

Nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca del consultorio de Clínica Médica y Cardiología del Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

Treatment adherence in patients with heart failure in the Internal Medicine and Cardiology Department of the Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

Deisy Lorena González Guzmán¹ , Ignacio Ortiz Galeano¹ 

RESUMEN

Introducción: La adherencia al tratamiento de la insuficiencia cardíaca es el grado de comportamiento del paciente al tomar medicamentos, adecuarse a un régimen de alimentación y realizar cambios en el estilo de vida que se corresponde con las recomendaciones del médico. **Objetivo:** Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca del consultorio de Clínica Médica y Cardiología, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay. Año 2025. **Metodología:** Estudio observacional, transversal, descriptivo con asociación cruzada, muestreo no probabilístico, de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca que acuden al consultorio de Clínica Médica y Cardiología del Hospital de Clínicas, desde junio hasta agosto de 2025. Se midieron variables sociodemográficas, clínicas y la adherencia al tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Para la evaluación de la adherencia al tratamiento se utilizó un instrumento validado y para el nivel de adherencia se utilizó la escala: no adherente, poca adherencia, frecuentemente adherente y adherente. **Resultados:** Predomina el nivel poco adherente en la población general y por sexo. El nivel de adherencia se relaciona con el estado civil (casados y con unión estable), clase funcional I y II de la insuficiencia cardíaca y con el lugar de la consulta (consultorio de Cardiología). **Conclusión:** En la población general y por sexo predomina la poca adherencia al tratamiento y el nivel de adherencia se relaciona con el estado civil, con la clase funcional de la insuficiencia cardíaca y con el lugar de la consulta.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, adherencia al tratamiento, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias.

Autor correspondiente:

Ignacio Ortiz Galeano, correo electrónico: ignacioortizgaleano@yahoo.es

Conflicto de intereses:

Ninguno.

Contribución de los autores:

DLGG: diseño de la investigación, búsqueda bibliográfica, recolección de datos, redacción del manuscrito. IOG: corrección del diseño de la investigación, análisis de datos, redacción del manuscrito, aprobación final del manuscrito para enviar a la revista.

Financiamiento:

Los autores declaran que no recibieron financiación externa ni tiene conflictos de interés comercial.

Editora responsable:

María Isabel Rodríguez 
Universidad Sudamericana. Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Histórico:

Recibido: 20-07-2025

Aceptado: 19-12-2025

Publicado: 10-07-2026

Licencia de uso:

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.



ABSTRACT

Introduction: Adherence to heart failure treatment is the degree of patient adherence to medication, diet, and lifestyle changes that are consistent with physician recommendations. **Objective:** To determine the level of treatment

adherence in patients with heart failure attending the Internal Medicine and Cardiology Department of Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay, in 2025. **Methodology:** An observational, cross-sectional, descriptive study with cross-reference association and non-probability sampling of patients diagnosed with heart failure who attended the Internal Medicine and Cardiology Department of Hospital de Clínicas, from June to August 2025. Sociodemographic and clinical variables, as well as adherence to heart failure treatment, were measured. A validated instrument was used to assess treatment adherence, and the level of adherence was assessed using the following scales: non-adherent, low adherence, frequently adherent, and adherent. **Results:** Low adherence predominates in the general population and by sex. The level of adherence is related to marital status (married and in a stable union), functional class I and II of heart failure, and the place of consultation (Cardiology office). **Conclusion:** In the general population and by sex, poor treatment adherence predominates, and the level of adherence is related to marital status, heart failure functional class I, and the location of the consultation.

Keywords: Heart failure, treatment adherence, arterial hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemias.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la

principal causa de muerte en todo el mundo. Las causas de muerte estandarizadas por edad a nivel mundial fueron las mismas en 2019 que en 1990; en

¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay.

orden descendente, fueron la cardiopatía isquémica, el ictus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infecciones de las vías respiratorias inferiores (1). En América Latina y Paraguay sigue la misma tendencia de las estadísticas mundiales, donde la causa principal de muerte es debido a las enfermedades cardiovasculares (2).

