

REVISIONES

Intervenciones de autocuidado diádico en la insuficiencia cardíaca crónica en el contexto hospitalario: una revisión sistemática

Dyadic self-care interventions in chronic heart failure in hospital settings: a systematic review

A.I. Villero-Jiménez¹, N. Martínez-Torregrosa¹, M. Olano-Lizarraga^{2,3,4}, J. Garai-López¹, M. Vázquez-Calatayud^{1,2,3,4}

RESUMEN

El autocuidado diádico en la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es clave para garantizar la continuidad del tratamiento, disminuir las complicaciones y los reingresos, y minimizar la sobrecarga del cuidador, pero demanda estrategias específicas. El objetivo fue identificar las intervenciones de autocuidado diádico en la ICC en el contexto hospitalario mediante una revisión sistemática de la literatura en *PubMed*, *CINAHL* y *PsycInfo*; la calidad metodológica se valoró según las herramientas de CASPe y del *Joanna Briggs Institute*. Se identificaron los principales componentes de las intervenciones: formato de administración; dimensiones y estrategias utilizadas (cognitivo-actitudinal, afectiva-emocional y conductual); proveedores y receptores; instrumentos de medida utilizados; y efectividad. La mayoría de estudios mejoraron los resultados, especialmente síntomas de depresión y/o ansiedad, adherencia al tratamiento, dieta y control del peso. Se recomiendan intervenciones innovadoras que incluyan componentes de las tres dimensiones identificadas y el uso de escalas válidas, fiables y específicas para medir los resultados.

Palabras clave. Autocuidado. Diada. Insuficiencia cardíaca. Intervención. Revisión sistemática.

ABSTRACT

Dyadic self-care in chronic heart failure (CHF) is key to ensure treatment continuity, reduce complications and readmissions, and minimise caregiver burden, but it requires specific strategies. The aim of the study was to identify dyadic self-management interventions in CHF in hospital settings by means of a systematic literature review conducted in the *Pubmed*, *CINAHL* and *PsycInfo* databases. Methodological quality was assessed according to CASPe and Joanna Briggs Institute tools. The main components of the interventions were identified: delivery format; dimensions and strategies used (cognitive-attitudinal, affective-emotional and behavioural); providers and recipients; measurement instruments used; and effectiveness. Most of the studies demonstrated improved outcomes, especially in depression and/or anxiety symptoms, adherence to treatment, diet and weight control. Innovative interventions that include components of the three dimensions identified and the use of valid, reliable and specific scales to measure outcomes are recommended.

Keywords. Self care. Dyadic. Chronic heart failure. Intervention. Systematic review.

1. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.
2. Innovación para un Cuidado Centrado en la Persona (Grupo de investigación ICCP-UNAV). Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.
3. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.
4. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA). Pamplona. Navarra. España.

Recibido: 20/09/2021 Revisado: 23/12/2021 Aceptado: 12/01/2022

Correspondencia:

Maddi Olano-Lizarraga
Departamento de Enfermería de la Persona Adulta
Facultad de Enfermería
Universidad de Navarra
C/ Irunlarrea, 1
31008 Pamplona
Navarra
España
E-mail: molizarraga@unav.es



INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es una de las enfermedades cardiovasculares más prevalentes a nivel mundial; su prevalencia se duplica por cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en personas mayores de 70 años¹. Según la OMS, desde hace 20 años es la principal causa de mortalidad en todo el mundo y ha ido en aumento hasta llegar a casi 9 millones de personas en 2019, representando el 16% del total de muertes debidas a todas las causas².

Los pacientes con ICC tienen una situación de vida muy compleja, caracterizada por un deterioro del estado de salud progresivo y descompensaciones frecuentes y súbitas en su evolución, que afectan a su bienestar y calidad de vida¹⁻³. Para manejar esta situación, es clave que los pacientes adquieran los conocimientos y las habilidades necesarias para mejorar su autocuidado y, en consecuencia, su calidad de vida.

En la última década se han desarrollado intervenciones educativas y cognitivo-comportamentales de autocuidado en pacientes con ICC, que han sido efectivas para disminuir su estancia hospitalaria, los reingresos hospitalarios y mejorar su calidad de vida^{3,4}. Esta efectividad, sin embargo, no se ha sostenido en el tiempo⁵, siendo la falta de implicación de la familia uno de los principales motivos. Este hecho es relevante si se tiene en cuenta que, en la práctica real, los pacientes con ICC rara vez participan en su autocuidado de forma aislada^{3,6-9}, puesto que conforman con sus cuidadores lo que se conoce como diada paciente – cuidador familiar.

En esta diada se establece un vínculo estrecho y continuo entre la persona con ICC y su cuidador. De hecho, el cuidado pasa a entenderse como un binomio en el que existe un gran impacto a nivel actitudinal, familiar, cultural, espiritual, económico y en los estilos y calidad de vida^{10,11}. Las competencias que han de adquirir estas diadas para el cuidado de este proceso son clave para garantizar la continuidad del tratamiento, disminuir las complicaciones y los reingresos por factores prevenibles, y minimizar la sobrecarga del cuidador¹². Este abordaje requiere estrategias específicas y es en el contexto hospitalario donde se puede propiciar el desarrollo de intervenciones diádicas de autocuidado continuado, antes y después del ingreso hospitalario. Aunque la mayor parte del cuidado a las personas

con ICC es proporcionado en el domicilio por los familiares, los encuentros con los profesionales en el ámbito hospitalario resultan claves para educar a pacientes y familiares en el reconocimiento de síntomas, cambios en la dieta y el ejercicio y aspectos relacionados con la medicación, entre otros⁵. No obstante, algunos autores señalan que las intervenciones diseñadas para promover el autocuidado de los pacientes con ICC no siempre consideran a la familia como parte activa de este proceso¹³.

Por tanto, el objetivo de la presente revisión sistemática fue identificar las intervenciones más efectivas para favorecer el autocuidado diádico en la ICC en el contexto hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estrategia de búsqueda

En respuesta al objetivo propuesto, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo la guía *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁴. Para ello, se llevó a cabo una revisión por pares en las bases de datos: *Pubmed*, *CINHAL* y *PsycINFO*. En estas búsquedas se combinaron las palabras clave *interventions*, *heart failure*, *family*, con sus sinónimos y sus términos MeSH a través de los operadores booleanos *AND* y *OR* (Fig. 1). Además, se limitó la búsqueda respecto al idioma (inglés y español), a los años de publicación (últimos 10 años) y a la población (adultos).

