

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**FACTORES RELACIONADOS A LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA.**

AUTOR: MEDINA AGUILAR, ALEX EDUARDO

ASESOR: CHAVEZ RIMARACHIN, MANUEL

COASESOR : AGREDA ULLOA, MARIA VALENTINA

TRUJILLO - PERÚ

2020

DEDICATORIA

El siguiente trabajo a mi familia, especial mención a mi madre

Elena Aguilar L., por cada palabra

de apoyo otorgado y por enseñarme a ser

una persona dedicada y responsable.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Diós, por guiarme cada día,

Y por darme personas buenas y generosas en mi vida,

Además, por darme la sabiduría necesaria para seguir adelante.

A mis Tíos y primos, por ser excelentes personas, estar conmigo en todo momento y ser la compañía en los momentos difíciles.

A srta Ethel por su apoyo un lunes 24 de febrero que no olvidare.

A Robert Aguilar L. por su apoyo incondicional .

A la Dra Agreda Ulloa, María por la dedicación en realización de la tesis.

Y Dr Manuel Chavez por su tiempo y su apoyo.

INDICE GENERAL

I.	DEDICATORIA	2
II.	AGRADECIMIENTOS	3
III.	RESUMEN:	5
IV.	ABSTRACT	6
V.	INTRODUCCION	7
VI.	MATERIAL Y METODOS	13
VII.	RESULTADOS	21
VIII.	DISCUSION	24
IX.	CONCLUSIONES	28
X.	RECOMENDACIONES	28
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
XII.	ANEXOS	33

I. RESUMEN

Objetivo: El propósito del estudio fue determinar si el conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia, disfunción familiar, el sedentarismo y características sociodemográficas, son factores relacionados a la baja adherencia del tratamiento hipolipemiente en pacientes con dislipidemia en consultorios externos de medicina interna.

Material y Métodos: Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, con un tamaño de muestra de 161 pacientes, que cumplieron con los criterios de selección. Para determinar la relación entre los factores y la adherencia al tratamiento se usó Odd Ratio de prevalecía (ORp) con su respectivo intervalo de confianza del 95%, además se corroboró la relación con el análisis bivariado de Chi Cuadrado de Pearson y análisis multivariado de regresión logística; la significancia estadística es del 5% ($p < 0,05$).

Resultados: En el análisis bivariado, el conocimiento de la enfermedad [ORp 2,57(IC 95%: 1,26-5,23)] y disfunción familiar [ORp 41,42 (IC 95%:15,58-110,09)] constituyeron un factor asociados a baja adheerencia ($p < 0,05$). Las variables polifarmacia [ORp 0.774 (IC 95%: 0.448-1.337)], procedencia [ORp 0.776 (IC 95%: 0.420-1.433)], no presentaron significancia estadística. Además, variable edad ($p = 0.035$), grado de instrucción ($p = 0.04$) y estado civil ($p = 0.024$) presentaron significancia estadística y se asocian a la baja adherencia.

Con el análisis multivariado se evidenció también que salieron significativos para nuestro estudio, conocimiento de la enfermedad ($p = 0.027$), [ORa 3.32 (IC 95%: 1.148-9.620)] y la disfunción familiar ($p = 0.00$), [ORa 45.423 (IC 95%: 16.1312 127.899)].

Conclusiones: La falta de conocimiento de la enfermedad y la disfunción familiar, son factores de asociados a la baja adherencia al tratamiento hipolipemiente, y dentro de las variables sociodemográficas la edad, estado civil y grado de instrucción se relacionan a esta baja adherencia

Palabra clave: dislipidemia, adherencia a la medicación, factores relacionados.

II. ABSTRACT

Objective: The purpose of the study was to determine whether inadequate knowledge about the disease, polypharmacy, family dysfunction, sedentary lifestyle and sociodemographic characteristics, are factors related to the low adherence of lipid lowering treatment in patients with dyslipidemia in external internal medicine offices.

Material and methods: An analytical, observational, cross-sectional study was conducted with a sample size of 161 patients, who met the selection criteria. In addition, to determine the relationship between factors and adherence to treatment, ORp was used with its respective 95% confidence interval, and the relationship with Pearson's Chi-square bivariate analysis and multivariate logistic regression analysis were corroborated; The statistical significance is 5% ($p < 0.05$).

Results: When performing bivariate analysis, knowledge of the disease [ORp 2.57 (95% CI: 1.26-5.23)] and family dysfunction [ORp 41.42 (95% CI: 15.58-110.09)] constituted a factor associated with low adhesion ($p < 0.05$). The polypharmacy variables [ORp 0.774 (95% CI: 0.448-1.337)], provenance [ORp 0.776 (95% CI: 0.420-1.433)], did not show statistical significance. In addition, variable age ($p = 0.035$), degree of instruction ($p = 0.04$) and marital status ($p = 0.024$) presented statistical significance and are associated with low adherence.

With the multivariate analysis it was also evidenced that they were significant for our study, knowledge of the disease ($p = 0.027$), [ORa 3.32 (95% CI: 1.148-9.620)] and family dysfunction ($p = 0.00$), [ORa 45.423 (95% CI: 16.1312 127.899)].

Conclusions: Lack of knowledge of the disease and family dysfunction are factors associated with low adherence to lipid lowering treatment, and within the sociodemographic variables age, marital status and degree of instruction are related to this low adherence.

Key words: Dyslipidemia, Medication Adherence, related factors.

III. INTRODUCCION

La dislipidemia está definida por los resultados del laboratorio, con aumento de las concentraciones de colesterol LDL y/o triglicéridos, o una reducción aislada del colesterol HDL en sangre , además es uno de los factores de riesgo más importantes para enfermedades cardiovasculares (ECV) (1,2).

En el estudio CARMELA, (Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in latinamerica), realizado en siete ciudades de Latinoamérica para la estimación de la prevalencia de dislipidemia en personas adultas, se encontró prevalencias de esta en 73.1% en hombres y 62.8% en mujeres de la ciudad de Lima. Además, la alta prevalencia de dislipidemia en todas las ciudades estudiadas demostró la importancia de este problema de salud pública (3).

En el estudio TORNASOL I Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú realizado en el 2006, se encontró que la prevalencia de dislipidemia en la costa fue de 12,6% y en la sierra de 7,6% (4).

En el estudio PREVENCION realizado en la ciudad de Arequipa (2004 y 2006), diseñado para determinar la prevalencia de ECV y sus factores de riesgo se hizo el dosaje de lípidos y encontró que el 52% de los hombres presentaban triglicéridos altos y el 32.5% presenta colesterol HDL bajo(5).

Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de ECV, en especial coronaria. Se establecen valores altos cuando el LDL >130mg/dl o Colesterol total > 200mg/dl o TG >150mg/dL o HDL bajo cuando en varones es <40 mg/dL o <50mg/dL en mujeres(5).