Una de las principales ECV es la insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad crónica degenerativa que surge debido a la incapacidad de llenado del corazón o de su incapacidad por mantener un gasto cardíaco adecuado, el desenlace es una falla en su función de cubrir las necesidades orgánicas. (3). Esta enfermedad genera un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos que la padecen por la incapacidad que producen los síntomas como la disnea, el edema y la fatiga (4). La discapacidad que produce no se limita únicamente a los individuos, sino que también interfiere con sus familias y la sociedad, convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública por los costos que significa para el sistema de salud y las altas tasas de morbilidad (5,6).

Hoy en día existen varias opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico para la IC y se reconoce la importancia de la prestación organizada de atención en salud (7), sin embargo, uno de los aspectos más importantes para el manejo exitoso de la enfermedad es la adherencia al tratamiento. La adherencia se refiere al grado de comportamiento de una persona al tomar medicamentos, adecuarse a un régimen de alimentación y realizar cambios en el estilo de vida que se corresponde con las recomendaciones dadas por el personal de salud (8). La mala adherencia terapéutica es la principal causa de hospitalizaciones en pacientes con IC (9).

Se estima que la prevalencia de no adherencia oscila entre 10 a 93%, este amplio rango se debe a las diferencias a la hora de medir y definir la adherencia al tratamiento (10). Se menciona que los factores que influyen en la adherencia son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de atención médica, factores relacionados con la condición, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente (11,12).

Reconociendo el impacto que genera el tratamiento adecuado en la calidad de vida, al prevenir complicaciones y hospitalizaciones, y de esta manera los costos para el sistema de salud; esta investigación pretende contribuir con la generación de conocimientos detectando posibles áreas de refuerzo en las que se puedan realizar intervenciones para optimizar la adherencia al tratamiento y de esta manera lograr mejores resultados para los pacientes (13).

El objetivo del estudio es determinar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con IC del consultorio de Clínica Médica y Cardiología, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay. Año 2025.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, transversal, descriptivo con asociación cruzada. Muestreo no probabilístico

por casos consecutivos, de pacientes adultos con diagnóstico de IC que acuden al consultorio de Clínica Médica y Cardiología del Hospital de Clínicas, San Lorenzo entre junio y agosto de 2025. Los criterios de inclusión fueron pacientes adultos con diagnóstico de IC establecido por la clínica que acuden al consultorio de Clínica Médica y Cardiología del Hospital de Clínicas, San Lorenzo, pacientes adultos con diagnóstico de IC en etapa 1 al 4, según la Clasificación de la New York Heart Association (Asociación Cardíaca de Nueva York), con tratamiento de la IC $\geq$ a 6 meses y que aceptan participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron pacientes gestantes con IC, analfabetos y pacientes con diagnóstico dudoso de IC. Se midieron variable sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, procedencia, ocupación), datos clínicos de la IC (clase funcional I, II, III, IV, cantidad de fármacos que tiene indicado para la IC, tiempo de tratamiento de la IC en años, comorbilidades, clasificación de la IC según fracción de eyección en ecocardiografía), nivel de adherencia al tratamiento de la IC (no adherente, poca adherencia, frecuentemente adherente, adherido). Para evaluar la adherencia al tratamiento de la IC se utilizó el instrumento validado de evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca, consta de 30 ítems que evalúa 10 dimensiones distribuidos de la siguiente manera: confianza en el profesional de salud (1, 2), accesibilidad a los servicios de salud (3, 4, 5, 6), conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico (7,8,9), aceptación de la enfermedad (10,11,12,13), reconocimiento de signos y síntomas de alarma (14, 15, 16), soporte social (17, 18), mantenimiento del peso (19, 20, 21, 22), conocimiento de la dieta adecuada (23, 24), realización de actividad física (25, 26, 27), estado emocional (28, 29, 30). El cuestionario consiste en una escala de tipo Likert con 4 opciones de respuesta donde 1 (nunca o nada) significa el valor más bajo de adherencia y 4 (siempre o mucho) el nivel más alto de adherencia, por tanto, el puntaje oscila de 30 a 120 puntos. Para la determinación del nivel de adherencia al tratamiento se tendrá en cuenta la siguiente escala: no adherente: 30 a 55 puntos, poca adherencia: 56 a 80 puntos, frecuentemente adherente: 81 a 105 puntos, adherido: 106 a 120: puntos (14).

