

Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos

Medication adherence and quality of life related to the health condition in hypertensive older adults

Marleny Monterrey Hernández¹, Liyansis Bárbara Linares Cánovas¹✉, Roxana Toledo del Llano², Aniuska Vázquez Ramos¹, Dailin Rivera Maestre¹, Claudia Morales Monterrey²

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Policlínico Dr. Modesto Gómez Rubio, Pinar del Río, Cuba

² Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Guevara de la Serna, Pinar del Río, Cuba

Recibido: 11 de marzo de 2021

Aceptado: 8 de abril de 2021

Publicado: 29 de abril de 2021

Citar como: Monterrey Hernández M, Linares Cánovas LB, Toledo del Llano R, Vázquez Ramos A, Rivera Maestre Dailin, Morales Monterrey C. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 25(2): e4989. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4989>

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial es una de las enfermedades nosológicas que más repercusiones negativas trae sobre las poblaciones geriátricas, se requiere un adecuado manejo y control por parte del personal sanitario.

Objetivo: determinar el comportamiento de la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos de los consultorios médicos 37 y 45, del Policlínico "Dr. Modesto Gómez Rubio" de San Juan y Martínez durante 2020.

Métodos: estudio observacional, analítico, de corte transversal, efectuado en muestra de 199 adultos mayores hipertensos. La aplicación de instrumentos y revisión de historias familiares e individuales permitieron la obtención de información que dio salida a las variables estudiadas. Se empleó el análisis univariado y bivariado de las mismas. Se respetó la ética médica.

Resultados: predominó el sexo masculino (50,8 %) y el grupo etáreo 65-69 años (26,6 %), lo que demostró el 51,3 % con adherencia farmacológica, se asoció a esta variable, ($p < 0,05$), la edad, sexo, estado civil, entre otras, la presencia de polifarmacia, el nivel de conocimientos sobre hipertensión, y el estado funcional. El 43,7 % de los adultos mayores presentaron una calidad de vida moderada, la cual mostró asociación con el sexo ($p = 0,024$) y el estado funcional ($p < 0,000,001$)

Conclusiones: la presencia de varios factores, tanto sociodemográficos, como asociados a la entidad nosológica, influyen en los niveles de adherencia y en la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras clave: Adulto Mayor; Hipertensión; Medicación; Tratamiento Farmacológico; Calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: high blood pressure is one of the nosological entities having more negative repercussions in geriatric populations, requiring of an adequate management and control by the healthcare personnel.

Objective: to determine the behavior of the medication adherence and the quality of life of the hypertensive older adults from the Number 37 and 45 Doctors' Offices at Dr. Modesto Gomez Rubio Polyclinic in San Juan y Martinez municipality during 2020.

Methods: an observational, analytical and cross-sectional study conducted with a sample of 199 hypertensive older adults. The application of instruments and review of medical-familial and individual histories allowed collecting information to give response to the variables studied, applying a univariate and bivariate analysis of them. Ethical-medical principles were met.

Results: male sex (50,8 %) and 65-69 age group (26,6 %) predominated, showing 51,3 % of them medication adherence, associating this variable to ($p < 0,05$), age, sex, marital status, among others; the presence of polypharmacy, the level of knowledge concerning hypertension and the activities of daily livings. The 43,7 % of the older adults presented a moderate quality of life, showing an association with sex ($p = 0,024$), and the activities of daily livings ($p < 000,001$).

Conclusions: the presence of several factors, as much sociodemographic as those associated with the nosological entities, influence on the levels of medication adherence and on the quality of life of the older adults.