El término adherencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en el 2003 como “El grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de la dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”(6). La no adherencia a la medicación conduce a la recaída de la enfermedad, complicaciones y afecta la eficacia del tratamiento y la respuesta (6,7). En los países desarrollados, la adherencia entre pacientes que

padecen enfermedades crónicas promedia solo el 50%. Se supone que la magnitud y el impacto de la mala adherencia en los países en desarrollo son aún mayores dada la escasez de recursos de salud y las desigualdades en acceso a la asistencia sanitaria, según los informe de la OMS, que califica la falta de adherencia como un "problema mundial de gran magnitud" (6,7).

Aunque la baja adherencia es una práctica común en muchas poblaciones, es muy poco detectada por el profesional médico, ya que es una conducta muy difícil de medir puesto que hay diversos factores que influyen sobre ella (8). Para tener una idea de estos factores la OMS nos da una visión general por medio de 5 dimensiones: paciente, condición, terapia, socioeconómico y el relacionados con el sistema de salud (7).

La adherencia a la medicación sigue siendo un desafío para el manejo a largo plazo de afecciones crónicas, especialmente aquellas que involucran enfermedades asintomáticas como la hiperlipidemia(9).

La OMS en la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025, indican que deben iniciarse o fortalecerse acciones específicas para controlar las dislipidemias, al igual que la hipertensión arterial y la obesidad”, ya que el control de las dislipidemias es muy pobre en la actualidad(10,11).

En los artículos revisados las estatinas son los fármacos de elección para el tratamiento de dislipidemia alrededor del 90%, con fibratos el 9%, y menos del 1% con resinas (12–14). Una vez iniciado el tratamiento hipolipemiente a los 3 meses de la terapia con estatinas o al ajuste de dosis, se recomienda realizar un perfil lipídico para determinar la adherencia del paciente. Se debería llegar al objetivo de una reducción mayor al 40% en el colesterol no HDL. Si no se logra una reducción de más del 40% en el colesterol no HDL posiblemente hay que descartar adherencia. No solo es importante alcanzar los objetivos de control de colesterol LDL sino mantener este control a lo largo del tiempo (5,11,15).

Khatun et al. en su estudio realizado entre 125 pacientes con enfermedades cardiovasculares del departamento de Cardiología del Hospital Mymensingh Medical College (MMCH) que recibieron fármacos hipolipemiantes durante al menos 6 meses. Detectaron que 21,6% eran altamente adherentes, el 34,4% mediana adherencia y el 44% de los pacientes tenían baja adherencia a su plan de tratamiento. La causa más importante de la falta de adherencia fue un problema financiero (52.04%). Entre ellos, el grupo de edad de 46-55 años era muy adherente, los hombres eran más adherentes a la medicación que las mujeres. El paciente con nivel económico alto fue muy adherente. Los pacientes con un nivel de educación secundaria y superior fueron mas adherentes que otros. Los pacientes que vivían en el área urbana eran más adherentes que los pacientes rurales (16).

Marsola et al. Incluyó 310 pacientes a su estudio. Se analizaron datos de 199 pacientes con respecto a la adherencia al tratamiento lo cual demuestra que más de la mitad de los pacientes justificaron de que habían interrumpido el tratamiento por olvido (59.8%), la segunda razón fue la dificultad de encontrar los medicamentos en las farmacias públicas de Ribeirao Prieto -Brazil(41,17%). Además, analizó los datos de 224 pacientes respecto a los efectos adversos del tratamiento, los cuales se identificaron: calambres musculares, parestesias de las extremidades y mialgias. Entre los factores que podrían afectar el tratamiento sostenido para control de dislipidemia en 219 pacientes fueron: Demora para ser atendido en visitas al consultorio médico (23.74%) y largo tiempo de espera para ser atendido en la farmacia para recibir medicamentos prescritos (19.63%)(17).

Un estudio realizado por **Berglund E. et al.** en 2013, donde 414 pacientes suecos en tratamiento con estatinas completaron un cuestionario de 76 preguntas. El análisis mostró que el nivel de educación ($\beta = 0.10$, $p = 0.033$), carga de la enfermedad (que padece cinco o más enfermedades) ($\beta = 0.20$, $p < 0.001$), experiencia de ECV ($\beta = 0.17$, $p < 0.001$), la satisfacción con las explicaciones del tratamiento hechas por un médico ($\beta = 0.13$, $p = 0.008$), tiempo

de tratamiento ($\beta = 0.14$, $p < 0.001$) cada uno tuvo un efecto en la percepción de la necesidad de tratamiento. Además, nivel de educación ($\beta = 0.09$, $p = 0.017$), satisfacción con explicaciones de tratamiento hechas por un médico ($\beta = 0.26$, $p < 0.001$), efectos secundarios ($\beta = 0.17$, $p < 0.001$), todos tenían un efecto en la preocupación al tratamiento. Hay variables que tuvieron importantes efectos mediadores en la adherencia (por necesidad de tratamiento): carga de la enfermedad ($\beta = 0,03$, $p = 0,034$) así como la experiencia de ECV ($\beta = 0,03$, $p = 0.034$) (18).

Devaraj et al. Aplicó test a 398 pacientes para su estudio, la tasa de respuesta fue 90,7%. La prevalencia de la adherencia a la terapia hipolipemiente en este estudio es 82,4% por lo tanto, la tasa de no adherente es solamente 17,6%. “Las razones más frecuentes para la no adhesión fue por los efectos adversos de los hipolipemiantes (71,4%), seguido por la necesidad de tomar múltiples medicamentos al día (61,4%), las influencias negativas por amigos, parientes y medios de comunicación (60%), preferir usar la medicina complementaria y /o alternativa (32%) y no creer que la hiperlipidemia es potencialmente mortal (14%)”. Los factores asociados con la no adhesión incluyen el sexo masculino (OR = 1,31, CI = 1,02-1,74), mayor duración de la terapia [es decir, de más de 5 años (OR = 1,37, CI = 1,09 - 1,72) y más de 10 años (OR = 1,48, CI = 1,24-1,74), menos frecuencia de seguimiento en un año [un seguimiento en un año (OR = 1,63, CI = 1,51-1,92) y dos seguimientos en un año (OR = 1,47, CI = 1,22 a 1,87)], menor número de consultas médicas para su seguimiento (OR = 1,61, IC = 1,37 a 2,11), horario de medicación por las noche (OR = 1,71, CI = 1,54-1,96) o tomar medicamento a cualquier hora (OR = 1,63 CI = 1,46 a 1,83) ,y tener resultados bajos sobre conocimiento de hiperlipidemia [aquellos con puntajes más altos de conocimiento (OR = 0.78, $p = 0.032$) tenían 0.78 veces menos probabilidades de no ser adherentes] (19).