El tamaño de muestra fue calculado usando Epidat 4.2TM. Para una cantidad de 182 pacientes con IC que han consultado entre junio de 2024 y agosto de 2024 en el consultorio de Clínica Médica y de Cardiología del Hospital de Clínicas, una proporción esperada de 27,5 % de pacientes con buen cumplimiento y adherencia al tratamiento de la insuficiencia cardíaca (15). Para un nivel de confianza de 95 % y una precisión de 2 %, el tamaño de muestra mínima para el estudio es de 168 pacientes con IC.

Los datos recabados fueron organizados en planillas de Microsoft Excel 2016, posteriormente se analizó con el programa estadístico Epi Info 7.2.6.0TM. Para las variables cuantitativas se utilizaron media y la desviación estándar y para las cualitativas se utilizaron el porcentaje. Para buscar la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas y clínicas se utilizó el Chi cuadrado.

Los datos se presentan en tablas y gráficos.

Se respetaron los principios éticos básicos en la investigación, principio de respeto por las personas, principio de beneficencia, principio de justicia, El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA_FCM_DI N° 295/2025).

RESULTADOS

Participaron en el estudio 173 pacientes con diagnóstico de IC, de los cuales 87 (50,3%) consultaron en el consultorio de Clínica Médica y 86 (49,7%) en el consultorio de Cardiología del Hospital de Clínicas. La edad media fue de 62 ± 1 años. Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes se observan en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca del Consultorio de Clínica Médica y Cardiología del Hospital de Clínica (n=173).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
Sexo		
Masculino	83	48
Femenino	90	52
Estado civil		
Casado/a	73	42,2
Soltero/a	58	33,5
Unión estable	25	14,5
Viudo/a	12	6,9
Divorciado/a	5	2,9
Procedencia		
Asunción	7	4
Central	126	72,8
Interior del país	40	23,2
Ocupación		
Desempleado/a	13	7,5
Empleado/a	1	0,6
Independiente	144	83,2
Jubilado/pensionado	15	8,3
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
Clase funcional de la IC (NYHA)		
Clase I	55	31,8
Clase II	89	51,4
Clase III	26	15
Clase IV	3	1,7
Tiempo de tratamiento de la IC		
6-12 meses	44	25,4
2-9 años	123	71,1
≥10 años	6	3,5
Cantidad de fármacos indicados por pacientes para la IC		
Un fármaco	67	38,7
Dos fármacos	35	20,2
Tres fármacos	25	14,5
Cuatro fármacos	24	13,9
Cinco fármacos	22	12,7
Fármacos indicados para la IC		
IECA/ARA II	162	93,6
Betabloqueantes	85	49,1
ISGLT2	65	37,6
Espironolactona	50	28,9
Bloqueantes de canales de calcio	10	5,8
Diurético	51	29,5
Comorbilidades		
HTA	149	86,1
DM tipo 2	49	28,3
Enfermedad renal crónica	13	7,5
Dislipidemias	47	27,1
Otros	18	10,4
Clasificación de la IC según FE en ecocardiografía		
IC-FEIr: FEVI 41-49%	11	6,4
IC-FEP: FEVI ≥ 50%	140	80,9
IC-FER: FEVI ≤ 50%	22	12,7

IC: insuficiencia cardíaca; NYHA: New York Heart Association Functional Classification for Heart Failure; IECA/ARA II: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/ antagonistas del receptor de angiotensina II; ISGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; FEP: fracción de eyección preservada; FER: fracción de eyección reducida.

