

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA Y
FACTORES ASOCIADOS. SERVICIO NEUROLOGÍA
- HOSPITAL CAYETANO HEREDIA. PIURA 2018.

AUTOR: MARCK AARÓN DÁVILA ADRIANZÉN

ASESOR: ALDO VENCES BALTA

PIURA – PERÚ

2020

PRESIDENTE

DR OSCAR NIMIO CASTRO VALLENAS

SECRETARIO

DRA JOSEFA RAMÍREZ CORDOVA

VOCAL

DRA MARY CHUMACERO AGUILAR

DEDICATORIA

A MI PADRE, LUIS DÁVILA, POR HABERME PERMITIDO CUMPLIR CON CADA UNA DE LAS METAS QUE ME HE PROPUESTO, POR MARCAME EL CAMINO A SEGUIR COMO PROFESIONAL Y PERSONA, POR SER MI EJEMPLO DE VIDA.

A MI MADRE, ELVIRA ADRIANZÉN, POR TENERME SIEMPRE MI UNIFORME IMPECABLE, POR TENERME LISTO EL CAFÉ DURANTE LAS DURAS HORAS DE LA MADRUGADA, POR SER MI COMPAÑERA DURANTE TODOS ESTOS AÑOS DE CARRERA.

A MI HERMANO, LUIS DÁVILA, PORQUE SIN SABERLO, ME AYUDÓ A EXIGIRME SIEMPRE MÁS, POR AYUDARME A SER MEJOR CADA VEZ, POR AYUDARME A VER LA VIDA DE MANERA DISTINTA; Y POR DARME DOS MOTIVOS DE SONRISA, MIS SOBRINOS.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES POR TODO EL APOYO BRINDADO, POR BRINDARME TODAS LAS HERRAMIENTAS PARA SER LO QUE SOY AHORA.

A TODOS LOS DOCENTES QUE HE TENIDO DURANTE MI CARRERA, ESPECIALMENTE AL DR ALDO VENCES, POR AYUDARME DURANTE ESTE PROYECTO DE TESIS Y POR LEVANTAR MI INTERÉS EN LA NEUROLOGÍA CON SU MANERA TAN GENIAL DE TRASMITIR CONOCIMIENTOS.

A MI COMPAÑERA DURANTE MIS ÚLTIMOS AÑOS DE CARRERA, POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO Y AYUDARME A SER MEJOR.

A MIS AMIGOS, LOS DE SIEMPRE, LOS QUE AYUDARON QUE TODA ESTA CARRERA SEA MÁS LLEVADERA CON SUS OCURRENCIAS Y CON TODAS LAS AVENTURAS QUE HEMOS VIVIDO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA Y FACTORES ASOCIADOS. SERVICIO NEUROLOGÍA - HOSPITAL CAYETANO HEREDIA. PIURA 2018.

TÍTULO DE LA TESIS EN INGLÉS: TREATMENT ADHERENCE OF EPILEPSY AND ASSOCIATED FACTORS. NEUROLOGY SERVICE - HOSPITAL CAYETANO HEREDIA. PIURA 2018.

AUTOR: Marck Aarón Dávila Adrianzén

ASESOR: Dr. Aldo Vences Balta

INSTITUCIÓN DE ESTUDIO: Hospital III José Cayetano Heredia.

CORRESPONDENCIA:

Nombres y apellidos: Marck Aarón Dávila Adrianzén

Dirección: Urb Ignacio Merino II Etapa. Av. Porras Barrenechea. Mz P –
Lote -35

Teléfono: 948673558

Email: mdavilaadraianzen@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de epilepsia en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia y sus factores asociados.

Metodología: estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico. La adherencia al tratamiento se evaluó utilizando la Escala de adaptación a la medicación y al tratamiento médico. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, y para la escala de adaptación medidas de tendencia central y de dispersión. Para el análisis bivariado se usó la prueba de chi-cuadrado y T-Student. Se utilizó el análisis de regresión logística para el estudio de los factores asociados. **Resultados:** 56.58% eran mujeres, la edad promedio de los pacientes encuestados fue de $36,67 \pm 18,32$ años, el 56,58% procedían de fuera de Piura, en 35,53% se reportó como nivel de escolaridad el secundario, mientras que solo 10,53% no tenían educación, el 43,42% de los pacientes recibe 2 fármacos, mientras que el 35,53% reportó el uso de 3 o más fármacos. Se encontró que el 44.74% de pacientes tenían el diagnóstico por más de 10 años, mientras que el 40.79% fue menor a 5 años. La crisis generalizada se reportó en el 60,53% de pacientes. El nivel de adherencia fue malo con un 77,63% de los pacientes. En el análisis de regresión bivariado se encontró que el tener un diagnóstico mayor a 10 años se asoció con 1,02 veces mayor prevalencia de buena adherencia ($R_{pc}=1,02$; IC95%: 1,01 – 1,13; $p=0,042$), mientras que el tener crisis de tipo generalizado se asoció con 1,13 veces mayor prevalencia de buena adherencia terapéutica ($R_{pc}=1,13$; IC95%: 1,08 – 1,31; $p=0,003$). En el análisis de regresión multivariado, ajustado por el sexo, la edad, la residencia, la escolaridad, el número de fármacos y años de diagnóstico, se encontró asociación entre el presentar crisis de tipo generalizada con un incremento en la prevalencia de buena adherencia en 1,21 veces ($R_{Pa}=1,21$; IC95%: 1,03 – 1,42; $p=0,021$) que aquellos con crisis focales **Conclusión:** El nivel de adherencia al tratamiento de epilepsia es malo y la falta de adherencia parece estar asociada al tiempo de diagnóstico y al tipo de crisis que presenta, no se encontró asociación estadística en el resto de factores. Las estrategias para promover un mejor nivel de adherencia pueden mejorar el pronóstico de la enfermedad y ahorro en los costos para los sistemas de salud.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, epilepsia, fármacos antiepilépticos.