Para completar las búsquedas electrónicas, se realizaron revisiones manuales de los cinco últimos años en las dos revistas relevantes para el estudio del fenómeno de interés: *Journal of Cardiovascular Nursing* y *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Finalmente, la búsqueda se completó con la estrategia de bola de nieve, al revisar las listas de referencias de los estudios seleccionados e identificar posibles trabajos adicionales. Se seleccionaron los estudios que cumplían los siguientes criterios de inclusión: estudios experimentales y cuasi-experimentales sobre intervenciones de autocuidado diádico en ICC y revisiones sistemáticas con suficiente rigor. Se excluyeron los estudios no realizados en el contexto hospitalario, que incluyeran población con cuidados paliativos, y cuyas intervenciones no incluyeran a la familia del paciente con ICC.

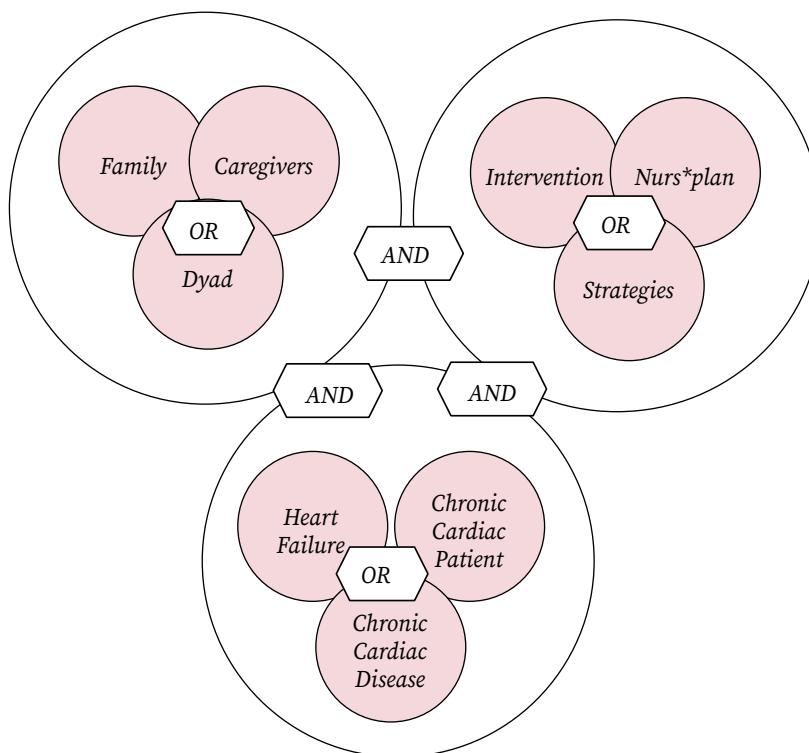


Figura 1. Estrategia de búsqueda.

Selección de los artículos

Tres investigadores (AIVJ, NMT y JGL) realizaron de manera independiente y ciega la selección de los artículos según título y resumen. Tras este primer cribado, los resultados se desenmascararon y se compararon los resultados y resolvieron los conflictos. Los artículos considerados elegibles fueron revisados a texto completo por los tres revisores de forma independiente y ciega, garantizando así la transparencia en el proceso de selección. Posteriormente, se celebró una reunión de todo el grupo (incluyendo a MOL y MVC) para comparar los resultados y resolver los conflictos. La unanimidad de todos los investigadores determinó la decisión final sobre la inclusión de los artículos.

Análisis de los datos

Los datos que se obtuvieron de los estudios fueron: país de procedencia y año; objetivo, diseño y tamaño muestral del estudio; características de la intervención (incluido el formato de adminis-

tración, las dimensiones de la intervención, y los proveedores y receptores de la misma), los instrumentos utilizados para evaluar la efectividad de las intervenciones, los resultados principales de las intervenciones y la calidad metodológica de los estudios.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los artículos seleccionados se analizó con las herramientas de lectura crítica CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme* en español)¹⁵ para los ensayos clínicos, que incluye once ítems, y JBI (*Joanna Briggs Institute*)¹⁶ para los cuasi-experimentales, que consta de ocho ítems. Se realizó una revisión por pares de cada ítem (AIVJ, NMT y/o JGL), considerando los estudios de alta calidad si la respuesta a todos los ítems era *sí*, moderada si algún ítem era dudoso o *no*, y baja si más de dos ítems eran *no*. En los casos donde hubo desacuerdo o duda, un tercer investigador intervino en la decisión (MVC). Además, se determinó por parte de dos de los autores (MOL y MVC) si existía riesgo

de sesgo en los estudios con la herramienta *Cochrane*¹⁷, especificando si este era bajo, alto, o no había suficiente información para determinarlo.

RESULTADOS

Resultados de la búsqueda

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda en las bases de datos, se obtuvieron un total de 3.231

artículos, que tras aplicar los límites definidos para la búsqueda se redujeron a 761. Tras la lectura del título y el resumen, la búsqueda se redujo a 63, de los que se eliminaron tres por estar duplicados. Una vez realizada la lectura de los artículos a texto completo y aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron 11 estudios. Finalmente, tras añadir un artículo por la técnica bola de nieve, el número total de artículos de interés incluidos en la revisión fue 12^{5,13,19-28} (Fig. 2).

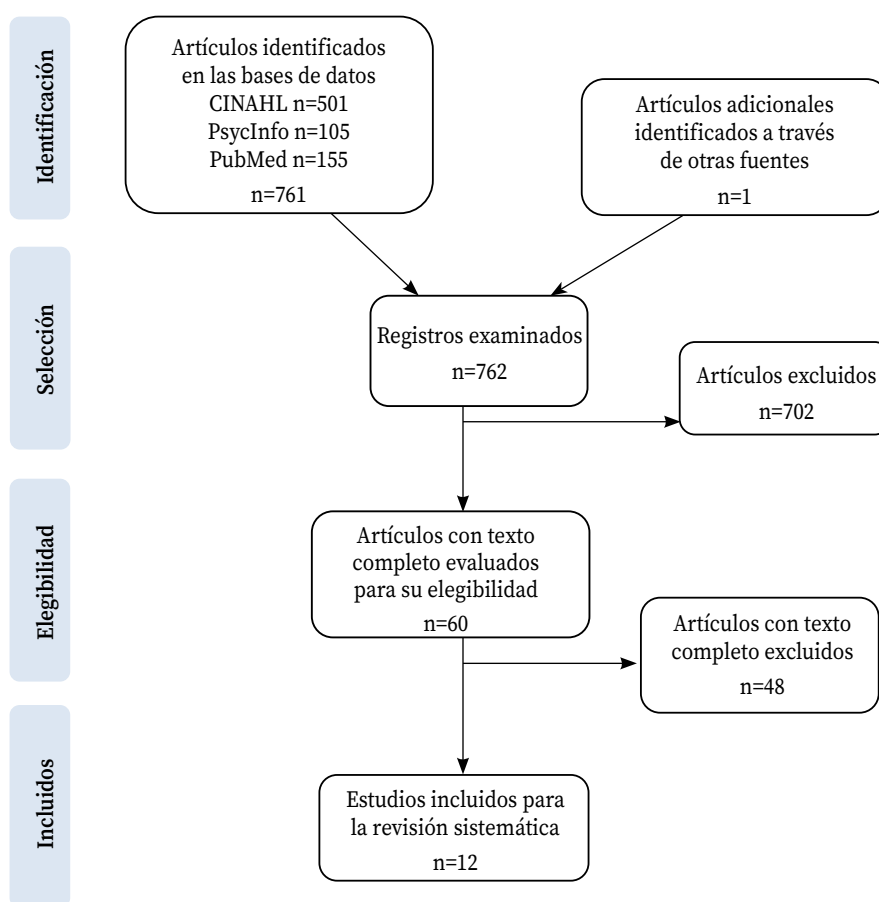


Figura 2. Diagrama de flujo adaptado de PRISMA 2009.

