



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**DETERMINANTES SOCIO SANITARIOS DE LA CARGA DEL
AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Alumna: Solano Murcia, Rosa

Tutor: Escandell Rico, Francisco Miguel **Cotutor:** Concepción Carratalá Munuera

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: La IC representa una pandemia mundial con alta morbilidad, mortalidad y un elevado gasto público, impulsado principalmente por el fenómeno de "puerta giratoria" de los reingresos hospitalarios. Aunque un autocuidado riguroso es un pilar terapéutico clave que reduce la mortalidad y mejora la calidad de vida, los pacientes enfrentan muchas limitaciones para cumplirlo. Este estudio sostiene que la adherencia no depende únicamente de la motivación individual, sino de una compleja carga del tratamiento. Esta carga se ve agravada por factores individuales (edad, comorbilidades, nivel educativo), barreras sociales (soledad, vulnerabilidad económica, falta de apoyo familiar) y del sistema sanitario (consultas breves o discontinuidad asistencial). Dado que la mayoría de las investigaciones se sitúan en entornos hospitalarios especializados, se justifica la necesidad de este estudio centrado en la Atención Primaria por su enfoque longitudinal y comunitario.

Objetivo: Esta revisión sistemática pretende analizar cómo influyen los determinantes sociosanitarios en la carga del autocuidado que experimentan los pacientes adultos diagnosticados con insuficiencia cardíaca crónica en el ámbito de la Atención Primaria.

Metodología: La revisión se guiará por la declaración PRISMA 2020 e incluirá estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos publicados entre 2016 y 2026. La búsqueda se realizará en bases de datos como PubMed, Cochrane Library, Embase, Scopus y CINAHL, evaluando la calidad con la herramienta CASPe. Los hallazgos se estructurarán mediante una síntesis narrativa temática con el fin de proporcionar evidencia científica que optimice los recursos sanitarios, visibilice las desigualdades de salud y guíe las intervenciones de enfermería familiar y comunitaria.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca, autocuidado, determinantes sociosanitarios, carga del autocuidado, carga del tratamiento, barreras, Atención Primaria

ABSTRACT:

Introduction: Heart failure represents a global pandemic characterized by high morbidity, mortality, and significant public health costs, driven primarily by the “revolving door” phenomenon of hospital readmissions. Although rigorous self-care is a key therapeutic pillar that reduces mortality and improves quality of life, patients face many barriers to adhering to it. This study argues that adherence does not depend solely on individual motivation, but on a complex treatment burden. This burden is exacerbated by individual factors (age, comorbidities, educational level), social barriers (loneliness, economic vulnerability, lack of family support), and healthcare system factors (brief consultations or discontinuity of care). Given that most research is conducted in specialized hospital settings, the need for this study focused on Primary Care is justified by its longitudinal and community-based approach.

Objective: This systematic review aims to analyze how socio-health determinants influence the self-care burden experienced by adult patients diagnosed with chronic heart failure in the Primary Care setting.

Methodology: The review will follow the PRISMA 2020 statement and will include quantitative, qualitative, and mixed-methods studies published between 2016 and 2026. The search will be conducted in databases such as PubMed, the Cochrane Library, Embase, Scopus, and CINAHL, with quality assessed using the CASPe tool. The findings will be structured through a thematic narrative synthesis to provide scientific evidence that optimizes healthcare resources, highlights health inequalities, and guides family and community nursing interventions.

Key words: heart failure, self care, self-management, socioeconomic factors, social support, treatment burden, barriers, Primary Health Care.

2. ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
2. ÍNDICE	4
3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	6
3.1. Insuficiencia cardíaca como problema de salud pública	6
3.2. El autocuidado en la insuficiencia cardíaca	8
3.3. Barreras para el autocuidado en pacientes con IC	11
3.4. Carga del autocuidado	12
3.5. Factores sociosanitarios implicados	14
3.6. Justificación y utilidad de la revisión	16
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
5. PREGUNTA EN FORMATO PECO	17
6. OBJETIVOS DE LA REVISIÓN	17
7. METODOLOGÍA	18
7.1. Criterios de elegibilidad	18
7.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	19
7.3. Proceso de selección de los estudios	19
7.4. Proceso de extracción de datos	20
7.5. Variables de estudio	20
7.6. Evaluación de la calidad de los estudios	21
7.7. Método de síntesis de resultados	21
8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	22
9. LIMITACIONES Y VENTAJAS DEL ESTUDIO	23
10. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO	24
11. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD	25
12. PRESUPUESTO	25
13. BIBLIOGRAFÍA.	25
14. ANEXOS	29
Anexo I. Búsqueda de descriptores en Ciencias de la Salud DeCS/MeSH.	29
Anexo II: Cadenas de búsqueda	34
Anexo III: Lista de verificación PRISMA	36

3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

3.1. Insuficiencia cardíaca como problema de salud pública

La insuficiencia cardíaca (IC) no es una enfermedad única, sino un síndrome clínico complejo en el que el corazón tiene una capacidad reducida para bombear y/o llenarse de sangre, o bien como una anomalía de la estructura o función cardíaca que provoca un gasto cardíaco inadecuado. Se caracteriza por síntomas (como disnea o fatiga) y signos (como edema periférico o crepitaciones pulmonares) causados por una anomalía cardíaca estructural y/o funcional, corroborada por niveles elevados de péptidos natriuréticos o evidencia objetiva de congestión pulmonar o sistémica. Según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), la IC se clasifica principalmente en tres categorías: IC con fracción de eyección reducida (ICFEr) si es $\leq 40\%$, ligeramente reducida (ICFEIr) entre 41-49%, y preservada (ICFEp) si es $\geq 50\%$. (1-3)

La IC ha sido calificada como una pandemia mundial, afectando a más de 64,3 millones de personas en todo el mundo. (1) En la población adulta, la prevalencia oscila entre el 1% y el 3%, elevándose con la edad hasta alcanzar aproximadamente el 20% en personas de 85 años o más. Aunque la incidencia parece haberse estabilizado o incluso estar disminuyendo en los países desarrollados, la prevalencia total sigue aumentando. En España, estudios en Atención Primaria han mostrado una prevalencia del 6,8% en mayores de 45 años. (1,3)

A pesar de las mejoras terapéuticas, la mortalidad sigue siendo muy elevada. El riesgo de fallecer al año del diagnóstico se sitúa entre el 15% y el 30%, y la supervivencia a los 5 años puede ser tan baja como el 25% al 50%. (1,3)

La IC es la causa principal de hospitalización en adultos mayores de 65 años, representando entre el 1% y el 2% de todos los ingresos hospitalarios en el mundo occidental. Un aspecto crítico de esta carga hospitalaria es la elevada tasa de reingresos, lo que a menudo se describe como un fenómeno de "puerta giratoria" que afecta tanto al sistema como al paciente. Cada hospitalización por descompensación no es un evento aislado, sino que marca una progresión de la enfermedad. Los reingresos frecuentes están estrechamente vinculados a un mayor

riesgo de mortalidad y a un deterioro progresivo de la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente. (1,3)

La carga económica es preocupante, se espera que aumente significativamente en los próximos años debido al envejecimiento de la población y a la mayor prevalencia de la enfermedad. Los principales impulsores del gasto son las hospitalizaciones que representan generalmente más del 70% de los costes directos. Además, la presencia de otras enfermedades eleva drásticamente el gasto. En algunos países europeos los costes anuales por paciente pueden alcanzar los 25.500 euros. En España, estudios prospectivos han estimado costes médicos totales por paciente que oscilan entre los 12.995 € y los 18.220 € al año. (1,3)