Bueno et al. Registró mediante encuestas en consulta externa un total de 196 pacientes, en el cual obtuvo los siguientes resultados: El 80% considera buena su relación con el médico de atención primaria. Según el test de Morisky-Green-

Levine se observó un 35% de adherencia al tratamiento. Hubo una tendencia a mayor adherencia en el sexo femenino en comparación con el masculino (39 frente a 23%; $p = 0,05$). Los sedentarios resultaron menos adherentes en comparación con los que hacían actividad física (25 frente a 56%; $p = 0,02$). El 74% no poseía conocimientos acerca de la enfermedad evaluado a través del test de Batalla. Los hipolipemiantes más utilizados son estatinas en el 82%. El 37,6% presentó tratamiento combinado. El 20% tuvo por lo menos un cambio de las indicaciones en el último año, siendo la principal causa intolerancia a estatinas.(20).

Actualmente existe una gama de medicamentos para mejorar los niveles de colesterol, usadas diariamente en la práctica médica, sin embargo la adherencia al tratamiento prescrito es el elemento fundamental en el control del paciente con diagnóstico de dislipidemia, por lo contrario, la no adherencia terapéutica tiene una alta prevalencia ,resultando una respuesta negativa al tratamiento, ocasionando que esta enfermedad llegue con el tiempo a ser un riesgo para ECV. Las variables disfunción familiar y el sedentarismo , son poco común en los estudios de adherencia en las dislipidemias en nuestro medio , este trabajo desea proporcionar algo de luz en su relación en la terapia hipolipemiente , por otro lado se incluyó el conocimiento de la enfermedad, la polifarmacia, características sociodemográficas(edad, sexo , grado de instrucción, procedencia , estado civil) las cuales si bien es cierto algunos parecen estar estudiadas con otras patologías (hipertensión , diabetes ,TBC) , se incluyen en el estudio para conocer el grado de importancia que se toma en nuestro centro de investigación .Por ello el objetivo de investigación fue evaluar cuales factores están relacionados a la baja adherencia farmacológica en pacientes con Dislipidemia , y así orientar los esfuerzos que puedan llevar a un mejor cumplimiento de los tratamientos, generando mejores estrategias intensivas y así garantizar una mejor calidad de vida del paciente.

3.1 Enunciado del problema

¿Qué factores están relacionados a la baja adherencia del tratamiento hipolipemiente en pacientes con dislipidemia del hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Julio-diciembre 2019?

3.2 Objetivos

Objetivos generales

Evaluar si el conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia, disfunción familiar y el sedentarismo, son factores relacionados a la baja adherencia del tratamiento hipolipemiente en pacientes con dislipidemia del hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Julio-diciembre 2019

Objetivos específicos

1. Medir el conocimiento inadecuado sobre dislipidemia relacionado con pacientes según adherencia al tratamiento farmacológico.
2. Medir la polifarmacia comparando pacientes según adherencia al tratamiento farmacológico.
3. Analizar la disfunción familiar frente a adherencia al tratamiento farmacológico.
4. Analizar el sedentarismo frente a la adherencia al tratamiento farmacológico.
5. Analizar características sociodemográficas relacionándolas a la adherencia farmacológica.

3.3 Hipótesis

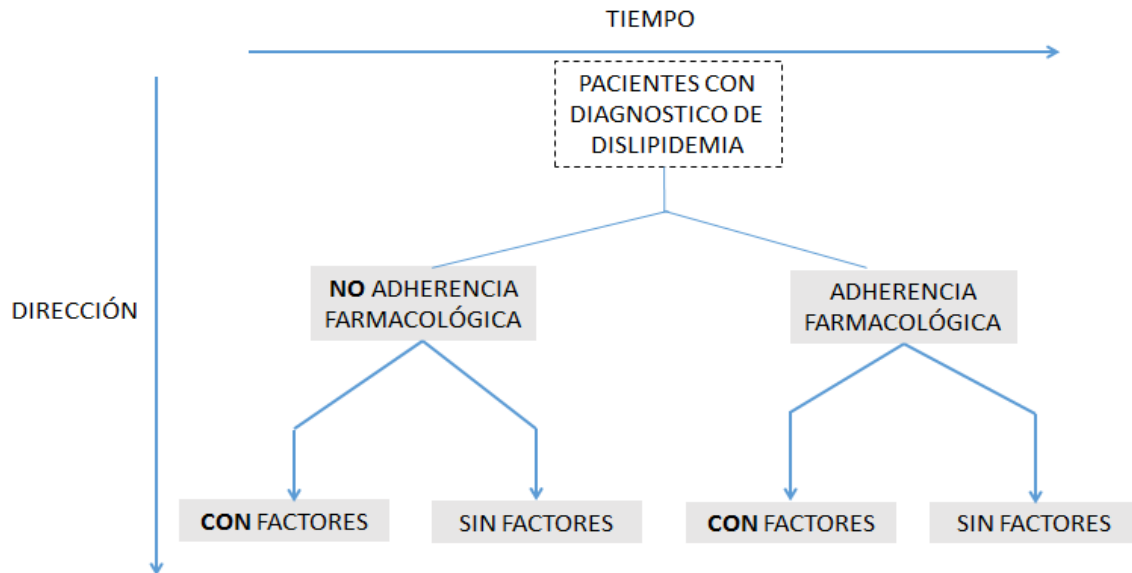
Ho: El conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia, disfunción familiar, sedentarismo y las características sociodemográficas, no son los factores relacionados a la baja adherencia del tratamiento hipolipemiente en pacientes con dislipidemia del hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Julio-diciembre 2019.

Ha: El conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia, disfunción familiar, sedentarismo y las características sociodemográficas, son los factores relacionados a la baja adherencia del tratamiento hipolipemiente en pacientes

con dislipidemia del hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Julio-diciembre 2019.

IV. Material y método

4.1 Diseño de estudio: La presente investigación se ajusta a un tipo de estudio analítico, observacional, transversal.



4.2 Población, muestra y muestreo:

POBLACIÓN

- **Población de estudio:** Pacientes con diagnóstico de dislipidemia atendidos en consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Julio-diciembre 2019 y que cumplan con los siguientes criterios de selección:

❖ Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de dislipidemia, con tratamiento con hipolipemiente de ≥ 3 meses, de 18 años hasta los 85 años de edad, ambos sexos.

❖ Criterios de exclusión:

Pacientes, con algun trastornos psiquiátricos o con problemas que impidan la comprensión de las preguntas o el autollenado de la encuesta o gestantes, o que se negaron a participar o no firmaron el consentimiento.