Keywords: Aged; Hypertension; Medication; Drug Therapy; Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento poblacional ha mostrado un inusitado ascenso en las últimas décadas, se reporta a inicios de 2020 más de 1 billón de adultos mayores (AM) en el planeta, lo cual representaba el 13,5 % de la población mundial.⁽¹⁾ Esta cifra es 2,5 veces superior a la reportada hace medio siglo, se prevé además un crecimiento superior, hasta el punto que en 2050, uno de cada cinco habitantes del planeta rebasará la barrera de los 60 años.⁽²⁾ En el caso de Cuba, el porcentaje de envejecimiento alcanzó el 20,8 % al cierre de 2019, por lo que se estimó un incremento futuro, lo cual traerá consigo numerosos retos para las diferentes esferas de la sociedad, en especial, para la salud pública.^(3,4)

Aparejado al envejecimiento poblacional, se cuenta con el incremento progresivo de las enfermedades no transmisibles; se apreció una alta prevalencia de la hipertensión arterial (HTA), que afecta a más de 1 500 millones de personas en el mundo, a lo que se suma 9,4 millones de muertes anuales a escala global, asociadas a esta afección.^(5,6,7) Si bien la prevalencia de esta enfermedad oscila entre el 30-45 % de la población general, en las edades geriátricas ese porcentaje puede subir hasta el 70-77 %, por cuanto la evidencia a favor de tratar la hipertensión arterial en ancianos es abrumadora.^(8,9) Este es un motivo de preocupación importante para las autoridades sanitarias internacionales.

Si se tiene en cuenta los elevados porcentajes de pacientes hipertensos que tienen la presión arterial descontrolada a nivel internacional, se comprende entonces la vigilancia que se le hace a dicha enfermedad nosológica, así como a los beneficios del tratamiento y del control de las cifras tensionales. En este contexto, son implementadas múltiples estrategias para combatirla, el establecimiento de tratamientos farmacológicos y estilos de vida saludables son las que mejores resultados muestran, aunque los bajos niveles de adherencia farmacológica o el incumplimiento del tratamiento se convierten en factores relacionados con su mal control.⁽¹⁰⁾

Esto ha ocasionado que las consecuencias de la enfermedad, sobre todo las derivadas de sus complicaciones, lleguen a ser insostenibles para los pacientes y sistemas sanitarios.⁽¹¹⁾ Según lo señalado, se realiza la presente investigación, la cual tiene por objetivo determinar el comportamiento de la adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos de los consultorios médicos 37 y 45, del Policlínico "Dr. Modesto Gómez Rubio", de San Juan y Martínez durante 2020.

MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, de corte transversal, efectuado en adultos mayores hipertensos de los consultorios médicos 37 y 45, del Policlínico Dr. Modesto Gómez Rubio, de San Juan y Martínez durante 2020.

La población estuvo constituida por 422 adultos mayores entre ambos consultorios y el universo por 219 adultos mayores hipertensos, se seleccionó una muestra de 199 adultos mayores mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, quienes tenían diagnóstico de HTA (y dispensarizados al respecto), y aceptaron participar en el estudio. Se les pidió que firmaran un consentimiento informado. Se excluyeron aquellos con enfermedades en estadio terminal o que presentasen demencia o deterioro cognitivo.

La revisión de las historias de salud familiar y clínica individual, así como la aplicación de instrumentos, permitieron la recolección de información que dio salida a las variables estudiadas (edad, sexo, estado civil, convivencia, escolaridad, estado funcional geriátrico, cantidad de fármacos consumidos, polifarmacia, asistencia a consulta, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de HTA, control de la TA, nivel de conocimientos sobre HTA, adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada con la salud).

Para la evaluación del estado funcional del paciente geriátrico se utilizó el índice de Barthe,⁽⁸⁾ el cual está definido como medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Esta escala consta de 10 preguntas en las que se incluye la valoración de las ABVD; se identifica la independencia o dependencia del sujeto.

La puntuación máxima de independencia es 100 y la de máxima dependencia es de 0, con intervalos de cinco puntos. Para la interpretación de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento, se crearon cinco categorías: dependencia total (0-20 puntos), dependencia severa (21-60 puntos), dependencia moderada (61-90 puntos), dependencia escasa (91-99 puntos) e independencia (100 puntos).

