

Revisión de la literatura integradora acerca de intervenciones de la enfermería volcadas hacia el incremento del autocuidado entre pacientes con insuficiencia cardiaca¹

Sophie Boisvert²
Alexandra Proulx-Belhumeur²
Natalia Gonçalves³
Michel Doré²
Julie Francoeur⁴
Maria Cecilia Gallani⁵

Objetivo: analizar y sintetizar el conocimiento relacionado a componentes críticos de intervenciones que han sido propuestas e implementadas por enfermeros(as) con el objetivo de optimizar el autocuidado entre pacientes con insuficiencia cardiaca. **Método:** PUBMED y CINAHL han sido las bases de datos electrónicas usadas para investigar artículos revisados por pares (peer review), presentando descripciones de intervenciones destinadas a perfeccionar el autocuidado dirigido al paciente o al paciente y a su familia. Se incluyeron 42 estudios en la muestra final (n=4799 pacientes). **Resultados:** esta revisión apuntó a una variedad y complejidad de intervenciones de enfermería. Como el autocuidado abarca varios comportamientos, las intervenciones tuvieron como blanco, en media, 3,6 comportamientos. Actividades de educación/consejería fueron combinadas o no con estrategias cognitivo-comportamentales, pero tan solo cerca de la mitad de los estudios tenían aporte teórico para guiar intervenciones. La gestión y la evaluación clínica fueron frecuentemente asociadas a intervenciones de autocuidado, las cuales oscilaron en número de sesiones (1 a 30), duración del seguimiento (2 semanas a 12 meses) y objetivos. **Conclusiones:** estos resultados pueden ser útiles para informar a las enfermeras acerca de nuevas investigaciones en intervenciones de autocuidado, de modo a proponer la comparación de distintas modalidades de intervención, el uso de un aporte teórico y el establecimiento de objetivos para evaluar su eficacia.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Autocuidado; Enfermería; Intervención; Revisión.

¹ Apoyo financiero del Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), Canadá.

² Estudiante de maestría, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, QC, Canadá.

³ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ MSc, Enfermera, Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec, Québec, QC, Canadá.

⁵ PhD, Profesor Titular, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, QC, Canadá.

Introducción

El contexto de la Insuficiencia Cardíaca (IC) ejemplifica, por excelencia, el rol fundamental que los(as) enfermeros(as) tienen en juntar asistencia a la salud al social, desafío que está en la vanguardia de las preocupaciones de salud relacionadas al envejecimiento de la población y al aumento importante en la prevalencia de las enfermedades crónicas⁽¹⁾. La IC es un fenómeno global. Aproximadamente 6,5 millones de personas en Europa, 5 millones de personas en Estados Unidos y 2,4 millones de personas en Japón actualmente sufren de IC, y anualmente se diagnostica 1 millón de nuevos casos en todo el mundo. En América Latina, la IC descompensada es la principal causa de hospitalización cardiovascular. De hecho, la América Latina se encuentra bajo la paradoja de contar con los factores de riesgo de la IC y epidemiología de la IC de países desarrollados con factores adicionales como la enfermedad de Chagas y la fiebre reumática⁽²⁾. Tres cuartos de todos los pacientes internados por primera vez con IC morirá en 5 años, haciendo que su tasa de supervivencia sea comparable a la del cáncer⁽³⁾. El síndrome también tiene una alta prevalencia de comorbilidades y múltiples condiciones crónicas⁽⁴⁾, volviendo muy delicada la condición de los pacientes con IC, con alto riesgo de descompensación e internaciones frecuentes. Entre los pacientes con 65 años o más, la IC es la causa más frecuente de hospitalización, y los tratamientos hospitalarios representan el 65-75% de los gastos con IC⁽⁵⁾.

El seguimiento clínico continuo de los pacientes con IC es considerado como una recomendación de clase 1 en la directriz reciente para la gestión de la IC⁽⁴⁾, y el autocuidado exitoso del paciente es una de las estrategias destacadas para el plan de cuidados. Según el Modelo de Autocuidado de la Insuficiencia Cardíaca⁽⁶⁾, el autocuidado es definido como "un proceso de toma de decisiones natural que implica la elección de comportamientos que mantienen la estabilidad fisiológica (comportamientos de manutención) y la respuesta a los síntomas cuando estos ocurren (comportamientos de gestión)". El autocuidado abarca una variedad de comportamientos relacionados a la salud y está influido por varios factores individuales, sociales y ambientales⁽⁷⁾. Así, el desarrollo de intervenciones de enfermería de calidad con la finalidad de atender a las necesidades del paciente exige una planificación cuidadosa, incluyendo una evaluación precisa de las necesidades, la elección del mejor enfoque y una evaluación rigurosa de su eficacia en la optimización de la práctica del autocuidado y su traducción en resultados clínicos.

Una revisión integradora acerca del autocuidado en IC fue recientemente realizada con el objetivo de identificar intervenciones de enfermería implementadas con éxito para optimizar el autocuidado. Esta revisión incluye solo los estudios con delineamiento experimental⁽⁷⁾, considerando que el ensayo clínico controlado aleatorio (ECA) es el mejor estándar para las pesquisas que investigan los efectos de las intervenciones. Además de la importancia de tales resultados, esa revisión no representaba todas las intervenciones de enfermería propuestas en el contexto. Por tanto, el objetivo de este estudio fue realizar una revisión integradora más amplia, con el objetivo de identificar los componentes críticos de intervenciones que han sido propuestas e implementadas por enfermeros que buscan perfeccionar el autocuidado de pacientes con IC. Por fin, nuestro objetivo fue refinar las propuestas de pesquisa y práctica clínica.

Método

Las etapas para la revisión integradora usadas en este estudio fueron las siguientes: identificación de problemas (formulación de la cuestión), investigación bibliográfica, evaluación de datos, análisis de datos e informes⁽⁸⁾. Para la etapa de formulación de la cuestión, nos hemos inspirado en la estrategia PICO, definiendo a la población como "Pacientes IC" y a la intervención como "intervención de enfermería para promover el autocuidado". El criterio de comparación no fue aplicado y el resultado fue analizado bajo una perspectiva exploratoria. Etapa 1 – Identificación del problema: la cuestión central de esta revisión integradora ha sido: "¿Cuáles son los principales atributos de las intervenciones de enfermería que han sido descritos para perfeccionar comportamientos de autocuidado entre pacientes con IC?". Los aspectos analizados fueron: el alcance de la intervención; la naturaleza de la intervención (si es tan solo educativa o si incluye evaluaciones/intervenciones clínicas); si tienen fundamentación teórica; cómo fueron aplicadas (por ejemplo: individual/en grupo, personalmente/por teléfono); quién era la población blanco (si tan solo el paciente o el paciente y su familia/responsable); los comportamientos de autocuidado pretendidos y los objetivos principales y secundarios usados para evaluar la intervención. Etapa 2 – Investigación bibliográfica: se llevó a cabo una extensa búsqueda electrónica de la literatura en las bases de datos PubMed y Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), entre el 1º de enero de 2001 y el 31 de diciembre

de 2013. Se utilizaron las siguientes palabras claves: Heart Failure AND Self-Care AND Nursing Intervention (Insuficiencia cardiaca Y autocuidado E intervención de enfermería). El MeSH (Medical Subject Heading) fue utilizado para la investigación en el PubMed. Los estudios incluidos siguieron los siguientes criterios: artículos completamente revisados por pares (*peer review*), describiendo los estudios experimentales, cuasiexperimentales, descriptivos y estudios piloto que necesariamente deben presentar una propuesta clara o la implementación de una intervención de enfermería con el objetivo de perfeccionar el autocuidado teniendo en vista el paciente o el paciente y la familia. Los

artículos debían estar en inglés, francés, español o portugués. Se consideraron tan solo artículos publicados. Revisiones, tesis de maestría y o artículos no publicados no fueron incluidos⁽⁸⁻⁹⁾. Etapa 3 –de acordó con su contenido Evaluación de los datos: Fueron identificados 97 estudios en la base de datos PubMed y 45 en la CINAHL. Primero, se descartaron los artículos duplicados. Por tanto, el título y los resúmenes fueron revisados en relación al contenido. Cinco revisores independientes validaron el proceso de evaluación y retención de los estudios. Finalmente, se incluyeron 42 estudios en la revisión. Para más detalles, vea el diagrama de flujo (Figura 1).