La relevancia de la IC como problema de salud pública está en auge debido a los cambios demográficos, especialmente el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas. Además, los avances en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares han permitido mejorar la supervivencia tras eventos cardíacos agudos, como el infarto agudo de miocardio. Como consecuencia, un mayor número de personas sobrevive a estos eventos pero desarrolla posteriormente IC crónica. Por otro lado, los pacientes de edad avanzada suelen presentar IC junto con otras enfermedades complicando el manejo clínico. Debido a estas tendencias demográficas y epidemiológicas, se espera que la prevalencia de la IC continúe aumentando en las próximas décadas. (1,3,4)

La Atención Primaria (AP) desempeña un papel fundamental en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con IC, clave para la sostenibilidad. La IC ha sido comparada con un "iceberg", donde la mayoría de los casos de la comunidad son gestionados en el ámbito de la AP, mientras que solo la "punta" más compleja llega a manos de los cardiólogos.(4)

El médico de familia actúa como gestor de la cronicidad y puerta de enlace al sistema, siendo crucial su intervención para optimizar la terapia, realizar el seguimiento de las comorbilidades asociadas (como hipertensión, diabetes, enfermedad renal...) y prevenir las frecuentes descompensaciones que derivan en ingresos hospitalarios. Por ello, el fortalecimiento del papel de la AP resulta esencial

para mejorar los resultados clínicos y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. (2–4)

3.2. El autocuidado en la insuficiencia cardíaca

El autocuidado en el contexto de las enfermedades crónicas se define como un proceso de mantenimiento de la salud mediante prácticas de promoción de la salud y la gestión de la enfermedad. El autocuidado no es sólo una conducta, sino un proceso de toma de decisiones y comportamientos que los propios pacientes realizan con el objetivo de mejorar su bienestar y evitar la progresión de la enfermedad. (5)

En la IC, el autocuidado es un componente fundamental e integral del tratamiento. Los pacientes que se involucran activamente en su autocuidado experimentan mejores resultados clínicos, incluyendo una mejor calidad de vida, menos hospitalizaciones y una mayor supervivencia. (5)

El modelo más destacado es la Teoría de Rango Medio del Autocuidado en la Enfermedad Crónica de Bárbara Riegel, que describe el autocuidado como un proceso de toma de decisiones naturalista que abarca conductas tanto generales como específicas de la enfermedad para mantener la estabilidad física y emocional. Este modelo divide el autocuidado en tres procesos interrelacionados: (5–7)

- **Mantenimiento del autocuidado:** Se refiere a los comportamientos que los pacientes realizan para mantener la estabilidad fisiológica y prevenir la exacerbación de los síntomas. Como por ejemplo: la adherencia a la medicación, seguir una dieta baja en sodio, realizar actividad física regular y asegurar un sueño suficiente. (5–7)
- **Monitorización del autocuidado:** Es el proceso de vigilancia en el que el paciente se observa a sí mismo para detectar cambios en los signos y síntomas. En la IC, esto implica el control diario del peso, observar la aparición de edemas o disnea. Riegel considera el monitoreo como un "puente" esencial entre el mantenimiento y la gestión. (5–7)
- **Gestión del Autocuidado:** Es la respuesta del paciente cuando ocurren signos y síntomas de desestabilización. Implica evaluar los cambios

detectados y decidir una acción, como ajustar la medicación (por ejemplo, diuréticos), cambiar la dieta o contactar con un profesional sanitario. (5–7)

Como hemos mencionado anteriormente, el autocuidado es un componente fundamental y esencial del tratamiento de la IC, ya que los pacientes que participan activamente obtienen una mejora significativa en sus resultados clínicos. (5,8)

Impacto en la mortalidad

Los estudios demuestran que los pacientes con niveles adecuados de autocuidado presentan una mayor supervivencia en comparación con aquellos con menor implicación en el manejo de su enfermedad. Intervenciones orientadas a mejorar la adherencia terapéutica o a fomentar el autocuidado mediante herramientas digitales (eHealth) han mostrado resultados prometedores en la reducción de la mortalidad en pacientes con IC. Por el contrario, un bajo nivel de autocuidado se asocia con peores resultados de salud y un incremento de la mortalidad. (5,8,9)

Impacto en las hospitalizaciones e ingresos

Uno de los beneficios más consistentes del autocuidado es la reducción de hospitalizaciones y reingresos hospitalarios. Las conductas de autocuidado permiten detectar precozmente signos de descompensación y aplicar medidas correctoras antes de que la situación clínica requiera atención hospitalaria. (7–10) Además, intervenciones como los programas de rehabilitación cardíaca y ejercicio físico, las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico o las intervenciones educativas basadas en técnicas como el método teach-back han demostrado reducir significativamente las tasas de reingreso hospitalario y las visitas a los servicios de urgencias. (7–10)

Impacto en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

El autocuidado también influye directamente en la percepción de bienestar del paciente y su calidad de vida. La participación en programas de ejercicio y de rehabilitación cardíaca se asocian con mejoras tanto clínicas como en la calidad de vida, evaluadas por cuestionarios específicos como el Minnesota Living with Heart Failure (MLWHF). Además, el uso de herramientas de eHealth fomenta el

empoderamiento del paciente incluso en condiciones donde los síntomas físicos persisten. (8,10)

La evidencia actual confirma que el autocuidado no es solo un complemento, sino un pilar terapéutico que reduce la mortalidad y los ingresos hospitalarios, a la vez que contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca. (8,10)

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la educación, el empoderamiento y el apoyo continuo del paciente con IC, especialmente en el ámbito de la AP. La labor principal de las enfermeras se centra en la educación sanitaria, promover la alfabetización en salud, capacitar al paciente para que tome las riendas de su propia enfermedad y el acompañamiento continuo en el manejo de la enfermedad. (5,7)

Entre las estrategias más utilizadas destaca el método teach-back, es una técnica donde el profesional pide al paciente que explique la información recibida con sus propias palabras, lo que permite confirmar la comprensión real y corregir malentendidos de forma inmediata. Este enfoque ha demostrado ser mejor que los métodos tradicionales para mejorar los resultados educativos a largo plazo. Esta técnica unida a la entrevista motivacional forma un aliado perfecto para aumentar la confianza del paciente y su compromiso con el mantenimiento del autocuidado. (7)

Sin embargo, el fomento del autocuidado en pacientes con IC no depende únicamente de un profesional, sino que requiere una coordinación interdisciplinar dentro de los equipos de AP. El éxito depende de la participación activa y complementaria de médicos de familia, profesionales de enfermería, trabajadores sociales y, en determinados casos, de otros especialistas como cardiólogos o fisioterapeutas. (8)

3.3. Barreras para el autocuidado en pacientes con IC

En pacientes con IC, el nivel de autocuidado suele ser moderado o bajo, está condicionado por múltiples factores individuales, sociales y relacionados con el sistema sanitario, así como por la propia complejidad del tratamiento. (11)

La edad avanzada es un factor relevante, ya que se asocia a deterioro cognitivo, problemas de memoria y déficits sensoriales, lo que dificulta que los pacientes comprendan y utilicen la información sobre su salud. (7,11)

La presencia de comorbilidades, como la hipertensión arterial, insuficiencia renal, diabetes mellitus o enfermedades respiratorias, añade complejidad al tratamiento y autocuidado. Estos pacientes suelen enfrentarse a múltiples recomendaciones médicas, lo que puede generar confusión y tienen dificultades para diferenciar los síntomas de cada patología (7,11)

Además, un bajo nivel educativo y una limitada alfabetización en salud dificulta que los pacientes adquieran o comprendan información fiable sobre la enfermedad. Esto favorece la aparición de conceptos erróneos y el uso de estrategias inadecuadas, como el ensayo-error o la consulta de fuentes no contrastadas. (11,12)

