REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
JOURNAL OF SCHOOL OF NURSING · UNIVERSITY OF SÃO PAULO

ARTÍCULO ORIGINAL

https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0493es

Asociación entre la fatiga y el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca: estudio transversal

Association between fatigue and self-care in patients with heart failure: a cross-sectional study

Associação entre fadiga e autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: estudo transversal

Como citar este artículo:
Silva WIFO, Pereira YOP, Vieira FMC, Albuquerque FKO, Silva RC, Lira Neto JCG, Sousa MM. Association between fatigue and self-care in patients with heart failure: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2026;60:e20250493. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0493en

Weslley Italo Ferreira de Oliveira Silva[1]
Yzis Oliveira Pontes Pereira[1]
Filipe Matheus Correia Vieira[1]
Fernanda Kelly Oliveira de Albuquerque[1]
Ricardo Costa da Silva[2]
José Claudio Garcia Lira Neto[3]
Mailson Marques de Sousa[1]

[1] Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa, PB, Brasil.

[2] Universidade Estadual de Goiás, Departamento de Enfermagem, Ceres, GO, Brasil.

[3] Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Floriano, PI, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between fatigue, self-care, and sociodemographic and clinical variables in patients with heart failure. **Method:** A cross-sectional and correlational study, conducted at a university hospital in the Northeast region of Brazil. The Brazilian versions of the *Dutch Fatigue Scale*, *Dutch Exertion Fatigue Scale*, and the *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* were used. The analysis included descriptive statistics and Spearman correlation. **Results:** Ninety-nine patients with heart failure participated. Substantial fatigue was observed in 71.7% and fatigue on exertion in 66.7% of the sample. The mean self-care score was 28.41 ± 7.98. There was no significant association between fatigue and self-care. A negative correlation was found between age and exertional and substantial fatigue, and a positive correlation was found between the duration of treatment and age. There was a positive correlation between functional capacity, exertional fatigue, and substantial fatigue. **Conclusion:** The findings reinforce the importance of symptom awareness and management in self-care. Health interventions are timely for promoting the quality of life of this population.

DESCRIPTORS

Self Care; Fatigue; Heart Failure; Cross-Sectional Studies.

Autor correspondiente:
Mailson Marques de Sousa
Rua Othília Barros de Medeiros,
n. 156, Jardim Oceania
58037-710 – João Pessoa, PB, Brasil
mailson.sousa@academico.ufpb.br

Recibido: 28/10/2025
Aprobado: 16/07/2026

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por alteraciones estructurales y/o funcionales del corazón, que comprometen el llenado y/o la eyección ventricular, lo que da lugar a un gasto cardíaco inadecuado o reducido. Se estima que 64 millones de personas en todo el mundo padecen IC[1]. En Brasil, la IC es la principal causa de reingreso hospitalario y de altas tasas de mortalidad intrahospitalaria, lo que genera altos costos financieros y una sobrecarga para el Sistema Único de Salud[2].

En pacientes con IC, uno de los principales factores asociados a la descompensación clínica y a la reingreso hospitalario es la baja adherencia al autocuidado[3]. El autocuidado se define como un proceso continuo que implica el mantenimiento de la salud a partir de la adopción de prácticas que promueven el bienestar y el manejo de la enfermedad crónica a través de las dimensiones de mantenimiento, monitoreo y gestión[4].

Una revisión sistemática reciente demostró que las personas con mejores prácticas de autocuidado presentan una mejor calidad de vida, además de menores tasas de hospitalización y mortalidad[5]. Sin embargo, la aparición de síntomas a lo largo de la vida puede influir en el desempeño del autocuidado de diversas maneras, actuando a veces como estímulo para la adquisición de habilidades y otras como inhibidor del deseo de participar[4].

Las personas con IC suelen presentar síntomas persistentes, entre los cuales la fatiga se destaca por su carácter subjetivo y debilitante, lo que resulta en un deterioro significativo del funcionamiento diario y, especialmente, de las conductas de autocuidado. Aunque se conceptualiza de manera heterogénea en la literatura[6], la fatiga puede clasificarse en dos formas distintas que pueden ocurrir simultáneamente. La fatiga general, no relacionada con el esfuerzo, y la fatiga por esfuerzo, que se manifiesta durante o después de actividades físicas y caracteriza la intolerancia al ejercicio[5].

Una investigación europea demostró que la fatiga por esfuerzo se asoció significativamente con una baja adherencia al autocuidado a lo largo del tiempo, independientemente de los trastornos del sueño, los cambios de estado de ánimo y otras afecciones clínicas[7]. De manera convergente, una revisión de alcance que analizó 19 estudios identificó la fatiga como un obstáculo importante para las prácticas de autocuidado[6]. Sin embargo, solo uno de esos estudios se llevó a cabo en Brasil, lo que pone de manifiesto la necesidad de ampliar las investigaciones nacionales sobre el tema.