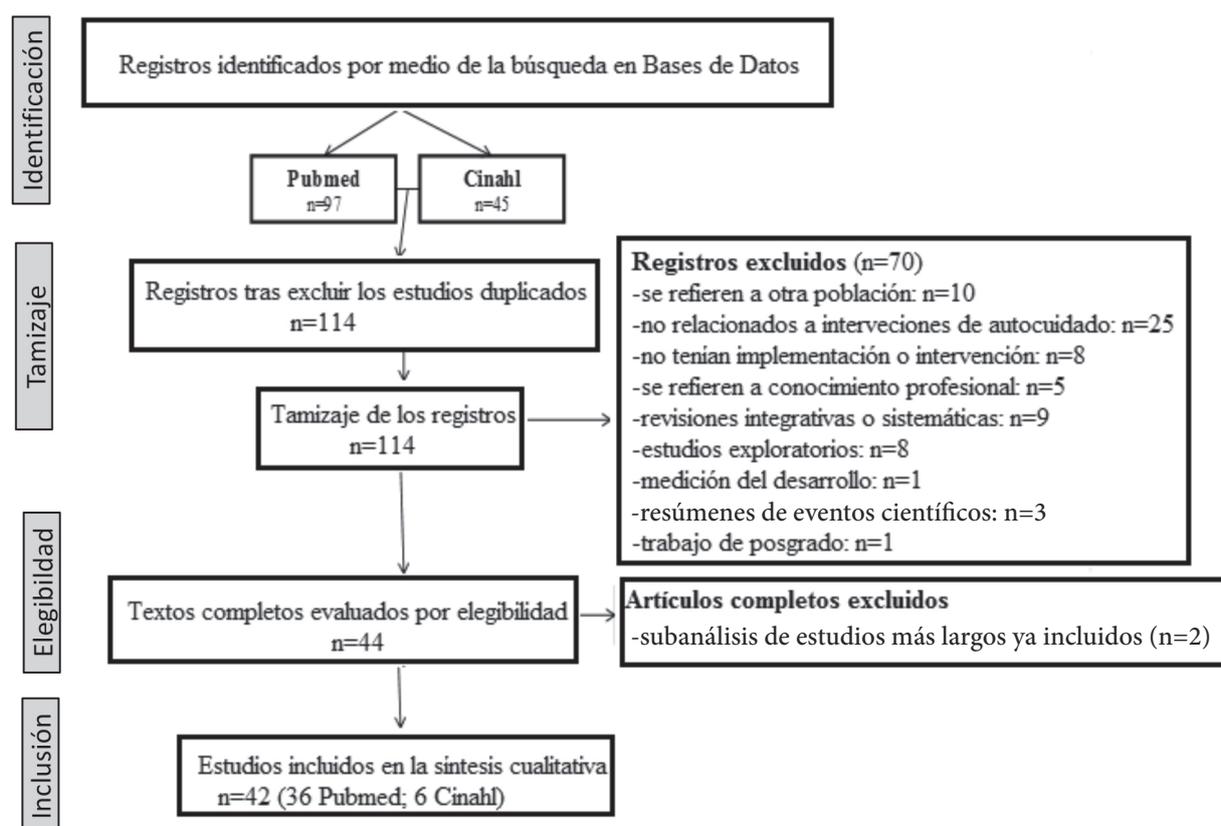


Figura 1 – Diagrama de flujo de las etapas metodológicas usadas en la revisión integradora

Etapa 4 – Análisis de los datos: se desarrolló un instrumento de investigación para la extracción de datos y análisis de los estudios incluidos. El instrumento comprende los siguientes ítems: (1) Los datos relativos a la información del artículo; (2) Características de la muestra (paciente ambulatoria/hospitalaria, edad, tamaño de la muestra, sexo); (3) Delineamiento del estudio; (4) Descripción de la intervención (acción educativa, aporte teórico, evaluación/intervención clínica; cantidad de intervención y duración del seguimiento); (5) Estrategia para liberar la intervención

(verbal/escrita/uso de tecnología de la información y comunicación, personalmente/por teléfono, individual/grupo, paciente/diada); (6) Comportamientos de autocuidado esperados; (7) Variables de resultados. Esta etapa fue realizada por cuatro revisores divididos en dos grupos independientes y revisada por un quinto revisor.

Resultados

La mayor parte de los artículos revisados fueron publicados en revistas científicas de enfermería

(el 64,3%). Revistas médicas y multidisciplinarias representaron el 19,0% y el 16,7% de los estudios, respectivamente. El número de publicaciones fue distribuido a lo largo de dos años, con una ligera concentración en 2005 y en 2012 (el 16,7% y el 19,0%, respectivamente). América del Norte fue la región con el mayor número de artículos (el 50,0%), seguida por Europa (el 26,2%); América del Sur (el 11,9%); Asia (el 9,5%) y Oceanía (el 2,4%). Los 42 artículos incluyeron un total de 4.799 pacientes, y el tamaño muestral osciló entre 10 y 406 pacientes. Los pacientes tenían un promedio de 68,6 años y eran del sexo masculino (el 61,9%). En relación a la Clasificación Funcional de la New York Heart Association (NYHA), en los 22 estudios que relataron la condición específica (n = 2562), hubo variación de I hasta IV, mas la mayoría de los pacientes estaba en la Clase II (36,6%) o III (45,6%). Con respecto al momento de transición, 26 estudios se centraron en pacientes durante el seguimiento clínico; 2 estudios en pacientes hospitalizados, 13 estudios se centraron en pacientes en la transición hospital/casa y 1 estudio no mencionó esa información claramente. La mayoría de los estudios analizados (31/42) adoptó el delineamiento ECA, pero de estos, seis eran estudios piloto con pequeñas muestras. Los estudios analizados fueron resumidos en la Figura 2.

Población blanco: La mayoría de los estudios describieron intervenciones dirigidas sólo para el paciente (26/42), pero en 16 estudios de las intervenciones se dirigieron también a la familia o cuidador.

Foco del autocuidado: En general, los estudios tuvieron como objetivo entre 3 y 4 comportamientos de autocuidado (promedio 3,6; mediana = 4 comportamientos). Los comportamientos esperados con más frecuencia, en orden decreciente, fueron *dieta* (reducción de la ingestión de sal aisladamente o asociada con restricción de líquidos y/o alimentación saludable) mencionada en 31/42 estudios; adherencia a la medicación, en 27/42; peso diario (25/42); actividad física (19/42), así como seguimiento (17/42) y gestión (14/42) de las señales y de los síntomas de descompensación de la IC. Los comportamientos menos esperados fueron parar de fumar (8/42) y beber alcohol (6/42); vacunación (4/42) y control del estrés/relajación (2/42).

Actividades de intervención: Todos los estudios incluían actividades educativas/de consejería en sus intervenciones. En 14 estudios, las intervenciones usaban estrategias cognitivo-comportamentales. Las estrategias utilizadas fueron: dominio de la gestión de comportamientos de autocuidado, discusiones e intercambio de experiencias con comportamientos de autocuidado, acción-planificación, modelado y persuasión social, conciencia de estados físicos y emocionales, entrevista motivacional, empoderamiento y gestión de barreras. En 18 estudios, las intervenciones educativas se basaron principalmente en informaciones acerca del sistema cardiovascular, la fisiopatología de la IC, síntomas y tratamiento, así como los comportamientos de autocuidado esperados. Por fin, 10 estudios mencionaron una combinación de ambos — informaciones y estrategias cognitivo-comportamentales.

Aporte teórico. La mayor parte de los 18 estudios se concentraron en informaciones y no utilizaron aporte teórico para orientar la intervención. Tan solo dos estudios basados en informaciones mencionaron el uso de aporte teórico, y el modelo de autocuidado y la teoría del autocuidado de Orem fueron utilizados para definir los conceptos en estudio. Como regla, los 14 estudios que utilizaron estrategias cognitivo-comportamentales tuvieron fundamentación teórica. Los modelos utilizados fueron la teoría de activación; Teoría de la motivación y de la autodeterminación; Modelo Transteórico; Concepto de autoeficacia de Bandura; Teoría de la autodeterminación; Teoría del comportamiento cognitivo; Teoría de déficit de autocuidado de Orem; Modelo conceptual de cuidados compartidos, Entrevista motivacional, Teoría de la situación Específica de la IC y Estructura de la Toma de Decisión. Tan solo un estudio entre los que utilizaron estrategias cognitivo-comportamentales no usó fundamentación teórica para la intervención centrada en el cambio de comportamiento. Entre los 10 estudios cuyas intervenciones incluían estrategias de informaciones y de cambio de comportamiento, cinco usaron una teoría para orientar la intervención: Ciencia del Ser Humano Unitario de Martha Rogers; la Teoría del déficit del autocuidado de Orem; el Modelo conceptual de Cuidados Compartidos; la Teoría del Soporte de Autonomía y el Modelo Triandis. Cuatro estudios no hicieron referencia a la fundamentación teórica.