Otros factores individuales incluyen la baja autoeficacia y motivación, que se traducen en una sensación de incapacidad para modificar hábitos y mantener conductas más saludables. Del mismo modo, la presencia de emociones negativas (como ansiedad, miedo, desesperanza o depresión) se asocia a un peor autocuidado. A ello se suma la dificultad para modificar hábitos y roles previamente establecidos, especialmente en relación con la dieta, la actividad física y el abandono de hábitos tóxicos como el consumo de tabaco o alcohol. (13)

Entre los factores sociales y contextuales, la falta de un sistema de apoyo sólido y constante es una barrera crítica. Muchos pacientes se sienten solos o perciben que el apoyo familiar y social es insuficiente para cubrir todas las dimensiones del autocuidado, lo que reduce su empoderamiento y aumenta la dependencia. (11,12) Además, las limitaciones económicas también condicionan el autocuidado. (11)

Por otro lado, el apoyo externo insuficiente, tanto a nivel familiar como institucional, la ausencia de cuidadores o recursos sociales, y situaciones de vulnerabilidad socioeconómica dificultan la adherencia a las recomendaciones terapéuticas. (11,12)

En relación con el sistema sanitario, se identifican barreras como el contacto limitado y poco estructurado con los profesionales de salud, caracterizado por consultas breves, escasa educación sanitaria y planes de cuidados poco definidos. A ello se suman las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, así como la

falta de formación específica en AP o de materiales adecuados para la educación en autocuidado. (11,12)

La complejidad del tratamiento es otra barrera importante. La polifarmacia puede generar confusión y errores en la administración de los fármacos. Además, la necesidad de un seguimiento clínico frecuente y el cumplimiento de restricciones dietéticas suponen una carga difícil de mantener a largo plazo. (11,12)

Por otro lado, el deterioro físico progresivo, caracterizado por disnea y fatiga, limita la capacidad funcional y reduce la energía necesaria para llevar a cabo actividades de autocuidado. Esta situación puede generar un círculo vicioso de inactividad y empeoramiento. (11,12)

Finalmente, la dificultad para cambiar hábitos arraigados, como el tabaquismo o el consumo de grasas y sal, se suma a esta carga. Además, muchos pacientes abandonan estas prácticas saludables cuando los síntomas agudos mejoran. (11,12)

3.4. Carga del autocuidado

El autocuidado se define como un proceso dinámico de toma de decisiones que influye en la adopción de conductas dirigidas a mantener la estabilidad fisiológica y a gestionar los síntomas de la enfermedad. En el contexto de los pacientes con IC, este proceso implica una participación activa y sostenida del paciente en su propio cuidado. (14,15)

Aunque la literatura revisada no proporciona una definición para el término "fatiga del autocuidado", sí existe consenso en describir la fatiga como un síntoma prevalente y debilitante que actúa como una barrera para la adherencia, comprometiendo la capacidad del individuo para cuidar de sí mismo. La fatiga no sólo debe entenderse como un síntoma de la enfermedad, sino también como un factor que causa dificultades físicas y emocionales, que compromete la capacidad del individuo para mantener conductas de autocuidado eficaces. (16)

La carga del autocuidado, está vinculada al concepto de carga del tratamiento (treatment burden), es el conjunto de demandas que la enfermedad y su manejo

imponen al paciente, así como su impacto en la vida diaria. Incluye la complejidad del tratamiento, la monitorización de síntomas, los cambios en el estilo de vida y la interacción con los servicios sanitarios. (8,11)

Esta carga depende no solo de las exigencias del tratamiento, sino también de la capacidad del paciente para afrontarlas. Cuando las demandas superan los recursos disponibles, puede verse comprometida la adherencia y el manejo eficaz de la enfermedad. (11)

La carga del autocuidado es especialmente relevante en enfermedades crónicas, donde el manejo prolongado exige integrar múltiples recomendaciones en la vida cotidiana. (11) En la insuficiencia cardíaca, esta carga es elevada debido a la complejidad del tratamiento, que incluye polifarmacia, monitorización de síntomas, restricciones dietéticas y cambios en el estilo de vida, a menudo en presencia de comorbilidades. Esta situación puede dificultar el mantenimiento sostenido del autocuidado. (11,14,17,18)

La carga del autocuidado se asocia con repercusiones tanto a nivel clínico como psicosocial. Desde el punto de vista clínico, una elevada carga del autocuidado se relaciona con menor adherencia al tratamiento, mayor riesgo de descompensaciones, incremento de hospitalizaciones y peor evolución clínica. (16,17,19)

Desde el punto de vista psicosocial, un autocuidado deficiente se asocia con una reducción en la calidad de vida (15) y una mayor prevalencia de síntomas depresivos. (14,18). Además, el deterioro en el autocuidado puede generar sentimientos de indefensión y una menor confianza en el manejo de la enfermedad, lo que contribuye a un círculo vicioso que perpetúa la dificultad para mantener conductas saludables. (18)

3.5. Factores sociosanitarios implicados

Los factores sociosanitarios juegan un papel determinante en la evolución, el manejo y la supervivencia de los pacientes con IC. Estos factores pueden agruparse

en dos grandes categorías: factores sociales y factores sanitarios, ambos interrelacionados e influyentes en la capacidad de autocuidado del paciente.

En primer lugar, el apoyo familiar es clave para el manejo de la IC. La implicación de los familiares, como el acompañamiento a consultas médicas, se asocia con una mejora en las conductas de autocuidado. También, la calidad de la relación con el cuidador influye directamente en la gestión de la enfermedad. (14) Además, las intervenciones de autocuidado de tipo didácticas, que incluyen tanto al paciente como al cuidador, han demostrado beneficios a nivel cognitivo, conductual y en el uso de los servicios sanitarios. (19)

Por otro lado, la soledad y el aislamiento social se identifican como factores de riesgo relevantes. La ausencia de una red de apoyo, así como vivir solo o no tener pareja, se asocia con niveles más bajos de autocuidado. (14) Además, el aislamiento social no solo incrementa la fatiga percibida por el paciente, sino que también dificulta la adherencia al tratamiento, reduciendo a menudo los círculos sociales debido al esfuerzo físico que requiere. (20)

El nivel educativo también influye de manera significativa en el autocuidado. Existe una correlación entre un mayor nivel educativo y una adecuada alfabetización en salud, lo que facilita la comprensión de la enfermedad, el reconocimiento de síntomas y el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas. Por el contrario, un bajo nivel de conocimientos sobre la IC se asocia con peores resultados en salud. (14,19)

Finalmente, los ingresos y el estatus socioeconómico condicionan el acceso a recursos sanitarios y no sanitarios. Los pacientes con mayores ingresos tienden a presentar mejores conductas de autocuidado y una gestión más eficaz de la enfermedad. (14)

Entre los factores sanitarios, la continuidad asistencial resulta fundamental. La evidencia muestra diferencias en la supervivencia según el nivel asistencial, siendo generalmente mayor en pacientes atendidos en el ámbito especializado, posiblemente debido a mayores tasas de prescripción de medicamentos clave para la IC. (21) No obstante, la transición desde el hospital a la comunidad es una fase

vulnerable donde se requiere una planificación rigurosa para evitar el deterioro tras el alta y las rehospitalizaciones.(19)

Las limitaciones en la accesibilidad al sistema sanitario y a los recursos comunitarios, como la disponibilidad de áreas seguras para caminar o el acceso a opciones de alimentación saludable, es otro aspecto que dificulta la adherencia a las recomendaciones terapéuticas. (14,20)