MUESTRA Y MUESTREO

•Unidad de análisis:

Cada uno de los pacientes con dislipidemia en tratamiento atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el período Julio-diciembre 2019 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

•Unidad de muestreo:

Es la encuesta autoaplicada por cada uno de los pacientes con dislipidemia en tratamiento atendido en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el período Julio-diciembre 2019 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

•Tamaño muestral :

Para el cálculo del tamaño de la muestra se usó la fórmula estadística

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}}{e} \right)^2 P(1-P), \text{ si la población es infinita,}$$

$$n_F = \frac{Nn}{N+n}, \text{ si la población es finita,}$$

Los tamaños resultantes se multiplican por el efecto de diseño (deff).

Donde:

- P es la proporción esperada en la población.
- “e” es la precisión absoluta de un intervalo de confianza para proporción.
- Deff es el efecto de diseño.
- N es el tamaño de la población.

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Cálculo: Se utilizó el Programa EPIDAT 4.2: Según referencia(19) .

Datos:

Tamaño de la población: 570
Proporción esperada: 17,600%
Nivel de confianza: 95,0%
Efecto de diseño: 1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	161

Se obtuvo un tamaño muestral de 161 participantes

4.3 Operacional de variables

	VARIABLES	TIPO	ESCALA	VALOR
DEPENDIENTE	BAJO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE	CUALITATIVA	NOMINAL	SI / NO
INDEPENDIENTE	FALTA DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	SI / NO
	POLIFARMACIA	CUALITATIVA	NOMINAL	SI / NO
	DISFUNCIÓN FAMILIAR	CUALITATIVA	NOMINAL	SI / NO
	SEDENTARISMO	CUALITATIVA	NOMINAL	SI / NO
	EDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	RAZON
	SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	FEMENINO MASCULINO
	ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	CASADO/A SOLTERO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	CUALITATIVO	NOMINAL	NO ESTUDIOS PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR
	PROCEDENCIA	CUALITATIVO	NOMINAL	RURAL URBANA

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL
BAJO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Responder " No/No/No/ No. "se clasifica como alta adherencia, si responde "Si" en almenos una califica como baja adherente .Test de Morisky (21,22).
FALTA DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	Nivel inadecuado de conocimiento, si hay menor de tres respuestas correctas en el Test de Batalla(23).
POLIFARMACIA	Un rango que va de 3 a 6 fármacos, siendo el número más extendido el de 5 medicamentos utilizados de forma crónica(24,25).
DISFUNCIÓN FAMILIAR	Puntaje menor a 7 en el Test de Apgar Familiar(26).
SEDENTARISMO	Dedicar < 30min al día, 3 veces por semana a practica una actividad física(pasear, correr o nadar) (27,28) .
EDAD	Años cumplidos cronológicamente hasta la fecha del estudio. Registrado en protocolo de recolección de datos.
SEXO	Conjunto de características biológicas que diferencian al hombre de la mujer. Registrado en protocolo de recolección de datos.
ESTADO CIVIL	Registro de estado civil en la historia clínica
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel de escolaridad máximo al que haya llegado el paciente. Registrado en protocolo de recolección de datos.
PROCEDENCIA	Registro de procedencia en la historia clínica

Test de Morisky: El cuestionario de Morisky, Green y Levine validado en su versión española por Val Jiménez y Cols ha sido utilizado en numerosos estudios de adherencia al tratamiento(29). Donde las preguntas del test original son: 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?(30).

Existe otra variante y la que se aplicara en nuestro estudio, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser adherente haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez(22,30).

Originalmente, se ha estudiado en pacientes con hipertensión y, posteriormente, se ha validado en múltiples patologías crónicas y distintos idiomas. Es una de las escalas más empleadas en la investigación (31).

Test de Batalla: Se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de ésta representa un mayor grado de cumplimiento(30). Se considera un nivel adecuado de cumplimiento 3 respuestas correctas, e inadecuado menos de 3. Una respuesta incorrecta de las 3 conlleva falta de adherencia(32). Las preguntas son: ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?, ¿Se puede controlar con dieta y medicación? ,Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada (30). El test está dirigido a HTA y diabetes mellitus .Estas preguntas se pueden modificar para aplicarse a otras enfermedades crónicas (33).

Test de Apgar Familiar: Es un test rápido sencillo para explorar la función familiar, que fue desarrollada por Smilkstein en Universidad de Washington en 1978.

El cuestionario de función familiar Apgar-familiar es válido y fiable en versión española de 1996 (34). Donde consta de 5 ítems y escala de medición Tipo Likert con tres categorías: Calificación: casi nunca = 0; a veces = 1; casi siempre = 2, donde su Interpretación de los resultados es : calificación de siete a diez sugiere

una familia altamente funcional ,Calificación de cuatro a seis sugiere una familia moderadamente disfuncional ,Calificación de 0 a tres sugiere una familia altamente o severamente disfuncional (26).

4.4 Procedimientos y técnicas

Se solicitó la autorización al Hospital Regional Docente de Trujillo para la ejecución del proyecto de tesis en dicho nosocomio.

Posteriormente ingresaron al estudio los pacientes con Dislipidemia atendidos en consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo entre Julio-diciembre 2019 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, con la debida participación voluntaria , firmando consentimiento informado (**Anexo 1**), así mismo, el paciente procedió a responder la encuesta (**Anexo2**) , en un tiempo estimado de 6-12 minutos , llevado a cabo en área de espera del consultorio externo.

Los instrumentos a aplicar el test de adherencia de Morisky-Green (**Anexo 3**) ,validado en diversas enfermedades crónicas, tanto para HTA como para dislipemias , presenta cuatro 4 ítems, con respuestas dicotómicas, midiendo la percepción subjetiva de la toma de la medicación, con una sensibilidad del 32%, especificidad del 94%, reportando un Alfa de Cronbach de 0,47 (35,36).

Otro instrumento que se aplico es Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad) analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, con una sensibilidad del 85% y especificidad del 94% (**Anexo 4**) (36,37).

Para este trabajo de investigación y con el objetivo de obtener un conocimiento de cumplimiento lo más exacto y cercano a la realidad, se sugiere la combinación de los test antes mencionados, por la alta especificidad y alto valor predictivo positivo del test de Morisky y la buena sensibilidad del Test de Batalla (30,33).

Además se utilizó para medir disfunción familiar el test de Apgar familiar, consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función

familiar , tiene una confiabilidad valorada por alfa de Cronbach mayor de 0.770 (26)(**Anexo 5**).

Finalmente, los datos obtenidos se introdujeron en archivo Excel 2016 y fueron procesados con el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS 25.

4.5 Plan de análisis y procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos se usó el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS 25, los resultados se presentaron en tablas cruzadas con frecuencias simples y porcentuales. Para determinar la relación entre los factores y la adherencia al tratamiento se usó OR de prevalencia con su respectivo intervalo de confianza del 95%, además se corrobora esa relación con el análisis bivariado de Chi Cuadrado de Pearson y análisis multivariado de regresión logística, las asociaciones son consideradas significativas es menor a 5% ($p < 0.05$).