Solo tres artículos (25%) fueron ensayos cuasi-experimentales^{20,23,27}, el resto fueron ensayos clínicos (Tabla 1). Los estudios se llevaron a cabo mayoritariamente en Estados Unidos (n= 7; 58%)^{13,19,22,23,25,26,28}, dos se realizaron en Irán (17%)^{20,24}, dos en Suecia (17%)^{5,21} y uno en China (8%)²⁷. La calidad fue moderada (puntuación 9 a 11 sobre 11) en todos los en-

sayos clínicos^{5,14,19,21,22,24-26,28}; el 66,6%^{5,14,21,26,28} tenían un riesgo de sesgo bajo en seis de los siete dominios valorados y el 22,2% tenían dos dominios con alto riesgo de sesgo^{24,25}; en el 22,2% el riesgo de sesgo era desconocido en cinco dominios^{19,22,24,25} (Tabla 2). La calidad de los tres estudios cuasi-experimentales fue moderada-alta (puntuación de 7 a 8 sobre 8).

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión

Autor Año País	Objetivo	Diseño Muestra	Intervención			Principales resultados	Calidad metodológica
			Dominio	Intervención	Instrumento		
Liljeroos y col ⁵ 2015 Suecia	Evaluar una intervención con apoyo psicoeducativo diádico en ICC	ECA n= 155 (paciente-pareja)	B	Presencial Tres sesiones psicoeducativas de apoyo y asesoramiento	SF-36 BDI-II CAS	Sin efecto sobre la salud, los síntomas depresivos o el control percibido en 24 meses	CASPe: 9/11
Dunbar y col ¹³ 2013 USA	Evaluar una intervención de asociación paciente-familia	ECA n= 117 (paciente-familiar)	C	Combinada Sesiones educativas, <i>coaching</i> y juegos de rol, con material de apoyo (folletos informativos, DVD) y llamadas telefónicas de refuerzo positivo	MEMS MMAS AHFKT.v1 FCCQ-P FEICS-PC BDI-II	↑ adherencia a la medicación y dieta ↑ conocimiento	CASPe: 10/11
Agren y col ¹⁹ 2013 USA	Evaluar un programa de educación y apoyo psicosocial a pacientes con ICC y sus parejas	ECA n= 157 (paciente-familiar conviviente)	B	Presencial Sesiones educativas y llamadas telefónicas de seguimiento	SF-36	↓ peso del paciente	CASPe: 9/11
Borji y col ²⁰ 2018 Irán	Evaluar una intervención espiritual sobre la ansiedad en los cuidadores de pacientes ingresados con ICC	Estudio cuasi-experimental n= 71 (cuidadores)	B	Presencial Sesiones educativas espirituales	BDI-II	↓ ansiedad	JB1: 8/8
Liljeroos y col ²¹ 2016 Suecia	Evaluar una intervención psicoeducativa diádica sobre la carga y la morbilidad del cuidador de pacientes con ICC	ECA n= 155 (paciente-pareja)	B	Presencial Tres sesiones psicoeducativas de apoyo y asesoramiento	CBS SF-36 BDI-II CAS	↑ nivel percibido de control Mejor salud física. ↓ síntomas de depresión en pacientes y pareja	CASPe 10/11
McIlvennan y col ²² 2016 USA	Evaluar una intervención de apoyo a la decisión compartida para pacientes con DT LVAD	ECA multicéntrico n= 19 (paciente-cuidador principal/amigo)	A	Presencial Sesiones de <i>coaching</i> sobre la toma de decisiones compartida	DT LVAD PHQ-2 CANHELP EQ-5D-5L	↑ el conocimiento de los pacientes en un 31% y el de los cuidadores en un 6%	CASPe: 9/11
Sebern y col ²³ 2012 USA	Evaluar una intervención diádica de atención compartida para mejorar el autocuidado en la ICC	Estudio cuasi-experimental n= 22 (paciente-familiar)	C	Presencial Siete sesiones educativas sobre el cuidado compartido, sobre el manejo de ICC	STAI PHQ-9 SCI-3 SCHF KCCQ SF-36	Mejora de la comunicación y la toma de decisiones compartida en pacientes y cuidadores ↑ autocuidado del paciente	JB1: 7/8
Shahriari y col ²⁴ 2013 Irán	Evaluar una intervención de apoyo familiar sobre el comportamiento de autocuidado en pacientes con ICC	ECA n= 128 (paciente-familiares)	C	Presencial Sesiones grupales educativas sobre la dieta en la ICC	Cuestionario <i>ad hoc</i> para medir el soporte percibido	Mejora el comportamiento del autocuidado	CASPe: 9/11
Wu y col ²⁵ 2019 USA	Evaluar una intervención multicomponente centrada en la familia sobre la adherencia a la medicación en pacientes con ICC	ECA n= 43 (paciente-cónyuge, hijo o persona de confianza)	C	Presencial Intervención Famlit (juegos de rol)	MEMS	↑ adherencia a la medicación ↓ ingesta de sodio	CASPe: 9/11

Autor Año País	Objetivo	Diseño Muestra	Intervención			Principales resultados	Calidad metodológica
			Dominio	Intervención	Instrumento		
Dunbar y col ²⁶ 2016 USA	Evaluar una intervención basada en el funcionamiento familiar sobre la reducción del sodio en la dieta en pacientes ICC	ECA n= 78 (paciente-familiar)	C	Combinada Sesiones educativas, <i>coaching</i> y juegos de rol llamadas telefónicas de seguimiento	FADQ GFF BDI-II	Mejor funcionamiento familiar	CASPe: 10/11
Guo y col ²⁷ 2019 China	Evaluar la viabilidad de un programa de tele-salud basado en hospital-comunidad-familia (HCF)	Estudio cuasi-experimental n= 66 (paciente-pareja)	C	Combinada Educación para la salud mediante un sistema de monitorización remota, uso de aplicación móvil o web. Seguimiento de llamadas telefónicas	PHWSUQ	↑ satisfacción con la atención. Mejora de los estilos de vida.	JB1: 7/8
Piette y col ²⁸ 2015 USA	Determinar si la retroalimentación automatizada afecta la carga y asistencia para el autocuidado	ECA n= 369 (paciente-familiar o amigo)	B	Telemática Sesiones educativas, uso de aplicación móvil, folletos informativos. Programa <i>Care Partners</i> y seguimiento telefónico	NSSQ CES-D	↑ adherencia al tratamiento ↓ síntomas depresivos ↓ tensión del cuidador ↓ carga del cuidador	CASPe: 9/11