En cuanto a la educación sanitaria, se considera una intervención esencial en el manejo de la IC. Incluye la modificación del estilo de vida, el control de la ingesta hídrica y el reconocimiento precoz de síntomas, es una intervención de Clase I en las guías clínicas. (14,19) La educación previa al alta hospitalaria es fundamental, ya que un paciente adecuadamente informado presenta menor riesgo de deterioro clínico y de reingreso. (19) Además, la capacidad para identificar signos de descompensación permite una búsqueda precoz de atención sanitaria y reduce el uso de servicios de urgencias. (20)

Por último, el seguimiento enfermero desempeña un papel fundamental en la continuidad de los cuidados. Las intervenciones lideradas por enfermería han demostrado una reducción significativa en las tasas de rehospitalización. Las enfermeras son agentes clave en la educación sanitaria, estableciendo relaciones de confianza y proporcionando una atención individualizada. Estos programas suelen incluir visitas domiciliarias, evaluaciones periódicas y seguimiento telefónico, que refuerzan las habilidades de autocuidado del paciente tras el alta hospitalaria.(19)

3.6. Justificación y utilidad de la revisión

La insuficiencia cardiaca (IC) representa un desafío de salud pública que genera costes económicos y sociales con altas tasas de reingreso y mortalidad. (6,11,17)

El autocuidado es fundamental para mejorar los resultados clínicos y la supervivencia. (5,11,17) No obstante, la adherencia a estas prácticas suele ser insuficiente o deficiente. (11,15,17) El autocuidado no es solo una conducta individual, sino un fenómeno dinámico influenciado por múltiples determinantes

sociosanitarios. (17,22) Los pacientes se enfrentan a una carga de tratamiento compleja y cambios drásticos en el estilo de vida. (11,17)

Aunque el autocuidado es vital para el manejo crónico, la mayor parte de las investigaciones se centran en unidades hospitalarias especializadas, cuyas poblaciones difieren de los pacientes atendidos en AP. La AP es el entorno óptimo para la intervención debido a su accesibilidad y capacidad de seguimiento longitudinal, pero existe una limitada evidencia sobre cómo los factores impactan el autocuidado en este ámbito que pueden diferir del ámbito hospitalario. (12,14)

Identificar estos determinantes modificables que determinan la capacidad de autocuidado de los pacientes es un requisito previo indispensable para desarrollar intervenciones personalizadas y adaptadas al contexto que logren reducir la carga de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y abordar las desigualdades en salud. (11,14)

Esta revisión sistemática es necesaria para sintetizar la evidencia actual y proporcionar una base científica sólida que permita a los profesionales de AP diseñar e implementar intervenciones personalizadas y adaptadas al contexto real del paciente.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influyen los determinantes sociosanitarios en la carga del autocuidado de pacientes adultos con insuficiencia cardíaca seguidos en Atención Primaria?

5. PREGUNTA EN FORMATO PECO

Pacientes/Población (Patients)

Pacientes adultos diagnosticados con insuficiencia cardíaca crónica que son seguidos en el ámbito de Atención Primaria.

Exposición (Exposition)

Determinantes sociosanitarios

Comparación (Comparison)

Pacientes con IC con diferentes perfiles sociosanitarios

Resultados (Outcomes)

Carga del autocuidado

6. OBJETIVOS DE LA REVISIÓN

6.1 Objetivo principal

Analizar la evidencia científica disponible sobre la influencia de los determinantes sociosanitarios en la carga del autocuidado de los pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca en el ámbito de la Atención Primaria.

6.2 Objetivos secundarios

- Identificar los determinantes sociosanitarios de la salud que actúan como barreras o facilitadores para el cumplimiento del autocuidado.
- Determinar la relación entre la complejidad del régimen terapéutico y la percepción de carga del paciente en su vida diaria.
- Evaluar el impacto de los factores del sistema sanitario en la capacidad de autogestión de la enfermedad.
- Describir las diferencias de género y edad en la vivencia de la carga del autocuidado reportadas en la literatura científica.
- Identificar recomendaciones de enfermería familiar y comunitaria derivadas de la evidencia para mitigar la carga del autocuidado.

7. METODOLOGÍA

La elaboración de esta revisión sistemática se realizará siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020 (23) para asegurar una metodología rigurosa, válida, transparente y reproducible.

7.1. Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Estudios cuantitativos (ensayos clínicos, estudios de cohortes, transversales, casos y controles), cualitativos (fenomenológicos, etnográficos) y mixtos.
- Artículos publicados en los últimos 10 años (2016-2026)
- Artículos disponibles a texto completo.
- Artículos disponibles en inglés o español.
- Estudios que incluyan a adultos ≥ 18 años con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardíaca, en seguimiento en Atención Primaria.
- Estudios que analicen al menos uno de los siguientes determinantes sociosanitarios de la salud (nivel socioeconómico, nivel educativo, apoyo social-familiar, sexo, etnia, ocupación), factores del sistema sanitario (accesibilidad, continuidad asistencial, coordinación AP-AE) o complejidad terapéutica.

Criterios de exclusión:

- Estudios centrados en parámetros clínicos o bioquímicos sin abordar determinantes sociosanitarios.
- Revisiones sistemáticas, documentos de opinión, revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor.
- Pacientes hospitalizados sin vinculación a AP, población pediátrica (<18 años) o diagnósticos de IC no confirmados.

7.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para dar respuesta a los objetivos de esta investigación, la investigadora principal realizará una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud, empleando tanto el lenguaje controlado como el natural, a través de los descriptores más relevantes en cada una de ellas. Para la revisión de la literatura se emplearán las bases de datos de Medline (Pubmed), Cochrane Library, CINAHL, Scopus, y Embase.

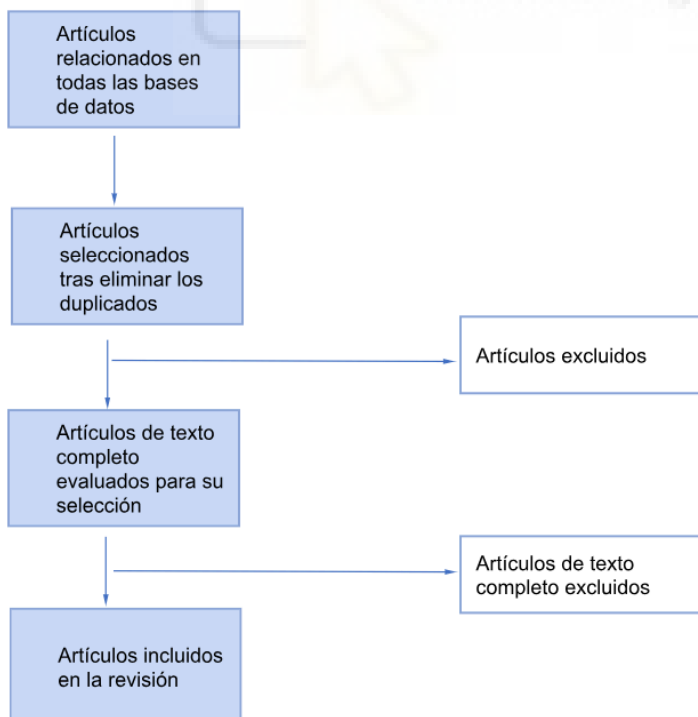
Los descriptores que serán utilizados para la búsqueda se consultarán en el tesauro DeCS/MeSH (Anexo I) y los operadores booleanos empleados para las cadenas de búsqueda (Anexo II) serán AND y OR. La búsqueda se realizará desde septiembre hasta octubre de 2026.

