

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**Factores asociados al abandono de tratamiento en pacientes con cirrosis no
alcohólica de un hospital nivel II-2 Piura 2024**

Área de Investigación:

Cáncer y enfermedades no transmisibles

Autora:

Bravo Tirado, María Elena

Jurado Evaluador:

Presidente: Jiménez Durand, Julio César

Secretaria: León Chávez, María Del Carmen

Vocal: Romero Vásquez, Armando

Asesora:

Rosado Rosas, Flor De María

Código de Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-7902-8328>

PIURA - PERÚ

2024

Fecha de sustentación: 25/11/2024

Factores asociados al abandono de tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica de un hospital nivel II-2 Piura 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Ajou University Graduate School Trabajo del estudiante	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%



Declaración de originalidad

Yo, **Flor de María Rosado Rosas**, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesora de la tesis de investigación titulada “**Factores asociados al abandono de tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica de un hospital nivel II-2 Piura 2024**”, autor **María Elena Bravo Tirado**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 11 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el lunes 02 de diciembre del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Piura, 02 de diciembre del 2024

ASESORA

Dra. Rosado Rosas, Flor de María
DNI: 02801812
CMP: 032188
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7902-8328>
FIRMA:



AUTORA

Bravo Tirado, María Elena
DNI: 81225826
FIRMA:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "María Elena Bravo Tirado".

DEDICATORIA

A mis padres, Olinda y Juan, quienes me han brindado su amor incondicional, apoyo y sacrificio a lo largo de mi vida, quienes me han enseñado el valor de la perseverancia y el trabajo duro. Les agradezco este logro como pequeño agradecimiento por ser mi fuente de inspiración y motivación.

AGRADECIMIENTOS

A mi querido amigo Jesús, quien ha sido un compañero inseparable en este camino. Su apoyo, consejos y palabras de aliento me han ayudado a superar los obstáculos y a mantener la fe en mi capacidad.

Agradezco profundamente a los doctores quienes a lo largo de mi carrera académica me han brindado su sabiduría, experiencia y apoyo incondicional. Su dedicación y pasión por la enseñanza han sido fundamentales en mi formación como profesional.

RESUMEN

Objetivo: Determinar qué factores de riesgo están asociados al abandono de tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica atendidos en el Hospital de Apoyo Sullana II-2 Piura durante el año 2024.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal incluyendo un total de 75 pacientes con diagnóstico de cirrosis no alcohólica, de los cuales se recopilaron datos sociodemográficos y clínicos relevantes. Se utilizó análisis descriptivo para caracterizar la población estudiada y análisis de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre variables como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, tiempo de enfermedad y abandono de tratamiento.

Resultados: Se identificó que la procedencia fue un factor significativamente asociado al abandono del tratamiento ($p < 0.05$), mientras que variables como edad, y grado de instrucción no mostraron asociaciones significativas. Además, se encontró relación entre el tiempo de enfermedad, barreras económicas y relación médico paciente con el abandono del tratamiento en los pacientes estudiados.

Conclusiones: Las implicaciones de estos hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar estrategias de intervención enfocadas en el manejo integral de la enfermedad hepática y la promoción de la adherencia terapéutica en esta población específica.

Palabras clave: cirrosis no alcohólica, abandono de tratamiento, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, salud pública.

ABSTRACT

Objective: To determine which factors are associated with treatment abandonment in patients with non-alcoholic cirrhosis treated at Hospital de Apoyo Sullana II-2 Piura during the year 2024.

Materials and Methods: A retrospective observational study was conducted including a total of 75 patients diagnosed with non-alcoholic cirrhosis, from whom relevant sociodemographic and clinical data were collected. Descriptive analysis was used to characterize the study population, and chi-square analysis was used to evaluate the association between variables such as hypertension, type II diabetes mellitus, disease duration, and treatment abandonment.

Results: It was identified that origin was a factor significantly associated with treatment abandonment ($p < 0.05$), while variables such as age, sex, and level of education did not show significant associations. Additionally, a relationship was found between the duration of illness, economic barriers, and the physician-patient relationship with treatment abandonment in the studied patients.

Conclusions: The implications of these findings suggest the need to develop intervention strategies focused on comprehensive disease management and promotion of therapeutic adherence in this specific population.