Contenido del autor – Delineamiento de la revista científica	Muestra	Descripción de la intervención	Detalles de la intervención	Blanco del autocuidado	Meta Final
1. Agren et al., 2012 ⁽¹⁰⁾ Europa Multidisciplinaria ECA ⁺	Paciente en ambulatorio. Edad: 71,2 n = 155 diadas (71/GI*; 84/GC†)	- Soporte educativo y psicosocial; Habilidades para resolución de problemas - Teoría: Modelo de Cuidado Compartido - AC: no / IC: no - 3 sesiones; 1h; FUp*: 3 y 12 meses	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (programa de CD-ROM) - Aplicación: personalmente - Individuo/diadas - Participante: paciente	PD ¹⁰⁰ ; MonSint ^{\$\$\$} ; MedAdh ^{***} ; Dieta ^{\$\$} ; AF ^{†††} ; Vac ¹⁰⁰⁰	<i>Principal:</i> CVRS [™] (SF-36); síntomas depresivos (BDI-II); control percibido (CAS); comportamientos de autocuidado (EHFscBS); carga del responsable (enfermero) (CBS)
2. Arredondo-Holguín et al., 2012 ⁽¹¹⁾ América del Sur Enfermería Cuasiexperimental	Edad del paciente en ambulatorio: 65,0 n = 29 (26/GI; no GC) Masculino: 13	- Actividades educativas: enfermedad, autocuidado, viviendo con IC, empoderamiento y motivación. Pacientes y familias. - Teoría: Teoría del Déficit del Autocuidado - AC: no / IC: no - 2 reuniones, 6 sesiones de teleenfermería, 2 visitas domiciliarias y 2 sesiones de grupo - FUp: 9 meses	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (teleenfermería) - Aplicación: personalmente - Individual y en grupo - Participantes: paciente y familia	MedAdh; Symp Manag ^{##}	<i>Principal:</i> comportamientos de autocuidado (HFSCBS)
3. Austin et al., 2012 ⁽¹²⁾ América del Norte Enfermería Cuasiexperimental	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 64,5 n = 60 (60/GI; No GC) Masculino: 23	- Reforzamiento de las prácticas de autocuidado a través de mensajes de incentivo a la gestión de la IC - Ninguna teoría - AC: no / IC: no - 10 mensajes; 3 a 5 min, mensajes diarios verbales; 60 segundos; -FUp: 30 días	- Informaciones: verbal, TIC (sistema de respuesta interactiva de voz) - Aplicación: por teléfono - Individual - Participantes: paciente y familia	MedAdh; Dieta PD GestSint	<i>Principal:</i> nuevas internaciones
4. Barnason et al., 2010 ⁽¹³⁾ América del Norte Enfermería Estudio piloto (ECA)	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 76,9 n = 40 (20/GI; 20/GC) Masculino: 26	- Módulos de transición hospitalaria (habilidades de autocuidado, autorregulación de la IC, gestión de barreras) y consejería - Teoría: Teoría Social Cognitiva y Estructura Conceptual de Adherencia a la Medicación - AC: no / IC: no - 2 sesiones; 20 a 30 min; FUp: 3 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participante: paciente	MedAdh GestSint	<i>Principal:</i> uso de la medicación (BMQ, DROGAS); autoseficacia para autocuidado de la IC (KCCQ); CVRS (KCCQ)
5. Boyde et al., 2013 ⁽¹⁴⁾ Oceania Enfermería Cuasiexperimental	Paciente en ambulatorio/ hospital: NM. Edad: 65-74 n = 38 (38/GI) Masculino: 27	- Foco en un tópico a cada semana en el manual sobre IC; grupo de discusión en la sesión final - Ninguna teoría: no - AC: no / IC: no - 8 semanas - FUp: tras las 8 semanas	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC (DVD) - Aplicación: personalmente - Individual y en grupo - Participantes: paciente	MonSint; MedAdh; Dieta; PA; PD; descanso y relajación	<i>Principal:</i> conocimiento (DHFKS), habilidades de autocuidado (SCHFI)
6. Brandon et al., 2009 ⁽¹⁵⁾ América del Norte Enfermería Estudio piloto (ECA)	Paciente en ambulatorio Edad: 60,0 n = 20 (10/GI; 10/GC) Masculino: 9	- La intervención APN dirigida por teléfono; educación sobre fisiopatología de la IC y autocuidado - Teoría: Déficit de autocuidado de Orem - AC: no / IC: no - Una vez a cada 2 semanas, 7 llamadas telefónicas; 5 a 30 minutos; FUp: 6 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	Dieta; Vac; GestSint; MedAdh; Parar de fumar - Participantes: paciente	<i>Principal:</i> reingresos; CVRS (MLHFQ); comportamientos de autocuidado (escala SCB de 29 ítems)

La figura 2 continúa en la próxima pantalla

Contenido del autor – Delineamiento de la revista científica	Muestra	Descripción de la intervención	Detalles de la intervención	Blanco del autocuidado	Meta Final
7. Brennan et al., 2010 <i>América del Norte</i> Enfermería ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 64,0 n = 281 (146/GI; 135/GC) Masculino: 171	- Práctica tecnológica para atender a los objetivos de cuidado individual; foco en educación, síntomas y comunicación - Teoría: no - AC: no / IC: no - Duración variable de las sesiones FUp: 24 semanas	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (sitio web, CD, cámara web) - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente	PD: PA; Dieta; MonSint	<i>Principal:</i> CVRS (SF-12; MILQ), autogestión (SCHFI) <i>Secundario:</i> satisfacción con el cuidado de enfermería (investigación específica de la organización), uso del servicio
8. Brodie et al., 2008 <i>Europa</i> Enfermería ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 77,7 n = 60 (18/GI; 22/GI; 20/GC) Masculino: NM	- Intervención en el estilo de vida con base en la entrevista motivacional; actividad física; - Teoría: Entrevista motivacional - AC: no / IC: no - 8 sesiones; 1h - FUp: 5 meses	- Información: verbal - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente	PA	<i>Principal:</i> CVRS (SF-36, LHFQ); disposición motivacional para actividad física (disposición al cambio-medidor)
9. Caldwell et al., 2005 ⁽¹⁸⁾ <i>América del Norte</i> Médica Estudio piloto (ECA)	Paciente en ambulatorio Edad: 70,8 n = 36 (20/GI; 16/GC) Masculino: 25	- Informaciones sobre causas de la IC y mecanismos, señales y síntomas; importancia del autocuidado/potenciales barreras - Teoría: no - AC: sí / IC: no - 1 sesión y 1 llamada telefónica; - FUp: 3 meses	- Informaciones: verbales, escritas - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	PD; GestSint	<i>Principal:</i> conocimiento sobre IC (cuestionario de estudio específico); comportamientos de autocuidado (EHFSCBS); BNP ^{††}
10. Clark et al., 2003 ⁽¹⁹⁾ <i>América del Norte</i> Estudio piloto de Enfermería (descriptivo)	NM Edad: NM n = 32 diadas (32 / GI; no GC) Masculino: NM	- Discusiones sobre vivir con un miembro de la familia con IC, resultados positivos de otros pacientes, interpretación de roles - Teoría: Motivación y Teoría de la Autodeterminación - AC: no / IC: no - 2 sesiones; 2h; - FUp: NM	- Informaciones: verbales, escritas - Aplicación: personalmente - Grupo - Participantes: paciente y familia	Dieta; PA; PD; MedAdh	<i>Principal:</i> aceptabilidad y viabilidad de la intervención
11. Dansky et al., 2008 ⁽²⁰⁾ <i>América del Norte</i> Enfermería ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 77,0 n = 284 (GI / GC: no está claro) Masculino: NM	- Sistema de informaciones clínicas transmitiendo datos a través de líneas telefónicas a los pacientes para la comunicación electrónica con los prestadores de cuidados de salud; énfasis en síntomas - Teoría: el modelo de autocuidado - AC: sí / IC: no - Intervención diaria, local con sistema de telesalud para 62 días; FUp: 120 días	- Informaciones: verbales, TIC (telesalud) - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente y familia	PD: PA; Dieta; Vac; MedAdh; GestSint	<i>Principal:</i> confianza, mantenimiento de autocuidado y comportamientos de gestión (SCHFI)
12. De la Porte et al., 2007 ⁽²¹⁾ <i>Europa</i> Multidisciplinaria ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 70,5 n = 240 (118/GI; 122/GC) Masculino: 174	- Concienciación sobre la enfermedad, etiología; comportamientos de autocuidado; discusión sobre la situación médica y social; consulta a un nutricionista - Teoría: no - AC: sí / IC: sí - 9 sesiones; FUp: 12 meses	- Informaciones: verbales, escritas - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente	MedAdh; Dieta; PD; MonSint; GestSint; PA; descanso	<i>Principal:</i> reingresos; mortalidad; <i>Secundario:</i> clasificación NYHA; CVRS (SF-36, LHFQ); BNP; comportamientos de autocuidado (EHSOBS); costo; medicación para IC <i>La figura 2 continúa en la próxima pantalla</i>