ECA: ensayo clínico aleatorizado; **A:** cognitivo – actitudinal; **B:** afectivo – emocional; **C:** conductual; **AHFKT.v1:** *Atlanta Heart Failure Knowledge Test*; **BDI-II:** *Beck Depression Inventory-II*; **CANHELP:** *Canadian Health Care Evaluation Project questionnaire*; **CAS:** *Control Attitude Scale*; **CBS:** *Caregiver Burden Scale*; **CES-D:** *Center For Epidemiologic Studies Depression Scale*; **DT LVAD:** *Knowledge of the quality of decisions*; **DRS:** *Dyadic Relationship Scale*; **EQ-5D-5 L:** *5-level EQ-5D version*; **FADQ:** *Family Assessment Device Questionnaire*; **FCCQ-P:** *Family Care Climate Questionnaire Patient*; **FEICS-PC:** *Family Emotional Involvement and Criticism Scale*; **FFFS:** *Feetham Family Function scale*; **GFF:** *Global family function KCCQ: Kansas City cardiomyopathy questionnaire*; **MEMS:** *Medication Events Monitoring System*; **MMAS:** *Morisky Medication Adherence Scale*; **NSSQ:** *Norbeck Social Support Questionnaire*; **PHQ-2:** *Patient Health Questionnaire-2*; **PHQ-9:** *Patient Health Questionnaire-9*; **PHWSUQ:** *Perceived Health Web Site Usability Questionnaire*; **SCHFI:** *Self-Care of Heart Failure Index*; **SCI-3:** *Shared care instrument*; **SF-36:** *36-Item Short-Form Health Survey*; **STAI:** *State-Trait Anxiety Scale*.

Tabla 2. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios revisados

	Agren y col ¹⁹ (2013)	Dunbar y col ¹³ (2013)	Dunbar y col ²⁶ (2016)	Liljeroos y col ⁵ (2015)	Liljeroos y col ²¹ (2016)	McIlvennan y col ²² (2016)	Piette y col ²⁸ (2015)	Shahriari, y col ²⁴ (2013)	Wu y col ²⁵ (2019)
Generación aleatoria de la secuencia (sesgo de selección)	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Asignación oculta (sesgo de selección)	?	+	+	+	+	?	?	?	?
Cegado de participantes y personal (sesgo de ejecución)	?	-	-	-	-	?	?	-	-
Evaluación ciega de resultados (sesgo de detección)	?	+	+	+	+	?	+	-	-
Datos incompletos de los resultados (sesgo de retirada)	?	+	+	+	+	?	+	?	+
Información selectiva (sesgo de información)	?	+	+	+	+	?	+	?	?
Otros errores	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Riesgo de sesgo: +: bajo; -: alto; ?: desconocido.

Muestra

Los estudios revisados incluyeron a un total de 1.380 participantes, entre pacientes y familiares; el 58,0% fueron mujeres (n= 800) y el rango de edad osciló entre los 22 y los 87 años de edad.

Formato de administración de las intervenciones diádicas

Ocho de los estudios (66,7%) administraron intervenciones presenciales o cara a cara (aquellas en las que los profesionales sanitarios estaban en contacto directo, de forma física, con el paciente-familia)^{5,19-26}, realizando seguimiento telefónico en seis (75%) de ellos^{5,20-22,24,25}. Los programas variaron en el número de sesiones presenciales, oscilando entre una²⁵ y siete sesiones²³, así como en la duración de las mismas, siendo la más corta de 45 minutos²⁰ y la más larga de dos horas^{18,23}.

Las principales ventajas del formato presencial fueron la relación que se estableció entre la persona que impartía el programa y los participantes, y la posibilidad de compartir experiencias de cada diada acerca del autocuidado en la ICC^{13,25}. Esto permitió al profesional observar el lenguaje verbal y no verbal y adaptarse de forma individual a las personas que lo recibían, facilitando una interacción recíproca y de confianza entre él y la diada^{13,22,24-26}. La principal desventaja fue la necesidad de disponer de mayores recursos económicos, ya que era necesario el desplazamiento del personal de enfermería y/o de los pacientes¹⁸.

Cuatro estudios (33,3%) incluyeron intervenciones administradas de forma combinada^{13,26-28}, especialmente a través de la telemedicina, para reforzar la educación y seguimiento tras el alta. Las intervenciones variaron en el número de método utilizadas (generalmente entre una y tres) y en el tiempo empleado para el desarrollo de las sesiones presenciales (la mayoría entre una y dos horas²⁷). En todas ellas se realizó seguimiento telefónico durante al menos cuatro meses.

La ventaja principal del formato combinado fue su accesibilidad, sostenibilidad y rapidez de respuesta a las necesidades de la diada. Entre sus desventajas destacó el alto consumo de internet y la dificultad de manejo por parte de las personas mayores²⁷.

Dimensiones de las intervenciones diádicas

Dimensión cognitiva-actitudinal

Esta dimensión alude a aquellas intervenciones dirigidas a mejorar los conocimientos y actitudes de la diada paciente-familia hacia la ICC, opciones de tratamiento, progresión de la enfermedad y soporte emocional²².

De los artículos revisados, solo uno abordó esta dimensión²² mediante sesiones de *coaching* para obtener y analizar la información. Cada sesión de *coaching* incluía cuatro fases: 1) presentar la terapia (por ejemplo, utilizando el método de preguntar-decir-preguntar), 2) contextualizar las distintas opciones, 3) abordar las creencias y valores (por ejemplo, nombrar y respetar las creencias y valores), y 4) aportar recomendaciones (por ejemplo, basadas en valores). Cabe señalar que, aunque esta estrategia no está muy extendida en la práctica clínica, este estudio mostró buenos resultados: al mes los conocimientos habían aumentado un 31% en los pacientes y un 6% en los cuidadores, lo que ayudó a mejorar la toma de decisiones en relación a la ICC.

Dimensión afectivo-emocional

Esta dimensión estuvo presente en cinco (41,7%) estudios^{5,19,20,21,28}. Las intervenciones que la abarcaron trabajaron las emociones y sentimientos que experimentaba la diada: autopercepción (conjunto de emociones, deseos y sentimientos dentro de un contexto específico permitiendo a las personas formar una opinión subjetiva sobre cada uno) y creencias, autoeficacia (creencia que los individuos tienen acerca de sus capacidades y la confianza para alcanzar una meta o enfrentar una situación) y motivación (sentimiento capaz de empujar a la diada hacia una acción o proyecto, ayudándole a permanecer constante en el esfuerzo ante los obstáculos o dificultades que pudieran surgir)^{5,19,20,21,28}.