Keywords: non-alcoholic cirrhosis, treatment abandonment, hypertension, type II diabetes mellitus, public health.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCION.....	9
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:	13
IV. OBJETIVOS:.....	13
4.1 OBJETIVO GENERAL:	13
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	13
V. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	14
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:	15
5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	15
5.4. MUESTREO Y TIPO DE MUESTRA	16
5.5. VARIABLES.....	17
5.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
5.7. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.....	20
VI. RESULTADOS.....	22
VII. DISCUSIÓN	30
VIII. CONCLUSIONES	32
IX. RECOMENDACIONES	33
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
XI. ANEXOS	37

I. INTRODUCCION

La cirrosis hepática, siendo la fase terminal de diversas enfermedades crónicas del hígado, representa un desafío significativo para la salud pública a nivel global; la cirrosis hepática se caracteriza por la formación de tejido cicatricial, el cual reemplaza el tejido hepático saludable, provocando una pérdida progresiva de la función hepática. Se ha identificado como la tercera causa de mortalidad en hombres y la séptima en mujeres, destacando su impacto en distintas regiones del mundo, como la Unión Americana y países europeos, donde ocupa el quinto lugar como causa de muerte. En México, se proyecta que el número de pacientes cirróticos aumente a 1,866,000 para el año 2050, lo que refleja una tendencia preocupante a nivel mundial debido a factores como el alcoholismo, las hepatitis virales B y C, y el incremento de la enfermedad hepática grasa no alcohólica.¹ En el Perú, estudios han mostrado una mayor incidencia de cirrosis hepática en varones mayores de 60 años, predominando la cirrosis alcohólica, con departamentos como Piura, Tumbes, Tacna y La Libertad presentando las tasas más altas de prevalencia.²

Según la OMS, la adherencia se refiere al grado en que el comportamiento del paciente respecto a la toma de medicación, cambios en la dieta y hábitos de vida se corresponde a las recomendaciones médicas. La falta de adherencia es un problema significativo, ya que puede llevar al deterioro clínico del paciente y a mayores tasas de hospitalización y mortalidad. La adherencia terapéutica es un elemento crucial en el manejo de la enfermedad del hígado graso no alcohólico, la cual, sin un tratamiento adecuado, puede progresar a esteatohepatitis no alcohólica, fibrosis y cirrosis hepática. Estudios recientes indican que la intervención principal en el tratamiento de la NAFLD sigue siendo la modificación del estilo de vida, centrada en la pérdida de peso, la mejora de la dieta y la actividad física regular. Sin embargo, mantener estos cambios a largo plazo puede ser un reto significativo para los pacientes, lo que afecta su adherencia al tratamiento y, por ende, los resultados clínicos.^{3,4}

En este contexto, se ha demostrado que las terapias basadas en la aceptación y el compromiso, dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica, pueden tener un impacto positivo en el seguimiento de las indicaciones médicas. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Johari, Yusoff y Haron, este estudio evaluó la efectividad de un protocolo de restricción calórica modificada en días alternos durante ocho semanas

en pacientes con enfermedad hepática grasa no alcohólica, encontrando que la adherencia al tratamiento se mantuvo entre un 75-83%. Los resultados mostraron mejoras significativas en el índice de masa corporal, enzimas hepáticas, y una reducción en los grados de esteatosis hepática y fibrosis en comparación con el grupo de control. Esto sugiere que estrategias dietéticas flexibles, como la restricción calórica modificada, pueden ser efectivas para mejorar la adherencia y los marcadores hepáticos en esta población.⁵

La adherencia terapéutica en el manejo de la cirrosis es fundamental para prevenir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones; sin embargo, el éxito de estas intervenciones depende en gran medida de la adherencia del paciente al tratamiento. Diversos estudios han evidenciado la relevancia de un enfoque multidisciplinario en la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización hospitalaria. Por ejemplo, el estudio realizado por Vera Leyton examinó la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad hepática crónica, concluyendo que, aunque no se halló una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia, se observó que el número de medicamentos influía en el cumplimiento terapéutico. Adicionalmente, Bravo-Coello, Pacheco-Moreira, Monar-Goyes y Chunchu-Romero subrayan la importancia de un manejo clínico integral en pacientes con cirrosis hepática, destacando que un adecuado seguimiento médico y apoyo multidisciplinario son esenciales para promover la adherencia al tratamiento y evitar complicaciones graves.^{6,7}