Para el control de la hipertensión arterial, se calculó la media entre el último valor de PA registrado en la historia clínica individual y valor de tensión arterial tomada en la consulta. Se clasificó como controlado cuando:

- Valores de PA menores a 140/90 mmHg
- Valores de PA menores a 130/80 mmHg en pacientes con riesgo cardiovascular muy alto o con diabetes mellitus.

El instrumento para medir el nivel de conocimientos en el presente estudio, fue el desarrollado por García Mireyelle y col, ⁽¹²⁾ elaborado por dichas autoras a partir de una revisión teórica, y con referencias de instrumentos en relación a nivel de conocimiento en enfermedades no transmisibles. Dicho instrumento se divide en cuatro dimensiones del conocimiento sobre HTA: generalidades de la hipertensión arterial (4 ítems), factores de riesgo (3 ítems), medidas de control (5 ítems), y tratamiento (8 ítems).

Para medir el conocimiento en base a las respuestas de cada pregunta que exprese el conocimiento, se calificó con dos puntos (2) si la respuesta es correcta y en caso contrario con cero (0), de modo que la unidad de análisis pudo obtener un puntaje total de 0 – 38 puntos, no se dio puntaje a la pregunta N°17 debido a que esta pregunta no tiene respuesta correcta o incorrecta. Sino que se buscó información del manejo de la enfermedad que tiene el paciente hipertenso. Para la medición del nivel de conocimiento se considera los puntajes: nivel alto de conocimiento (25-38 puntos), nivel medio de conocimiento (13-24 puntos), nivel bajo de conocimiento (0-12 puntos).

La adherencia al tratamiento farmacológico, entendida como la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, se aceptó de mutuo acuerdo con su médico y se midió según el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau), el cual se agrupó en dos categorías: ausencia de adherencia y presencia de adherencia.

Para medir la calidad de vida se utilizó el MINICHAL, con un tiempo de aplicación aproximado de siete minutos, el cual está formado por 16 ítems con dos dimensiones: 10 ítems corresponden a la dimensión estado de ánimo, y seis ítems a la dimensión manifestaciones somáticas. Las preguntas hacen referencia a los "últimos siete días" con cuatro posibles opciones de respuesta: 0 = No, en absoluto; 1 = Sí, algo; 2 = Sí, bastante; 3 = Sí, mucho. El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0 a 18 en la segunda. La puntuación total del MINICHAL va de 0 (mejor nivel de salud) a 48 (peor nivel de salud).

Para describir el comportamiento univariado, se calcularon las frecuencias y porcentajes, en el caso de variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se determinó inicialmente su distribución mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se empleó la media aritmética como medida de tendencia central y desviación estándar, como medida de dispersión. Para el análisis bivariado, se emplearon las pruebas X^2 de Pearson, t-Student, y ANOVA de un factor, se tuvo como valor de $p < 0,05$; evidencia estadística de las diferencias encontradas. Los resultados se expusieron a través de gráficos y tablas.

La investigación fue aprobada por el consejo científico y comité de ética. Se siguieron los principios éticos de la declaración de Helsinki

RESULTADOS

Predominó en sexo masculino (50,8 %) y los grupos etáreos de 65 a 69 años (26,6 %) y de 60 a 64 años (23,1 %). Se reportó una edad media de 71 años (DE±8,0). (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución según edad y sexo de los adultos mayores hipertensos dispensarizados en los consultorios médicos 37 y 45 del Policlínico Docente Modesto Gómez Rubio, Pinar del Río. 2020.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
60-64	20	20,4	26	25,7	46	23,1
65-69	27	27,6	26	25,7	53	26,6
70-74	17	17,3	20	19,8	37	18,6
75-79	13	13,3	16	15,8	29	14,6
80-84	15	15,3	10	9,9	25	12,6
≥ 85	6	6,1	3	3,1	9	4,5
Total	98	49,2	101	50,8	199	100