La autopercepción fue objeto de un estudio²⁸; se obtuvo retroalimentación sobre la diada mediante el programa *CarePartners*, que aborda telemáticamente el apoyo a la diada de forma estructurada, monitorizando a los pacientes y brindándoles información y seguimiento. Su objetivo fue promover una comunicación eficaz, positiva y motivadora, evidenciando una mejora significativa en la

comunicación diádica, la depresión y el estrés que implica el cuidado.

La autoeficacia fue trabajada por Borji y col²⁰, quienes brindaron cuidado espiritual para mejorar la confianza de la diada, disminuyendo de forma significativa su ansiedad.

Los otros tres estudios^{5,19,21} incluyeron intervenciones motivacionales, centradas en el refuerzo positivo y los mensajes motivadores, mediante sesiones en grupos pequeños de una y dos horas. Fueron dirigidas por personal de enfermería formado, a través de técnicas de apoyo y juegos de rol. Además, se realizaron sesiones telefónicas de refuerzo positivo para facilitar su sostenibilidad en el tiempo^{5,20,21,28}.

Dimensión conductual

La dimensión más estudiada fue la conductual (50%)^{13,23-27}. Las intervenciones que incluyeron esta dimensión apelaron a la conducta para crear cambios en las personas, promoviendo un cambio de comportamiento en la diada para mejorar el autocuidado diádico²³⁻²⁷. Wu y col²⁵ llevaron a cabo la intervención *FamLit* para educar a los cuidadores de la diada en la importancia de lograr una buena adherencia al tratamiento, enfatizando el desarrollo de habilidades de comprensión, comunicación y apoyo entre la diada; se realizó mediante una serie de estrategias complementarias, especialmente juegos de rol, que ayudó a mejorar el trabajo en equipo. Otra estrategia utilizada en este estudio fue el uso de una guía de fácil comprensión para personas con bajo nivel de alfabetización²⁵. También se usaron juegos de rol en escenarios clínicos para identificar o eliminar barreras en la adherencia a la medicación; se trataron temas como el olvido, la falta de motivación y la desconfianza en el profe-

sional sanitario²⁵. Tras la intervención mejoró significativamente la comprensión de la adherencia, consiguiendo un cambio en el comportamiento diádico dirigido hacia un mayor grado de adherencia al tratamiento.

Proveedores

Los proveedores de estas intervenciones fueron profesionales sanitarios. Las intervenciones fueron lideradas por enfermeras únicamente^{5,18,21,25} o en un equipo multidisciplinar^{13,28} constituido, además, por cardiólogos, nutricionistas, expertos en enfermedades crónicas, farmacéuticos y trabajadores sociales^{13,21,23,27,28}.

Instrumentos utilizados para evaluar las intervenciones

Se identificaron 21 instrumentos (cualquier tipo de cuestionario, escala, test o prueba funcional que se utilizase para evaluar las intervenciones descritas), todos ellos validados; 19 (90%) mostraban una excelente fiabilidad de acuerdo a su alfa de *Cronbach* ($\alpha > 0,80$), y los otros dos un valor aceptable o suficiente para garantizar su fiabilidad (cuestionario EQ-5D-5L22 con $\alpha = 0,72$ ²² y la escala MMAS¹⁴ con $\alpha \approx 0,80$) (Tabla 3). Además, un elevado número de ellos eran específicos respecto al entorno en el que se desarrollaban (contexto hospitalario) o al tipo de población al que iban dirigidos (pacientes y cuidadores). Sin embargo, ninguno de los estudios midió el autocuidado diádico de forma integral con un instrumento que abordara todas las dimensiones identificadas en las intervenciones (cognitivo-actitudinal, afectivo-emocional y conductual).

Tabla 3. Instrumentos de medida utilizados en los estudios revisados

Instrumentos	Contexto	Operacionalización (qué mide)	Fiabilidad (α)
AHFKT13	Pacientes ICC	El conocimiento de la IC	0,84
BDI-II ^{5,14,20,21,26}	Paciente ICC	La repercusión que tiene tener síntomas depresivos en la reducción del autocuidado.	0,90
CANHELP ²²	Pacientes y cuidador principal o amigo	La satisfacción con el papel de la familia.	0,93
CAS ⁵	Diadas: paciente-cuidador	La percepción del control de la enfermedad cardiovascular del paciente.	0,80
CBS ²¹	Cuidadores	La carga de trabajo del cuidador con 8 ítems	0,93
CES-D ²⁸	Cuidadores	La depresión del cuidador.	0,86
DT LVAD ²²	Pacientes y cuidador principal o amigo	El nivel de conocimiento.	0,80
EQ- 5D- 5L ²²	Pacientes y cuidador principal o amigo	La calidad de vida.	0,78
FADQ ²⁶	Familias	El funcionamiento familiar.	0,90
FCCQ-P ¹⁴	Pacientes ICC	El soporte de la autonomía del paciente.	0,80
FEIC- PC ¹⁴	Diada: familia -paciente.	El apoyo a la autonomía que brinda la familia al paciente.	0,82
GFF ²⁶	Familias	La salud general y la dinámica del grupo familiar y los patrones de comunicación entre los miembros de la familia.	0,90
KCCQ ²³	Pacientes con ICC	El impacto de la enfermedad en la vida del paciente.	0,93
MEMS ^{13,25}	Pacientes ICC	La adherencia a la medicación que tiene el paciente con ICC.	0,94
MMAS ¹³	Pacientes ICC	La adherencia a la medicación mediante 8 ítem.	0,72
NSSQ ²⁸	Diadas: paciente-cuidador	Múltiples dimensiones del apoyo social.	0,97
PHQ-9 ²³	Diada: paciente y cuidador	Síntomas de ansiedad y depresión.	0,89
SCHFI ²³	Específico pacientes con ICC	La auto-gestión, auto-mantenimiento y auto-confianza del paciente-	0,81
SCI-3 ²³	Diadas: paciente-cuidador	La comunicación, toma de decisiones y reciprocidad.	0,88
SF-36 ^{5,19,21}	Diada: paciente y cuidador	Funcionamiento físico, limitación por problemas físicos, dolor corporal, rol social, salud mental, limitación por problemas emocionales, vitalidad, energía o fatiga y percepción de la salud.	0,80
STAI ²³	Diada: paciente y cuidador	Síntomas de ansiedad y depresión.	0,88

α : Alfa de Cronbach;