Predominaron el sexo femenino 90 (52,02 %); 73 (42,2%) casados, proceden de central 126 (72,8%), con actividad laboral independiente 144 (83,2%). En cuanto a las características clínicas, predominaron la clase funcional II de la IC según la NYHA con 89 (51,4%), el tiempo del tratamiento de la IC entre 2-9 años fue de 123 (51,4%); 63 (38,7%) de los pacientes tienen un fármaco indicado para la IC; en 162 (93,6%) pacientes tienen indicados los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/ antagonistas del receptor de angiotensina II; 149 (86,1%) presentan HTA y 140 (80,9) por ecocardiografía presentan IC con fracción de eyección preservada $\geq 50\%$.

El nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con IC se observa en la figura 1, predomina el poco adherente 102 (59%).

En el nivel de la adherencia al tratamiento de los pacientes con IC por sexo se observa tanto en las mujeres como en los varones predomina la poca adherencia 50 (55,6%) y 52 (63%) respectivamente (Figura 2).

El nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con IC se relaciona con el estado civil ($p=0,005$), siendo más adherentes los casados y con unión estable; con la clase funcional de la IC ($p= 0,002$), son más adherentes pacientes con clase funcional I y II; también se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y el lugar de consulta ($p=0,004$), los pacientes que consultan en el consultorio de cardiología son más adherentes (Tabla 2).

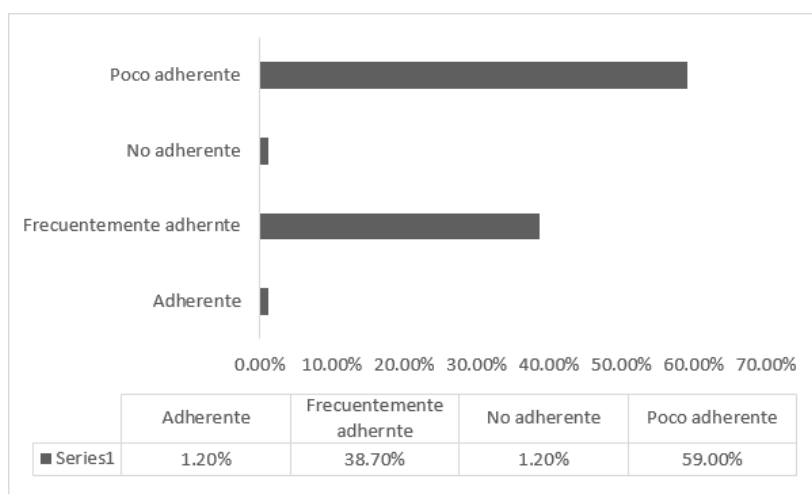


Figura 1. Nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Insuficiencia Cardíaca del Consultorio de Clínica Médica y Cardiología del Hospital de Clínica (n=173).

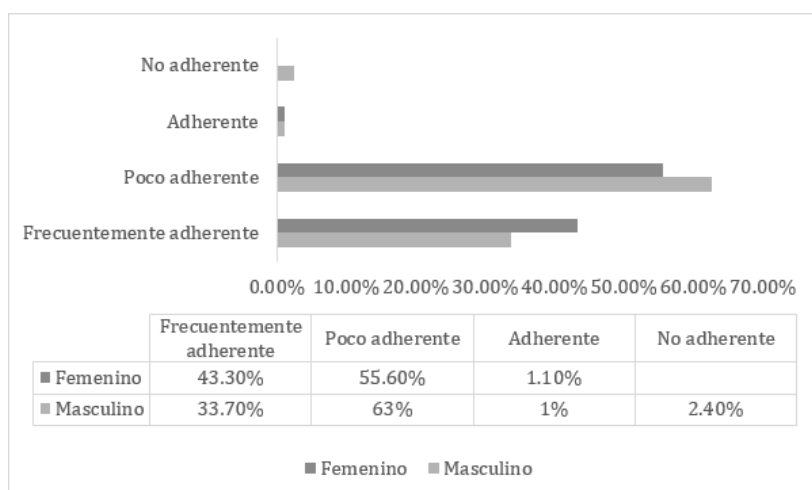


Figura 2. Nivel de adherencia al tratamiento de pacientes por sexo con Insuficiencia Cardíaca del Consultorio de Clínica Médica y Cardiología del Hospital de Clínica (n=173).