Contenido del autor – Delineamiento de la revista científica	Muestra	Descripción de la intervención	Detalles de la intervención	Blanco del autocuidado	Meta Final
13. Dilles et al., 2011 ⁽²²⁾ <i>Europa</i> Enfermería Cuasiexperimental	Paciente internado en hospital Edad: 72,8 n = 37 (21/GI; 16/GC) Masculino: 26	- Programa de aprendizaje asistido por computador con 8 módulos: sistema circulatorio, ICF, síntomas, diagnóstico, medicación, autocuidado, preguntas frecuentes, autoevaluaciones - Teoría: no - AC: no / IC: no - 1 sesión; 30-45 minutos; FUp: 3 meses	- Informaciones: verbales, TIC (CD-ROM interactivo sobre IC) - Aplicación: por el computador - Individual - Participantes: paciente	NM	<i>Principal:</i> conocimiento (escala de conocimiento holandesa IC); autocuidado (EHF ScBS) <i>Secundario:</i> satisfacción con el programa (cuestionario de estudio específico)
14. Domingues et al., 2011 ⁽²³⁾ <i>América del Sur</i> Médica ECA	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 62,6 n = 111 (48/GI; 63/GC) Masculino: 64	- Informaciones sobre IC, tratamiento farmacológico y no farmacológico - Teoría: no - AC: no / IC: sí - 5 sesiones: 30-40 min y 8 llamadas telefónicas; - FUp: 3 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente y enfermero	MonSint	<i>Principal:</i> conciencia de la IC y el conocimiento de autocuidado (cuestionario de informaciones sobre IC y autocuidado) <i>Secundario:</i> visitas de emergencia; muerte; reingresos
15. Dunagan et al., 2005 ⁽²⁴⁾ <i>América del Norte</i> Multidisciplinario ECA	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 70,0 n = 151 (76/GI; 75/GC) Masculino: 66	- Concienciación sobre IC, promoviendo habilidades de autogestión, pacientes alentados a contactar enfermeros(as) del programa a cualquier momento en que sea necesario - Teoría: no - AC: sí / IC: sí - Llamadas telefónicas semanales durante 2 semanas dependiendo de la evaluación clínica - FUp: 6 a 12 meses	- Informaciones: NM, sin TIC por teléfono - Individual - Participantes: paciente	Dieta; MedAdh	<i>Principal:</i> reingresos; visitas de emergencia <i>Secundario:</i> CVRS (SF-12, MLHFQ); costo; muerte; satisfacción (cuestionario de estudio específico con 13 ítems)
16. Dunbar et al., 2005 ⁽²⁵⁾ <i>América del Norte</i> Enfermería ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 61,0 n = 61 (29/GI; 32/GI; No GC) Masculino: 33	- Los pacientes participaron en sesiones centradas en el refuerzo del apoyo de la familia y en la elección del paciente a través de la comunicación, discusión, escenarios, interpretación de roles - Teoría: sí (teoría de apoyo a la autonomía) - AC: no / IC: no - 1h30 a 2h; FUp: 3 meses	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (vídeo sobre los cuidados para IC) - Aplicación: personalmente - Individuales y en grupo - Participantes: paciente y familia	Dieta	<i>Principal:</i> ingestión de Sodio (Autorrelato y orina sodica) <i>Secundario:</i> funcionamiento de la familia (Familia APGAR), síntomas depresivos (BDI-II); soporte de autonomía (FCCQ-P)
17. Hoban et al., 2013 ⁽²⁶⁾ <i>América del Norte</i> Enfermería ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 78, 4 n = 80 (40/GI; 40/GC) Masculino: 29	- Instrucciones sobre el monitoreo de la línea de base y telemonitoreo de los pacientes por un equipo cardiaco de enfermeros; - Teoría: no - AC: no / IC: no - 1 sesión en la línea de base; FUp: 30, 60 y 90 días	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (telemonitoreo) - Aplicación: personalmente y tic - Individual - Blanco: paciente	MedAdh; Dieta; PD; PA	<i>Principal:</i> Comportamientos de autocuidado (SCHFI); CVRS (MLHFQ); tasas de reingreso
18. Karlsson et al., 2005 ⁽²⁷⁾ <i>Europa</i> Multidisciplinario ECA	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 76,0 n = 146 (72/GI; 74/GC) Masculino: 82	- Las informaciones suministradas sobre IC y autocuidado, entrevista con enfermeros especialmente entrenados - teoría: no - AC: sí / IC: sí - número de sesiones NM - FUp: 6 meses	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (programa de computador interactivo y vídeo) - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente	MedAdh; Dieta; MonSint	<i>Principal:</i> conocimiento sobre ICF y autocuidado (cuestionario de conocimientos sobre IC); función cognitiva (MMSE)

La figura 2 continúa en la próxima pantalla

Contenido del autor - Delineamiento de la revista científica	Muestra	Descripción de la intervención	Detalles de la intervención	Blanco del autocuidado	Meta Final
19. Kimmelstiel et al., 2004 ⁽²⁸⁾ <i>América del Norte</i> Médico-ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 72,1 n = 200 (97/GI; 103/GC) Masculino: 116	- Informaciones sobre IC, gestión de autocuidado, identificación de barreras y refuerzo del consentimiento - teoría: no - AC: sí / IC: no - 45-90 min; FUp: 3 y 6 meses	- Informaciones: verbales, escritas, paciente y familia - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participante: paciente y familia	Dieta MedAdh; PD; MonSint	<i>Principal:</i> reingresos; días de ingreso <i>Secundario:</i> reingresos; días de ingreso; muerte Secundario: costos, CVRS (MLHF)
20. Koelling et al., 2005 ⁽²⁹⁾ <i>América del Norte</i> Médico ECA	Paciente internado en el hospital Edad: 64,8 n = 223 (107/GI; 116/GC) Masculino: 129	- Informaciones sobre descompensación de la fisiopatología de la IC, autocuidado (régimen de diuréticos, restricción a líquidos y sal) - teoría: no - AC: no / IC: no - 1 sesión; 60 min; FUp: 6 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente	Dieta; MedAdh; Evitar alcohol; PD; MonSint; Parar de fumar	<i>Principal:</i> reingresos; días de ingreso; muerte <i>Secundario:</i> costos, CVRS (MLHF)
21. Kommuri et al., 2012 ⁽³⁰⁾ <i>América del Norte</i> Multidisciplinario ECA	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 67,0 n = 265 (128/GI; 137/GC) Masculino: 162	- Se ofreció una sesión de orientación para reforzar los comportamientos de autocuidado más importantes en la gestión de la IC - teoría: no - AC: no / IC: no - 1 sesión; 1h - FUp: 6 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente	Dieta; PD; MedAdh; MonSint; Parar de fumar Evitar el alcohol	<i>Principal:</i> Conocimiento sobre IC (HFKQ) <i>Secundario:</i> evento clínico; muerte; reingresos
22. Lee et al., 2013 ⁽³¹⁾ <i>América del Norte</i> Multidisciplinario Estudio piloto ECA	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 60 n = 44 (23/GI; 21/GC) Masculino: 23	- Orientación personal y la sesión de consejería para introducir el uso en domicilio de un diario de síntomas - teoría: no - AC: no / IC: no - 1 sesión personal en la línea de base y 5 sesiones quincenales, sesiones impulsoras por llamadas telefónicas (apoyo y revisión de la concienciación), FUp: 5 meses	- Informaciones: verbales, escritas (diario de síntomas) - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual y en grupo - Participantes: paciente	Dieta; PD; Reconocimiento de síntomas	<i>Principal:</i> Supervivencia libre de eventos, CVRS (MLHFQ); Ingestión de líquidos (SCHFI: 2 items)
23. Leventhal et al., 2011 ⁽³²⁾ <i>Europa</i> Médica ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 77,1 n = 42 (22/GI; 20/GC) Masculino: 26	- Cuidado pedagógico y apoyo para crear habilidades de autocuidado y fijación de objetivos individuales para el paciente - teoría: no - AC: sí / IC: sí - 1 visita en domicilio y 17 llamadas telefónicas - FUp: 12 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	MonSint; MedAdh; GestSint; PD; Dieta	<i>Principal:</i> reingresos; muerte <i>Secundario:</i> CVRS (EQ-5D, MLHF)
24. Lupon et al., 2008 ⁽³³⁾ <i>Europa</i> Enfermería Cuasiexperimental	Paciente en ambulatorio Edad: 65,4 n = 151 (151/GI; no GC) Masculino: 111	- Supervisión y refuerzo de comportamientos de autocuidado, informaciones sobre IC; estímulo de la participación familiar - teoría: no - AC: no / IC: no - 4 sesiones, a cada 3 meses - FUp: 12 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente y familia	Dieta; PA; MedAdh; PD Parar de fumar; Evitar el alcohol	<i>Principal:</i> autocuidado (EHScBS) <i>Secundario:</i> muerte; reingresos