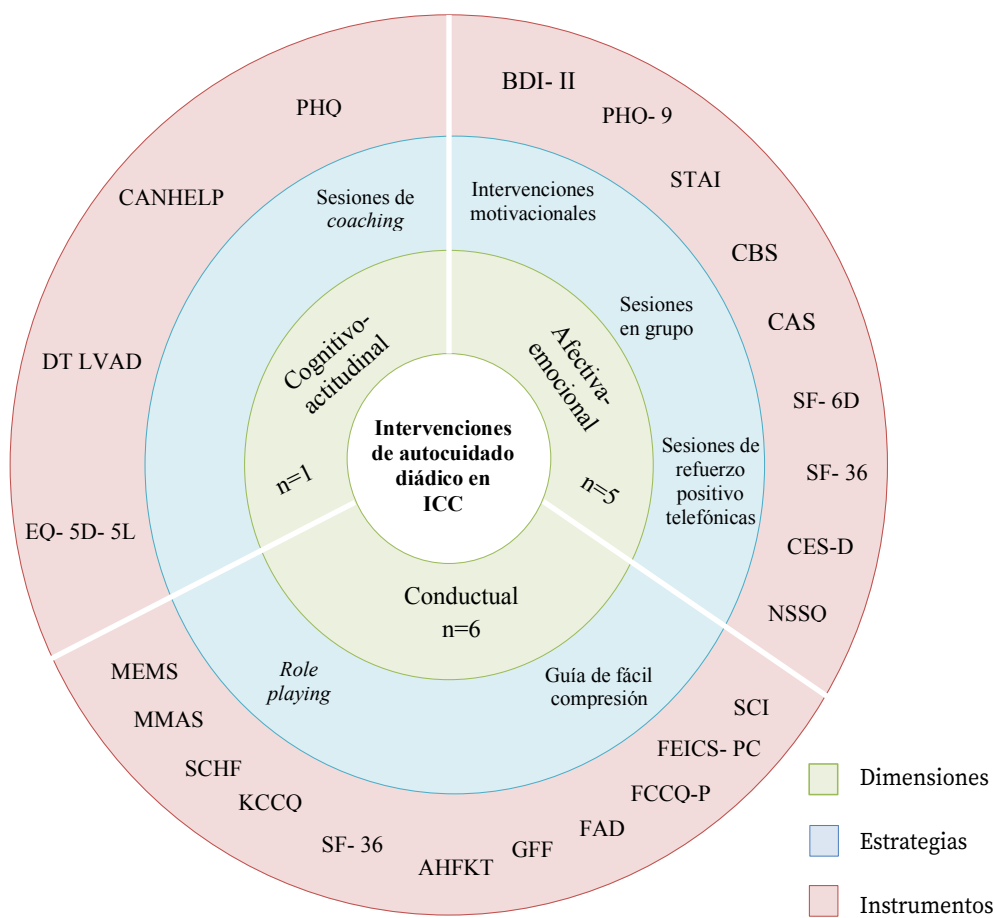
AHFKT: Atlanta Heart Failure Knowledge Test; **BDI-II:** Beck Depression Inventory-II; **CANHELP:** Canadian Health Care Evaluation Project questionnaire; **CAS:** Control Attitude Scale; **CBS:** Caregiver Burden Scale; **CES-D:** Center For Epidemiologic Studies Depression Scale; **DT LVAD:** Knowledge of the quality of decisions; **DRS:** Dyadic Relationship Scale; **EQ-5D-5 L:** 5-level EQ-5D version; **FADQ:** Family Assessment Device Questionnaire; **FCCQ-P:** Family Care Climate Questionnaire Patient; **FEICS-PC:** Family Emotional Involvement and Criticism Scale; **FFFS:** Feetham Family Function scale; **GFF:** global family function **KCCQ:** Kansas City cardiomyopathy questionnaire; **MEMS:** Medication Events Monitoring System; **MMAS:** Morisky Medication Adherence Scale; **NSSQ:** Norbeck Social Support Questionnaire; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9; **SCHFI:** Self-Care of Heart Failure Index; **SCI-3:** Shared care instrument; **SF-36:** 36-Item Short-Form Health Survey; **STAI:** State-Trait Anxiety Scale.

Efectividad de las intervenciones de autocuidado diádico:

Uno de los resultados más significativos de las intervenciones revisadas fue la mejora de los síntomas de depresión y/o ansiedad (41,6%)^{5,20,21,23,28}. También se demostró un incremento del conocimiento (16,7%)^{13,22}, una mayor adherencia a la medicación (25%)^{13,25,28} y una mejoría en la dieta y el

control del peso (25%)^{13,19,25}. Además, varios estudios detectaron mejoría de parámetros bioquímicos y clínicos, como el sodio^{25,26} y la presión arterial²⁶. Únicamente uno de los artículos no detectó efecto sobre la salud, los síntomas depresivos ni el control percibido⁵.

Los principales resultados se presentan en la figura 3.



n= número de estudios que abordan el dominio; AHFKT: Atlanta heart failure knowledge test; BDI-II: Beck depression inventory-II; CANHELP: Canadian Health Care Evaluation Project questionnaire; CAS: control attitude scale; CBS: caregiver burden scale; CES-D: center for epidemiologic studies depression scale; DT LVAD: knowledge of the quality of decisions; DRS: dyadic relationship scale; EQ-5D-5 L: 5-level EQ-5D version; FADQ: family assessment device questionnaire; FCCQ-P: family care climate questionnaire patient; FEICS-PC: family emotional involvement and criticism scale; FFFS: Feetham family function scale; GFF: global family function; KCCQ: Kansas City cardiomyopathy questionnaire; MEMS: Medication Events Monitoring System; MMAS: Morisky Medication adherence scale; NSSQ: cuestionario de apoyo social de Norbeck; PHQ-9: patient health questionnaire-9; SCHFI: self-care of heart failure index; SCI-3: shared care instrument; SF-36: 36-item short-form health survey; STAI: state-trait anxiety scale.

Figura 3. Representación gráfica de los principales resultados de la revisión.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión reflejan la diversidad de intervenciones, y de sus componentes, que se pueden desarrollar para promover el autocuidado diádico en la ICC en el contexto hospitalario.

Estas intervenciones son complejas, siendo necesario el abordaje de tres dimensiones: la cognitivo-actitudinal, en la que se trabajan conocimientos y actitudes²²; la afectivo-emocional, centrada en las emociones y sentimientos que experimenta la diada^{18-21,28}; y la conductual, a través de estrategias de cambio de comportamiento^{13,23,25-27}. Sin embargo, tal y como se ha mostrado anteriormente, ninguna intervención abordó todos los dominios de manera conjunta. Esto es algo que se debería tener muy en cuenta en el diseño de estas intervenciones ya que, tal y como apoyan algunas de las principales guías de práctica clínica sobre el manejo de la insuficiencia cardíaca, educar adecuadamente a los pacientes y a sus familiares cuidadores es clave para incrementar su implicación en el proceso^{29,30}. A pesar de ello, existen estudios que han demostrado una incongruencia en las diadas en cuanto a las prácticas de autocuidado^{30,31} y al conocimiento sobre la enfermedad³², siendo a veces los pacientes y otras los familiares los que han obtenido mejores puntuaciones. Por tanto, es necesario desarrollar intervenciones diádicas más completas e integra-doras para mejorar estos resultados.