La fatiga afecta el comportamiento de autocuidado al provocar alteraciones físicas y cognitivas que perjudican la toma de decisiones en materia de salud. Las personas con IC pueden presentar una disminución de la energía, la concentración y la memoria, lo que dificulta la planificación de las actividades diarias relacionadas con el manejo farmacológico y no farmacológico, incluyendo el uso regular de medicamentos, la preparación de la dieta, la práctica de actividad física y el reconocimiento temprano de los signos y síntomas de descompensación clínica y social[5,7].

En el contexto latinoamericano, aún no existen evidencias consolidadas que exploren la asociación entre la fatiga y el autocuidado en pacientes con IC, lo que limita la comprensión del fenómeno. Por lo tanto, investigar esta relación es esencial para identificar brechas de conocimiento, ya que los hallazgos podrían servir de apoyo a los profesionales de la salud, especialmente a los enfermeros, a la hora de orientar las intervenciones para el manejo de los síntomas y la adherencia terapéutica. Ante este contexto, se propuso analizar la asociación entre la fatiga, el autocuidado y las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con insuficiencia cardíaca.

MÉTODO

Diseño del Estudio

Estudio transversal, realizado en la clínica ambulatoria de cardiología de un hospital universitario público adscrito al Sistema Único de Salud (SUS), ubicado en la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Población, Criterios de Selección y Definición de la Muestra

La población del estudio estuvo compuesta por pacientes con IC que se encontraban en seguimiento ambulatorio en dicha institución hospitalaria. La estimación de la muestra se realizó mediante el software OpenEpi, versión 3.01, basándose en un margen de error del 5% (error = 0,05), con un nivel de confianza del 95%, considerando la proporción verdadera como del 50% (p = 0,50) debido a la variabilidad de la prevalencia de la fatiga en la literatura[5]. Por lo tanto, la muestra mínima se estimó en 94 participantes.

Se incluyeron personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca y edad igual o superior a 18 años. Se excluyeron los pacientes clasificados en la clase IV de la Asociación Cardíaca de Nueva York (NYHA), aquellos con diagnóstico de cáncer, enfermedades pulmonares, infarto agudo de miocardio en los últimos tres meses, en tratamiento para la ansiedad o la depresión, que tomaran medicamentos inductores del sueño registrados en el expediente médico, así como aquellos con déficit cognitivo que comprometiera la comprensión de los objetivos del estudio, la respuesta o el llenado de los instrumentos de Recolección de datos. Los pacientes clasificados en la clase IV fueron excluidos debido a la sintomatología avanzada de la insuficiencia cardíaca[2]. También se excluyó a los pacientes desorientados en cuanto al tiempo, el espacio o las personas, condición evaluada mediante la observación de los investigadores y a través de las preguntas: "¿Cuál es su nombre completo?", "¿Cuántos años tiene?", "¿Qué día es hoy?" y "¿Dónde estamos en este momento?".

Recolección de Datos

Los datos fueron recopilados por dos estudiantes de enfermería debidamente capacitados, durante el período de marzo a noviembre de 2024, mediante entrevistas individuales en un ambiente privado y con la aplicación de tres instrumentos, a saber.

Para la caracterización de la muestra se utilizó un formulario[2] que contenía variables sociodemográficas y clínicas: procedencia, edad (en años), sexo, color de piel autodeclarado, nivel educativo, estado civil, ingreso familiar, situación laboral, etiología de la

IC, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, clase funcional de la IC según la NYHA, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) registrada en el informe de un ecocardiograma transtorácico realizado en los últimos seis meses, comorbilidades crónicas asociadas, tratamiento farmacológico en uso e historial de hospitalizaciones de emergencia.

Para evaluar la fatiga se utilizaron las versiones traducidas y adaptadas al portugués de las escalas *Dutch Fatigue Scale* (DUFS) y *Dutch Exertion Fatigue Scale* (DEFS)[8]. La DUFS consta de ocho ítems que miden la frecuencia de la fatiga en los últimos tres a seis meses previos a la recolección de datos. Esta escala evalúa aspectos como la fatiga general, la disminución de la concentración, la reducción de la motivación o el interés, la dificultad para iniciar o mantener las actividades cotidianas y la percepción del individuo sobre la intensidad de la fatiga física y mental. Las respuestas siguen un formato de Likert de cinco puntos, que varía de 1 (nunca) a 5 (siempre). La puntuación total varía de 8 a 40; los valores más altos indican una mayor intensidad de fatiga[8].

La DEFS consta de nueve ítems que evalúan la frecuencia de la fatiga al realizar actividades cotidianas, como caminar, ir de compras o sacar la basura. Las respuestas siguen una escala tipo Likert de cinco puntos, que varía de 1 (la actividad no provoca fatiga) a 5 (la actividad es extremadamente fatigante). La puntuación total puede variar entre 9 y 45 puntos; los valores más altos indican una mayor intensidad de la fatiga. Las escalas mostraron un alfa de Cronbach con valores de 0,84 para la DUFS y de 0,92 para la DEFS[8].