La figura 2 continúa en la próxima pantalla

Contenido del autor – Delineamiento de la revista científica	Muestra	Descripción de la intervención	Detalles de la intervención	Blanco del autocuidado	Meta Final
25. Mårtensson et al., 2005 ⁽³⁴⁾ <i>Europa</i> Médico ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 79,0 n = 153 (78/GI; 75/GC) Masculino: 83	- Foco en la comprensión del paciente sobre la IC y perfeccionamiento de la autogestión; foco en las necesidades y habilidades del paciente - teoría: no - AC: no / IC: no - 1 sesión; 2h - FUp: 12 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC (CD-ROM) - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente y familia	Dieta; DW; MonSint; GestSint	<i>Principal:</i> CVRS (SF-36, MLWHF); depresión (SDS)
26. Müssi et al., 2013 ⁽³⁵⁾ <i>América del Sur</i> Enfermería ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 62,9 n = 200 (101/GI; 99/GC) Masculino: 126	- Intervención de Enfermería Educativa - teoría: no - AC: no / IC: no - 4 visitas domiciliarias (10, 30, 60 y 120 días tras el alta) y 4 llamadas telefónicas para refuerzo - FUp: 6 meses	- Información: verbal - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente y cuidador (enfermero) (cuando presentes)	GestSint; Dieta; PD; PA; MedAdh; Vac	<i>Principal:</i> Conocimiento sobre IC (cuestionario de conocimientos sobre IC); Autocuidado (EHFScB); adherencia al tratamiento
27. Oisu et al., 2011 ⁽³⁶⁾ <i>Asia</i> Enfermería ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 73,1 n = 96 (49/GI; 47/GC) Masculino: 61	- Foco en el perfeccionamiento de la gestión del autocuidado y de las emociones - teoría: Teoría del Comportamiento Cognitivo - AC: sí / IC: no - 1 sesión; 30 min, a cada mes - FUp: 6 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente y familia	Dieta; MedAdh; PA; Parar de fumar; Evitar el alcohol	<i>Principal:</i> muerte, reingresos; BNP; Clasificación NYHA; peso; presión arterial; síntomas <i>Secundario:</i> CVRS (LHFQ); indicadores de comportamientos de autocuidado
28. Paradis et al., 2010 ⁽³⁷⁾ <i>América del Norte</i> Enfermería Estudio piloto ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 70,5 n = 30 (15/GI; 15/GC) Masculino: 22	- Intervención con base en etapas de cambio, dependiendo del nivel de convicción y confianza al realizar el autocuidado - teoría: Modelo Transteórico - AC: no / IC: no - 3 sesiones; 5 a 10 min por 15 días - FUp: 1 mes	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	Dieta; PD; PA; MedAdh	<i>Principal:</i> autocuidado (SCHFI); gestión de autocuidado general (escala de autocuidado terapéutico con 12 ítems); confianza y convicción para realizar el autocuidado general (C y C)
29. Riegel et al., 2006 ⁽³⁸⁾ <i>América del Norte</i> Enfermería Cuasiexperimental	Paciente en Ambulatorio/Hospital Edad: 59,7 n = 15 (15/GI; no GC) Masculino: 6	- Foco en el estímulo de la gestión de la IC y para disminuir las barreras al autocuidado - teoría: Estructura de la toma de decisión - AC: no / IC: no - Llamada telefónica semanal, visita mensual - FUp: 3 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente y familia	Dieta; MedAdh; GestSint	<i>Principal:</i> Autocuidado (SCHFI) <i>Secundario:</i> conocimiento sobre la IC (representaciones)
30. Rodríguez-Gásquez et al., 2012 ⁽³⁹⁾ <i>América del Sur</i> Enfermería - ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 67,8 n = 63 (33/GI; 30/GC) Masculino: 31	- Énfasis en el empoderamiento y motivación para la adaptación para vivir con IC - teoría: Déficit de autocuidado de Orem - AC: no / IC: no - 2 visitas domiciliarias y 6 teleenfermería - FUp: 9 meses	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (teleenfermería) - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente y familia	MedAdh; GestSint	<i>Principal:</i> comportamientos de autocuidado (HFSCBS)

La figura 2 continúa en la próxima pantalla

Continente del autor - Delineamiento de la revista científica	Muestra	Descripción de la intervención	Detalles de la intervención	Blanco del autocuidado	Meta Final
31. Rojas et al., (2013) ⁽⁴⁰⁾ <i>América del Sur</i> Enfermería Cuasiexperimental	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 67,0 n = 21 (una muestra) Hombres: 12	- Intervención motivacional centrada en la intervención del paciente - teoría: entrevista motivacional - AC: no / IC: no - sesión de entrevista motivacional con 1 persona presente; (30-40 minutos) y una llamada telefónica para refuerzo - FUp: no está claro	- Información: verbal - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	Autocuidado (comportamiento deseado no específicamente mencionado)	<i>Principal:</i> Autocuidado (EHFScB)
32. Sebern et al., 2012 ⁽⁴¹⁾ <i>América del Norte</i> Enfermería Cuasiexperimental	Paciente en ambulatorio Edad: 70,5 n = 22 (22/GI; no GC) Masculino: 7	- La intervención diádica del cuidado compartido (SCDI) era usada para perfeccionar los procesos de relación específicos usados para el cambio de cuidados y asistencia - teoría: Modelo Conceptual de Cuidados Compartidos - AC: no / IC: no - 7 sesiones: 60 a 120 min; - FUp: 12 semanas	- Informaciones: verbales, escritas - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individuo/días - Participantes: paciente	Dieta; PA; MedAdh; PD	<i>Principal:</i> autocuidado (SCHFI), calidad de relación (DRS); CVRS: paciente (KCCQ) y cuidador (SF-36) <i>Secundario:</i> ansiedad (STA); síntomas de depresión (PHQ-9); visitas de emergencia
33. Shao et al., (2013) ⁽⁴²⁾ <i>Asia</i> Enfermería ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 72,0 n = 108 (54/GI; 54/GC) Masculino: 73	- Programa de autogestión para promoción de la vigilancia diaria (ingestión de sodio y líquidos, peso) - teoría: Teoría Cognitiva Social de Bandura - AC: no / IC: no - 5 sesiones: 1 visita domiciliaria y 4 llamadas telefónicas en 1, 3, 7 y 11 semanas; FUp: 12 semanas	- Información: verbal - Aplicación: personalmente y por teléfono, sin TIC - Individual y familiar - Participantes: paciente	GestSint; Dieta; PD	<i>Principal:</i> Autocuidado (EHFScB-12 con 2 ítems excluidos); Autoeficacia para control de sal y líquidos (SeSFC); uso del servicio de salud e IC relacionada a la evaluación de los síntomas (HFSD)
34. Shearer et al., 2007 ⁽⁴³⁾ <i>América del Norte</i> Enfermería ECA	Paciente en Ambulatorio/ Hospital Edad: 76,0 n = 87 (42/GI; 45/GC) Masculino: 56	- Soporte e informaciones por teléfono; facilitación para alcanzar objetivos importantes; autogestión y perfeccionamiento de la salud funcional - teoría: Proceso personal/ambiente de la ciencia del ser humano unitario de Martha Rogers - AC: no / IC: no - 6 llamadas telefónicas; FUp: 12 semanas	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: por teléfono - Individual - Participantes: paciente	NM (depende de las metas valoradas por el paciente)	<i>Principal:</i> participación determinada en alcanzar los objetivos de salud (PKPCT); CVRS (SF-36); autogestión (SMHF)
35. Shively et al., 2013, ⁽⁴⁴⁾ Epub 2012 <i>América del Norte</i> Enfermería - ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 66,1 n = 84 (43/GI; 41/GC) Masculino: 83	- Programa desarrollado para reforzar la autogestión con objetivos autoseleccionados, énfasis en la Dieta y PA - teoría: Teoría de la activación - AC: no / IC: no - 6 sesiones; - FUp: 6 meses	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (DVD sobre autogestión de la IC) - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	PA; Dieta	<i>Principal:</i> activación del paciente (PAM); autogestión (SCHFI); resultados médicos (MOS) <i>Secundario:</i> reingresos; visitas de emergencia
36. Sisk et al., 2006 ⁽⁴⁵⁾ <i>América del Norte</i> Médica ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 59,4 n = 406 (203/GI; 203/GC) Masculino: 218	- Informaciones sobre IC; informaciones y consejería sobre comportamientos de autocuidado - teoría: no - AC: no / IC: sí - 1 reunión y 5 llamadas telefónicas; - FUp: 12 meses	- Informaciones: verbales, escritas - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	PD; Evitar alcohol; MedAdh; PA; Dieta; Parar de fumar MonSint	<i>Principal:</i> CVRS (SF-12, MLHF), reingreso