4.6 Aspectos éticos

La investigación contó con la autorización del Comité de Investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo (**Anexo 6**) y del Comité de Bioética en investigación de Universidad Privada Antenor Orrego (Resolución N°013-2020-UPAO) (**Anexo 7**).

Por ser un estudio transversal analítico - observacional, donde se recogieron datos mediante autoencuestas; se tuvo en consideración declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22, 23, 25, y 26) y la Ley General de Salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).

No implicó riesgos en la salud ni honor del paciente. Se mantuvo todo el tiempo en anonimato dichas encuestas, siendo conocida tan solo por el investigador.

V. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyó a 161 pacientes de consulta externa del hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de Julio-Diciembre 2019 con diagnóstico de dislipidemia, además que cumplían con los criterios de inclusión correspondientes.

En el análisis, la variable conocimiento de la enfermedad [ORP 2,57 (IC 95%: 1,26-5,23)] y disfunción familiar [ORp 41,42 (IC 95%:15,58-110,09)] , se presentan como factores asociados ($p < 0.05$), por el contrario, la polifarmacia [ORp 0.774 (IC 95%: 0.448-1.337)] y procedencia del paciente [ORp 0.776 (IC 95%: 0.420-1.433)], no presentaron significancia estadística y no se asocian con baja adherencia al tratamiento hipolipemiante. **(TABLA 1).**

Tabla 1: Análisis bivariado de factores relacionados a la baja adherencia del tratamiento hipolipemiante en pacientes con dislipidemia.

Factores		Baja adherencia al tratamiento				p	ORP
		Si = 113 (70,2%)		No = 48 (29,8%)			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Falta de conocimiento de la enfermedad	Si	85	52.8%	26	16.1%	0.008	2,57 (1,26-5,23)
	No	28	17.4%	22	13.7%		
Polifarmacia	Si	74	46.0%	26	16.1%	0.176	1,61 (0,81-3,19)
	No	39	24.2%	22	13.7%		
Disfunción familiar	Si	99	61.5%	7	4.3%	0.000	41,42 (15,58-110,09)
	No	14	8.7%	41	25.5%		
Sedentarismo	Si	59	36.6%	33	20.5%	0.052	0,50 (0,24-1,01)
	No	54	33.5%	15	9.3%		

△ Fuente: Fuente: Hospital Regional Docente de Trujillo: ficha de recolección de datos 2019, ORP: Odds Ratio de Prevalencia.

En el análisis multivariado usando la regresión logística múltiple se evidenció, que el conocimiento de la enfermedad ($p=0.027$), [ORa 3.32 (IC 95%: 1.148-9.620)] y la disfunción familiar ($p=0.00$), [ORa 45.423 (IC 95%: 16.132- 127.899)], son significativos en el estudio, además siguen siendo factores asociados (TABLA 2).

Tabla 2: Análisis multivariado de factores relacionados a la baja adherencia del tratamiento hipolipemiente en pacientes con dislipidemia.

Factores	B	Error estándar	Wald	gl	p	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Falta de conocimiento de la enfermedad	1.201	0.542	4.902	1	0.027	3.323	1.148	9.620
Disfunción familiar	3.816	0.528	52.197	1	0.000	45.423	16.132	127.899
Constante	-1.902	0.521	13.348	1	0.000	0.149		

Δ Hospital Regional Docente de Trujillo: ficha de recolección de datos 2019. B: coeficiente regresión, gl: grado de libertad Exp(B)= ORa: odds ratio ajustado.

La edad, con una media de $56,29 \pm 9,84$ años, está asociado con la baja adherencia ($p =0.035$), encontrando que los pacientes con mayor edad, se muestran reacios al tratamiento indicado (TABLA 3)

Los pacientes con dislipidemia de baja adherencia son el 70.2%, además se observa un predominio del sexo femenino 52.2%, ser soltero 37.3%, grado de instrucción secundaria 44.7%, zona urbana 66.5%. El estado civil ($p=0,024$) y grado de instrucción ($p=0,04$) se relacionan a baja adherencia al tratamiento médico. (TABLA 3)

Tabla 3: Análisis de características sociodemográficas a la baja adherencia del tratamiento hipolipemiante en pacientes con dislipidemia

Características sociodemográficas	Baja adherencia al tratamiento				p	OR (IC 95%)	
	Si = 113 (70,2%)		No = 48 (29,8%)				
	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
Edad (años)	56,29 ± 9,84		52,83 ± 8,36		0.035	NA	
Sexo	Femenino	84	52.2%	34	21.1%	0.646	1.19 (0.56-2.53)
	Masculino	29	18.0%	14	8.7%		
Estado civil	Casado	31	19.3%	20	12.4%	0.024	NA
	Soltero	60	37.3%	26	16.1%		
	Viudo	22	13.7%	2	1.2%		
Grado de instrucción	Primaria	8	5.0%	2	1.2%	0.040	NA
	Secundaria	72	44.7%	22	13.7%		
	Superior	33	20.5%	24	14.9%		
Procedencia	Rural	6	3.7%	1	0.6%	0.358	2.64 (0.31-22.50)
	Urbana	107	66.5%	47	29.2%		

Δ Hospital Regional Docente de Trujillo: ficha de recolección de datos 2019,

NA: No Aplica.

VI. DISCUSIÓN

Los medicamentos hipolipemiantes son la principal línea de tratamiento para la dislipidemia(38), por lo que una baja adherencia a este, se traduce en complicaciones en la salud del paciente. Desde la perspectiva de la OMS, existen múltiples factores que influyen sobre la adherencia terapéutica. Estas comprenden 5 dimensiones: socioeconómicas, relacionadas con el equipo de salud, con la enfermedad, el tratamiento y el paciente (7,39).

En nuestro estudio se identificó que la falta de conocimiento de la enfermedad presentó asociación con una baja adherencia al tratamiento prescrito (OR= 2.57, $p < 0.05$). Esto evidencia la importancia de la información mínima brindada a todo paciente en beneficio de su salud para evitar complicaciones futuras. Estos resultados coinciden con los hallazgos de **Bueno et al.** quien registró mediante encuestas en consulta externa un total de 196 pacientes, donde el 65% no presentó adherencia. El 74% tuvo conocimientos acerca de la enfermedad evaluada a través del test de Batalla (20). Además, el estudio de **Devaraj et al** en Malasia, coincide con nuestros resultados donde la prevalencia de no adherencia a la terapia hipolipemiente fue de 17,6%. y el factor asociado con baja adherencia fue tener puntajes de conocimiento más bajos, aquellos con puntajes más altos tenían menos probabilidades de no ser adherentes(OR = 0.78, $p = 0.032$) (19). El conocimiento de la enfermedad fue bueno en comparación con nuestra población, ya que fue un estudio realizado en un país con gran cantidad de materiales educativos incluyendo acceso a internet, con seguimientos frecuentes que contribuyen a aumentar la adherencia.