Investigadores brasileños sugieren puntos de corte para la interpretación de las escalas: ≥ 14,5 en la DUFS para caracterizar "fatiga sustancial" y ≥ 12,5 en la DEFS para "fatiga sustancial ante el esfuerzo". Cabe destacar que los valores inferiores no deben interpretarse como ausencia de fatiga, sino como niveles menos significativos. Estos parámetros se utilizaron previamente en un estudio nacional[9].

El comportamiento de autocuidado se evaluó mediante la *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS), traducida y validada al portugués de Brasil[10]. El instrumento contiene 12 ítems en un único dominio, con respuestas en una escala de Likert de 1 ("estoy totalmente de acuerdo") a 5 ("estoy totalmente en desacuerdo"), lo que da un total de puntuaciones entre 12 y 60 puntos, en las que los valores más altos indican un peor comportamiento de autocuidado. La estimación de la confiabilidad presentó un alfa de Cronbach de 0,70 y un coeficiente de correlación intraclase de 0,87[10].

Análisis y Procesamiento de los Datos

Los datos se organizaron en una hoja de cálculo de Excel y se analizaron con el software Jamovi, versión 2.6. Se emplearon estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas; media, desviación estándar, mediana e intervalo intercuartílico para las variables numéricas) e inferenciales. La normalidad se verificó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, que indicó una distribución no paramétrica. Para verificar las relaciones entre las variables sociodemográficas, clínicas, la fatiga y el autocuidado, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman. La fuerza de las correlaciones se clasificó como débil (0,1–0,3), moderada (0,4–0,6) o fuerte (0,7–0,9)[11]. Se adoptó un nivel de significación del 5% y un valor de $p < 0,05$.

Aspectos Éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) del Hospital Universitario Lauro Wanderley mediante el dictamen n.º 6.704.645. Todos los participantes recibieron información verbal y escrita sobre la investigación y confirmaron su consentimiento mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), en dos ejemplares.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 99 pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), la mayoría de los cuales eran hombres (n = 52; 52,5%), de raza mestiza (n = 59; 59,6%), casados (n = 54; 54,5%), jubilados (n = 55; 55,6%), con ingresos de hasta un salario mínimo brasileño (n = 68; 68,7%) y residentes en João Pessoa, PB (n = 66; 66,7%). La edad promedio de los participantes fue de 59,33 (DE = 10,47) años y el promedio de años de estudio fue de 7,04 (DE = 5,21).

En cuanto a las variables clínicas, 74 (74,7%) presentaban IC de etiología isquémica; 46 (46,5%) fueron clasificados en la clase II de la NYHA, con una FEVI promedio de 37,57% (DE = 12,86). La hipertensión arterial fue la comorbilidad más prevalente asociada a la IC (n = 67; 67,7%). Aproximadamente 62 (62,6%) realizaban actividad física y 89 (89,9%) informaron que no consumían bebidas alcohólicas.

Al utilizar la escala DUFS, alrededor del 71,7% de los pacientes presentaron fatiga sustancial (≥ 14,5), mientras que en la escala DEFS, el 66,7% presentó fatiga sustancial al esfuerzo (≥ 12,5). Por su parte, el autocuidado fue de 28,41 (DE = 7,98), según la EHFScBS, tal como se muestra en la Tabla 1.

En la Tabla 2, los ítems "Me peso todos los días" (ítem 1), "Si aumento 2 kg en una semana, me comunico con mi médico o con la enfermera (o con algún servicio de salud)" (ítem 5), "Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1,5 a 2 L al día)" (ítem 6) y "Hago ejercicio con regularidad" (ítem 12) obtuvieron las puntuaciones más altas, lo que demuestra una baja adherencia. Por su parte, los ítems 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 y 11 obtuvieron puntuaciones más bajas, lo que representa una mejor adherencia a las actividades de autocuidado.

La Tabla 3 presenta la matriz de correlación entre los puntajes de fatiga (DEFS y DUFS), autocuidado y variables sociodemográficas y clínicas. Se observó una correlación negativa significativa de magnitud baja entre la edad y la fatiga al esfuerzo (rho = –0,279; $p < 0,01$) y con la fatiga sustancial (rho = –0,274;

Tabla 1 – Puntuaciones de los instrumentos DUFS, DEFS y EHFScBS – João Pessoa, PB, Brasil, 2024.

Variables	Media ± desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	Mediana
Escore DUFS	20,92 ± 8,11	8	40	21,00
Escore DEFS	17,99 ± 8,35	9	45	16,00
Escore EHFScBS	28,41 ± 7,98	14	48	27,00

Abreviaturas: DUFS – *Dutch Fatigue Scale*; DEFS – *Dutch Exertion Fatigue Scale*; EHFScBS – *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*.

Tabla 2 – Distribución de la frecuencia de las respuestas de la escala de autocuidado (EHFScBS) – João Pessoa, PB, Brasil, 2024.