SUMMARY

Objective: Identify the level of adherence to the treatment of epilepsy in patients of Hospital José III Cayetano Heredia and its associated factors. **Methodology:** observational, prospective, cross-sectional and analytical study. Adherence to treatment was assessed using the Scale of adaptation to medication and medical treatment. For the descriptive analysis, absolute and relative frequencies were used, and for the adaptation scale measures of central tendency and dispersion. For the bivariate analysis, the chi-square test and T-Student were used. Logistic regression analysis was used for the association of associated factors. **Results:** 56.58% were women, the average age of the patients surveyed was 36.67 ± 18.32 years, 56.58% came from outside Piura, in 35.53% the secondary level of schooling was reported, while Only 10.53% had no education, 43.42% of patients received 2 drugs, while 35.53% reported the use of 3 or more drugs. It was found that 44.74% of patients had the diagnosis for more than 10 years, while 40.79% were younger than 5 years. The generalized seizures were reported in 60.53% of patients. The level of adherence was bad with 77.63% of the patients. In the bivariate regression analysis it was found that having a diagnosis older than 10 years was associated with 1.02 times higher prevalence of good adherence ($R_{pc} = 1.02$; 95% CI: 1.01 - 1.13; $p = 0.042$), while having a generalized seizures was associated with 1.13 times the prevalence of good therapeutic adherence ($R_{pc} = 1.13$; 95% CI: 1.08-1.31; $p = 0.003$). In the multivariate regression analysis, adjusted for sex, age, residence, schooling, number of drugs and years of diagnosis, an association was found between presenting a generalized seizures with an increase in the prevalence of good adherence in 1.21 times ($R_{Pa} = 1.21$; 95% CI: 1.03 - 1.42; $p = 0.021$) than those with focal seizures. **Conclusion:** The level of adherence to epilepsy treatment is bad and the lack of adherence seems to be associated with the time of diagnosis and the type of crisis it presents, no statistical association was found in the other factors. Strategies to promote a better level of adherence can improve the prognosis of the disease and cost savings for health systems.

Key words: Treatment adherence; epilepsy; antiepileptic drugs.

1. Introducción

La epilepsia es un trastorno derivado del funcionamiento anormal de un grupo de neuronas que se produce de forma esporádica en una zona central del cerebro, según la definición de la International League Against Epilepsy (ILAE), se considera que una persona tiene epilepsia cuando “sufre una alteración cerebral caracterizada por la predisposición permanente a la aparición de crisis y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivadas de esta condición”. Para la definición clínica de epilepsia en la actualidad, solo se requiere de al menos una crisis epiléptica que no sea provocada y la posibilidad de que aparezcan más crisis en los 10 años siguientes. (1, 2)

La epilepsia es una enfermedad neurológica muy frecuente en todo el mundo, siendo la segunda más frecuente luego de la cefalea; se calcula que alrededor de 50 millones de personas padecen esta enfermedad, afectando a 200 millones de familiares; además, se estima que la proporción de la población general con epilepsia activa varía entre 4 y 10 por cada 1000 personas llegando a 7 y 14 por 1000 personas en países con ingresos bajos y medianos.(3-5)

La epilepsia, además, es considerada una enfermedad crónica, que, según datos de la OMS, el 80% corresponden a países en desarrollo como el Perú y en su mayoría no reciben un tratamiento óptimo, o incluso no acuden a los establecimientos de salud para recibirlo con cifras cercanas al 75%(6-8)

El pronóstico de la enfermedad depende en gran medida del diagnóstico temprano y adecuado tratamiento (el cual se maneja por esquemas, indicaciones y cuando iniciarlo de acuerdo a cada caso en particular), sin embargo, es desalentador saber que a pesar de que hasta un 70% de las personas que la padecen podrían controlar su enfermedad con un correcto esquema de tratamiento, existe un porcentaje de pacientes tratados de manera inadecuada(9, 10). Este porcentaje es conocido como

“Brecha de Tratamiento”, TG por sus siglas en inglés, que varía entre 60 a 90% en países en desarrollo y llega a un promedio de 58% en Latinoamérica. La TG de tratamiento es atribuido tanto a variables dependientes del sistema de salud, como de variables individuales, entre las que resalta la adherencia al tratamiento(11).

La adherencia, en términos de la OMS se define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”(12), basándonos en esto, así como para otras enfermedades crónicas y no transmisibles, la adherencia al tratamiento de epilepsia participa como un factor determinante para el control de las crisis epilépticas(13, 14)

En un estudio realizado en Brasil, Ferrari CM y colaboradores, mostraron un nivel de adherencia de 66.2% (de moderado a bajo), siendo mayor en hombres, pacientes más jóvenes y en pacientes con convulsiones no controladas(15), similares resultados a los obtenidos por Justo R y colaboradores en un estudio en Cuba, que encontró una media de adhesión terapéutica de 2,23 que la clasificaron como “con problemas de limitado impacto en la adaptación psicosocial del paciente”(16). En otro estudio, Pascual AM demostró que el 66% de los pacientes no tomó su medicación mensualmente, siendo “el olvido” el motivo principal, además que la mayor adherencia se asoció a variables como tener empleo, recordatorios de medicación y un mejor nivel de educación (17), sin embargo, en estos tres estudios no se han asociado otras variables sociodemográficas ni otras propias de cada persona que expliquen la baja adherencia al tratamiento.