Se encontró que la disfunción familiar presentó asociación con una baja adherencia a medicación hipolipemiente (OR=41.42, $p<0.05$). La familia es muy importante como elemento de apoyo, constituye el mayor incentivo para que pacientes asistan a sus controles y tomen el medicamento con responsabilidad, lo contrario, genera una posición negativa respecto a su tratamiento. Estudios coinciden con nuestros resultados como el trabajo de **Barreto L. et al**, donde la disfunción familiar se asoció con baja adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia(OR= 2.79, $p<0.05$)(40). Además, **Cely. et al** realizaron un estudio transversal donde la población de estudio fueron adultos y adultos mayores con Diabetes tipo 2. El tamaño de la muestra conformada fue de 170 personas \geq de 30 años , concluyó que uno de los factores que se asoció a la no adherencia fue la disfunción familiar (73%, $p=0,001$) (41). Si bien estos estudios son patologías diferentes a nuestra investigación , se puede identificar que la función de la familia cumple un rol considerable en la adherencia terapéutica .

En nuestro estudio se identificó que la polifarmacia no muestra asociación con la baja adherencia hipolipemiente (OR=1.61, $p=0.176$). Nuestros resultados coinciden con los descritos por **Devaraj et al**, cuyo trabajo mostró que la toma de tres o más medicamentos al día tampoco se asoció con baja adherencia ($p=0.67$); al contrario, **Vicente S. et al** (42) incluyeron en su estudio a todos los pacientes mayores de 65 años que reingresaron en los 3-30 días siguientes al alta hospitalaria, la polimedición(\geq 5 fármacos) se presentó como factor asociado de la baja adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años ($p=0,002$). La diferencia con los resultados obtenidos por Vicente S. et al se podrían deber a que nuestro

grupo seleccionado fue de 18 a 85 años y los medicamentos tomados desde ≥ 3 fármacos.

En cuanto al sedentarismo el análisis mostró que no existe asociación con una baja adherencia (OR=0.50, $p=0.052$). Esto se opone a lo encontrado por **Bueno et al**, donde los sedentarios resultaron menos adherentes en comparación con los que hacían actividad física (25 frente a 56%; $p = 0,02$)(20) .Tal resultado distinto puede deberse a que en dicho estudio el 74% no poseía conocimiento de la enfermedad , por tanto, no tomarían conciencia de la realidad de su enfermedad ni de los beneficios de la actividad física. A esto se puede sumar lo referido por la OMS: “En los países desarrollados, más de la mitad de los adultos tienen una actividad física insuficiente”.

En nuestro estudio el sexo (OR=1.19, $p=0.646$) y la procedencia del paciente (OR=2.64, $p=0.358$) se identificaron como no relacionados a baja adherencia al tratamiento médico, por lo tanto, no podemos acusar ni hombres ni mujeres de no cumplir con las tomas de medicamento prescritas, ni tampoco por su lugar de procedencia. Además el grado de instrucción se asocia con la baja adherencia al tratamiento hipolipemiante ($p=0,04$), alcanzando el nivel secundario un porcentaje de 44.7%; sin embargo a diferencia del estudio realizado por **Khatun et al**, quienes encuestaron a 125 pacientes que recibieron fármacos hipolipemiantes. Detectaron que el 44% de pacientes tenían baja adherencia a su plan de tratamiento, además, los hombres presentaron mayor adherencia a la medicación que las mujeres. Los pacientes con un nivel de educación secundaria y superior fueron más adherentes,

los pacientes que vivían en el área urbana eran más adherentes que los pacientes rurales(16).

La edad en años fue identificada como factor relacionado de baja adherencia al tratamiento prescrito ($p=0,035$), encontrándose que los pacientes con mayor edad, se mostraron reacios a seguir el tratamiento indicado. Estos resultados difieren de los hallados en la investigación de **Khatun et al**, en donde el grupo con edad de 46 a 55 años fue altamente adherente(16).

Otra variable identificada fue el estado civil, el cual se asoció a una baja adherencia a la terapia hipolipemiente ($p=0,024$); siendo los pacientes solteros los más frecuentes .En los hallazgos descritos por **Devaraj et al**, aplicaron un test a 398 pacientes en un hospital de Malasia, donde la tasa no adherente fue de 17,6%, con un porcentaje alto de casados (72.9%), lo cual difiere con nuestros resultados (19).Tal diferencia se podría deber al contexto en la sociedad del estudio, ya que según el último censo realizado en 2017 en Perú , el 38.5% de peruanos estaban solteros, mientras que el 25.7% se encontraban casados y el 26.7% eran convivientes.

Como limitaciones del estudio, destaca la utilización de un método indirecto de medición del cumplimiento terapéutico, cuyos resultados no fueron contrastados con un método directo (por ejemplo, monitorización farmacológica). Además, el tiempo reducido del estudio, pudo haber impedido hallar diferencias estadísticamente significativas en algunas variables. Por último, no se evaluaron todas las posibles variables que pueden afectar a la adherencia del paciente, como interrumpir el tratamiento por olvido, su nivel económico del paciente o la relación médico paciente. Asimismo, es posible que el estudio este sujeto a sesgo, ya que

se consideró únicamente pacientes de medicina interna y no de otras especialidades relacionadas con el tema (ej. Cardiología o Endocrinología).

VII. CONCLUSIONES

Se realizó un estudio transversal en 161 pacientes con dislipidemia de consultorio externo del Hospital Regional Docente de Trujillo, encontrándose:

- La falta de conocimiento de la enfermedad y la disfunción familiar son factores asociados para baja adherencia al tratamiento hipolipemiante ($p < 0.05$).

- La polifarmacia y sedentarismo no se relacionan con baja adherencia al tratamiento hipolipemiante ($p > 0.05$).

- La edad, grado de instrucción y estado civil son variables sociodemográficas las cuales también se asocian a la baja adherencia ($p < 0.05$). A diferencia de las variables sexo y procedencia que no tuvieron significancia estadística.

VIII. RECOMENDACIONES

- Realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional con la finalidad de ampliar la base para la generalización en otro tipo de estudio.

- Nuevas investigaciones con el objeto de identificar otros factores relacionados a la baja adherencia terapéutica en pacientes con dislipidemia.

- De los factores de asociación poco comunes (ejm: disfunción familiar) sería bueno tomar en cuenta como base para predecir baja adherencia al tratamiento hipolipemiante .