Preguntas	Concuerdo plenamente n (%)	Casi siempre concuerdo n (%)	A veces concuerdo n (%)	Casi nunca concuerdo n (%)	Plenamente en desacuerdo n (%)
1. Me peso todos los días.	8 (8,1)	10 (10,1)	18 (18,2)	12 (12,1)	51 (51,5)
2. Si siento dificultad para respirar, descanso.	68 (68,7)	2 (2,0)	5 (5,1)	7 (7,1)	17 (17,2)
3. Si mi dificultad para respirar aumenta, me comunico con mi médico o con la enfermera (o con algún servicio de salud).	62 (62,6)	7 (7,1)	4 (4,0)	10 (10,1)	16 (16,2)
4. Si mis pies o piernas se hinchan más de lo habitual, me comunico con mi médico o con la enfermera (o con algún servicio de salud).	69 (69,7)	3 (3,0)	1 (1,0)	3 (3,0)	23 (23,2)
5. Si aumento 2 kg en una semana, me comunico con mi médico o con la enfermera (o con algún servicio de salud).	40 (40,4)	7 (7,1)	3 (3,0)	7 (7,1)	42 (42,4)
6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1,5 a 2 L al día).	29 (29,3)	7 (7,1)	7 (7,1)	3 (3,0)	53 (53,5)
7. Descanso durante el día.	79 (79,8)	5 (5,1)	8 (8,1)	1 (1,0)	6 (6,1)
8. Si mi cansancio aumenta, me comunico con mi médico o con la enfermera (o con algún servicio de salud).	75 (75,8)	7 (7,1)	5 (5,1)	2 (2,0)	10 (10,1)
9. Sigo una dieta baja en sal.	76 (76,8)	5 (5,1)	7 (7,1)	3 (3,0)	8 (8,1)
10. Tomo mi medicamento según la receta.	83 (83,8)	6 (6,1)	5 (5,1)	2 (2,0)	3 (3,0)
11. Me vacuno contra la gripe todos los años.	57 (57,6)	7 (7,1)	3 (3,0)	5 (5,1)	27 (27,3)
12. Hago ejercicio con regularidad.	26 (26,3)	10 (10,1)	8 (8,1)	8 (8,1)	47 (47,5)

Tabla 3 – Matriz de correlaciones entre la fatiga, el autocuidado, las variables sociodemográficas y clínicas – João Pessoa, PB, Brasil, 2024.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Autocuidado	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2. DEFS	0,065	–	–	–	–	–	–	–	–
3. DUFS	0,118	–	–	–	–	–	–	–	–
4. Edad	–0,003	–0,279**	–0,274**	–	–	–	–	–	–
5. NYHA	0,028	0,501***	0,251*	0,017	–	–	–	–	–
6. Tiempo de tratamiento	–0,074	–0,028	–0,049	0,272**	0,039	–	–	–	–
7. FEVI	–0,021	–0,001	–0,090	0,158	–0,090	0,151	–	–	–
8. Número de comorbilidades	0,058	–0,020	0,046	0,199	0,157	0,123	0,042	–	–
9. Número de medicamentos	–0,021	0,167	0,102	0,159	0,129	0,121	–0,122	0,337**	–

Abreviaturas: DUFS – *Dutch Fatigue Scale*; DEFS – *Dutch Exertion Fatigue Scale*; NYHA – *New York Heart Association*; FEVI – Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001.

p < 0,01). Hubo una correlación positiva significativa de magnitud moderada entre las variables NYHA y la fatiga de esfuerzo (rho = 0,501; p < 0,001) y de magnitud débil entre NYHA y la fatiga sustancial (rho = 0,251; p < 0,05). La duración del tratamiento presentó una correlación positiva débil con la edad (rho = 0,272; p < 0,01) y, por último, el número de medicamentos mostró una correlación positiva moderada con el número de comorbilidades (rho = 0,337; p < 0,01). En este estudio, no se encontró una correlación significativa entre la fatiga (DEFES y DUFS) y el autocuidado (p > 0,05).

DISCUSIÓN

En lo que respecta a las variables clínicas, los hallazgos concuerdan con los resultados de un estudio multicéntrico realizado en Francia, España, el Reino Unido, Alemania e Italia, que identificó una prevalencia similar al perfil clínico observado en esta investigación[12].

Los hallazgos de este estudio pusieron de manifiesto una elevada prevalencia de fatiga sustancial ante el esfuerzo entre los participantes. Los resultados concuerdan con la literatura, la cual señala que alrededor del 60–70% de las personas con IC reportan niveles moderados a elevados de fatiga, lo que pone de manifiesto no solo la frecuencia de este síntoma, sino también su persistencia a lo largo del curso de la enfermedad[5]. Además, la investigación señala que el aumento de la fatiga está asociado con el empeoramiento de la clase funcional, lo que sugiere un impacto directo en la capacidad funcional y en la tolerancia al esfuerzo[13].