En nuestro medio, en un estudio realizado en Huaral, se demostró que la población estudiada tenía un bajo conocimiento sobre epilepsia, además de algunas creencias, entre las que resaltaba que el paciente podía volverse agresivo durante la ocurrencia de una crisis epiléptica,

estigmatizando de manera negativa al paciente e interfiriendo así en su adherencia al tratamiento, conceptos que ya se habían estudiado, como en el estudio de Kale donde cita “ la historia de la epilepsia puede resumirse en 4000 años de ignorancia, superstición y estigma, seguida por 100 años de conocimiento, superstición y estigma”; además se encontró que el grado de instrucción fue la variable sociodemográfica que tuvo mayor asociación con el nivel de conocimiento(18, 19). En otro estudio realizado en Perú, donde se evalúa el costo médico directo de la epilepsia en un Hospital de EsSalud, encontraron que tanto la consulta por médicos especialistas como el costo que implicaba el tratamiento farmacológico antiepiléptico representaron los mayores costes anuales y que los pacientes con refractariedad al tratamiento triplicaban el costo(20), quedando aún el vacío de cuál es el nivel de adherencia en nuestro medio y cuáles son los factores que se asocian a esta.

En este contexto, consideramos importante la realización de este estudio pues tiene el objetivo, no solo demostrar el nivel de adherencia al tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de neurología del Hospital regional Cayetano Heredia, sino que busca identificar cuáles son los factores asociados a la baja adherencia, permitiendo identificar los problemas que llevan a esta y así planificar intervenciones, con un excelente índice costo/beneficio, que ayuden a mejorar la adherencia con el consecuente mejor control de la enfermedad y menos incidencias de refractariedad al tratamiento.

1.1. Objetivo General

Describir la adherencia al tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia durante el 2018.

1.2. Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con epilepsia atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018 y su correlación con el nivel de adherencia al tratamiento.
- Determinar el número de fármacos antiepilépticos usados en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018 y su correlación con el nivel de adherencia al tratamiento.
- Determinar el número de años de diagnóstico y tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018 y su correlación con el nivel de adherencia al tratamiento.
- Determinar el tipo de crisis que presentan los pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018 y su correlación con el nivel de adherencia al tratamiento.

2. Material y Métodos

2.1. Diseño de estudio: estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico.

2.2. Población, muestra y muestreo

2.2.1. Población: Pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en consultorio de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia durante agosto – diciembre del 2018.

2.2.1.1. Criterios de selección

2.2.1.1.1. Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en consulta de neurología en el periodo agosto diciembre del 2018.

2. Pacientes con la voluntad de participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.
3. Pacientes con condiciones de responder correctamente la encuesta.
4. Pacientes sin condiciones de responder la encuesta, pero con acompañante que pueda realizarla.

2.2.1.1.2. Criterios de exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en consulta de neurología fuera del tiempo del periodo de estudio.
2. Pacientes que no firmen el consentimiento informado del presente estudio.
3. Pacientes con algún trastorno de conciencia o mental, que no le permita responder la encuesta, y sin acompañante.
4. Pacientes que no brinden los datos necesarios a analizar en el estudio.
5. Pacientes epilépticos en remisión sin tratamiento anticonvulsivante.

2.2.2. Muestra y muestreo:

- **Unidad de Análisis:** Encuesta aplicada a pacientes con diagnóstico de epilepsia
- **Unidad de muestreo:** pacientes con diagnóstico de epilepsia que asisten a consulta ambulatoria en el Hospital III José Cayetano Heredia.
- **Marco muestral:** Conjunto de encuestas aplicadas a pacientes con diagnóstico de epilepsia

- **Muestra.** La muestra mínima está conformada por 72 pacientes calculada con la fórmula de proporciones esperadas con el Epi Info con un índice de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Con una frecuencia de 66% reportada en la investigación de Ferrari CM, de Sousa RM, Castro LH. Factors Associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in Brazil 2013.

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	248	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	66 %	80%	46	92
Acceptable Margin of error:	5 %	90%	62	124
Design effect:	1.0	95%	72	144
Clusters:	2	97%	78	156
		99%	88	176
		99.9%	99	198
		99.99%	105	210

2.3. Procedimientos y técnicas

1. Se solicitó la autorización a la directora del Hospital mencionado para la ejecución de la presente investigación (Anexo N° 01)
2. Se solicitó el consentimiento informado a los pacientes con diagnóstico de epilepsia para que autoricen su participación en la presente investigación (Anexo N° 02)
3. Se aplicaron los criterios de selección establecidos previamente para la presente investigación
4. Se aplicó la encuesta “Escala de adaptación a la medicación y al tratamiento médico” la cual ya fue validada en el estudio “Validación Cubana del Washington Psychosocial Seizures Inventory” en el año 2010.
5. Se elaboró una base de datos en Excel Office que permitió el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas.

6. Antes de alimentar la base de datos diseñada en Excel, se hizo un control con doble tabulación para comprobar que estén bien consignados todos los datos.
7. Se ingresaron los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.
8. Se realizó el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas con el programa estadístico STATA v11.0 (Data Analysis and Statistical Software).
9. Se seleccionaron las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.
10. Se elaboró el informe final

2.3.1. Técnica de recolección de datos validez y confiabilidad

Técnicas: La técnica utilizada fué la encuesta “Escala de adaptación a la Medicación y al tratamiento médico” (Anexo N° 03) elaborada por Justo R. Fabelo Rochel y colaboradores en el 2010, con el cual se analizó la adherencia al tratamiento en el presente estudio(21).

Instrumentos:

Se utilizó el cuestionario Escala de adaptación a la Medicación y al tratamiento médico.

Consta de 02 partes.

La primera parte de Características sociodemográficas con 4 preguntas y una pregunta sobre el número de fármacos antiepilépticos, el número de años de diagnóstico, y tipo de crisis del encuestado.

