3378.3313>
37. Qiu C, Yu DS, Li PW, Riegel B. Psychometric Evaluation of the Traditional Chinese Version of the Self-Care of Heart Failure Index Version 7.2. *J Cardiovasc Nurs.* 2025;40(4):304-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000001089>
38. Kim J, Kim KH, Lim YH, Heo S, Moon K, Oh MS, et al. Validity and Reliability of the Korean Version of the Revised Self-Care of Heart Failure Index v7.2. *Clin Nurs Res.* 2022;31(7):1296-1307. doi: <https://doi.org/10.1177/10547738221106590>
39. B, Coats AJ, Tsutsui H, Abdelhamid M, Adamopoulos S, Albert N, et al. Universal Definition and Classification of Heart Failure: A Report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure. *J Card Fail.* 2021:S1071-9164(21)00050-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.01.022>
40. Louyot C, Portran P, Schweizer R, Glerant JC, Thivolet S, Brassart O, et al. Elaboration of a French version of the Duke Activity Status Index questionnaire and performance to predict functional capacity. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2023;42(3):101199. doi: <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2023.101199>
41. Coutinho-Myrrha MA, Dias RC, Fernandes AA, Araújo CG, Hlatky MA, Pereira DG, et al. *Duke Activity Status Index* em Doenças Cardiovasculares: Validação de Tradução em Português. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102(4):383-90. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20140031>
42. Goldman L, Hashimoto B, Cook EF, Loscalzo A. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale. *Circulation.* 1981;64(6):1227-34. doi: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.64.6.1227>
43. Azevedo ER, Crescencio JC, Cunha DCP, Schmidt A, Tanaka DM, Oliveira LFL, et al. Escala de atividade específica melhora a detecção de pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática. *ABC Heart Insuficiência Cardiomyop* 2023;3(3):e20230046. doi: <https://doi.org/10.36660/abchf.20230046>
44. 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;13:384. doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1956_23
45. Murat S, Çavuşoğlu Y, Yılmaz MB, Yıldırım Türk Ö, Ülvan N, Çelik A, et al. Patient Perception, Knowledge and Adaptation in The Management of Heart Failure: A Multicenter, Cross-Sectional, Observational, Questionnaire-Based Study:

- ADAPTATION HF. Turk Kardiyol Dern Ars. 2024;52(1):18-26. English. doi: <https://doi.org/10.5543/tkda.2023.53574>. PMID: 38221834.
46. Rizzuto N, Charles G, Knobf MT. Decreasing 30-Day Readmission Rates in Patients With Heart Failure. Crit Care Nurse. 2022;42(4):13-19. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2022417>. Erratum in: Crit Care Nurse. 2022;42(5):7. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2022699>
47. Riegel B, Dickson VV, Vellone E. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care: An Update on the Problem, Person, and Environmental Factors Influencing Heart Failure Self-care. J Cardiovasc Nurs. 2022;37(6):515-529. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000919>
48. Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, Conte G, Magon A, Caruso R. Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings from a real-world cross-sectional study. BMJ Open. 2018;8(9):e021966. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021966>
49. Mei J, Tian Y, Chai X, Fan X. Gender differences in self-care maintenance and its associations among patients with chronic heart failure. Int J Nurs Sci. 2018;6(1):58-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.008>
50. Hernandez M, Barker C, La Rosa DC. Educational Interventions to Improve Heart Failure Self-Care. J Nurse Pract. 2022;18(7):765-768. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.04.018>