Aunque la mayoría de los estudios de esta revisión incluyen intervenciones presenciales; destacando la relación individualizada y de confianza que se establece con la diada^{5,18-25}, cuando las intervenciones se administran de forma combinada, con soporte y seguimiento telemático, aumenta su efectividad y sostenibilidad en el tiempo^{5,20-22,24,25}. Este hallazgo refuerza la importancia de contar con perfiles enfermeros de práctica avanzada, como la gestora de casos o la *nurse navigator* en EEUU, que faciliten la transición del paciente-familia con ICC a lo largo de todo su proceso, proporcionando educación no solo tras el alta hospitalaria, sino también antes y durante su hospitalización, garantizando así la continuidad y promoción del autocuidado diádico^{13,26,33}. Al elegir el formato más adecuado para intervenir en una diada, y de acuerdo a la revisión sistemática de Buck y col¹⁰, se debe tener en cuenta que las intervenciones basadas exclusivamente en herramientas tecnológicas presentan importantes problemas de adherencia, con

un seguimiento del 50% de los participantes. Esto confirma la necesidad de examinar adecuadamente las características de las diadas (especialmente sus determinantes sociales) y no guiarse exclusivamente por las tendencias actuales y el protagonismo tecnológico.

Por último, a pesar de que todos los estudios revisados estaban dirigidos a medir la efectividad de dichas intervenciones^{5,13,18-28}, la comparación de la misma se dificulta por la heterogeneidad en componentes, instrumentos utilizados para medir los resultados y en los propios resultados obtenidos. A pesar de ello se puede constatar que en la mayoría de los estudios se obtuvieron mejoras significativas tras implementar la intervención, tanto en aspectos físicos como psicológicos y conductuales del autocuidado^{5,13,18-28}. Concretamente, la disminución de los síntomas de depresión se considera un resultado de gran interés, puesto que el 20% de las personas con ICC padecen depresión, asociada a baja calidad de vida relacionada con la salud, capacidad funcional disminuida y elevadas tasas de mortalidad hospitalaria³. El incremento en la adherencia al tratamiento es otro logro a destacar, ya que conforma uno de los comportamientos necesarios y esenciales para mantener la estabilidad de la ICC³⁵, y se considera que los familiares tienen un rol fundamental en ello³⁶. El mantenimiento de un adecuado estado nutricional, incluyendo el control de la dieta y el peso, es una actividad de autocuidado que supone un reconocido desafío para los pacientes y sus familiares³⁷, y la presente revisión ha demostrado que las intervenciones diádicas también contribuyen a su logro.

Una limitación de esta revisión es que los resultados obtenidos responden a la búsqueda en las principales bases de datos, habiéndose acotado a los diez últimos años y al idioma de publicación, pudiendo haber omitido algún estudio de interés para el tema abordado. El inconveniente de comparar los resultados de estudios que, aun presentando una calidad metodológica adecuada, estudiaron variables de resultado distintas y con muestras heterogéneas en cuanto a edad, sexo y nivel educativo de la diada, derivó en la imposibilidad de llevar a cabo un meta-análisis de los resultados. Además, la mayoría de los estudios omitieron variables, como el estado funcional^{23,25,27,28}, que podrían haber influido en los resultados. Otro aspecto a destacar es que, tal y como se ha mostrado previamente, el 66,6% de los ensayos clínicos revisados^{5,13,21,24-26}

presentaban sesgo de ejecución por la imposibilidad de cegar la intervención a los participantes y al personal. Este sesgo, sin embargo, tal y como reconocen varios de los autores^{13,26}, es poco probable que influyera en los resultados dadas las características de las intervenciones y su carácter educativo. Asimismo, se puede afirmar que los hallazgos de esta revisión han ayudado a identificar de manera tentativa las intervenciones más efectivas para favorecer el autocuidado diádico y aquellos vacíos que precisan ser cubiertos.

En conclusión, esta revisión revela la diversidad y complejidad de los programas existentes para promover un autocuidado diádico en la ICC en el contexto hospitalario. La mayoría de los estudios demostraron mejorar los resultados valorados, destacando su efecto en la mejora de los síntomas de depresión y/o ansiedad, una mayor adherencia al tratamiento y una mejoría en la dieta y en el control del peso. Se recomienda desarrollar intervenciones innovadoras que incluyan componentes relacionados con las tres dimensiones identificadas, cognitiva-actitudinal, afectivo-emocional y conductual, y que sus resultados se valoren mediante escalas válidas, fiables y específicas para que las intervenciones tengan el suficiente rigor y calidad metodológica.

Autoría

Todas las autoras han colaborado en la concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, y redacción, revisión y aprobación del manuscrito remitido.

Recogida de datos: AIVJ, NMT, JGL.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación externa para la realización de este estudio.

Agradecimientos

No aplica.

BIBLIOGRAFÍA

1. PONIKOWSKI P, VOORS AA, ANKER SD, BUENO H, CLELAND JGF, COATS AJS et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016; 37: 2129-2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Consultado el 18 de febrero de 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
3. PÉREZ PALOMA P, GONZÁLEZ URMENTA I, RODA-CASADO C, VÁZQUEZ-CALATAYUD M. A systematic review of interventions to empower patients with chronic heart failure in hospital environment. *An Sist Sanit Navar* 2020; 43: 393-403. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0925>
4. JONKMAN NH, WESTLAND H, GROENWOLD RHH, ÅGREN S, ATIENZA F, BLUE L et al. Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation* 2016; 133: 1189-1198. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018006>
5. LILJEROOS M, ÅGREN S, JAARSMA T, ÅRESTEDT K, STRÖMBERG A. Long term follow-up after a randomized integrated educational and psychosocial intervention in patient-partner dyads affected by heart failure. *PLoS One* 2015; 10: 0138058. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138058>
6. CURRIE K, STRACHAN PH, SPALING M, HARKNESS K, BARBER D, CLARK AM. The importance of interactions between patients and healthcare professionals for heart failure self-care: A systematic review of qualitative research into patient perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 14: 525-535. <https://doi.org/10.1177/1474515114547648>
7. HARKNESS K, SPALING MA, CURRIE K, STRACHAN PH, CLARK AM. A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *J Cardiovasc Nurs* 2015; 30: 121-135. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000118>
8. SPALING MA, CURRIE K, STRACHAN PH, HARKNESS K, CLARK AM. Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patients' perspectives on self-care. *J Adv Nurs* 2015; 71: 2478-2489. <https://doi.org/10.1111/jan.12712>
9. CLARK AM, SPALING M, HARKNESS K, SPIERS J, STRACHAN PH, THOMPSON DR et al. Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart* 2014; 100: 716-721. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-304852>
10. BUCK HG, STROMBERG A, CHUNG ML, DONOVAN KA, HARKNESS K, HOWARD AM et al. A systematic review of heart failure dyadic self-care interventions focusing on intervention components, contexts, and outcomes. *Int J Nurs Stud* 2018; 77: 232-242. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.007>
11. SRISUK N, CAMERON J, SKI CF, THOMPSON DR. Heart failure family-based education: a systematic review.