Tabla 2. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas de pacientes con Insuficiencia Cardíaca del Consultorio de Clínica Médica y Cardiología del Hospital de Clínica con el nivel de adherencia al tratamiento(n=173).

VARIABLES	p
Sexo	0,172
Estado civil	0,005
Procedencia	0,121
Ocupación	0,172
Clase funcional I y II de la IC (NYHA)	0,002
Servicio donde consulta (Consultorio de Cardiología)	0,004
Tiempo de tratamiento	0,835
Clasificación de la IC según ecocardiografía	0,825

IC: insuficiencia cardíaca; NYHA: New York Heart Association Functional Classification for Heart Failure.

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que casi la mitad de los pacientes tienen poca adherencia al tratamiento antihipertensivo, similares a otros estudios realizados en países Latinoamericanos y en Europa, en general, estos hallazgos de la poca adherencia al tratamiento son común en muchos países (16-18), en cambio en otros estudios encontraron mayor adherencia al tratamiento (10,15,19). No se encuentra un estudio publicado realizado en Paraguay que evalúa el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con IC.

Considerando el aspecto sociodemográfico de los pacientes estudiados predominaron las mujeres, casados, actividad laboral independiente y adultos mayores. También en estudios realizados en pacientes con IC encontraron similar perfil sociodemográficos que este estudio, lo que podría sugerir que la IC se desarrollan con mayor frecuencia en mujeres y en adultos mayores (19,20)

En relación con las características clínicas de los pacientes con IC se encontró predominio de la clase funcional II de la IC según la clasificación de la NYHA, la mayoría de los pacientes tienen un fármaco indicado para la IC, que son los inhibidores de la angiotensina II/antagonista del receptor de angiotensina II, también de la IC con fracción de eyección $\geq 50\%$ y de 2-9 años de tratamiento de la IC. Es llamativo la mayor cantidad de pacientes con clase funcional II de la IC y la poca adherencia al tratamiento de la mayoría de los pacientes, porque los pacientes con mayor adherencia al tratamiento presentan una mejor clase funcional de la IC (21). También llama la atención la indicación de la monoterapia en la mayoría de los pacientes, en cambio las recomendaciones actuales para el tratamiento de la IC incluyen a varios grupos de fármacos para el buen tratamiento (7). La cantidad de fracción de eyección $\geq 50\%$ se encuentra acorde al predominio de la clase funcional de la IC en los pacientes (22).

La IC, enfermedad prevalente en adultos mayores, frecuentemente acompañado por comorbilidades que complican el cuidado de los pacientes llevando a la polifarmacia con riesgo de interacciones farmacológicas, de no adherencia al tratamiento y aumento de la tasa de internaciones (23); en este estudio las comorbilidades más frecuentes en

los pacientes con IC fueron la HTA y la DM2. La mayoría de los pacientes con IC presentan múltiples comorbilidades: hasta un 87% de los pacientes pueden llegar a presentar tres o más condiciones comórbidas crónicas (24) cada vez más prevalente en la población. Para clasificar el mismo, podemos seguir distintos criterios que posteriormente son importantes a la hora de realizar estudios de investigación, y que pueden incluir variables clínicas, analíticas y de imagen. Si bien la incidencia de esta enfermedad se encuentra estable o en leve descenso, la prevalencia se muestra al alza por factores como el envejecimiento y la mejora de los tratamientos médicos disponibles. Es importante conocer los distintos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerla, así como las comorbilidades asociadas más frecuentes, que muchas veces tienen origen y mecanismo fisiopatológicos comunes. Independientemente del origen y de la clasificación, los pacientes con IC presentan una expectativa de vida y unos índices de calidad disminuida que deben alertarnos sobre la necesidad de una adecuada prevención, así como de su diagnóstico precoz.