En un estudio realizado en São Paulo, los puntajes totales promedio de la DUFS y la DEFS fueron superiores a los observados en el presente estudio[13]. Esta diferencia puede estar relacionada con la gravedad de la IC o con las características clínicas de la muestra, lo que sugiere que los pacientes podrían encontrarse en etapas menos avanzadas de la enfermedad o con un control más eficaz de los síntomas.

En el contexto de la IC, la combinación de disfunción sistólica y diastólica compromete la capacidad de aumentar el gasto cardíaco. Como consecuencia, se instala un cuadro de fatiga persistente, en el que los pacientes agotados tienden a posponer u omitir prácticas de autocuidado, lo que agrava los síntomas, refuerza la apatía y aumenta la percepción de incapacidad para manejar su propio tratamiento. Esta condición repercute directamente en la dificultad para cumplir con actividades esenciales, como el control del peso corporal, la preparación de comidas equilibradas y el uso correcto de la medicación[14].

Dichas evidencias indican que la fatiga no es solo una consecuencia de la enfermedad, sino también un factor que compromete el autocuidado, lo que da lugar a un círculo vicioso con impacto negativo sobre el pronóstico. Las intervenciones educativas sobre alimentación saludable, la práctica regular de actividad física moderada, la adherencia a la medicación y la conservación de la energía —incluyendo la planificación de las actividades diarias, la alternancia entre actividad y reposo, las técnicas de relajación, la movilización de la red de apoyo y la adaptación del entorno— han sido empleadas por el personal de enfermería en el manejo de la fatiga, contribuyendo al seguimiento a largo plazo, la prevención de complicaciones y a resultados clínicos favorables en pacientes con IC[15–17]. Por lo tanto, resulta oportuna la implementación de intervenciones de enfermería culturalmente adecuadas e individualizadas como componente esencial del manejo terapéutico de la fatiga.

Los resultados demostraron que los participantes de este estudio presentaron puntuaciones de autocuidado superiores a las observadas en un estudio nacional[18] y en un estudio español[19], lo que indica un desempeño menos favorable en las prácticas de autocuidado en comparación con los hallazgos de estas investigaciones. Dichas diferencias pueden estar asociadas a factores socioculturales, que influyen en la forma en que las personas perciben, comprenden y practican el autocuidado, lo que puede repercutir en el control de la condición de salud y, en consecuencia, en la calidad de vida[4].

En cuanto a la frecuencia de los comportamientos de autocuidado, se observó que pesarse diariamente, informar sobre el aumento de peso inesperado y practicar ejercicio físico regularmente presentaron una mayor discrepancia entre los participantes. Estos resultados se asemejan a los de una investigación realizada en Suiza[20]. Además, se constató que los pacientes presentaban un bajo control de la ingesta diaria de líquidos, en consonancia con un estudio realizado en Japón[21]. Dichos resultados afectan el mantenimiento de la estabilidad clínica y el manejo de la enfermedad, lo que puede retrasar el reconocimiento temprano de la descompensación clínica para la toma de decisiones[22].

Por otro lado, se identificó una mayor concordancia en comportamientos positivos de autocuidado en relación con el monitoreo y la notificación a un profesional de la salud de síntomas como dificultad para respirar, cansancio y edema, descanso durante el día, restricción del consumo de sal en la dieta, el uso regular de los medicamentos y la vacuna contra la gripe al día, que se asemejan a las variables encontradas en una investigación realizada en Eslovenia, cuyos resultados destacaron que el 94% de los participantes presentaba una buena adherencia a la medicación y el 86% restringía el consumo excesivo de sodio, lo que ayuda al paciente a lidiar positivamente con la IC y a mantener la enfermedad bajo control[23].

Este estudio evidenció correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas, clínicas y los índices de fatiga en pacientes con IC. Se observó una correlación negativa entre la edad y la fatiga por esfuerzo, lo que indica que los participantes más jóvenes referían una mayor sensación de cansancio durante las actividades cotidianas. Una posible explicación es que los adultos más jóvenes tienden a experimentar un mayor impacto funcional y psicológico ante las limitaciones que impone la enfermedad, lo que puede intensificar la percepción de fatiga. Se observó una correlación negativa entre la edad y la fatiga sustancial, lo que indica que los individuos más jóvenes presentaron una mayor intensidad de fatiga generalizada. Este hallazgo puede estar relacionado con la percepción individual respecto al reconocimiento de los síntomas de la insuficiencia cardíaca. Por el contrario, los pacientes de edad avanzada pueden tener más dificultades para reconocer estos síntomas, ya que los cambios derivados del propio proceso de envejecimiento reducen la reserva funcional y pueden contribuir al aumento de la fatiga, sobre todo cuando la IC se presenta junto con otras enfermedades crónicas[24].