7.3. Proceso de selección de los estudios

Para asegurar la transparencia del proceso de selección de los artículos, se seguirá la declaración PRISMA 2020 (Anexo III). En primer lugar, los resultados obtenidos de las búsquedas en las bases de datos se exportarán al gestor bibliográfico *Zotero*. Se utilizará la herramienta de detección de duplicados del gestor para eliminar los repetidos. La investigadora principal hará un cribado inicial mediante la lectura del título y el resumen aplicando los criterios de inclusión y exclusión definidos.

Posteriormente, la investigadora principal supervisará y validará manualmente todos los resultados para minimizar el riesgo de falsos negativos y después, los artículos preseleccionados serán sometidos a una lectura a texto completo. Se usará al tutor de esta investigación como segundo revisor en casos de duda. Finalmente, todos los estudios excluidos tras la revisión a texto completo serán registrados junto con los motivos de exclusión, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA (23). Todo el flujo de decisiones quedará reflejado en un diagrama de flujo PRISMA 2020 (FIGURA 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección.



Fuente. Elaboración propia.

7.4. Proceso de extracción de datos

La extracción de datos se realizará por la investigadora principal. Para cada estudio incluido, se recopilarán en Microsoft Excel los siguientes datos: autor principal, año de publicación, diseño del estudio, tamaño de la muestra, contexto, periodo de seguimiento, criterios de diagnóstico de la IC, determinantes sociosanitarios (edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo, apoyo sociofamiliar, complejidad del tratamiento), medidas de la carga del autocuidado, barreras identificadas e intervenciones de enfermería para reducir la carga actuando sobre los determinantes. Se empleará el software Microsoft Excel como soporte para la organización y comparación de los datos extraídos.

7.5. Variables de estudio

Para esta investigación, se recogerán datos generales de los estudios seleccionados: título, primer autor, año de publicación, país donde se realizó la investigación, objetivos, diseño metodológico, características de los participantes, tamaño muestral y contexto del estudio.

La variable principal del estudio será la carga del autocuidado, entendida como el conjunto de demandas físicas, emocionales y organizativas asociadas al manejo de la enfermedad crónica.

Como variables secundarias se analizarán los determinantes sociosanitarios de la salud (nivel socioeconómico, educativo, alfabetización sanitaria, convivencia y redes de apoyo social) y los factores del sistema sanitario (accesibilidad, continuidad asistencial, relación con profesionales, tiempos de espera y coordinación entre niveles asistenciales). También se recogerán variables relativas a la complejidad del tratamiento, como la polifarmacia, las restricciones dietéticas, el uso de tecnología y la frecuencia de contacto con los servicios sanitarios.

Finalmente, se considerarán como variables contextuales las intervenciones de enfermería descritas en los estudios y su posible relación con la carga del autocuidado.

7.6. Evaluación de la calidad de los estudios

Para garantizar la veracidad de las conclusiones de esta revisión, se llevará a cabo una evaluación crítica de la calidad metodológica y el riesgo de sesgo de todos los artículos seleccionados tras la lectura a texto completo. Para asegurar una lectura crítica de calidad se utilizará la herramienta CASPe.

La evaluación del riesgo de sesgo será realizada por la investigadora principal. Con el fin de asegurar la objetividad y reducir la variabilidad en la interpretación de los ítems de cada escala. Aquellos estudios que presenten un riesgo de sesgo o una calidad metodológica muy baja no serán excluidos de la revisión, pero sus limitaciones serán discutidas en el apartado de Discusión y se tendrá en cuenta su peso al formular las conclusiones finales.

7.7. Método de síntesis de resultados

Debido a la previsible heterogeneidad de los estudios incluidos en cuanto a diseños, poblaciones y medidas de resultado (escalas de carga frente a entrevistas fenomenológicas), se llevará a cabo principalmente una síntesis narrativa basada en temas. La síntesis se dividirá en factores estructurales (socioeconómicos, entorno), factores individuales (edad, sexo, nivel educativo), factores del sistema (acceso, relación con sanitarios).

Todos los estudios que superen la fase de evaluación de calidad metodológica serán incluidos en la síntesis. Se realizará una síntesis de toda la evidencia para responder al objetivo principal, mientras que para los objetivos secundarios se seleccionarán aquellos estudios que aporten datos específicos sobre dichas variables.

Previo a la síntesis, los datos serán normalizados para facilitar su comparación. Para datos cuantitativos en caso de encontrar escalas distintas para medir la carga, se realizará una descripción comparativa de sus rangos y significación. Para los datos cualitativos, los hallazgos se categorizarán mediante un análisis temático, identificando conceptos recurrentes.

La síntesis se estructurará siguiendo los objetivos específicos del trabajo. Se realizará una síntesis narrativa en la que se agruparán los hallazgos según los

determinantes sociosanitarios de la salud identificados y se realizará un análisis por subgrupos para identificar patrones específicos según el género y edad.

Únicamente se considerará la realización de un meta-análisis si se identifica un grupo de estudios cuantitativos con suficiente homogeneidad clínica, metodológica y estadística. De no ser posible, se presentarán los datos mediante tablas resumen y gráficos forest plot.

Para la organización y síntesis de la información se utilizará Microsoft Word para la redacción del cuerpo narrativo y Microsoft Excel para la construcción de tablas comparativas de resultados. El análisis de los temas cualitativos se apoyará en una codificación manual.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

Esta revisión sistemática es relevante para mejorar la práctica clínica de la Atención Primaria en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca. La Atención Primaria es el ámbito idóneo para la valoración y abordaje de estas variables sociales, al permitir una comprensión integral del paciente en su contexto comunitario. Esta revisión identifica factores que aumentan la carga relacionada con el tratamiento facilitando la detección precoz de pacientes vulnerables y el diseño de cuidados individualizados. Además, desde la perspectiva de gestión sanitaria, contribuye a optimizar recursos reduciendo reingresos hospitalarios para realizar un abordaje más eficiente y preventivo.

Por último, el valor esencial de este trabajo es contribuir a una comprensión más profunda de la experiencia de la enfermedad. Al visibilizar las dificultades en la adherencia terapéutica no responden exclusivamente a una falta de motivación individual, sino que se relacionan con barreras sociales, económicas y contextuales complejas. Ajustando el tratamiento a los recursos reales de la persona, se favorece la autonomía del paciente con una mejora de su calidad de vida relacionada con la salud.

9. LIMITACIONES Y VENTAJAS DEL ESTUDIO

Este estudio, al tratarse de una revisión sistemática, puede presentar ciertas limitaciones inherentes a este tipo de diseño. En primer lugar, los resultados estarán

condicionados por la calidad metodológica y el diseño de los estudios incluidos, lo que puede afectar a la solidez y generalización de las conclusiones. Por otro lado, es previsible la existencia de heterogeneidad entre los trabajos analizados, tanto en las características de la población como en los contextos clínicos, metodologías empleadas y formas de medir la carga del autocuidado, lo que dificulta la realización de una síntesis cuantitativa robusta y orienta el análisis hacia un enfoque más descriptivo. Además, puede existir sesgo de publicación, ya que se tiende a difundir principalmente resultados positivos, lo que dificulta identificar intervenciones ineficaces o con resultados neutros. Finalmente, al tratarse de un trabajo realizado por una única revisora, existe un riesgo potencial de sesgo en los procesos de selección y extracción de datos, pese a la supervisión académica.