La segunda parte con 8 preguntas de 2 opciones de respuesta cerrada. El participante debe contestar a cada pregunta en forma afirmativa o negativa. La complejidad de la encuesta en general es compatible con las eventuales limitaciones neuropsicológicas de los pacientes con epilepsia. A partir de su aplicación se establecen 4 niveles de nivel de adherencia que se delimitan a partir de los puntajes alcanzados en los siguientes rangos de valores:

- Nivel I. Sin problemas significativos: de 0 a 1 respuesta incorrecta.

- Nivel II. Con problemas de limitado significado: de 2 a 3 respuestas incorrectas.
- Nivel III. Con problemas de claro impacto: de 4 a 6 respuestas incorrectas.
- Nivel IV. Con problemas de grave impacto: de 7 a 8 respuestas incorrectas.

Para el propósito del estudio se considera sólo el nivel I como buena adherencia al tratamiento y los niveles II, III y IV como mala adherencia.

La validez y confiabilidad del instrumento: Escala de adaptación a la Medicación y al tratamiento médico no es necesaria pues este instrumento ya fue validado, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84 lo que implica una alta consistencia interna.

2.4. Plan de análisis de datos

Los datos recolectados de las encuestas fueron digitalizados en una base de datos en el programa Microsoft Excel, se vaciaron los puntajes en las hojas codificadas del programa, tanto para las variables como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos fueron revisados y corregidos y luego procesados en una base de datos. Posteriormente el análisis de los datos se realizó con el Software estadístico STATA v11.0. Para el análisis descriptivo de las variables se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, y para la escala de adaptación medidas de tendencia central (media aritmética) y medidas de dispersión (desviación estándar). La asociación entre el “Nivel de adherencia al tratamiento” y sus factores asociados se hizo mediante la prueba paramétrica de χ^2 para variables categóricas y prueba de T-Student para variables categóricas y cuantitativas, además, para el cruce de variables se calcularon razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) usando regresiones de Poisson crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con varianza robusta.

2.5. Aspectos Éticos

Este trabajo de investigación cumple con los principios éticos de la práctica médica: Principio de beneficencia: este estudio no daña física ni emocionalmente a las participantes, solo se extrajeron los datos requeridos para el estudio. Principio de confiabilidad: se respetó en todo momento el secreto sobre información proporcionada, Principio de dignidad: Se respetó en todo momento la dignidad de los pacientes en estudio Principio de autonomía: se respetó si los participantes están de acuerdo en otorgar su consentimiento informado para participar en este proyecto de investigación, así como el rehusarse a otorgarlo. Así mismo, se cuenta con la aprobación del Comité de Bioética en investigación UPAO mediante **RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA N° 069-2020 - UPAO.**

El consentimiento informado se realizó mediante un documento que se adjuntó a cada encuesta, el cual detalla el objetivo del estudio y aclara que la participación es totalmente voluntaria, anónima y que no se le brindará ningún beneficio económico ni material. Además, se aseguró la confidencialidad y anonimato de los datos, pues no se registró información que pueda ser utilizada para identificar a los participantes. Finalmente, la información obtenida en este estudio es solo con fines académicos, no se utilizó la información para otros fines que no se describan en el estudio.

2.6. Presupuesto

El costo total del proyecto de investigación es de 2000.00 nuevos soles, el mismo que es autofinanciado

2.7. Limitaciones

El presente trabajo de investigación podría presentar algunas limitaciones para su ejecución, pues algunos pacientes se negarán a participar del estudio.

3. Resultados:

OBJETIVO N°01

Describir la adherencia al tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia durante el 2018.

Se estudió un total de 76 pacientes con tratamiento para epilepsia. La adherencia al tratamiento de la epilepsia fue principalmente de nivel II, en 52 (68,42%) pacientes, mientras que fue de nivel I en solo 17 (22,37%) pacientes. Al clasificar la adherencia, esta fue principalmente mala (nivel de adherencia II, III y IV) en 59 (77,63%) pacientes, mientras que fue buena (nivel de adherencia I) solo en 17 (22,37%) pacientes. Estas características se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. Adherencia al tratamiento de la epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018

Características	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Adherencia terapéutica		
Nivel I	17	22.37
Nivel II	52	68.42
Nivel III	5	6.58
Nivel IV	2	2.63
Calificación de la adherencia terapéutica		
Mala adherencia	59	77.63
Buena adherencia	17	22.37

Fuente: Ficha de recolección de datos.

OBJETIVO N°02

Describir las características sociodemográficas de los pacientes con epilepsia atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018 y su correlación con el nivel de adherencia al tratamiento.

De los pacientes con tratamiento para epilepsia, el 43 (56,58%) eran mujeres. La edad promedio de los pacientes encuestados fue de $36,67 \pm 18,32$ años. De los encuestados, 43 (56,58%) procedían de fuera de Piura. En 27 (35,53%) se reportó como nivel de escolaridad el secundario, mientras que solo 8 (10,53%) no tenían educación. Estas características se pueden revisar en la tabla 2

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con epilepsia atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018

Características	Adherencia terapéutica			Valor p
	Mala N (%)	Buena N (%)	Total, N (%)	
Sexo				
Femenino	33(55.93)	10(58.82)	43(56.58)	0.832
Masculino	26(44.07)	7(41.18)	33(43.42)	
Edad*	36.49(18.70)	37.29(17.49)	36.67(18.32)	0.874 ⁺
Residencia				
Piura	24(40.68)	9(52.94)	33(43.42)	0.369
Fuera de Piura	35(59.32)	8(47.06)	43(56.58)	
Escolaridad				
Sin educación	7(11.86)	1(5.88)	8(10.53)	0.7
Primaria	16(27.12)	3(17.65)	19(25.00)	
Secundaria	20(33.90)	7(41.18)	27(35.53)	
Superior	16(27.12)	6(35.29)	22(28.95)	

Fuente: Ficha de recolección de datos. *Media (DS), Media y desviación estándar. ⁺T-Student

OBJETIVO N°03

Determinar el número de fármacos antiepilépticos usados en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018 y su correlación con el nivel de adherencia al tratamiento.