La figura 2 continúa en la próxima pantalla

Continente del autor – Delineamiento de la revista científica	Muestra	Descripción de la intervención	Detalles de la intervención	Blanco del autocuidado	Meta Final
37. Smeulders et al., 2009 ⁽⁴⁶⁾ Europa Médico ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 66,7 n = 317 (186/GI; 131/GC) Masculino: 230	- Programa de autogestión de enfermedad crónica, incorporando la fijación de metas, planificación de acción, persuasión social y modelado, interpretación de síntomas - teoría: Autoeficacia de Bandura - AC: no / IC: no - 6 sesiones; 1h30 min; FUp: 12 meses	- Informaciones: verbales, escritas - Aplicación: personalmente y por teléfono - Grupo - Participantes: paciente y familia	PA; Parar de fumar; Evitar el alcohol	<i>Principal:</i> Autocuidado (escala de actividad física, alcohol, fumo); IMC††; reintegro; contactos con profesionales, días de internación, visitas de emergencia)
38. Smith et al., 2005 ⁽⁴⁷⁾ América del Norte Enfermería Estudio piloto (descriptivo)	Paciente en Ambulatorio/Hospital Edad: 67,0 n = 10 (10/GI; no GC) Masculino: 6	- Intervención educativa sobre el conocimiento de la IC y para establecer una rutina para monitoreo de sintoma; discusión sobre los desafíos y el éxito en la gestión de la IC - teoría: Modelo del comportamiento interpersonal de Triandis; Teoría del cuidado familiar de Smith - AC: no / IC: no - 4 semanas; FUp: 60 días	- Informaciones: verbales, escritas, TIC (vídeo educativo) - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	PD; MedAdh; Dieta; PA; MonSint; Reducción del estrés; Parar de fumar	<i>Principal:</i> Conocimiento de la IC (HFQ); informe de síntomas (vídeos, listas de verificación de resultados comportamentales); estado funcional (cuestionario de evaluación del estado funcional IC)
39. Stromberg et al., 2006 ⁽⁴⁸⁾ Europa Multidisciplinario-ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 70,0 n = 154 (82/GI; 72/GC) Hombres: 109	- Programa de computador bajo el comando del enfermero(a) con 7 módulos abarcando tópicos educativos sobre IC y un módulo con una auto prueba; - AC: no / IC: no - 1 sesión; 30-45 min; FUp: 6 meses	- Informaciones: verbales, TIC (CD-ROM educacional en IC) - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente	MonSint	<i>Principal:</i> conocimiento y conformidad en comportamientos de autocuidado (cuestionario de estudio específico); CVRS (EQ-5D)
40. Stromberg et al., 2003 ⁽⁴⁹⁾ Europa Médico ECA	Paciente en ambulatorio Edad: 77,5 n = 106 (52/GI; 54/GC) Hombres: 65	- Ayudar pacientes a perfeccionar el autocuidado, brindar apoyo psicosocial, informaciones sobre los síntomas y tratamiento de la IC - teoría: no - AC: sí / IC: sí - 1 a 8 visitas; 1h; FUp: 3 y 12 meses	- Informaciones: verbales, escritas - Aplicación: personalmente - Individual - Participantes: paciente y familia	Dieta; PD; MonSint; GestSint	<i>Principal:</i> todas las causas de la mortalidad <i>Secundario:</i> readmisión; días de hospitalización; comportamientos de autocuidado (EHFscb)
41. Tung et al., (2013) ⁽⁵⁰⁾ Asia Enfermería Cuasiexperimental – comparación histórica	Paciente en ambulatorio Edad: 65,1 n = 82 (40/GI; 42/GC) Hombres: 61	- Intervención de la autogestión con 3 componentes: libro de autogestión, formación de autogestión presencial y retroalimentación continua con respecto a la adherencia. - teoría: teoría de situaciones específicas de autocuidado de la IC - AC: no / IC: no - 4 sesiones: dos veces a la semana/2 semanas; semanalmente (1° mes) y llamadas telefónicas quincenales (2° mes); FUp: 2 meses	- Informaciones: verbales, escritas (libro), sin TIC - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente	Dieta; AF; MedAdh; GestSint	<i>Principal:</i> Comportamientos de autocuidado (SCHFI) y CVRS (MLHFQ)
42. Wang et al., 2011 ⁽⁵¹⁾ Asia Enfermería Estudio piloto (ECA)	Paciente en Ambulatorio/Hospital Edad: 71,5 n = 27 (14/GI; 13/GC) Masculino: 21	- Informaciones sobre la fisiopatología de la IC y refuerzo del autocuidado - teoría: no - AC: sí / IC: no - número y duración de las sesiones: NM - FUp: 3 meses	- Informaciones: verbales, escritas, sin TIC - Aplicación: personalmente y por teléfono - Individual - Participantes: paciente y familia	Dieta; MedAdh; PD; AF; MonSint	<i>Principal:</i> Evaluación de los síntomas (SDQ), tolerancia de actividad (SMWT), QVRS (SF-36) <i>Secundario:</i> visitas de emergencia, readmisión

* GI: grupo de intervención; † GC: grupo de control; ‡ ECA: ensayo clínico controlado aleatorio; § AC: evaluación clínica; ¶ IC: intervención clínica; ¶¶ FUp: seguimiento (follow-up); ** TIC: tecnología de la información y comunicación; †† IMC: Índice de Masa Corporal; ††† BNP: péptido natriurético tipo-B; §§ Dieta: restricción de sal y líquidos; □□□ PD: peso diario; ¶¶¶ CVRS: Calidad de Vida relacionada a la Salud; *** MedAdh: Adherencia a la medicación; †††† AF: Actividad física; ††††† GestSint: Gestión de síntomas; †††††† MonSint: Monitoreo de síntomas; □□□□ Vac: vacunación.

Figure 2 - Síntesis de los artículos revisados

Tipo de aplicación de la intervención: Todos los estudios usaron informaciones verbales en sus intervenciones; 28 de los cuales también utilizaron informaciones escritas y 15 usaron tecnologías de la información y comunicación (TIC). Entre las TIC, las herramientas privilegiadas fueron el CD-ROM, el DVD el vídeo, o tan solo o en combinación. Cincuenta y cuatro estudios mencionaron el uso de telesalud o la teleenfermería y un estudio desarrolló un sitio *web*. Las intervenciones se aplicaron individualmente (35/42), en grupo (2/42) o combinando reuniones individuales y de grupo (5/42). La mayoría de las intervenciones fue aplicada presencialmente (39/42). De estas, 19 combinaron intervenciones presenciales con llamadas telefónicas. Dos estudios usaron tan solo llamadas telefónicas y uno utilizó tan solo el CD-ROM para realizar la intervención.

Medidas de la intervención. El número de sesiones para realizar la intervención osciló de 1 a 30, con un promedio de 5,6 sesiones, pero cinco artículos no dejaron claro este dato. La duración de las sesiones osciló entre 5 y 120 minutos, con un promedio de 61,7 minutos, pero, nuevamente, 22 artículos no mencionaron esa información. Finalmente, la duración del seguimiento osciló entre 2 semanas hasta 12 meses, con un promedio de 5,8 meses. Sólo 2 estudios no dejaron clara la duración del seguimiento.

Inclusión de la evaluación clínica e intervención:

En 12 estudios, las intervenciones educativas se llevaron a cabo junto con la evaluación clínica del paciente, utilizando la anamnesis asociada o no al examen físico (auscultación cardíaca y pulmonar e inspección de edema). En siete de esos estudios, la evaluación clínica fue seguida de optimización terapéutica, con gestión de la medicación por los enfermeros implicados en el estudio según protocolos preestablecidos y/o con la consulta a un cardiólogo.