Además, se observó una correlación positiva entre la clase funcional (NYHA) y la fatiga al esfuerzo, lo que indica que, cuanto peor es la clasificación funcional, mayor es la limitación durante las actividades. De manera similar a este hallazgo, una investigación realizada en Suecia demostró, mediante los instrumentos RAND 36-*Item Health Survey* 1.0 (RAND-36v1) y el *Work Productivity and Activity Impairment questionnaire* (WPAI), que el nivel de fatiga tiende a aumentar cuanto peor es la clasificación NYHA en el paciente con IC[25].

Se identificó que, cuanto mayor es la edad del paciente, mayor es la duración del tratamiento, lo que indica que los pacientes de mayor edad tienden a permanecer en seguimiento durante períodos más prolongados. También se observó una correlación positiva entre el número de comorbilidades y la cantidad de medicamentos utilizados, lo que evidencia que, cuanto mayor es el número de afecciones clínicas asociadas, mayor tiende a ser el volumen de fármacos recetados. Se encontraron resultados similares en una investigación japonesa, que asoció la polifarmacia con un mayor número de comorbilidades, edad avanzada y peor pronóstico en pacientes con IC[26].

Estos resultados refuerzan la necesidad de que el personal de enfermería planifique una atención que favorezca el uso terapéutico adecuado de los medicamentos, lo que incluye la identificación de vulnerabilidades, la prevención del uso indiscriminado de fármacos, estrategias para promover la adherencia al tratamiento, la participación de la familia en el proceso terapéutico y la garantía de una transición de cuidados segura y eficaz.

En esta investigación no se obtuvieron correlaciones significativas entre la fatiga y el autocuidado. Sin embargo, la literatura registra hallazgos distintos, que demuestran una asociación negativa entre estos parámetros cuando se evalúan mediante instrumentos como el *Self-Care of Heart Failure Index version* (SCHFI), lo que sugiere que las personas con mayor fatiga tienden a sentirse menos seguras para llevar a cabo comportamientos de autocuidado, lo cual repercute negativamente en la percepción de la salud y en el control de la enfermedad[27].

Resultados recientes de un estudio japonés muestran que, aunque la fatiga no tiene un efecto directo sobre el autocuidado, esta relación está mediada por el control percibido. Por lo tanto, las intervenciones enfocadas en mejorar la percepción de control pueden influir positivamente en el manejo de los síntomas de la fatiga[28]. Además, la literatura señala que una mejor rutina de autorregulación ayuda a reconocer y manejar los síntomas físicos, pero que, dependiendo del nivel de fatiga, el comportamiento de autocuidado puede verse afectado[29].

Este estudio presenta algunas limitaciones: el diseño transversal no permite establecer relaciones de causa y efecto. La recolección de datos en un solo centro restringe los resultados, y la medición de las variables mediante autoinforme está sujeta a sesgos de memoria y deseabilidad social. Además, la exclusión de pacientes en clase IV de la NYHA y la magnitud de las correlaciones observadas deben evaluarse con cautela al generalizar los hallazgos a la práctica clínica. En este sentido, se recomienda el desarrollo de estudios longitudinales, realizados en diferentes contextos del panorama brasileño y con muestras más amplias, para profundizar en la comprensión del impacto de la fatiga en el autocuidado de esta población.

En el ámbito de la práctica clínica multiprofesional, este estudio ofrece evidencia que puede contribuir al desarrollo de intervenciones longitudinales en la atención a personas con IC, especialmente aquellas orientadas al monitoreo sistemático de los síntomas y al fortalecimiento del autocuidado. Cabe destacar el papel central de la enfermería en este proceso, dada su actuación continua, cercana y educativa, que favorece la implementación de estrategias para la conservación de la energía, el manejo de la fatiga, la promoción de la adherencia terapéutica y la capacitación del paciente y su familia para el autocuidado. La adopción de estas medidas es fundamental para mejorar el seguimiento clínico, favorecer la estabilidad del estado de salud y, en consecuencia, mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

En este estudio, la fatiga no se asoció con el comportamiento de autocuidado. Sin embargo, se observó una asociación significativa entre la edad y la fatiga de esfuerzo, la fatiga sustancial y la duración del tratamiento. La clase funcional de la NYHA también se mostró asociada a la fatiga de esfuerzo y a la fatiga sustancial.