- Patient Educ Couns 2016; 99: 326-338. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.009>
12. DOHERTY LC, FITZSIMONS D, MCILFATRICK SJ. Carers' needs in advanced heart failure: a systematic narrative review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016; 15: 203-212. <https://doi.org/10.1177/1474515115585237>
 13. DUNBAR SB, CLARK PC, REILLY CM, GARY RA, SMITH A, MCCARTY F et al. A trial of family partnership and education interventions in heart failure. *J Card Fail* 2013; 19: 829-841. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.10.007>
 14. PAGE MJ, MOHER D, BOSSUYT PM, BOUTRON I, HOFFMANN TC, MULROW CD et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372: 160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
 15. ZENG X, ZHANG Y, KWONG JS, ZHANG C, LI S, SUN F et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: a systematic review. *J Evid Based Med* 2015; 8: 2-10. <https://doi.org/10.1111/jebm.12141>
 16. AROMATARIS E, MUNN Z (editores). *JBÍ manual for evidence synthesis*. JBI 2020. <https://synthesismanual.jbi.global>
 17. HIGGINS JP, ALTMAN DG, GÖTZSCHE PC, JÜNI P, MOHER D, OXMAN AD et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011; 343: d5928 <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
 18. VON ELM E, ALTMAN DG, EGGER M, POCOCK SJ, GÖTZSCHE PC, VANDENBROUCKE JP et al. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit* 2008; 22: 144-150. <https://doi.org/10.1157/13119325>
 19. ÅGREN S, S EVANGELISTA L, DAVIDSON T, STRÖMBERG A. Cost-effectiveness of a nurse-led education and psychosocial programme for patients with chronic heart failure and their partners: A comparative study addressing heart failure. *J Clin Nurs* 2013; 22: 2347-2353. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04246.x>
 20. BORJI M, MOUSAVIMOGHADAM SR, SALIMI E, OTAGHI M, AZIZI Y. The impact of spiritual care education on anxiety in family caregivers of patients with heart failure. *J Relig Health* 2019; 58: 1961-1969. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0689-9>
 21. LILJEROOS M, ÅGREN S, JAARMA T, ÅRESTEDT K, STRÖMBERG A. Long-term effects of a dyadic psycho-educational intervention on caregiver burden and morbidity in partners of patients with heart failure: a randomized controlled trial. *Qual Life Res* 2017; 26: 367-379. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1400-9>
 22. MCILVENNAN CK, THOMPSON JS, MATLOCK DD, CLEVELAND JC JR, DUNLAY SM, LARUE SJ et al. A multicenter trial of a shared decision support intervention for patients and their caregivers offered destination therapy for advanced heart failure: DECIDE-LVAD: Rationale, design, and pilot data. *J Cardiovasc Nurs* 2016; 31: e8-e20. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000343>
 23. SEBERN MD, WODA A. Shared care dyadic intervention: outcome patterns for heart failure care partners. *West J Nurs Res* 2012; 34: 289-316. <https://doi.org/10.1177/0193945911399088>
 24. SHAHRIARI M, AHMADI M, BABAEE S, MEHRABI T, SADEGHI M. Effects of a family support program on self-care behaviors in patients with congestive heart failure. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18: 152-157.
 25. WU JR, MARK B, KNAFL GJ, DUNBAR SB, CHANG PP, DEWALT DA. A multi-component, family-focused and literacy-sensitive intervention to improve medication adherence in patients with heart failure-A randomized controlled trial. *Heart Lung* 2019; 48: 507-514. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.05.011>
 26. DUNBAR SB, CLARK PC, STAMP KD, REILLY CM, GARY RA, HIGGINS M et al. Family partnership and education interventions to reduce dietary sodium by patients with heart failure differ by family functioning. *Heart Lung* 2016; 45: 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.04.001>
 27. GUO X, GU X, JIANG J, LI H, DUAN R, ZHANG Y et al. A hospital-community-family-based telehealth program for patients with chronic heart failure: Single-arm, prospective feasibility study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019; 7: e13229. <https://doi.org/10.2196/13229>
 28. PIETTE JD, STRIPLIN D, MARINEC N, CHEN J, AIKENS JE. A randomized trial of mobile health support for heart failure patients and their informal caregivers: impacts on caregiver-reported outcomes. *Med Care* 2015; 53: 692-699. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000378>
 29. 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. *Circulation* 2013; 128: e240-e327. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>
 30. RETRUM JH, NOWELS CT, BEKELMAN DB. Patient and caregiver congruence: the importance of dyads in heart failure care. *J Cardiovasc Nurs* 2013; 28: 129-136. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182435f27>
 31. LEE CS, VELLONE E, LYONS KS, COCCHIERI A, BIDWELL JT, D'AGOSTINO F et al. Patterns and predictors of patient and caregiver engagement in heart failure care: a multi-level dyadic study. *Int J Nurs Stud* 2015; 52: 588-597. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.005>
 32. BIDWELL JT, HIGGINS MK, REILLY CM, CLARK PC, DUNBAR SB. Shared heart failure knowledge and self-care outcomes in patient-caregiver dyads. *Heart Lung* 2018; 47: 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.11.001>
 33. MONZA K, HARRIS D, SHAW C. The role of the nurse navigator in the management of the heart failure patient. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2015; 27: 537-549. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.07.010>

34. CELANO CM, VILLEGAS AC, ALBANESE AM, GAGGIN HK, HUFFMAN JC. Depression and anxiety in heart failure: A review. *Harv Rev Psychiatry* 2018; 26: 175-184. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000162>
35. JAARSMA T, HILL L, BAYES-GENIS A, LA ROCCA HB, CASTIELLO T, ČELUTKIENĖ J et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2021; 23: 157-174. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
36. HOOKER SA, SCHMIEGE SJ, TRIVEDI RB, AMOYAL NR, BEKELMAN DB. Mutuality and heart failure self-care in patients and their informal caregivers. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2018; 17: 102-113. <https://doi.org/10.1177/1474515117730184>
37. VEST AR, CHAN M, DESWAL A, GIVERTZ MM, LEKAVICH C, LENNIE T et al. Nutrition, obesity, and cachexia in patients with heart failure: a consensus statement from the heart failure society of America scientific statements committee. *J Card Fail* 2019; 25: 380-400. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2019.03.007>
38. HIGGINS JPT, THOMAS J, CHANDLER J, CUMPSTON M, LI T, PAGE MJ, WELCH VA (editores). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.2* (updated February 2021). Cochrane; 2021. www.training.cochrane.org/handbook