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual Fuster V. Tratamiento farmacológico de la dislipemia en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular. *Rev Esp Sanid Penit.* 2016;18(3):95-108.
2. García Díaz JD, Mesa Latorre JM, Valbuena Parra AR, Corps Fernández D. Protocolo diagnóstico de las dislipidemias. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* 1 de octubre de 2016;12(19):1107-10.
3. Pramparo P, Boissonnet C, Schargrotsky H. Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. *Rev Argent Cardiol.* 2011;79(4):377-82.
4. Málaga G, Zevallos P. C, Lazo M de los Á, Huayanay C. Elevada frecuencia de dislipidemia y glucemia basal alterada en una población Peruana de altura. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* diciembre de 2010;27(4):557-61.
5. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2 / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles - Lima: Ministerio de Salud; 2017. 60 p.; ilus. [Internet]. [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4186.pdf>
6. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria.* junio de 2009;41(6):342-8.
7. Sabaté E, World Health Organization, editores. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=824BAC00E971D19A65742876EF37D5C2?sequence=1>
8. Veliz R L, Mendoza P. S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enferm Univ.* 1 de enero de 2015;12(1):3-11.
9. Bosworth HB, Ngouyombo B, Liska J, Zullig LL, Atlani C, Beal AC. The importance of cholesterol medication adherence: the need for behavioral change intervention programs. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:341-8.
10. Organización Panamericana de la salud Organización mundial de la Salud, Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no

transmisibles, 2012-2025 , Washington,D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012. [Internet]. [citado 20 de abril de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/167980/CSP28-9-s.pdf?sequence=2>

11. Escobar C, Barrios V, Pérez de Isla L. Niveles óptimos de colesterol en los pacientes con dislipemia. Revisión sistemática de la evidencia. Med Fam SEMERGEN. 1 de enero de 2018;44(1):42-9.
12. Merchán V. A. Propuesta personal de actualización para el tratamiento de la hipercolesterolemia en Colombia. Rev Colomb Cardiol. 1 de noviembre de 2017;24:25-31.
13. Millán J, Hernández-Mijares A, Ascaso JF, Blasco M, Brea A, Díaz Á, et al. La auténtica dimensión del colesterol-no-HDL: colesterol aterogénico. Clínica E Investig En Arterioscler. 1 de noviembre de 2016;28(6):265-70.
14. García AA, Muñoz Ó, Fernández DG, Higuera AM, Ruiz ÁJ, Montoya PA, et al. Alternativas terapéuticas al manejo farmacológico con estatinas en adultos con dislipidemia. Revisión sistemática de la literatura y recomendaciones generales. Rev Colomb Cardiol. 1 de julio de 2015;22(4):179-86.
15. Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia) en el adulto. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016 [Internet]. [citado 22 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/233_GPC_Dislipidemias/GER_Dislipidemia.pdf
16. Khatun A, Saha SK, Ajmery S, Roy P, Naushad AN, Khatun S. Adherence Pattern of Lipid Lowering Drugs in a Tertiary Care Hospital. Mymensingh Med J MMJ. 2017;26(2):266-71.
17. Marsola APZC, Cesarino EJ. Factors Related to Adherence with Treatment of Dyslipidemic Patients on Continuous Use of Oral Lipid-Lowering Drugs. Health (N Y). 2014;06(14):1694-9.
18. Berglund E, Lytsy P, Westerling R. Adherence to and beliefs in lipid-lowering medical treatments: a structural equation modeling approach including the necessity-concern framework. Patient Educ Couns. abril de 2013;91(1):105-12.
19. Devaraj NK, Mohamed M, Hussein N. Prevalence, factors influencing and knowledge about adherence to lipid-lowering therapy among hyperlipidemia patients. Med J Malaysia. junio de 2017;72(3):157-64.
20. Bueno MM, García-Gutiérrez S, Miranda IR, Ladislao AA, Aguirre U. Adherencia al tratamiento farmacológico hipolipemiente en la consulta de cardiología jerarquizada de un área rural. Rev Esp Cardiol. 2016;69 Supl 1:1018. :1.

21. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* enero de 1986;24(1):67-74.
22. Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromà M. [Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test]. *Aten Primaria.* 1 de octubre de 1992;10(5):767-70.
23. Batalla MC, Blanquer LA, Ciurana MR, García SM, Cases E, Pérez C. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. 1984. 1(4):185-91.
24. Gómez Aguirre N, Caudevilla Martínez A, Bellostas Muñoz L, Crespo Avellana M, Velilla Marco J, Díez-Manglano J. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Rev Clínica Esp.* 1 de junio de 2017;217(5):289-95.
25. Ramirez JAC, Hernandez JPPO, Medina DSM. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 31 de diciembre de 2015 [citado 21 de mayo de 2018];21(2). Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/12451>
26. Gómez Clavelina Francisco Javier, Rosas P, Raúl E. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Aten Fam.* 2010;17(4):102-6.
27. Romero T. Hacia una definición de Sedentarismo. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. diciembre de 2009 [citado 28 de febrero de 2020];28(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602009000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. Chiu M, González C, Aguilera X, Betancur C, Guerrero A. Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, Chile 2000: Actividad física y sedentarismo. *Boletín de vigilancia en salud pública.*
29. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna* [Internet]. marzo de 2007 [citado 28 de febrero de 2020];24(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
30. Limaylla ML, Ramos NJ. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Cienc E Investig.* 2 de agosto de 2017;19(2):95-101.
31. Olatz IB. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Badalona: Euromedice Vivactis; 2017.

32. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Rev Calid Asist. marzo de 2012;27(2):72-7.
33. Chamorro R, Ángel M, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. :413-8.
34. Bellón S, Delgado S, Luna C, Lardelli C. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. octubre de 1996;Vol. 18. Núm. 6.:páginas 289-296.
35. Beyhaghi H, Reeve BB, Rodgers JE, Stearns SC. Psychometric Properties of the Four-Item Morisky Green Levine Medication Adherence Scale among Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC) Participants. Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res. diciembre de 2016;19(8):996-1001.
36. Tapia G, Ordoñez T. Asociación entre el nivel de apoyo social y familiar con la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial que acuden a la consulta externa del centro de Salud Augusto Egas distrito 23 D01 octubre a diciembre del 2016. :125.
37. Gavira SS, Luengo GC, Rodríguez JMG. Validación del NOC: Conocimiento del Régimen Terapéutico, en la Identificación de Pacientes Crónicos con Problemas de Adaptación a sus Programas de Tratamiento. Un proyecto. 87 10-12 de 2007;3.
38. Diaztagle JJ, Castro CA, Buitrago DC. Experiencia en la utilización de hipolipemiantes en una cohorte de pacientes en 12 ciudades colombianas. 28 de enero de 2019;32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v32n1/0121-0319-muis-32-01-13.pdf>
39. Vejar M., et al. Adherencia farmacológica y prevención secundaria cardiovascular: una de las principales barreras en el tratamiento de la enfermedad aterosclerótica. 17 de diciembre de 2016;35:270-82.
40. Barreto L. Disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia. 2017; Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2615/1/RE_ME.HUMA_ROCI O.BARRETO_DISFUNCION.FAMILIAR_DATOS.PDF
41. Cely E, Fierro M, Pinilla MI. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar*. Rev Colomb Psiquiatr. marzo de 2011;40(1):85-98.
42. Vicente S. S. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. Farm Hosp. 1 de julio de 2018;(04):147-51.