En los pacientes estudiados se encontró relación del nivel de la adherencia del tratamiento con el estado civil (casados y unión estable), con la clase funcional I de la IC y con el lugar de la consulta (cardiología). La adherencia es un comportamiento complejo y desafiante, basado en el supuesto de que el paciente esté de acuerdo con las recomendaciones de autocuidado (25). En un estudio encontraron un nivel moderado de adherencia a las recomendaciones terapéuticas en pacientes con IC y los factores sociodemográficos como el nivel educativo, estado civil, ocupación, estabilidad financiera y condiciones de vida se relaciona con la adherencia al tratamiento (11).

El diseño transversal y el uso de autoinformes limitan la capacidad de establecer causalidad y pueden sobreestimar la adherencia real. Además, la muestra proviene de un solo centro, lo que restringe la generalización de los resultados a otras poblaciones.

Los resultados de este estudio aportan evidencia local que reafirma el carácter persistente y multifactorial de la baja adherencia en pacientes con IC que consultan en el Hospital de Clínicas. Factores como el soporte social, la clase funcional leve, y el

manejo en servicios especializados emergen como posibles determinantes clave del cumplimiento terapéutico. Estos hallazgos respaldan la urgencia de diseñar estrategias multidisciplinarias centradas en la educación del paciente, la participación familiar y la continuidad asistencial, con el objetivo de mejorar la adherencia y así impactar positivamente en el pronóstico de estos pacientes.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes con IC fueron mujeres, estado civil casado, provenientes del departamento central y de actividad laboral independiente; predominio de la clase funcional II de la IC; la mayoría tienen un fármaco indicado para la IC y son los inhibidores de la angiotensina II/antagonista del receptor de angiotensina II y tienen 2-9 años de tratamiento de la IC; las comorbilidades más frecuentes presentes son la HTA y la DM tipo 2. En la población global y por sexo (hombres y mujeres) predomina la poca adherencia al tratamiento y el nivel de adherencia se relaciona con el estado civil (casados y unión estable), con la clase funcional I y II de la IC y con el lugar de la consulta (consultorio de Cardiología).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Lond Engl*. 2024;403(10440):2100-32. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00367-2)
- Calazans JA, Queiroz BL. The adult mortality profile by cause of death in 10 Latin American countries (2000-2016). *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.1>
- Brake R, Jones ID. Chronic heart failure part I: pathophysiology, signs and symptoms. *Nurs Stand*. 2017;31(19):54-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10349>
- Oriani A, Guo P, Gadoud A, Dunleavy L, Kane P, Murtagh FEM. What are the main symptoms and concerns reported by patients with advanced chronic heart failure? -a secondary analysis of the Palliative care Outcome Scale (POS) and Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Ann Palliat Med*. 2019;8(5):775-80. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.08.10>
- Molano Barrera D, González Consuegra RV. Factores deteriorantes de la calidad de vida en insuficiencia cardíaca: revisión integrativa. *Duazary Rev Int Cienc Salud*. 2021;18(1):86-98. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3889>
- Valle-Ballesteros R, Torres-Navas A, Cortés-Muñoz F, Vargas-Escobar LM. Funcionalidad familiar de pacientes dependientes con falla cardíaca. *Rev Colomb Cardiol*. 2021;28(1):30-37. <https://doi.org/10.24875/rccar.m21000006>
- G-CHF Investigators, Joseph P, Roy A, Lonn E, Störk S, Floras J, et al. Global variations in heart failure etiology, management, and outcomes. *JAMA*. 2023;329(19):1650-61. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.5942>
- Silva AF da, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, Fé A da, et al. La adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca acompañados de enfermeras en dos clínicas especializadas. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(5):888-94. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0268.2628>
- Mora-Pabón G, Méndez-Toro A, Rojas-Ruiz IT, Bautista-Triana JE. Caracterización y evaluación de adherencia al programa Get With The Guidelines en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en un hospital de Bogotá, 2016-2018: Cohorte HUN-ICA. *Medicas UIS*. 2023;36(2):37-50. <https://doi.org/10.18273/revmed.v36n2-2023004>
- Rojas Sánchez LZ, Echeverría Correa LE, Camargo Figueroa FA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. *Enferm Glob [Internet]*. 2014 [citado 2025 octubre 16];13(36):1-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400001&lng=e
- Kukulska A, Garwacka-Czachor E. Assessment of adherence to treatment recommendations among patients with heart failure: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024;24(1):337. <https://doi.org/10.1186/s12872-024-04001-y>
- Nakanishi M, Miura H, Irie Y, Nakao K, Fujino M, Otsuka F, et al. Association of adherence to a 3-month cardiac rehabilitation with long-term clinical outcomes in heart failure patients. *ESC Heart Fail*. 2022;9(2):1424-35. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13838>
- Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Ibáñez Nolla J. Impacto económico de la insuficiencia cardíaca según la influencia de la insuficiencia renal. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(1):39-46. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.02.023>
- Achury Saldaña DM, Sepúlveda Carrillo GJ, Rodríguez Colmenares SM, Giraldo IC. Validez y confiabilidad de un instrumento evaluativo de adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Enferm Glob*. 2012;11(26):01-9. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200001>
- Suárez SJJ, Acuña DM, Hoyos MMP. Relación entre nivel de adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con falla cardíaca. *Investig en Enferm Imagen Desarro*. 2021;23:1-8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.rnat>
- Giezeman M, Arne M, Theander K. Adherence to guidelines in patients with chronic heart failure in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(4):336-43. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1397253>
- Seid E, Engidawork E, Alebachew M, Mekonnen D, Berha AB. Evaluation of drug therapy problems, medication adherence and treatment satisfaction among heart failure patients on follow-up at a tertiary care hospital in Ethiopia. *PloS One*. 2020;15(8):e0237781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237781>
- Huamán Guerra AG. Asociación entre el cumplimiento y adherencia al tratamiento con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Enferm Cardiol [Internet]*. 2019 [citado 2025 octubre 16];26(78):74-81.

- Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/cardiologia/articulo/555/asociacion-entre-el-cumplimiento-y-adherencia-al-tratamiento-con-la-calidad-de-vida-en-pacientes-con-insuficiencia-card%C3%ADaca-cronica/>
19. Miró Ó, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, Andueza JA, Herrero P, Llorens P. Valoración del grado de adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con insuficiencia cardíaca: estudio DIME-EAHFE. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2016 [citado 2025 octubre 16];39(2):261-268. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5627392>
 20. Turro Mesa LN, del Río Caballero G, Turro Caró E, Mesa Valiente RM. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. MEDISAN [Internet]. 2023 [citado 2025 octubre 16] ;27(3):2. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1514542>
 21. Rojano-Rada JA, Suárez-Marciano S. Impact of adherence to pharmacological treatment on quality of life in patients with heart failure. Med Int Mex. 2021;37(5):665-673. <https://doi.org/10.24245/mim.v37i5.4220>
 22. Sánchez-Prieto Castillo J, López Sánchez FA. Insuficiencia cardíaca. Generalidades. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 2017;12(35):2085-91. <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.06.001>
 23. Andrade R, Pérez V, Silvera G, Andrade R, Pérez V, Silvera G. Manejo de las comorbilidades en la insuficiencia cardíaca. Rev Urug Cardiol. 2018;33(1):43-80. <http://dx.doi.org/10.29277/cardio.33.1.1>
 24. Vega JDS, Luque MCA, Salinas GLA, Gómez JLZ. Actualización clínica: insuficiencia cardíaca, concepto y clasificación. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 2021;13(35):2011-7. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.06.001>
 25. Biddle MJ, Moser DK, Pelter MM, Robinson S, Dracup K. Predictors of adherence to self-care in rural patients with heart failure. J Rural Health off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc. 2020;36(1):120-9. <http://dx.doi.org/10.1111/jrh.12405>