Sin embargo, el estudio tiene ventajas que refuerzan su relevancia científica y aplicabilidad clínica. En primer lugar, el enfoque biopsicosocial de la insuficiencia cardíaca, que va más allá de lo puramente físico para abordar la complejidad de la cronicidad en la Atención Primaria. Atendiendo a la realidad de nuestras consultas, se pone en valor el papel de la enfermería familiar y comunitaria como profesional clave en la gestión de casos y en la promoción del autocuidado. Además, la incorporación del concepto de carga del autocuidado, permite comprender de forma más integral las dificultades de los pacientes en el seguimiento terapéutico. Por último, el rigor metodológico empleado, mediante la utilización de estándares como PRISMA 2020 y herramientas de lectura crítica, garantiza la calidad del proceso de revisión y respalda la validez de las conclusiones.

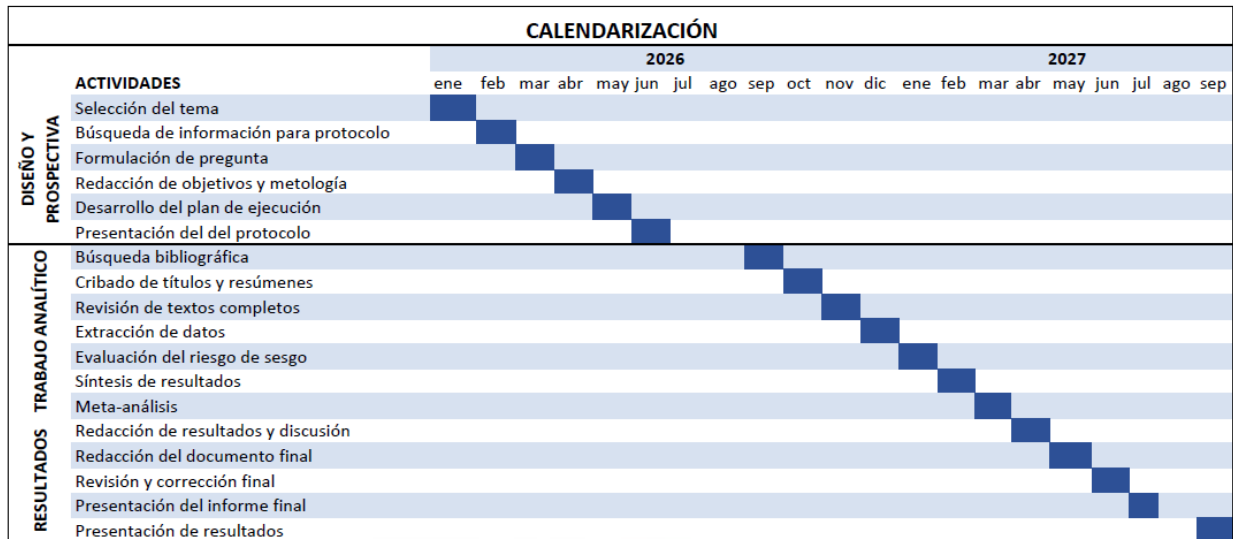
Como los determinantes sociosanitarios dependen mucho del sistema de salud de cada país, los resultados de estudios de países con un sistema sanitario público (como EE. UU.) pueden no ser totalmente aplicables a sistemas sanitarios públicos como nuestra Atención Primaria.

10. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

Con el propósito de estructurar de manera eficiente las distintas fases del estudio, se ha diseñado un cronograma de trabajo comprendido entre septiembre de 2026 y septiembre de 2027. Este calendario permite visualizar las actividades previstas en

cada etapa del proceso investigador para garantizar un desarrollo riguroso, sistemático y coherente de la investigación.

Tabla 1. Cronograma de la revisión sistemática:



Fuente. Elaboración propia.

11. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD

La presente revisión sistemática será desarrollada por la investigadora principal, Enfermera Familiar y Comunitaria, quien realizará el diseño y ejecución de la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos, el cribado inicial de los estudios mediante la revisión de títulos y resúmenes, la evaluación crítica de la calidad metodológica de los artículos a través de las herramientas CASPe y la posterior síntesis de los hallazgos obtenidos. Por otro lado, la investigación contará con la participación activa del tutor académico, cuya labor consistirá en proporcionar asesoramiento metodológico y actuará como segundo revisor ciego en aquellos casos en los que surjan dudas durante la fase de lectura a texto completo de los artículos seleccionados.

12. PRESUPUESTO

Para llevar a cabo esta revisión se usarán los dispositivos electrónicos de la investigadora. El acceso a las principales bases de datos y el software de Microsoft

será proporcionado por la universidad y el programa gratuito Zotero, por lo que no supondrá un coste adicional. Los costes previstos se limitan principalmente al acceso a texto completo de algunos artículos de pago, impresión y publicación del documento final. Se estima que el presupuesto total para la realización del TFM oscilará entre 1500-2000 €. Este estudio se declara autofinanciado en sus costes directos por la investigadora principal.

13. BIBLIOGRAFÍA.

1. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res.* 18 de enero de 2023;118(17):3272-87. doi:10.1093/cvr/cvac013 PubMed PMID: 35150240.
2. Rachamin Y, Meier R, Rosemann T, Flammer AJ, Chmiel C. Heart failure epidemiology and treatment in primary care: a retrospective cross-sectional study. *ESC Heart Fail.* febrero de 2021;8(1):489-97. doi:10.1002/ehf2.13105 PubMed PMID: 33159393; PubMed Central PMCID: PMC7835584.
3. Bosch L, Assmann P, de Grauw WJC, Schalk BWM, Biermans MCJ. Heart failure in primary care: prevalence related to age and comorbidity. *Prim Health Care Res Dev.* 29 de julio de 2019;20:e79. doi:10.1017/S1463423618000889 PubMed PMID: 31868152; PubMed Central PMCID: PMC6683237.
4. van Riet EES, Hoes AW, Wagenaar KP, Limburg A, Landman MAJ, Rutten FH. Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *Eur J Heart Fail.* marzo de 2016;18(3):242-52. doi:10.1002/ejhf.483 PubMed PMID: 26727047.
5. Riegel B, Westland H, Iovino P, Barelds I, Bruins Slot J, Stawnychy MA, et al. Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* abril de 2021;116:103713. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103713 PubMed PMID: 32768137.
6. Lovell J, Pham T, Noaman SQ, Davis MC, Johnson M, Ibrahim JE. Self-management of heart failure in dementia and cognitive impairment: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord.* 29 de abril de 2019;19(1):99. doi:10.1186/s12872-019-1077-4 PubMed PMID: 31035921; PubMed Central PMCID: PMC6489234.

7. Zare-Kaseb A, Emami Zeydi A, Bakhtiari-Dovvombaygi H, Nazari AM. Effects of education based on teach-back methods on self-care and quality of life of the patients with heart failure: a systematic review. BMC Cardiovasc Disord. 26 de octubre de 2024;24(1):591. doi:10.1186/s12872-024-04264-5 PubMed PMID: 39462344; PubMed Central PMCID: PMC11515119.
8. Liu S, Li J, Wan DY, Li R, Qu Z, Hu Y, et al. Effectiveness of eHealth Self-management Interventions in Patients With Heart Failure: Systematic Review and Meta-analysis. J Med Internet Res. 26 de septiembre de 2022;24(9):e38697. doi:10.2196/38697 PubMed PMID: 36155484; PubMed Central PMCID: PMC9555330.
9. Ruppar TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM. Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. J Am Heart Assoc. 17 de junio de 2016;5(6):e002606. doi:10.1161/JAHA.115.002606 PubMed PMID: 27317347; PubMed Central PMCID: PMC4937243.
10. Molloy CD, Long L, Mordi IR, Bridges C, Sagar VA, Davies EJ, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure - 2023 Cochrane systematic review and meta-analysis. Eur J Heart Fail. diciembre de 2023;25(12):2263-73. doi:10.1002/ehfj.3046 PubMed PMID: 37850321.
11. Negarandeh R, Aghajanloo A, Seylani K. Barriers to Self-care Among Patients with Heart Failure: A Qualitative Study. J Caring Sci. 20 de octubre de 2020;10(4):196-204. doi:10.34172/jcs.2020.026 PubMed PMID: 34849365; PubMed Central PMCID: PMC8609122.
12. Salvadó-Hernández C, Cosculluela-Torres P, Blanes-Monllor C, Parellada-Esquius N, Méndez-Galeano C, Maroto-Villanova N, et al. Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. Aten Primaria. 1 de abril de 2018;50(4):213-21. doi:10.1016/j.aprim.2017.03.008
13. Molano Barrera D, González Consuegra RV. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Investig En Enferm Imagen Desarro. 2020;22(0):16.
14. Kleman C, Turrise S, Winslow H, Alzaghari O, Lutz BJ. Individual and systems-related factors associated with heart failure self-care: a systematic review. BMC

Nurs. 9 de febrero de 2024;23(1):110. doi:10.1186/s12912-023-01689-9 PubMed PMID: 38336711; PubMed Central PMCID: PMC10854154.