Además, se constató una asociación positiva entre el número de comorbilidades y la polifarmacia en pacientes con insuficiencia cardíaca, un aspecto que puede influir directamente en el comportamiento de autocuidado. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar planes de atención orientados al control de los síntomas, con el fin de retrasar la progresión de la enfermedad, optimizar la gestión del autocuidado y promover una mejor calidad de vida.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todo el conjunto de datos que respalda los resultados de este estudio se publicó en el propio artículo.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre la fatiga, el autocuidado y las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con insuficiencia cardíaca. **Método:** Estudio transversal y correlacional, realizado en un hospital universitario de la región noreste de Brasil. Se utilizaron las versiones brasileñas de la *Dutch Fatigue Scale*, la *Dutch Exertion Fatigue Scale* y la *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*. El análisis incluyó estadísticas descriptivas y la correlación de *Spearman*. **Resultados:** Participaron 99 pacientes con insuficiencia cardíaca. Se observó fatiga sustancial en el 71,7 % y fatiga de esfuerzo en el 66,7 % de la muestra. El promedio de la puntuación de autocuidado fue de 28,41 ± 7,98. No se encontró una asociación significativa entre la fatiga y el autocuidado. Se identificó una correlación negativa entre la edad y la fatiga por esfuerzo y la fatiga sustancial; y una correlación positiva entre la duración del tratamiento y la edad. Hubo una correlación positiva entre la capacidad funcional y la fatiga por esfuerzo, y entre la capacidad funcional y la fatiga sustancial. **Conclusión:** Los hallazgos refuerzan la importancia de la percepción y el manejo de los síntomas en el autocuidado. Las intervenciones en salud son oportunas para promover la calidad de vida de esta población.

DESCRIPTORES

Autocuidado; Fatiga; Insuficiencia Cardíaca; Estudios Transversales.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre fadiga, autocuidado e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes com insuficiência cardíaca. **Método:** Estudo transversal e correlacional, realizado em um hospital universitário na região Nordeste do Brasil. Foram utilizadas as versões brasileiras da *Dutch Fatigue Scale*, *Dutch Exertion Fatigue Scale* e a *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*. A análise incluiu estatística descritiva e correlação de *Spearman*. **Resultados:** Participaram 99 pacientes com insuficiência cardíaca. Observou-se fadiga substancial em 71,7% e fadiga ao esforço em 66,7% da amostra. A média da pontuação de autocuidado foi 28,41 ± 7,98. Não houve associação significativa entre fadiga e autocuidado. Identificou-se correlação negativa entre idade e fadiga ao esforço e fadiga substancial; e positiva entre tempo de tratamento e idade. Houve correlação positiva entre a capacidade funcional e fadiga ao esforço e fadiga substancial. **Conclusão:** Os achados reforçam a importância da percepção e gerenciamento dos sintomas no autocuidado. Intervenções em saúde são oportunas para a promoção da qualidade de vida desta população.

DESCRITORES

Autocuidado; Fadiga; Insuficiência Cardíaca; Estudos Transversais.

REFERENCIAS

1. Pavlovic N, Ndumele CE, Abshire Saylor M, Szanton SL, Lee CS, Shah AM, et al. Identification of fatigue subtypes and their correlates in prevalent heart failure: a secondary analysis of the atherosclerosis risk in communities study. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2024;17(2):e010115. doi: https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.123.010115. PubMed PMID: 38240158.

2. Souza JP, Lima DFS, Leadebal ODCP, Freire MEM, Oliveira SHS, Santos VB, et al. Sleep quality of patients with heart failure and associated factors. Rev Bras Enferm. 2024;77(6):e20240244. doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0244. PubMed PMID: 39699372.

3. Tinoco JMVP, Figueiredo LS, Flores PVP, Padua BLR, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Padua BLR de, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. Rev Lat Am Enfermagem. 2021;29:e3389. doi: https://doi.org/10.1590/1518.8345.4281.3389. PubMed PMID: 34287537.

4. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. An update to the middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2026;49(1):14–25. doi: https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000594. PubMed PMID: 40956127.

5. Pavlovic NV, Gilotra NA, Lee CS, Ndumele C, Mammos D, Dennisonhimmelfarb C, et al. Fatigue in persons with heart failure: a systematic literature review and meta-synthesis using the biopsychosocial model of health. J Card Fail. 2022;28(2):283–315. doi: https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.07.005. PubMed PMID: 34329719.

6. Hoch CR, George G, Matura LA. The relationship between fatigue and self-care in adults with heart failure: a scoping review. J Cardiovasc Nurs. 2026;41(3):182–93. doi: https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001260. PubMed PMID: 41071594.

7. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016;15(5):337–44. doi: https://doi.org/10.1177/1474515115575834. PubMed PMID: 25715645.

8. Fini A, Cruz DALM. Propriedades psicométricas da Dutch Fatigue Scale e Dutch Exertion Fatigue Scale: versão brasileira. Rev Bras Enferm. 2010;63(2):216–21. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200008. PubMed PMID: 20520992.

9. Santos MA, Cruz DALM, Barbosa RL. Factors associated to sleep pattern in heart failure patients. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1105–12. doi: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500011. PubMed PMID: 22031370.

10. Feijó MK, Ávila CW, de Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. Rev Lat Am Enfermagem. 2012;20(5):988–96. doi:https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500022. PubMed PMID: 23174845.

11. Dancey CP. Estatística sem matemática para as ciências da saúde. Porto Alegre: Penso; 2017.

12. Fonseca AF, Lahoz R, Proudfoot C, Corda S, Loefroth E, Jackson J, et al. Burden and quality of life among female and male patients with heart failure in europe: a real-world cross-sectional study. Patient Prefer Adherence. 2021;15:1693–706. doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S312200. PubMed PMID: 34354345.