Al evaluar el número de fármacos, se identificó que en 33 (43,42%) pacientes la utilización de 2 fármacos, mientras que en 27 (35,53%) pacientes se reportó el uso de 3 o más fármacos. Estas características se exponen en la tabla 3.

Tabla 3. Número de fármacos antiepilépticos usados en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018

Características	Adherencia terapéutica			Valor p
	Mala N (%)	Buena N (%)	Total, N (%)	
Numero de fármacos				
1	11(18.64)	5(29.41)	16(21.05)	0.612
2	26(44.07)	7(41.18)	33(43.42)	
3 o más	22(37.29)	5(29.41)	27(35.53)	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

OBJETIVO N°4 Y 5

Determinar el número de años de diagnóstico y tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018 y su correlación con el nivel de adherencia al tratamiento.

Determinar el tipo de crisis que presentan los pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018 y su correlación con el nivel de adherencia al tratamiento.

Se encontró que en 34 (44,74%) pacientes el diagnóstico de epilepsia fue de más de 10 años, mientras que en 31 (40,79%) pacientes el diagnóstico fue menor a 5 años antes de la encuesta. La crisis focal fue reportada en 30 (39,47%) pacientes, mientras que la crisis generalizada se reportó en 46 (60,53%) pacientes. Estas características se exponen en la tabla 4.

Tabla 4. Número de años de diagnóstico y tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018

Características	Adherencia terapéutica			Valor p
	Mala N (%)	Buena N (%)	Total, N (%)	
Años de diagnóstico				
0 a 5 años	23(38.98)	8(47.06)	31(40.79)	0.825
6 a 10 años	9(15.25)	2(11.76)	11(14.47)	
> 10 años	27(45.76)	7(41.18)	34(44.74)	
Tipo de crisis				
Focal	26(44.07)	4(23.53)	30(39.47)	0.127
Generalizada	33(55.93)	13(76.47)	46(60.53)	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se realizó análisis de regresión utilizando modelo de Poisson, encontrándose en el modelo de regresión bivariado que el tener un diagnóstico mayor a 10 años se asoció con 1,02 veces mayor prevalencia de buena adherencia ($R_{pc}=1,02$; IC95%: 1,01 – 1,13; $p=0,042$), mientras que el tener crisis de tipo generalizado se asoció con 1,13 veces mayor prevalencia de buena adherencia terapéutica ($R_{pc}=1,13$; IC95%: 1,08 – 1,31; $p=0,003$). Estas características se exponen en la tabla 5.

Tabla 5. Análisis de regresión bivariado de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018

Características	Adherencia terapéutica (Mala vs Buena)		Regresión bivariada		
	Mala vs Buena		Rpc	IC95%	p valor
	Mala N(%)	Buena N(%)			
Sexo					
Femenino	33(55.93)	10(58.82)		Referencia	
Masculino	26(44.07)	7(41.18)	0.98	0.84 - 1.15	0.833
Edad	36.5(18.7)	37.3(17.5)	1	0.99 - 1.00	0.868
Residencia					
Piura	24(40.68)	9(52.94)		Referencia	
Fuera de Piura	35(59.32)	8(47.06)	0.93	0.80 - 1.09	0.374
Escolaridad					
Sin educación	7(11.86)	1(5.88)		Referencia	
Primaria	16(27.12)	3(17.65)	1.03	0.80 - 1.32	0.821
Secundaria	20(33.90)	7(41.18)	1.12	0.88 - 1.43	0.365
Superior	16(27.12)	6(35.29)	1.13	0.88 - 1.46	0.338
Numero de fármacos					
1	11(18.64)	5(29.41)		Referencia	
2	26(44.07)	7(41.18)	0.92	0.75 - 1.14	0.456
3 o más	22(37.29)	5(29.41)	0.90	0.73 - 1.12	0.350
Años de diagnostico					
0 a 5 años	23(38.98)	8(47.06)		Referencia	
6 a 10 años	9(15.25)	2(11.76)	0.94	0.75 - 1.18	0.594
> 10 años	27(45.76)	7(41.18)	1.02	1.01 - 1.13	0.042*
Tipo de crisis					
Focal	26(44.07)	4(23.53)		Referencia	
Generalizada	33(55.93)	13(76.47)	1.13	1.08 - 1.31	0.003*

Fuente: Análisis de datos recolectados en el presente estudio.

En el análisis de regresión multivariado, ajustado por el sexo, la edad, la residencia, la escolaridad, el número de fármacos y años de diagnóstico, se encontró asociación entre el presentar crisis de tipo generalizada con un incremento en la prevalencia de buena adherencia en 1,21 veces (RPa=1,21; IC95%: 1,03 – 1,42; p=0,021) que aquellos con un grado de estrés moderado. Estas características se exponen en la tabla 5.