En cuanto a las características relacionadas con la HTA, se evidenció que el 50,3 % tenía menos de cinco años con el diagnóstico de la enfermedad, se tuvo el 42,7 % un nivel de conocimientos moderado sobre la misma, solo el 53,8 % mostraba control de las cifras tensionales. Predominaron los pacientes con polifarmacia 58,3 %. (Tabla 2)

Al analizar el comportamiento de la adherencia farmacológica (Tabla 2), se precisó su presencia en el 51,3 % de la muestra; las mujeres (71,4 %), individuos casados (80,0 %), el nivel escolar universitario (94,1 %), y los que no presentan polifarmacia (71,1 %), mayores porcentajes de adherencia farmacológica. A excepción del tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($p=0,313$), las restantes variables analizadas mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de adherencia farmacológica ($p<0,05$).

Tabla 2. Relación entre características de la muestra y nivel de adherencia farmacológica.

Variables		Nivel de adherencia				Asociación
		Ausencia de adherencia		Presencia de adherencia		
		No.	%	No.	%	
Sexo	Mujer	28	28,6	70	71,4	<0,001b
	Hombre	69	68,3	32	31,7	
Estado civil	Soltero	29	42	40	58	<0,001 b
	Casado	12	20	48	80	
	Viudo	56	80,0	14	20	
Escolaridad	No escolarizado	2	66,7	1	33,3	<0,001 b
	Primaria	27	75	9	25	
	Secundaria	19	38	31	62	
	Preuniversitario	47	61,8	29	38,2	
	Universitario	2	5,9	32	94,1	
Convivencia	Solo	20	76,9	6	23,1	0,002 b
	Acompañado	77	44,5	96	55,5	
Estado funcional	Independiente	14	32,6	29	67,4	0,006 b
	Dependencia escasa	20	66,7	10	33,3	
	Dependencia moderada	24	66,7	12	33,3	
	Dependencia severa	26	46,4	30	53,6	
	Dependencia total	13	38,2	21	61,8	
Polifarmacia	No	24	28,9	59	71,1	<0,001 b
	Si	73	62,9	43	37,1	
Asistencia a consulta	Casi nunca	72	57,6	53	42,4	0,005 b
	Cuando cree tener aumento de la PA	23	33,3	46	66,7	
	Sistemática	2	40	3	60	
Cantidad de fármacos consumidos	Uno	9	30	21	70	<0,001 b
	2-3	24	31,6	52	68,4	
	>3	64	68,8	29	31,2	
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de HTA	<5	50	50	50	50	0,313 b
	5-9	17	39,5	26	60,5	
	10-14	22	59,5	15	40,5	
	>14	8	42,1	11	57,9	
Nivel de conocimientos sobre HTA	Bajo	51	69,9	22	30,1	<0,001b
	Moderado	32	37,6	53	62,4	
	Alto	14	34,1	27	65,9	
Edad		69,2±6,9a		72,6±8,6 a		0,003b

Leyenda: ^aEstadígrafos empleados (Media ± Desviación estándar); ^b Prueba X² (Valor de p); ^cPrueba t-Student (Valor de p)

Se constató predominio de los pacientes con una moderada calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (43,7 %), no se precisó relación entre ella y la edad del paciente ($p=0,709$). Los que no mostraron polifarmacia (30,1 %), fueron aquellos que manifestaron porcentajes superiores de una alta CVRS; aunque solo, el sexo ($p=0,024$) y el estado funcional ($p<0,001$), fueron las variables que mostraron asociación estadísticamente significativa con la CVRS.

Tabla 3. Relación entre características de la muestra y la calidad de vida relacionada con la salud.