Como se puede observar, que el paciente tenga una buena adherencia es crucial para tratar la cirrosis no alcohólica, pero el abandono de tratamiento es un desafío a nivel mundial. Para poder enfrentar este problema, es esencial entender los factores que inciden en el abandono del tratamiento, los cuales pueden ser variados y abarcar aspectos individuales, socioeconómicos y del sistema de atención médica. La conciencia y comprensión sobre la enfermedad desempeñan un papel crucial en la adherencia al tratamiento. Pacientes con esteatohepatitis no alcohólica que comprenden mejor su condición tienden a seguir las recomendaciones médicas con mayor precisión. Un estudio cualitativo realizado por Tincopa, Wong, Feters y Lok, destacó que, aunque muchos pacientes con enfermedad hepática grasa no alcohólica son conscientes de que la pérdida de peso mediante cambios en la dieta y la actividad física constituye la terapia primaria, existe una brecha significativa en su conocimiento

sobre la condición. Los hallazgos revelaron que la ambigüedad sobre el diagnóstico y la etiología de su enfermedad, así como la falta de síntomas, redujeron su nivel de preocupación. Además, factores como el apoyo social, las comorbilidades médicas concurrentes y la baja motivación para cambiar comportamientos representaron barreras importantes para adherirse a los cambios de estilo de vida recomendados. Por lo tanto, mejorar la educación del paciente, adaptando las recomendaciones de tratamiento de manera personalizada y ofreciendo orientación específica sobre nutrición y ejercicio, puede ser una intervención clave para aumentar la adherencia.⁸

Las barreras económicas representan un factor crucial que contribuye al abandono del tratamiento en pacientes con enfermedades hepáticas crónicas, como la esteatohepatitis no alcohólica. La dificultad para acceder a servicios médicos o costear los medicamentos necesarios, especialmente en contextos de bajos recursos, constituye un obstáculo significativo. Crosby, Bigelow, Sachs y colaboradores, en su investigación sobre las barreras que retrasan el tratamiento en pacientes con hepatitis C, identificaron que factores como el estatus económico, la falta de seguro médico y comorbilidades complicadas, así como otras barreras psicosociales, afectan negativamente el inicio y la adherencia al tratamiento. Además, destacaron que las percepciones de los proveedores sobre los pacientes, incluyendo problemas como antecedentes de abuso de sustancias o condiciones psiquiátricas, pueden limitar aún más la adherencia. Estos hallazgos subrayan cómo las dificultades económicas y otros factores relacionados impiden el acceso adecuado a terapias, incrementando la tasa de abandono y resaltando la necesidad de estrategias de intervención personalizadas.⁹

Otro aspecto relevante son las comorbilidades. Los pacientes con esteatohepatitis no alcohólica frecuentemente tienen otras condiciones de salud como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, lo que aumenta la complejidad de su tratamiento y puede interferir con su capacidad para seguir las indicaciones médicas. Estas comorbilidades no solo complican el manejo de la cirrosis, sino que también pueden desviar la atención de los pacientes hacia otras prioridades de salud.¹⁰

Finalmente, las prioridades de salud competentes también juegan un rol importante en el abandono del tratamiento. Los pacientes que enfrentan múltiples problemas de salud pueden priorizar otros tratamientos sobre el manejo de la cirrosis, lo que genera una menor adherencia a las recomendaciones para tratar esta enfermedad hepática.

La complejidad del tratamiento y la falta de percepción de urgencia en el manejo de la cirrosis pueden contribuir al abandono del tratamiento en estos casos.¹¹

La justificación de este estudio se fundamenta en la creciente prevalencia de la cirrosis no alcohólica, una de las principales causas de enfermedad hepática crónica a nivel global. La identificación de los factores asociados al abandono del tratamiento resulta esencial para diseñar intervenciones que mejoren la adherencia terapéutica y prevengan la progresión de la enfermedad. Como señala Younossi et al., el aumento de la prevalencia de la enfermedad hepática grasa no alcohólica, en gran parte impulsado por las epidemias de obesidad y diabetes tipo 2, ha generado una carga económica significativa y un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud. Esta enfermedad, particularmente en su forma más grave, la esteatohepatitis no alcohólica, puede avanzar hacia cirrosis, carcinoma hepatocelular y la necesidad de un trasplante hepático, además de estar asociada con complicaciones extrahepáticas, como enfermedades cardiovasculares y renales crónicas. A pesar de este panorama, los mecanismos subyacentes de la enfermedad aún no están completamente comprendidos, y se están llevando a cabo investigaciones para identificar métodos diagnósticos no invasivos y tratamientos efectivos. En este contexto, es crucial analizar las barreras económicas y de comprensión que enfrentan los pacientes, ya que estos factores contribuyen significativamente al abandono del tratamiento. Este estudio busca abordar estas problemáticas dentro del contexto del hospital de Piura, con el fin de proponer soluciones que optimicen la adherencia y controlen la progresión de la enfermedad.¹⁴

En conclusión, la cirrosis no alcohólica es una enfermedad con una fisiopatología compleja que involucra múltiples sistemas del cuerpo. Las comorbilidades, barreras económicas y falta de conciencia sobre la enfermedad contribuyen significativamente al abandono del tratamiento. Por lo tanto, en base a los estudios descritos, donde las comorbilidades, la etiología, la falta de conciencia sobre la enfermedad y las barreras económicas constituyen factores asociados a la baja adherencia al tratamiento en pacientes con cirrosis hepática, y dado que no existen estudios locales que aborden este tema en profundidad, se decide realizar esta investigación. Un enfoque multidisciplinario que incluya educación, soporte económico y manejo médico integral es fundamental para mejorar la adherencia al tratamiento y evitar complicaciones mayores en los pacientes con cirrosis no alcohólica.