Tabla 5. Análisis de regresión multivariado de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia. Piura 2018

Características	Adherencia terapéutica (Mala vs Buena)				
	Mala vs Buena		Regresión multivariada		
	Mala N(%)	Buena N(%)	Rpa	IC95%	p valor
Sexo					
Femenino	33(55.93)	10(58.82)		Referencia	
Masculino	26(44.07)	7(41.18)	0.98	0.84 - 1.13	0.75
Edad	36.5(18.7)	37.3(17.5)	0.99	1.00 - 1.00	0.948
Residencia					
Piura	24(40.68)	9(52.94)		Referencia	
Fuera de Piura	35(59.32)	8(47.06)	0.93	0.78 - 1.12	0.454
Escolaridad					
Sin educación	7(11.86)	1(5.88)		Referencia	
Primaria	16(27.12)	3(17.65)	0.99	0.76 - 1.29	0.957
Secundaria	20(33.90)	7(41.18)	1.09	0.84 - 1.43	0.51
Superior	16(27.12)	6(35.29)	1.11	0.80 - 1.56	0.532
Numero de fármacos					
1	11(18.64)	5(29.41)		Referencia	
2	26(44.07)	7(41.18)	0.90	0.73 - 1.11	0.339
3 o más	22(37.29)	5(29.41)	0.91	0.69 - 1.20	0.511
Años de diagnostico					
0 a 5 años	23(38.98)	8(47.06)		Referencia	
6 a 10 años	9(15.25)	2(11.76)	0.89	0.66 - 1.19	0.419
> 10 años	27(45.76)	7(41.18)	0.92	0.76 - 1.12	0.422
Tipo de crisis					
Focal	26(44.07)	4(23.53)		Referencia	
Generalizada	33(55.93)	13(76.47)	1.21	1.03 - 1.42	0.021*

Fuente: Análisis de datos recolectados en el presente estudio.

4. Discusión:

La adherencia al tratamiento médico en personas con epilepsia, representa un elemento de vital importancia para el manejo y pronóstico de la enfermedad, debido a que una mala adherencia contribuye a un mayor riesgo de muerte (que de por sí ya está presente por la enfermedad en comparación con la población en general), a un mal control de las convulsiones, a más ingresos al área de emergencia, a más hospitalizaciones, a una mala calidad de vida, y mayores gastos para el sistema de salud(22, 23). El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de adherencia de los pacientes con epilepsia, evaluar las características clínicas y sociodemográficas que pueden representar un riesgo para la adherencia y así permitir a los médicos tratantes identificar a los pacientes con mayor riesgo, de esta manera poder utilizar técnicas o intervenciones que permitan mejorar el nivel de adherencia.

En el presente estudio se encontró de manera general que el mayor porcentaje de encuestados (77.63%) tenía una mala adherencia al tratamiento, resultados que son similares a los reportados en una revisión sistemática de N. Malek et al donde se reporta la no adherencia al tratamiento hasta en un 79%, y a los de un estudio en Etiopía en donde casi dos tercios (65.4%) de los pacientes no eran adherentes a sus medicamentos(24, 25); y se contraponen a los resultados en los estudios de Keith L. Davis et al y Asmamaw Getnet et al donde se encontró que el 39% y 37.8% respectivamente de los pacientes eran no adherentes al tratamiento(26, 27); y a los de Justo R et al donde reportan un buen nivel de adherencia al tratamiento, sin embargo, cabe resaltar que en este último, los resultados fueron posterior a una intervención desarrollada por el mismo grupo investigador, después del cual, el nivel de adherencia mejoró entre los participantes(16). Esta diferencia del nivel de adherencia reportada entre las diversas literaturas podría ser reflejo del instrumento utilizado para medirla, la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y los sistemas de salud de los diferentes países que distan mucho de nuestra realidad nacional y local.

Al analizar el nivel de adherencia al tratamiento y su relación con el sexo, se encontró que los hombres tenían un porcentaje menor de mala adherencia, sin llegar a ser esta diferencia estadística, resultado que es similar al encontrado por Wael M. Gabr et al donde no se encontró diferencia estadística entre la adherencia al tratamiento y ser hombre o mujer(28); sin embargo un estudio en Brasil encontró en el análisis bivariado que las mujeres tenían una mejor adherencia que los hombres(29). Existen diversas literaturas donde reportan diferencias en la adherencia entre ambos sexos y se explican a factores asociados al rol que desempeñan cada uno en la sociedad o en el hogar, variables que no son tomadas en cuenta en el presente estudio.

Dentro del nivel de escolaridad, no se encontraron diferencias estadísticas en cuanto al nivel de adherencia al tratamiento, si bien es cierto los pacientes con nivel de educación secundario o superior tenían un mejor nivel de adherencia, respecto a aquellos con sólo educación primaria o sin educación, esta diferencia no fue significativa; mismas conclusiones a las que se encontró en un estudio en Brasil, donde tampoco hubo asociación entre el nivel de educación y la adherencia al tratamiento; resultados opuestos se encontraron en el trabajo realizado por N. Malek donde el bajo nivel socioeconómico y bajo nivel educativo se asoció a un menor nivel de adherencia.(24, 29)

Los años de diagnóstico si tuvieron significancia estadística, en el presente estudio los pacientes con más de 10 años de diagnóstico tuvieron una mejor adherencia al tratamiento, resultados que difieren a los de un estudio en Etiopía, donde estar en tratamiento durante 6 años o más se asoció significativamente con la falta de adherencia(27); y por otra parte un estudio en Brasil no encontró diferencia estadística en cuanto a los años de diagnóstico de la enfermedad (< de 20 años v.s > de 20 años)(29).

Al realizar el análisis multivariado solo el tener crisis generalizada se asoció con una mayor adherencia al tratamiento, resultado opuesto al encontrado a un estudio en la India donde aquellos que tenían crisis focales tenían una mejor adherencia al tratamiento(30); sin embargo, en los resultados

reportados en dos estudios por Brandson S. Aylward et al y Oliver Henning et al, no se encontró que el tipo de crisis (focal, generalizada y no determinada) tenga asociación con el nivel de adherencia de los pacientes(31, 32). En nuestro medio, el resultado, puede deberse a la característica clínica de presentación de la crisis generalizada, y hacer suponer erróneamente a pacientes y familiares que las crisis convulsivas parciales crisis benignas, con la consecuente menor adherencia al tratamiento, y dándole más importancia al tratamiento de las crisis generalizadas, por el poco conocimiento y estigmatización que puede existir.