Variables		calidad de vida relacionada con la salud						Asociación
		Baja		Moderada		Alta		
		No	%	No.	%	No.	%	
Sexo	Mujer	25	25,5	39	39,8	34	34,7	0,024 ^b
	Hombre	35	34,7	48	47,5	18	17,8	
Estado civil	Soltero	16	23,2	30	43,5	23	33,3	0,368 ^b
	Casado	19	31,7	26	43,3	15	25	
	Viudo	25	35,7	31	44,3	14	20	
Escolaridad	No escolarizado	0	0	3	100	0	0	0,229 ^b
	Primaria	13	36,1	19	52,8	4	11,1	
	Secundaria	14	28,0	20	40	16	32	
	Preuniversitario	23	30,3	29	38,2	24	31,6	
	Universitario	10	29,4	16	47,1	8	23,5	
Convivencia	Solo	9	34,6	15	57,7	2	7,7	0,066 ^b
	Acompañado	51	29,5	72	41,6	50	28,9	
Estado funcional	Independiente	0	0	1	2,3	42	97,7	0,000 ^b
	Dependencia escasa	0	0	21	70	9	30	
	Dependencia moderada	1	2,8	35	97,2	0	0	
	Dependencia severa	30	53,6	25	44,6	1	1,8	
	Dependencia total	29	85,3	5	14,7	0	0	
Polifarmacia	No	21	25,3	37	44,6	25	30,1	0,367 ^b
	Si	39	33,6	50	43,1	27	23,3	
Asistencia a consulta	Casi nunca	38	30,4	58	46,4	29	23,2	0,210 ^b
	Cuando cree tener aumento de la PA	21	30,4	25	36,2	23	33,3	
	Sistemática	1	20	4	80	0	0	
Cantidad de fármacos consumidos	Uno	9	30	11	36,7	10	33,3	0,277 ^b
	2-3	17	22,4	38	50	21	27,6	
	>3	34	36,6	38	40,9	21	22,6	
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de HTA	<5	29	29	45	45	26	26	0,999 ^b
	5-9	13	30,2	18	41,9	12	27,9	
	10-14	12	32,4	16	43,2	9	24,3	
	>14	6	31,6	8	42,1	5	26,3	
Nivel de conocimientos sobre HTA	Bajo	23	31,5	30	41,1	20	27,4	0,909 ^b
	Moderado	23	27,1	40	47,1	22	25,9	
	Alto	14	34,1	17	41,5	10	24,4	
Edad		71,2±8,1 ^a		70,8±7,8 ^a		71,0±8,4 ^a		0,709 ^c

Leyenda: ^aEstadígrafos empleados (Media ± Desviación estándar); ^bPrueba X² (Valor de p); ^cPrueba Anova de un factor (Valor de p)

DISCUSIÓN

La HTA, como problemática sanitaria, requiere un estudio minucioso de las características de los pacientes que la padecen, con vistas a lograr su adecuado control. En este sentido, el predominio del sexo masculino encontrado en la presente investigación, coincide el estudio de Nolasco Monterroso et al.,⁽¹³⁾ donde está ampliamente descrito en el adulto mayor, la preponderancia de la HTA en la mujer.^(14, 15) Aunque en lo que compete a la edad, dentro del grupo de los adultos mayores se registra un predominio de los pacientes pertenecientes al grupo etario de 60-69 años; mientras las restantes variables ubicadas dentro del perfil sociodemográfico, muestran similitudes con las reportadas por Reyes Milián, et al.⁽¹⁶⁾

Aunque la HTA, es un factor susceptible de controlar a través del tratamiento farmacológico, no se logra en la actualidad, alcanzar una efectiva estabilidad por parte de los profesionales de la salud. Al respecto, González Rodríguez et al.,⁽¹⁷⁾ comentan cómo la dificultad para lograr un buen control es multifactorial, se aprecian motivos atribuibles al médico o al paciente, dentro de los que caben resaltar un inadecuado manejo terapéutico de la afección, la satisfacción con moderadas reducciones de presión arterial ligada a la falta de compromiso con el paciente, una evolución silente de la enfermedad, que conlleva a la suspensión de la medicación, así como la falta de adherencia al tratamiento.