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES RELACIONADOS A LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA.

Se le invita a participar voluntariamente en del proyecto de investigación titulado “**FACTORES RELACIONADOS A LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA.**”, por lo cual estamos realizando un estudio para identificar algunos factores que se puedan asociar al bajo cumplimiento de no tomar los medicamentos prescritos por su médico, por eso solicitamos su permiso para que llene una encuesta.

El tiempo estimado para el llenado de la encuesta y los test correspondientes, es de aproximadamente 6-12 minutos. Su colaboración en este estudio no conlleva a ningún riesgo, ni se le otorgará beneficios futuros. Toda información dada será estrictamente confidencial. No se le dará compensación económica por su participación.

En caso de alguna duda o inquietud acerca de este proyecto de investigación se puede comunicar con Alex Medina Aguilar, celular: 983391829, correo electrónico:alex_2199@hotmail.com.

Su participación es totalmente voluntaria, y usted tendrá derecho a retirarse del estudio de investigación en cualquier momento, si así lo cree conveniente, sin temor a ningún tipo de represalias.

FIRMA

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN

FACTORES RELACIONADOS A LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA.

Estimado paciente buen día:

Soy alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego - Trujillo. Se le pide su participación voluntaria en la autoaplicación de la encuesta, responder con sinceridad. Los datos recolectados serán confidenciales. Muchas gracias por su tiempo.

- Edad: _____ años
- Sexo: M () F ()
- Procedencia: urbana () rural ()
- Último año de estudios: Primaria () Secundaria () Superior () Sin estudios ()
- Estado civil: Casado/ () soltero/a () divorciado/a () Viudo/a ()
- Número de medicamentos al día a tomar (sea para el colesterol y/o otra enfermedad): 2() 3() 4 () 5 o más ()
- Cuál(es) son y cuál es su indicación de los fármacos

-
- Realiza actividad física (corre o camina o nada) más de 30 min al día:
Si (), No ()
 - Realiza actividad física (corre o camina o nada) mas 3 días por semana:
Si (), No ()

ANEXO 03

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

TEST DE MORISKY GREEN	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Si alguna vez le sienta mal, ¿ Deja de tomarlo la mediación ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Respondieron "no" a todas las preguntas clasifican como **altamente adherentes**.
- Respondieron "sí" a al menos una pregunta clasifican como de **baja adherencia**.

ANEXO 04

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

TEST DE BATALLA	SI	NO
1. ¿ Es la dislipidemia una enfermedad para toda la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la colesterol elevado	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	

- Nivel adecuado de cumplimiento **tres respuestas correctas**.
- Nivel inadecuado **menor de tres respuestas correctas**.

❖ **Donde** : asumiendo que un **mayor conocimiento** de la enfermedad por su parte representa un **mayor grado de cumplimiento**

ANEXO 05

TEST DE PARA DISFUNCIÓN FAMILIAR

Test de APGAR Familiar	Nunca	A veces	Siempre
¿ Estas satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Discute con su pareja los problemas que tiene en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Las decisiones importantes las tomas en conjunto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Esta satisfecho(a) con el tiempo que permanecen juntos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que su familia le quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 0 a 3 familia **altamente disfuncional**
- 4 a 6 moderada **disfunción familiar**
- 7 a 10 **familia funcional.**

❖ Donde : nunca = 0 , a veces = 1 , siempre =2

ANEXO 6



GERENCIA
REGIONAL DE
SALUD

HOSPITAL
REGIONAL
DOCENTE DE
TRUJILLO

JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Trujillo, 15 de Agosto del 2018

OFICIO N° 154-2018-GRLL-GGR-GRS-HRDT/O.A.D.I.

Sr.

MEDINA AGUILAR ALEX EDUARDO

Alumno de la Facultad de Medicina Humana

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

Trujillo.-

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PROYECTO DE TESIS

Ref. : Sisg. 04574551 del 20/07/2018

Tengo a bien dirigirme a usted, para comunicarle que el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo, **Autoriza** la Ejecución del Proyecto de Tesis Titulado **"FACTORES RELACIONADOS A LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA"**.

No se autoriza el ingreso a UCI de Emergencia.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

REGION DE LIBERTAD
Gerencia Regional de Salud

Dr. Gonzalo Caro Alvarado
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
del Hospital Regional Docente de Trujillo

GCA/lrs
C.C. Archivo
Folios N° 01
Sisgado: Reg
Exp

4632764
3964805

"Justicia Social con Inversión"

Av. Mansiche 795 - Telef. 231581 - Anexo 225 - 481218 - Telefax. 233112 - Trujillo - Perú
capitacion.hrdt@gmail.com

ANEXO 7



UPAO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION

COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN

RESOLUCIÓN COMITÉ DE BIOÉTICA N° 013-2020-UPAO

Trujillo, 15 de Enero del 2020

VISTO, el oficio de fecha 14 de Enero del 2020 presentado por el Sr. Alumno MEDINA AGUILAR, ALEX EDUARDO, quien solicita autorización para realización de investigación.

CONSIDERANDO

Que por oficio, el alumno MEDINA AGUILAR, ALEX EDUARDO, solicita se le dé conformidad a su proyecto de investigación, de conformidad con el Reglamento del Comité de Bioética en Investigación de la UPAO.

Que en virtud de la Resolución Rectoral N° 3335-2016-R-UPAO de 7 de julio de 2016, se aprueban el Reglamento del Comité de Bioética que se encuentra en la página web de la universidad, que tiene por objetivo su aplicación obligatoria en las investigaciones que comprometan en seres humanos y otros seres vivos dentro de estudios que son patrocinados por la UPAO y sean conducidos por algún docente o investigador de las Facultades, Escuelas de Postgrado, Centros de Investigación y Establecimiento de Salud administrados por la UPAO.


Que el presente caso, después de la evaluación del expediente presentado por el alumno, el Comité considera que el mencionado proyecto no contraviene las disposiciones del mencionado Reglamento de Bioética, por tal motivo es procedente su aprobación.

Estando a las razones expuestas y de conformidad con el Reglamento de Bioética de Investigación:

PRIMERO: APROBAR el proyecto de investigación "FACTORES RELACIONADOS A LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA".

SEGUNDO: dar cuenta al Vice Rectorado de Investigación.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.


Dr. José González Cabeza
Presidente