Según los resultados encontrados en el presente estudio, existe una mala adherencia al tratamiento de epilepsia en nuestro medio, resultados que no pueden pasarse por alto; esta situación pone en evidencia la necesidad de implementar estrategias como las reportadas por los estudios de Loretta Carbone et al y M. da Mota Gómez et al en donde se demuestra que las intervenciones psicosociales en pacientes tratados de epilepsia podrían mejorar de manera satisfactoria los niveles de adherencia, con intervenciones con un buen costo-beneficio, las cuales deberían ser consideradas en nuestra realidad para tratar de mejorar el subóptimo nivel de adherencia al tratamiento.(33-35).

5. Conclusiones:

- 1.** El nivel de adherencia en los pacientes atendidos en consulta ambulatoria fue malo en el 77.63%, estando este muy por debajo del promedio de la mayoría de países en Latinoamérica.
- 2.** No se encontró asociación estadística entre las variables sociodemográficas estudiadas y el nivel de adherencia.
- 3.** Tener una buena adherencia al tratamiento se relacionó con tener el diagnóstico de la enfermedad por más de 10 años.
- 4.** Las crisis generalizadas se presentan en mayor porcentaje entre los encuestados con un 60.53%.
- 5.** El presentar crisis tipo generalizadas se asoció a un mejor nivel de adherencia al tratamiento.

6. Recomendaciones

1. La evaluación del nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con epilepsia debe ser una actividad rutinaria durante el proceso de atención en la labor asistencial.
2. Se deben diseñar una serie de estrategias que incluyan intervenciones con el fin de mejorar el nivel de adherencia al tratamiento con la resultante mejora del pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.
3. Ampliar el estudio del nivel de adherencia, buscando otros factores que podrían influir en el bajo nivel de adherencia, como la religión, costumbres, nivel de conocimiento sobre la enfermedad, etc.
4. Hacer un estudio comparativo sobre el nivel de adherencia entre los diferentes hospitales de nuestra región.

7. Referencias bibliográficas

1. Fisher Robert ea. Definición clínica práctica de la epilepsia. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82.
2. ILAE. Definition of Epilepsy 2014. International League Against Epilepsy. 2014.
3. Delgado JC. Factores Asociados a epilepsia refractaria. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Julio 2009 - junio 2014: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
4. OMS. Epilepsia. Centro de prensa. Organización Mundial de la Salud 2018.
5. Pérez Galdós P. Estudio de calidad de vida y factores pronósticos de los pacientes con epilepsia refractaria del Hospital Miguel Grau de EsSalud, Lima - Perú. *Acta Médica Peruana*. 2010;27:244-9.
6. Alvarado L, Ivanovic-Zuvic R. F. Adherencia a tratamiento en la epilepsia: una cuestión por resolver 2013; 141(8). Available from: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/2843/235>.
7. WHO. Adherence to Long-Term Therapies, Evidence for Action. World Health Organization. 2003:3-5.
8. economía A. Perú: 75% de personas que padecen de epilepsia no reciben tratamiento médico. CLUSTER SALUD América Economía. 2017;Sect. Sector Público.
9. Stafstrom CE, Carmant L. Seizures and Epilepsy: An Overview for Neuroscientists. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine. 2015;5(6):a022426.
10. Villanueva V, Sánchez-Álvarez JC, Peña P, Puig JS, Caballero-Martínez F, Gil-Nagel A. Treatment initiation in epilepsy: An expert consensus in Spain. *Epilepsy & Behavior*. 2010;19(3):332-42.
11. WHO. Programme for Neurological Diseases and Neuroscience & International Bureau for Epilepsy & International League Against Epilepsy. Atlas: epilepsy care in the world, 2005. 2005.

12. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*. 2009;41(6):342-8.
13. Carpentier N, Jonas J, Gambier N, Vignal J-P, Maillard L, Vespignani H. Adhésion au traitement médicamenteux et épilepsie : un enjeu d'actualité. *Thérapie*. 2013;68(5):297-301.
14. Maldonado A, Ramos W, Pérez J, Huamán LA, Gutiérrez EL. Estado epiléptico convulsivo: características clínico-epidemiológicas y factores de riesgo en Perú. *Neurología*. 2010;25(8):478-84.
15. Ferrari CM, de Sousa RM, Castro LH. Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in Brazil. *Seizure*. 2013;22(5):384-9.
16. Fabelo Roche JR, Martín Alfonso L, Iglesias Moré S. La aceptación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento en pacientes con epilepsia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011;37:0-.
17. Paschal AM, Rush SE, Sadler T. Factors associated with medication adherence in patients with epilepsy and recommendations for improvement. *Epilepsy & Behavior*. 2014;31:346-50.
18. Guillén-Pinto RSG-TMT-AJEU-AFS-CD. Conocimientos y creencias acerca de epilepsia en los padres de familia usuarios habituales del centro de salud de Peralvillo – Huaral. *Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]*. 2013; 76(1):[42-52 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036943006>.
19. Kale R. Bringing epilepsy out of the shadows. *BMJ (Clinical research ed)*. 1997;315(7099):2-3.
20. Galdos PP. Costo médico directo de la epilepsia en la población hospitalaria del Hospital III Miguel Grau de EsSalud2010; 27(1):[37-42 pp.]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000100007&lng=es.
21. Rochel JF. Validación Cubana Del Washington Psychosocial Seizures Inventory (WPSI). *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana*. 2010;7(1).
22. Faught RE, Weiner JR, Guérin A, Cunnington MC, Duh MS. Impact of nonadherence to antiepileptic drugs on health care utilization and costs: Findings from the RANSOM study. *Epilepsia*. 2009;50(3):501-9.