15. Seid SS, Amendoeira J, Ferreira MR. Self-Care and Quality of Life Among Adult Patients With Heart Failure: Scoping Review. Sage Open Nurs. 1 de enero de 2023;9:23779608231193719. doi:10.1177/23779608231193719

16. Araujo L da S, Ferrari KLP, Tonetto PPF de A, Zanetti DVMC, Dessotte CAM, Dantas RAS. Self-care and fatigue in individuals hospitalized with decompensated heart failure during the covid-19 pandemic: a cross-sectional study. Rev Lat Am Enfermagem. 34:e4617. doi:10.1590/1518-8345.7465.4617 PubMed PMID: 41563300; PubMed Central PMCID: PMC12814791.

17. Aghajani A, Negarandeh R, Janani L, Tanha K, Hoseini-Esfidarjani SS. Self-care status in patients with heart failure: Systematic review and meta-analysis. Nurs Open. septiembre de 2021;8(5):2235-48. doi:10.1002/nop2.805 PubMed PMID: 33619877; PubMed Central PMCID: PMC8363344.

18. Liljeroos M, Kato NP, van der Wal MH, Brons M, Luttik ML, van Veldhuisen DJ, et al. Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors. Eur J Cardiovasc Nurs. junio de 2020;19(5):421-32. doi:10.1177/1474515120902317 PubMed PMID: 31992064; PubMed Central PMCID: PMC7272123.

19. 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. 9 de septiembre de 2020;17(18):6559. doi:10.3390/ijerph17186559 PubMed PMID: 32916907; PubMed Central PMCID: PMC7560014.

20. 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. febrero de 2022;28(2):283-315. doi:10.1016/j.cardfail.2021.07.005 PubMed PMID: 34329719; PubMed Central PMCID: PMC8795245.

21. Jones NR, Roalfe AK, Adoki I, Hobbs FDR, Taylor CJ. Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis. Eur J

Heart Fail. noviembre de 2019;21(11):1306-25. doi:10.1002/ejhf.1594 PubMed PMID: 31523902; PubMed Central PMCID: PMC6919428.

22. Tian F, Chen S, Lan X, Zhang R xiang, Zhu C yang, Chen Y. Factors influencing self-care behaviours in patients with heart failure: A mixed-methods systematic review. Heart Lung. 1 de enero de 2026;75:304-12. doi:10.1016/j.hrtlng.2025.10.010

23. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol. 1 de septiembre de 2021;74(9):790-9. doi:10.1016/j.recesp.2021.06.016



14. ANEXOS

Anexo I. Búsqueda de descriptores en Ciencias de la Salud DeCS/MeSH.

-Término buscado: Insuficiencia cardiaca

- Descriptor en español (DeCS): Insuficiencia cardiaca
- Descriptor en inglés (MeSH): Heart Failure

A heterogeneous condition in which the heart is unable to pump out sufficient blood to meet the metabolic need of the body. Heart failure can be caused by structural defects, functional abnormalities (VENTRICULAR DYSFUNCTION), or a sudden overload beyond its capacity. Chronic heart failure is more common than acute heart failure which results from sudden insult to cardiac function, such as MYOCARDIAL INFARCTION.

- Year introduced: 2008 (1966)
- Entry Terms:
 - Cardiac Failure
 - Heart Decompensation
 - Decompensation, Heart
 - Congestive Heart Failure
 - Heart Failure, Congestive
 - Heart Failure, Right-Sided
 - Heart Failure, Right Sided
 - Right-Sided Heart Failure
 - Right Sided Heart Failure
 - Heart Failure, Left-Sided
 - Heart Failure, Left Sided
 - Left-Sided Heart Failure
 - Left Sided Heart Failure
 - Myocardial Failure

-Término buscado: Autocuidado

- Descriptor en español (DeCS): Autocuidado
- Descriptor en inglés (MeSH): Self Care

Caring for self when ill or positive actions and adopting behaviors to prevent illness.

- Year introduced: 1981
- Entry Terms:
 - o Care, Self
 - o Self-Care

-Término buscado: Autogestión de la salud

- Descriptor en español (DeCS): Automanejo
- Descriptor en inglés (MeSH): Self-Management
Individual's ability to manage chronic condition. Efficacious self-management encompasses ability to monitor one's condition and to affect the cognitive, behavioral, and emotional responses necessary to maintain a satisfactory quality of life
- Year introduced: 2018
- Entry Terms:
 - o Self Management
 - o Self Management
 - o Management, Self
 - o Self-Management Programs
 - o Program, Self-Management
 - o Self-Management Program
 - o Self Management Programs

-Término buscado: Gestión de la enfermedad

- Descriptor en español (DeCS): Manejo de la Enfermedad
- Descriptor en inglés (MeSH): Disease Management
A broad approach to appropriate coordination of the entire disease treatment process that often involves shifting away from more expensive inpatient and acute care to areas such as preventive medicine, patient counseling and education, and outpatient care. This concept includes implications of appropriate versus inappropriate

therapy on the overall cost and clinical outcome of a particular disease.

(From Hosp Pharm 1995 Jul;30(7):596)

- Year introduced: 1997
- Entry Terms:
 - Disease Managements
 - Management, Disease
 - Managements, Disease

-Término buscado: Coste de la enfermedad

- Descriptor en español (DeCS): Costo de Enfermedad
- Descriptor en inglés (MeSH): Cost of Illness
The personal cost of disease which may be economic, social, or psychological. The cost of illness may be reflected in absenteeism, productivity, response to treatment, peace of mind, or QUALITY OF LIFE. It differs from HEALTH CARE COSTS, the societal cost of providing services related to the delivery of health care.
- Year introduced: 1993
- Entry Terms:
 - Illness Cost
 - Illness Costs
 - Burden Of Disease
 - Burden Of Diseases
 - Cost of Sickness
 - Sickness Costs
 - Sickness Cost
 - Burden of Illness
 - Illness Burden
 - Illness Burdens
 - Cost of Disease
 - Costs of Disease
 - Disease Cost
 - Cost, Disease
 - Disease Costs

- o Disease Burden
- o Burden, Disease
- o Disease Burdens
- o Therapeutic Burden
- o Burden, Therapeutic
- o Therapeutic Burdens
- o Pill Burden
- o Burden, Pill
- o Economic Burden of Disease