Metas finales: Todos los estudios establecieron metas finales principales, con un promedio de 1,8 criterios (mediana = 2)/estudio. Las medidas de autocuidado fueron las principales metas, medidos en el 57% de los estudios (24/42). Se utilizaron diferentes medidas de autocuidado: escalas de autocuidado (19/24) o medidas específicas del comportamiento pretendido (5/24). Otras metas finales fueron: reingresos (12/42); calidad de vida relacionada a la salud (13/42); otras medidas psicosociales relacionadas a las estrategias de intervención (10/42) y al conocimiento (9/42). As

metas principales menos usados fueron: datos clínicos sobre señales de descompensación/estabilización de la IC (6/42); mortalidad (5/42); visitas (hospital-días) (3/42) al departamento de emergencia (2/42). La aceptabilidad y la viabilidad fueron evaluadas en uno de los seis estudios piloto. Menos de la mitad de los estudios (18/42) usaron metas finales secundarias. Para esos estudios, se utilizaron un promedio de 2,1 criterios (mediana = 2). Admisión secundaria (6/18); CVRS (6/18); visitas a los departamentos de emergencia (5/18); variables psicosociales (5/18); costo (2/18); conocimiento (1/18), días-hospital (1/18) y datos clínicos (1/18) fueron los criterios evaluados.

Discusión

En esta revisión, nuestro objetivo fue evaluar las principales características de las intervenciones implementadas por enfermeros(as) para promover el autocuidado entre pacientes con IC. Los resultados de esta revisión de la literatura confirmaron la variedad y la complejidad de las intervenciones en enfermería que buscan perfeccionar la práctica del autocuidado entre pacientes con IC.

Todos los estudios se basaron en actividades educativas y de consejería, y es interesante notar que un número significativo de intervenciones se basaron sólo en informaciones. Se reconoce ampliamente que, además de la importancia del conocimiento sobre la condición de salud no es suficiente para ayudar a las personas a cambiar sus comportamientos. Además de eso, la mayoría de los estudios con base solo en informaciones no usó un aporte teórico para dirigir el contenido y la estrategia de intervención educativa, así como la lógica usada para evaluar los resultados. El uso de fundamentación teórica es importante para entender los resultados y para entender cómo funcionaron las intervenciones, permitiendo aun más optimizaciones en la eficacia de las intervenciones comportamentales⁽⁵²⁾.

En el 28% de los estudios, se combinaron intervenciones para la promoción del de autocuidado con evaluación clínica y optimización terapéutica, lo que es un punto preocupante para la evaluación de la eficacia de los comportamientos de autocuidado solos en resultados clínicos. El desarrollo y la aplicación de protocolos claros, así como la evaluación del grado de adherencia a cada uno de ellos, son esenciales para crear una comprensión teórica del proceso de cambio⁽⁵³⁾.

El autocuidado es definido como un conjunto de comportamientos relacionados a la salud, que puede

dividirse en comportamientos de mantenimiento, de monitoreo y de gestión⁽⁶⁾. Así, las intervenciones destinadas a la promoción del autocuidado son complejas, pues visan más de un comportamiento. Los comportamientos que contribuyen a la estabilidad del perfil clínico, los comportamientos de mantenimiento (dieta, medicación y actividad física) fueron los más frecuentemente utilizados en las intervenciones junto con los comportamientos de monitoreo como el control de peso diario y la observación de señales y síntomas de descompensación de la IC. Los comportamientos de gestión fueron mucho menos visados por las intervenciones.

En cuanto a las estrategias utilizadas para aplicar la intervención, es importante observar la integración frecuente de llamadas telefónicas, así como la utilización de TIC. Esta estrategia puede resultar en una mayor accesibilidad a las intervenciones, considerando principalmente la salud perjudicada y frágil de los pacientes con IC. A realización de estudios futuros e importante para la demostración del valor agregado de tales estrategias. Sin embargo, es importante observar que informaciones importantes sobre la medida de la intervención y de la duración del seguimiento no se mencionaron en siete estudios. La duración de las sesiones de intervención no fue mencionada en 22 estudios. Estudios sobre intervenciones de enfermería precisan describir cuidadosamente esas informaciones, lo que permitirá usos en otros contextos o comparaciones.

Las intervenciones fueran dirigidas al paciente o al paciente y su familia, y fueron implementadas individualmente o en grupo. Las estrategias de intervención implicando referentes sociales están cada vez más presentes en los estudios de enfermería, basados en el presupuesto de la importancia de referentes sociales en el soporte a cambios y mantenimiento de comportamientos relacionados a la salud. Se deben desarrollar más estudios para investigar si la inclusión de cuidadores perfecciona los resultados de la intervención en este contexto. Para la demostración de la relación costo/beneficio de este enfoque (considerando la eficacia de la intervención en términos del bienestar físico y social), sería importante considerar que la inclusión de diádas podría resultar en la concepción de un estudio más complejo y costos más elevados.

En relación a las metas finales, todos los estudios establecieron metas finales primarias, y cerca de mitad de ellos, metas finales secundarias. Pero, sorprendentemente, el autocuidado fue la meta final principal de tan solo el 50% de los estudios. Ya que

el cambio de comportamiento es el objetivo de las intervenciones, el comportamiento debería estar siempre entre las metas finales⁽⁵⁴⁾. Los resultados clínicos como objetivos también son importantes, pues cambios comportamentales se les destinan a perfeccionar el perfil clínico. Pero es posible que la intervención no haya tenido éxito en el cambio de comportamiento y incluso éxito; hay muchas razones por las que las intervenciones sean eficaces en alcanzar el cambio de comportamiento deseado, pero no se traducen en resultados clínicos deseados⁽⁵⁵⁾. Así, el uso de tan solo objetivos clínicos parece no ser adecuado en este contexto. Siendo intervenciones complejas, es interesante considerar el proceso de evaluación de tales intervenciones, considerando sus diversas fases distintas⁽⁵⁵⁾. La primera fase debe ser la evaluación del cambio comportamental, y entonces el impacto de los cambios comportamentales de autocuidado en resultados clínicos o psicosociales.

Además, es importante mencionar las dificultades en reclutar participantes física y emocionalmente vulnerables, con expectativa de vida limitada, como es el caso de aquellos con IC, en actividades de pesquisa⁽⁵⁶⁾. En general, los pacientes con IC son mayores y presentan cierto número de comorbilidades, además de déficits cognitivos. El desgaste en el acompañamiento es considerable, por muchas razones: descompensación de la IC, reingresos, fatiga y muerte. Eso es aún más importante cuando tenemos en cuenta pacientes en estados más avanzados de la IC. De acuerdo con lo que se documentó en esta revisión, los pacientes que son reclutados con más frecuencia en los estudios se encuentran en clase funcional II o III de la NYHA, sin incluir los de la clase IV. Esto significa que esa parte de la población debilitada de pacientes con IC no fue abordada por estudios de autocuidado. Es fundamental el desarrollo de estrategias para que las personas con IC avanzada tengan más oportunidades de participar de investigaciones que indiquen el desarrollo y la prestación de servicios adecuados⁽⁵⁶⁾.

La IC es un fenómeno global que afecta a personas en todo el mundo, y la investigación en este escenario debe considerar contextos sociales, económicos y culturales. Sin embargo, los artículos analizados en este estudio apuntan que la América del Norte concentra la mitad de las publicaciones en enfermería acerca del autocuidado para IC – siendo la Europa la segunda colocada en ese aspecto. Países en desarrollo que son cada vez más susceptibles a enfermedades crónicas no transmisibles tienen una pequeña expresión en la literatura internacional, apuntando por tanto a la necesidad

de fomentar la investigación en esos contextos. La literatura internacional es importante para inspirar las intervenciones, pero eso no significa necesariamente que las intervenciones probadas en otro lugar serán eficaces en otras culturas. Se requieren investigaciones para probar tal cuestión; las comparaciones de los resultados entre culturas podrían implicar *insights* importantes a la comprensión de los fenómenos del autocuidado.

Conclusiones

Nuestros resultados indican que las intervenciones de enfermería propuestas son diversas y complejas. Todas las intervenciones tienen naturaleza educativa, pero en más de la mitad de los estudios el uso de las estrategias cognitivo-comportamental no fue considerado, así como el uso de una fundamentación teórica para orientar la intervención. La mayoría de las intervenciones fue elaborada tan solo para pacientes; los comportamientos de autocuidado pretendidos oscilaron mucho, siendo los más esperados los que contribuyen para la estabilidad del perfil clínico – los comportamientos de mantenimiento. Acerca de los objetivos utilizados para evaluar la eficacia de la intervención, cerca del 50% de los estudios usaron tan solo una medida de autocuidado. Nuestros resultados pueden ser útiles para guiar a los (as) enfermeros(as) en futuras investigaciones sobre intervenciones de autocuidado, con respecto a la recomendación de la comparación de diferentes modalidades de intervención, el empleo de aporte teórico y la definición de resultados que permitan mejor evaluar su eficacia.