Sobre esta última, es necesario comprender el papel de varias variables en la génesis de una pobre adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo que tiende a acompañarse de graves repercusiones a la salud.⁽¹⁴⁾

Los estudios que relacionan el sexo y la adherencia al tratamiento, no siempre muestran resultados concordantes, aunque algunos autores señalan una mayor adherencia en el sexo masculino.⁽⁷⁾ En relación a la edad, se ha demostrado cómo las personas de mayor edad olvidan con menos frecuencia tomar los medicamentos porque es usual que padezcan también otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los incentiva a no abandonar la medicación. No obstante se debe reseñar cómo en el adulto mayor, la presencia de deterioro cognitivo y alteraciones de la memoria, pueden influir en su modificación. A su vez, la disparidad de las opiniones puede deberse a que el tiempo de evolución de la HTA a menudo es prolongado, y los tratamientos de larga duración constituyen otro factor contribuyente al incumplimiento de la terapéutica.⁽¹⁵⁾

La falta de conocimiento, las creencias y mitos que los pacientes tienen sobre su afección, por otro lado, influyen negativamente en la adhesión.⁽¹⁸⁾ De esa forma, el alto porcentaje de adultos mayores con altos niveles de conocimientos sobre HTA, superan los valores de otros investigadores, así como se recoge el antecedente en la presente investigación de pacientes con estudios superiores, poseedores de una mayor educación general, quienes tienden a ser más cumplidores de la terapéutica porque tienen una percepción más realista del riesgo que a largo plazo implica la condición de ser hipertenso no controlado.^(15,16,19) De este modo Saqlain M y cols.,⁽²⁰⁾ mencionan que AM con conocimientos adecuados de salud fueron 3,369 veces más adherentes (OR = 3,369; p <0,001) en comparación con pacientes con conocimientos de salud inadecuados.

A su vez, estudio desarrollado por Linares-Cánovas et al.,⁽⁷⁾ mostró relación del estado civil, el estado funcional geriátrico y de la presencia de polifarmacia, con la no adherencia, lo cual es respaldado por otros estudios.^(14,15)

Otro de los aspectos a valorar en el paciente hipertenso, es su CVRS, lo cual se realiza desde hace años, aunque no existen resultados concluyentes sobre cómo afecta la HTA a esta variable. Si bien, los diferentes estudios revisados muestran cómo la afectación de la CVRS tiene más que ver con las propias características de los individuos (como son la edad, sexo, estado civil, hábitos de vida, entre otros), que con la propia enfermedad; la utilización de diversos instrumentos ha impedido llegar a conclusiones finales, por lo que se han utilizado instrumentos genéricos.⁽¹²⁾

A pesar de ello, se ha descrito que en el paciente hipertenso tiene más relación con el grado de control del tratamiento conseguido, que la mayor o menor utilización de fármacos; al igual que en el caso de la edad y las dimensiones Función Física y Vitalidad (que hablar a favor de un mejor estado funcional del paciente). Esto es lógico puesto que la edad hace que se acentúen las carencias individuales, de manera que en muchos casos se necesita ayuda de terceras personas, sobre todo en el ámbito físico.