-Término buscado: Adherencia al Tratamiento

- Descriptor en español (DeCS): Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento
- Descriptor en inglés (MeSH): Treatment Adherence and Compliance
Extent to which the patient follows prescribed treatment such as keeping APPOINTMENTS AND SCHEDULES and MEDICATION ADHERENCE for desired therapeutic outcome. It implies active responsibility shared by patient and health care providers.
- Year introduced: 2018
- Entry Terms:
 - o Therapeutic Adherence and Compliance
 - o Treatment Adherence
 - o Adherence, Treatment
 - o Therapeutic Adherence
 - o Adherence, Therapeutic

-Término buscado: Atención Primaria

- Descriptor en español (DeCS): Atención Primaria de Salud
- Descriptor en inglés (MeSH): Primary Health Care
Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with

patients, and practicing in the context of family and community. (JAMA 1995;273(3):192)

- Year introduced: 1974(1972)
- Entry Terms:
 - Care, Primary Health
 - Health Care, Primary
 - Primary Care
 - Care, Primary
 - Primary Healthcare
 - Healthcare, Primary

-Término buscado: Determinantes Sociales de la Salud

- Descriptor en español (DeCS): Determinantes Sociales de la Salud
- Descriptor en inglés (MeSH): Social Determinants of Health
The circumstances in which people are born, grow up, live, work, and age, as well as the systems put in place to deal with illness. These circumstances are in turn shaped by a wider set of forces: economics, social policies, and politics (<http://www.cdc.gov/socialdeterminants/>).
- Year introduced: 2014
- Entry Terms:
 - Socio-Economic Determinants of Health
 - Socio Economic Determinants of Health
 - Structural Determinants of Health
 - Commercial Determinants of Health

Anexo II: Cadenas de búsqueda

BASE DE DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	FILTROS
Pubmed CINAHL Scopus Embase	("Heart Failure" OR "Cardiac Failure" OR "Myocardial Failure" OR "Chronic Heart Failure") AND ("Social Determinants of Health" OR "Socioeconomic Factors" OR "Social Support" OR "Educational Status" OR "Healthcare Disparities" OR "social determinant*" OR "socioeconomic*" OR "educational level" OR "literacy" OR "social support" OR "family support" OR "caregiver*" OR "loneliness" OR "social isolation" OR "gender" OR "sex factors" OR "vulnerability" OR "polypharmacy" OR "treatment complexity" OR "barrier*") AND ("Self Care" OR "self-care" OR "Self Management" OR "self-management" OR "self-monitoring" OR "Treatment Adherence and Compliance" OR "Patient Compliance" OR "adherence" OR "compliance" OR "treatment burden" OR "care burden" OR "burden of treatment" OR "self-care fatigue") AND ("Primary Health Care" OR "Community Health Nursing" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "general practice*" OR "family medicine" OR "community health" OR "ambulatory care" OR "home care")	Publication date: 10 years Languages: English, Spanish.
Cochrane Library	("Heart Failure" OR "cardiac failure")	Publication date: 10

	AND ("Social Determinants of Health" OR "Socioeconomic Factors" OR "Social Support" OR "social determinant*" OR "socioeconomic*" OR "social support" OR "family support" OR "caregiver*" OR "health literacy" OR "polypharmacy" OR "treatment complexity") AND ("Self Care" OR "Self Management" OR "Patient Compliance" OR "self-care" OR "self-management" OR "treatment burden" OR "burden of treatment" OR "self-care fatigue" OR "adherence") AND ("Primary Health Care" OR "primary care" OR "primary healthcare")	years Languages: English, Spanish.
--	---	--



Anexo III: Lista de verificación PRISMA

recibido 12 enero 2022 | aceptado 11 abril 2022 | publicado 26 mayo 2022
DOI:10.31157/an.v27i3.337

Información Suplementaria | ARCHIVOS DE
Estudio del uso de marcos de referencia en el trastorno del espectro autista: una Revisión Sistemática | NEUROCIENCIAS

Lista de verificación prisma 2020

Sección/tema	Ítem	Checklist ítem	Lugar dónde se reporta el ítem
TÍTULO			
Título	1	Identifique el informe como una revisión sistemática.	Página 1
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Consulte la lista de verificación de PRISMA 2020 para resúmenes.	Página 2 y 3
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa el fundamento de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	Página 6-9
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que aborda la revisión.	Página 9
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	Página 11
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha de la última búsqueda o consulta de cada fuente.	Página 10
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y límites utilizados.	Páginas 10 y 11
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplió con los criterios de inclusión de la revisión, incluido cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si corresponde, se recopilan los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Página 12
Proceso de extracción de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar datos de los informes, incluido cuántos revisores recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, cualquier proceso para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si corresponde, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Página 10 y 13
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los resultados para los que se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados que eran compatibles con cada dominio de resultado en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos temporales, análisis) y, en caso contrario, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	Página 12
	10b	Enumere y defina todos los demás variables para los que se buscaron datos (por ejemplo, características del participante y de la intervención, fuentes de financiación). Describa las suposiciones hechas sobre cualquier información faltante o poco clara.	Página 12
Evaluación del registro de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si corresponde, detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	Página 13
Medidas de efecto	12	Especifique para cada resultado la (a) medida (s) del efecto (p. Ej., Cociente de riesgos, diferencia de medias) utilizados en la síntesis o presentación de los resultados.	Página 14
Método de síntesis	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios fueron elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de la intervención del estudio y comparándolas con los grupos planificados para cada síntesis (tema # 5)).	Página 13
	13b	Describa los métodos necesarios para preparar los datos para su presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas resumidas que faltan o las conversiones de datos.	Página 13
	13c	Describa cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios y síntesis individuales.	Página 12
	13d	Describa cualquier método utilizado para sintetizar los resultados y proporcione una justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el grado de heterogeneidad estadística y los paquetes de software utilizados.	Página 13
	13e	Describa cualquier método utilizado para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis de subgrupos, meta-regresión).	Página 13
	13f	Describa cualquier análisis de sensibilidad realizado para evaluar la solidez de los resultados sintetizados.	Página 13

archivosdeneurociencias.org

Volumen 27, Número 3, año 2022

Sección/tema	Ítem	Checklist ítem	Lugar dónde se reporta el ítem
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (que surgen de sesgos de informe).	Página 13
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el conjunto de pruebas para un resultado.	Página 13
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describir los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	Página 14
	16b	Cite estudios que parezcan cumplir con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	No hubo
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	Página 14-17
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presentar evaluaciones del riesgo de sesgo para cada estudio incluido.	Página 14
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	19	Para todos los resultados, presente, para cada estudio: (a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando corresponda) y (b) una estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de confianza / credibilidad), idealmente utilizando tablas o gráficos estructurados.	Página 31 y 32
	20a	Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	Página 11 y 12
Resultados de la síntesis	20b	Presentar los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno la estimación resumida y su precisión (p. Ej., Intervalo de confianza / credibilidad) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si compare grupos, describa la dirección del efecto.	Página 14
	20c	Presentar los resultados de todas las investigaciones de las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	Página 18
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados sintetizados.	Página 14
Sesgos en la publicación	21	Presentar evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (que surgen de sesgos de notificación) para cada síntesis evaluada.	Página 14
Certeza de la evidencia	22	Presentar evaluaciones de certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para cada resultado evaluado.	Página 15-17
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otra evidencia.	Páginas 18-21
	23b	Discuta las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	Página 18-21
	23c	Analice las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	Página 22
	23d	Discuta las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	Página 23
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información de registro para la revisión, incluido el nombre de registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	Página 10
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se preparó un protocolo.	Página 10
	24c	Describa y explique cualquier emenda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	No se realizó ningún cambio
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	Página 23
Conflicto de intereses	26	Declare cualquier conflicto de intereses de los revisores.	Página 24
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Informe cuáles de los siguientes están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios de recopilación de datos de plantilla; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	Página 12