Referencias

1. Richards DA, Borglin G. Complex interventions and nursing: looking through a new lens at nursing research. *International journal of nursing studies*. 2011;48(5):531-3.
2. Bocchi EA, Arias A, Verdejo H, Diez M, Gómez E, Castro P, et al. The reality of heart failure in Latin America. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(11):949-58.
3. McMurray John JV, Stewart S. The burden of heart failure. *European Heart Journal Supplements*. 2002;4(Supplement D):D50-D8.
4. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr., Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart

Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(16):e147-239.

5. Mejhert M, Kahan T, Persson H, Edner M. Predicting readmissions and cardiovascular events in heart failure patients. *Int J Cardiol*. 2006;109(1):108-13.
6. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*. 2012;35(3):194-204.
7. Barnason S, Zimmerman L, Young L. An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *J Clin Nurs*. 2012;21(3-4):448-75.
8. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
9. Whittemore R. Analysis of integration in nursing science and practice. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(3):261-7.
10. Ågren S, Evangelista LS, Hjelm C, Strömberg A. Dyads affected by chronic heart failure: a randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners. *J Card Fail*. 2012;18(5):359-66.
11. Arredondo-Holguín E, Rodríguez-Gázquez MÁ, Higuera-Urrego L. Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. *Invest Educ Enferm*. 2012;30(2):188-97.
12. Austin LS, Landis CO, Hanger KH. Extending the continuum of care in congestive heart failure: an interactive technology self-management solution. *J Nurs Adm*. 2012;42(9):442-6.
13. Barnason S, Zimmerman L, Hertzog M, Schulz P. Pilot testing of a medication self-management transition intervention for heart failure patients. *West J Nurs Res*. 2010;32(7):849-70.
14. Boyde M, Song S, Peters R, Turner C, Thompson DR, Stewart S. Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;12(1):39-46. Epub 2012 Jan 11.
15. Brandon AF, Schuessler JB, Ellison KJ, Lazenby RB. The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. *Appl Nurs Res*. 2009;22(4):e1-7.
16. Brennan PF, Casper GR, Burke LJ, Johnson KA, Brown R, Valdez RS, et al. Technology-enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: home implementation and evaluation. *Heart Lung*. 2010;39(6 Suppl):S34-46.
17. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(4):489-500.
18. Caldwell MA, Peters KJ, Dracup KA. A simplified education program improves knowledge, self-care

- behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. *Am Heart J.* 2005;150(5):983.
19. Clark PC, Dunbar SB. Family partnership intervention: a guide for a family approach to care of patients with heart failure. *AACN Clin Issues.* 2003;14(4):467-76.
 20. Dansky KH, Vasey J, Bowles K. Use of telehealth by older adults to manage heart failure. *Res Gerontol Nurs.* 2008;1(1):25-32.
 21. de la Porte PW, Lok DJ, van Veldhuisen DJ, van Wijngaarden J, Cornel JH, Zuithoff NP, et al. Added value of a physician-and-nurse-directed heart failure clinic: results from the Deventer-Alkmaar heart failure study. *Heart.* 2007;93(7):819-25.
 22. Dilles A, Heymans V, Martin S, Droogné W, Denhaerynck K, De Geest S. Comparison of a computer assisted learning program to standard education tools in hospitalized heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011;10(3):187-93.
 23. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. *Arq Bras Cardiol.* 2011;96(3):233-9.
 24. Dunagan WC, Littenberg B, Ewald GA, Jones CA, Emery VB, Waterman BM, et al. Randomized trial of a nurse-administered, telephone-based disease management program for patients with heart failure. *J Card Fail.* 2005;11(5):358-65.
 25. Dunbar SB, Clark PC, Deaton C, Smith AL, De AK, O'Brien MC. Family education and support interventions in heart failure: a pilot study. *Nurs Res.* 2005;54(3):158-66.
 26. Hoban MB, Fedor M, Reeder S, Chernick M. The effect of telemonitoring at home on quality of life and self-care behaviors of patients with heart failure. *Home Healthc Nurse.* 2013;31(7):368-77.
 27. Karlsson MR, Edner M, Henriksson P, Mejhert M, Persson H, Grut M, et al. A nurse-based management program in heart failure patients affects females and persons with cognitive dysfunction most. *Patient Educ Couns.* 2005;58(2):146-53.
 28. Kimmelstiel C, Levine D, Perry K, Patel AR, Sadaniantz A, Gorham N, et al. Randomized, controlled evaluation of short- and long-term benefits of heart failure disease management within a diverse provider network: the SPAN-CHF trial. *Circulation.* 2004;110(11):1450-5.
 29. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation.* 2005;111(2):179-85.
 30. Kommuri NV, Johnson ML, Koelling TM. Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2012;86(2):233-8.
 31. Lee KS, Lennie TA, Warden S, Jacobs-Lawson JM, Moser DK. A comprehensive symptom diary intervention to improve outcomes in patients with HF: a pilot study. *J Card Fail.* 2013;19(9):647-54.
 32. Leventhal ME, Denhaerynck K, Brunner-La Rocca HP, Burnand B, Conca-Zeller A, Bernasconi AT, et al. Swiss Interdisciplinary Management Programme for Heart Failure (SWIM-HF): a randomised controlled trial study of an outpatient inter-professional management programme for heart failure patients in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13171.
 33. Lupon J, Gonzalez B, Mas D, Urrutia A, Arenas M, Domingo M, et al. Patients' self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008;7(1):16-20.
 34. Mårtensson J, Strömberg A, Dahlström U, Karlsson JE, Fridlund B. Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *Eur J Heart Fail.* 2005;7(3):393-403.
 35. Mussi CM, Ruschel K, de Souza EN, Lopes AN, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(Spec No):20-8.
 36. Otsu H, Moriyama M. Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. *Jpn J Nurs Sci.* 2011;8(2):140-52.
 37. Paradis V, Cossette S, Frasure-Smith N, Heppell S, Guertin MC. The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(2):130-41.
 38. Riegel B, Dickson VV, Hoke L, McMahon JP, Reis BF, Sayers S. A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: mechanisms of effectiveness. *J Cardiovasc Nurs.* 2006;21(3):232-41.
 39. Rodríguez-Gázquez MeL, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(2):296-306.
 40. Rojas CM, Rojas DN, Reyes ÁM. La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en una institución de cuarto nivel en

- Bogotá, Colombia. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2013;15(1):31-49.
41. Sebern MD, Woda A. Shared care dyadic intervention: outcome patterns for heart failure care partners. *West J Nurs Res*. 2012;34(3):289-316.
42. Shao JH, Chang AM, Edwards H, Shyu YI, Chen SH. A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *J Adv Nurs*. 2013;69(11):2458-69.
43. Shearer NB, Cisar N, Greenberg EA. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart Lung*. 2007;36(3):159-69.
44. Shively MJ, Gardetto NJ, Kodiath MF, Kelly A, Smith TL, Stepnowsky C, et al. Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2013;28(1):20-34. Epub 2012.
45. Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;145(4):273-83.
46. Smeulders ES, van Haastregt JC, Ambergen T, Janssen-Boyne JJ, van Eijk JT, Kempen GI. The impact of a self-management group programme on health behaviour and healthcare utilization among congestive heart failure patients. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(6):609-16.
47. Smith CE, Koehler J, Moore JM, Blanchard E, Ellerbeck E. Testing videotape education for heart failure. *Clin Nurs Res*. 2005;14(2):191-205.
48. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Educ Couns*. 2006;64(1-3):128-35.
49. Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J*. 2003;24(11):1014-23.
50. Tung HH, Lin CY, Chen KY, Chang CJ, Lin YP, Chou CH. Self-management intervention to improve self-care and quality of life in heart failure patients. *Congest Heart Fail*. 2013;19(4):E9-E16.
51. Wang SP, Lin LC, Lee CM, Wu SC. Effectiveness of a self-care program in improving symptom distress and quality of life in congestive heart failure patients: a preliminary study. *J Nurs Res*. 2011;19(4):257-66.
52. Michie S. Changing behavior: theoretical development needs protocol adherence. *Health Psychology*. 2005;24(4):439.
53. Leventhal H, Friedman MA. Does establishing fidelity of treatment help in understanding treatment efficacy? Comment on Bellg et al. (2004). *Health Psychol*. 2004;23(5):452-6.
54. Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychol Health*. 2004;19(1):29-49.
55. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321(7262):694-6.
56. Fitzsimons D, Strachan PH. Overcoming the challenges of conducting research with people who have advanced heart failure and palliative care needs. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012;11(2):248-54.

Recibido: 27.8.2014

Aceptado: 8.3.2015