13. Nepomuceno E, Silva LN, Cunha DCP, Furuya RK, Simões MV, Dantas RAS. Comparison of tools for assessing fatigue in patients with heart failure. Rev Bras Enferm. 2018;71(5):2404–10. doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0083. PubMed PMID: 30304169.

14. Angius L, Crisafulli A. Exercise intolerance and fatigue in chronic heart failure: is there a role for group III/IV afferent feedback? Eur J Prev Cardiol. 2020;27(17):1862–72. doi: https://doi.org/10.1177/2047487320906919. PubMed PMID: 32046526.

15. Wang TC, Huang JL, Ho WC, Chiou AF. Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016;15(2):157–67. doi: https://doi.org/10.1177/1474515115618567. PubMed PMID: 26585292.

16. Abdolahi M, Doustmohamadi MM, Sheikhbardsiri H. The effect of an educational plan based on the roy adaptation model for fatigue and activities of daily living of patients with heart failure disease. Ethiop J Health Sci. 2020;30(4):559–66. doi: https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i4.11. PubMed PMID: 33897216.

17. Son YJ, Choi J, Lee HJ. Effectiveness of nurse-led heart failure self-care education on health outcomes of heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):6559. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17186559. PubMed PMID: 32916907.

18. Lima JGD, Barros ALBLD, Lopes JDL. Factors associated with medication non-adherence among patients with heart failure. Rev Lat Am Enfermagem. 2024;32:e4302. doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6756.4302.

19. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Rev Esp Cardiol. 2006;59(2):166–70. doi: https://doi.org/10.1157/13084645. PubMed PMID: 16540039.

20. Schäfer-Keller P, Santos GC, Denhaerynck K, Graf D, Vasserot K, Richards DA, et al. Self-care, symptom experience, needs, and past health-care utilization in individuals with heart failure: results of a cross-sectional study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2021;20(5):464–74. doi: https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa026. PubMed PMID: 33693590.

21. Yoshinaga R, Tomita K, Wakayama K, Furuta S, Miyamoto K, Matsuda Y, et al. Factors related to self-care behaviors among hospitalized patients with heart failure in Japan, based on the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. J Phys Ther Sci. 2022;34(6):416–21. doi: https://doi.org/10.1589/jpts.34.416. PubMed PMID: 35698558.

22. Freedland KE, Rich MW, Carney RM. Improving quality of life in heart failure. Curr Cardiol Rep. 2021;23(11):159. doi: https://doi.org/10.1007/s11886-021-01588-y. PubMed PMID: 34599415.

23. Sedlar N, Lainscak M, Farkas J. Self-care perception and behaviour in patients with heart failure: a qualitative and quantitative study. ESC Heart Fail. 2021;8(3):2079–88. doi: https://doi.org/10.1002/ehf2.13287. PubMed PMID: 33719209.

24. Lin CY, Hammash M, Mudd-Martin G, Biddle MJ, Dignan M, Moser DK. Older and younger patients' perceptions, evaluations, and responses to worsening heart failure symptoms. Heart Lung. 2021;50(5):640–7. doi: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.05.005. PubMed PMID: 34091110.

25. Liljeroos M, Agvall B, Eek D, Fu M. Experiences of heart failure and the treatment journey: a mixed-methods study among patients with heart failure in Sweden. Patient Prefer Adherence. 2023;17:1935–47. doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S418760. PubMed PMID: 37581194.

26. Fujihashi T, Nochioka K, Yasuda S, Sakata Y, Hayashi H, Shiroto T, et al. Underuse of heart failure medications and poor long-term prognosis in chronic heart failure patients with polypharmacy: a report from the CHART-2 study. Int J Cardiol Heart Vasc. 2024;50:101345. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2024.101345. PubMed PMID: 38313451.

27. Breazeale S, Jeon S, Hwang Y, O'Connell M, Nwanaji-Enwerem U, Linsky S, et al. Sleep characteristics, mood, somatic symptoms, and self-care among people with heart failure and insomnia. Nurs Res. 2022;71(3):189–99. doi: https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000585. PubMed PMID: 35149627.

28. Higa H, Moser DK. Perceived control mediates the relationship between fatigue and self-care in patients with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2026;41(1):25–32. doi: https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001223. PubMed PMID: 40435393.

29. Zaharova S, Litwack K, Gopalakrishnan S, Ellis J, Saltzberg MT. Self-management in heart failure: the importance of self-regulation but not complexity of condition. West J Nurs Res. 2022;44(4):375–82. doi: https://doi.org/10.1177/0193945921997428. PubMed PMID: 33709833.

EDITORA ASOCIADA

Vanessa de Brito Poveda

Este es un artículo de acceso abierto, distribuído bajo los términos de la Licencia Creative Commons.