23. Hovinga CA, Asato MR, Manjunath R, Wheless JW, Phelps SJ, Sheth RD, et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: Survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy & Behavior*. 2008;13(2):316-22.
24. Malek N, Heath CA, Greene J. A review of medication adherence in people with epilepsy. *Acta neurologica Scandinavica*. 2017;135(5):507-15.
25. Niriayo YL, Mamo A, Gidey K, Demoz GT. Medication Belief and Adherence among Patients with Epilepsy. *Behavioural neurology*. 2019;2019:2806341-.
26. Davis KL, Candrilli SD, Edin HM. Prevalence and cost of nonadherence with antiepileptic drugs in an adult managed care population. *Epilepsia*. 2008;49(3):446-54.
27. Getnet A, Woldeyohannes SM, Bekana L, Mekonen T, Fekadu W, Menberu M, et al. Antiepileptic Drug Nonadherence and Its Predictors among People with Epilepsy. *Behavioural Neurology*. 2016;2016:6.
28. Gabr WM, Shams MEE. Adherence to medication among outpatient adolescents with epilepsy. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2015;23(1):33-40.
29. Siqueira HH, Dalbem JS, Schiavini M, Silva PE, Costa TBP, Leite PHSC, et al. Self-reported adherence among people with epilepsy in Brazil. *Epilepsy & Behavior*. 2020;103:106498.
30. Gurumurthy R, Chanda K, Sarma G. An evaluation of factors affecting adherence to antiepileptic drugs in patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Singapore medical journal*. 2017;58(2):98-102.
31. Aylward BS, Rausch JR, Modi AC. An Examination of 1-Year Adherence and Persistence Rates to Antiepileptic Medication in Children With Newly Diagnosed Epilepsy. *Journal of Pediatric Psychology*. 2014;40(1):66-74.
32. Henning O, Lossius MI, Lima M, Mevåg M, Villagran A, Nakken KO, et al. Refractory epilepsy and nonadherence to drug treatment. *Epilepsia Open*. 2019;4(4):618-23.
33. Carbone L, Zebrack B, Plegue M, Joshi S, Shellhaas R. Treatment adherence among adolescents with epilepsy: What really matters? *Epilepsy & Behavior*. 2013;27(1):59-63.

34. da Mota Gomes M, Navarro T, Keepanasseril A, Jeffery R, Haynes RB. Increasing adherence to treatment in epilepsy: what do the strongest trials show? *Acta neurologica Scandinavica*. 2017;135(3):266-72.

35. Loiselle K, Rausch JR, Modi AC. Behavioral predictors of medication adherence trajectories among youth with newly diagnosed epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2015;50:103-7.

ANEXO 01

Carta de Solicitud a la directora del Hospital Cayetano Heredia para Autorización del estudio.

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Dra Milagritos Sánchez Reto

Directora del Hospital Cayetano Heredia De Piura

Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.

Yo, Marck Aarón Dávila Adrianzén, estudiante del XI ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego–UPAO campus Piura, solicita permiso para poder realizar el Proyecto de Investigación “Adherencia al tratamiento de epilepsia y factores asociados, servicio de neurología del Hospital Cayetano Heredia Piura. Agosto – diciembre 2018”. comprometiéndome en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad.

Espero considere mi solicitud, me despido.

Atentamente

Marck Aarón Dávila Adrianzén

DNI: 77294312

ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Adherencia al tratamiento de epilepsia y factores asociados, servicio de neurología del Hospital Cayetano Heredia Piura. Agosto – diciembre 2018.

Propósito: Describir la adherencia al tratamiento de epilepsia en pacientes atendidos en consulta de Neurología del Hospital Regional Cayetano Heredia y evaluar sus factores asociados.

Yo..... identificado (a) con el número de D.N.I.autorizo voluntariamente mi participación en las encuestas realizadas en el Hospital Regional Cayetano Heredia - Piura correspondiente al trabajo de investigación “Adherencia al tratamiento de epilepsia y factores asociados, servicio de neurología del Hospital Cayetano Heredia Piura. Agosto – diciembre 2018”.

Constatando que se me ha explicado el objetivo, metodología y el carácter académico de la información haciendo manejo confidencial.

Firma de la persona que otorga el
Consentimiento informado

Anexos 03

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO – UPAO – PIURA. ESCUELA DE MEDICINA

En la presente investigación, la información se recolectará por medio de datos que serán utilizados de manera exclusiva y con fines de estudio; los cuales serán responsabilidad de la investigadora y de ninguna manera serán difundidos a terceras personas. Marque con un aspa su respuesta.

Edad: _____

Sexo: (F) (M)

Residencia: _____

Escolaridad: Sin educación() Primaria() Secundaria()
Superior()

N° De fármacos:

Año de diagnóstico:

Tipo de crisis: Focal () Generalizada ()

Escala de adaptación a la Medicación y al Tratamiento Médico.

N°	PREGUNTAS		
1	¿Su médico conoce plenamente todos sus problemas de salud?	Sí	No
2	¿Piensa que su médico verdaderamente se interesa por usted?	Sí	No
3	¿Se siente completamente satisfecho con su médico?	Sí	No
4	¿Se le olvida con frecuencia tomar su medicina?	Sí	No
5	¿Se siente a menudo inquieto?	Sí	No
6	¿Le agrada la forma en que lo atiende su médico?	Sí	No
7	¿Siente que sus ataques están siendo controlados lo mejor posible?	Sí	No
8	¿Constantemente los medicamentos que toma le producen problemas para dormir?	Sí	No