Se concluye que la presencia de varios factores, tanto sociodemográficos, como asociados a la entidad nosológica, influyen en los niveles de adherencia y en la calidad de vida de los adultos mayores, los cuales deben tenerse en cuenta en futuros estudios, en aras de controlar dicha afección y elevar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de Autoría

MMH y LBLC: conceptualización, análisis formal, administración del proyecto, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

AVR y RTLL: conceptualización, curación de datos, investigación, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

DRM y CMM: análisis formal, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en: www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/rt/suppFiles/4989

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Decade of Healthy Ageing 2020-2030. Geneva: World Health Organization; 2020. [citado 15/01/2021]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2015 - Highlights [Internet]. New York: United Nations; 2015 [citado 15/01/2021]. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Highlights.pdf

3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2020 [citado 15/01/2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%3%b3nico-Espa%3%b3l-2019-ed-2020.pdf>
4. Linares Cánovas LP. Enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2018 [citado 15/01/2021]; 14(3):195-196. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump183a.pdf>
5. Nieto Poveda EC. Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes tipo 2. REDIIS [Internet]. 2019 [citado 15/01/2021]; 2: 44-57. Disponible en: <http://revistas.sena.edu.co/index.php/rediis/article/view/2076>
6. Franco Bonal A, Silva Valido JA, Soto Martínez O, Franco Bonal A. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. Rev. inf. Cient [Internet]. 2018 [citado 15/01/2021]; 97(6): 1124-1134. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601124&lng=es
7. Linares-Cánovas LP, Linares-Cánovas LB, Vitón-Castillo AA. Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos. Aten Fam [Internet]. 2021 [citado 15/01/2021]; 28(1):16-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.1.77655>
8. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev cubana med [Internet]. 2017 Dic [citado 18/01/2021]; 56(4): 242-321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001
9. Berreta JA, Kociak D. Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos. Rev. Arg. De Gerontología y Geriatria [Internet]. 2017 [citado 15/01/2021]; 31(2): 52-9. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/08/RAGG-08-2017-52-59.pdf>
10. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 [citado 15/01/2021]; 15(1): 40-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006&lng=es
11. Barraza-Araiza LF, Sarmiento Limas CA. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. Rev Fac Med [Internet]. 2015 [citado 15/01/2021]; 62(3): 399-405. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43370>
12. García Mireyille LA, Pinto Jessica MM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú. 2017 [citado 15/01/2021]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireyille.pdf?sequence=3&isAllowed=y

13. Nolasco Monterroso C, Navas Santos L, Carmona Moriel CE, López Zamorano MD, Santamaría Olmo R, Crespo Montero R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2015 [citado 15/01/2021]; 18 (4): 282-289. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n4/06_original5.pdf
14. Perera AE, Martínez de Murga García G, Sujo Sit M. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. *Rev cuba med gen integr* [Internet]. 2020 [citado 15/01/2021]; 36(1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/982>
15. López Vázquez SA, Chávez Vega R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2016 [citado 15/01/2021]; 15(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1036>
16. Reyes Milián PE, Peláez Martínez RV, García Martín D, Pacheco Limonta E. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en ancianos diagnosticados de hipertensión arterial en el Consultorio Médico Popular "Las Flores", República Bolivariana de Venezuela. *Mediciego* [Internet]. 2016 [citado 25/02/2021]; 22(1): 23-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdc161d.pdf>
17. González Rodríguez R, Lozano Cordero JG, Aguilar Méndez A, Gómez Domínguez OL, Díaz Llanes M. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. *Revista Cubana de Med Gen Integr* [Internet]. 2017 [citado 25/02/2021]; 33(2):199-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005
18. Ortiz Vázquez D, Bandera Ramírez M, González Gámez S, Figueroa Sarmiento Ld, Elizabeth Veloz V. Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos. *MEDISAN* [revista en Internet]. 2019 [citado 25/02/2021]; 23(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2304>
19. Franco Bonal A, Silva Valido J, Soto Martínez O, Franco Bonal A. Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2018 [citado 25/02/2021];, 97(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2141>
20. Saqlain M, Riaz A, Malik MN, Khan S, Ahmed A, Kamran S, et al. Medication Adherence and Its Association with Health Literacy and Performance in Activities of Daily Livings among Elderly Hypertensive Patients in Islamabad, Pakistan. *Medicina* [Internet]. 2019 [citado 25/02/2021]; 55(5):163. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina55050163>