II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al abandono de tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica del Hospital de Apoyo Sullana II-2 Piura 2024?

III. HIPÓTESIS:

Hipótesis nula (H0): No existen factores sociodemográficos ni clínicos asociados al abandono del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica del Hospital de Apoyo Sullana II-2, Piura, 2024.

Hipótesis alterna (H1): Existen factores sociodemográficos y clínicos asociados al abandono del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica del Hospital de Apoyo Sullana II-2, Piura, 2024.

IV. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica atendidos en el Hospital de Apoyo Sullana II-2 Piura durante el año 2024, considerando las principales causas de cirrosis identificadas en esta población.

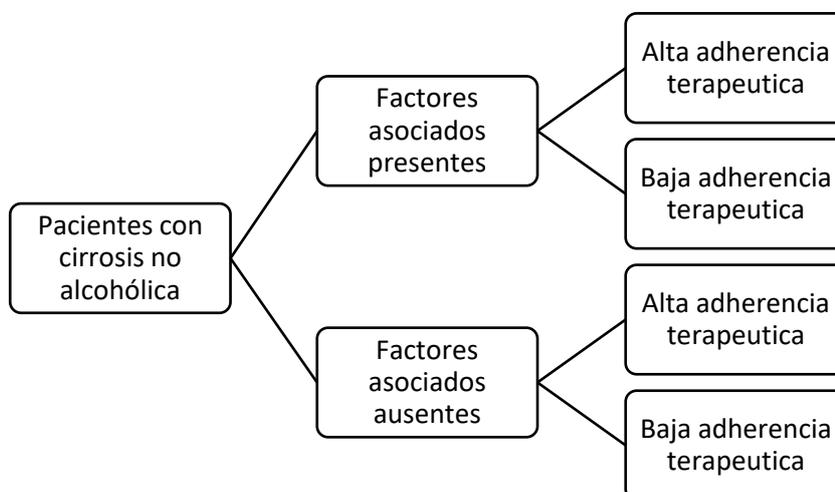
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar cómo las causas subyacentes de la cirrosis no alcohólica, como MASH y otras condiciones influyen en las decisiones de los pacientes sobre el tratamiento.
- Caracterizar las variables sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción, procedencia) de los pacientes con cirrosis no alcohólica y su posible influencia en el abandono del tratamiento.

- Evaluar la influencia de las comorbilidades asociadas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal, en la adherencia al tratamiento de los pacientes.
- Analizar cómo el tiempo de enfermedad afecta la continuidad del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica.
- Determinar la relación entre las barreras económicas y sociales, y su impacto en la adherencia al tratamiento médico y cambios en el estilo de vida.
- Examinar la percepción de la relación médico-paciente y su asociación con el cumplimiento del tratamiento en los pacientes estudiados.
- Evaluar el nivel de conocimiento y comprensión de los pacientes sobre la enfermedad y sus implicaciones en la adherencia terapéutica.
- Identificar las estrategias de intervención más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica según los resultados obtenidos.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO: Observacional analítico transversal



5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACIÓN UNIVERSO: Pacientes atendidos por el área de gastroenterología del hospital de Apoyo Sullana en el año 2024.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes atendidos en consultorio externo de gastroenterología con diagnóstico de cirrosis no alcohólica del hospital de Apoyo Sullana en el año 2024.

5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes diagnosticados de cirrosis no alcohólica por hepatitis tratados ambulatoriamente en el Hospital de Apoyo Sullana 2024.
- Pacientes diagnosticados de cirrosis no alcohólica por enfermedades autoinmunes tratados ambulatoriamente en el Hospital de Apoyo Sullana 2024.
- Pacientes diagnosticados de cirrosis no alcohólica por medicamentos tratados ambulatoriamente en el Hospital de Apoyo Sullana 2024.
- Pacientes diagnosticados de cirrosis no alcohólica por esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (DM tipo 2, obesidad, resistencia a la insulina, dislipidemias) tratados ambulatoriamente en el Hospital de Apoyo Sullana 2024.
- Pacientes con una edad superior a los 18 años.
- Pacientes con un historial de consumo de alcohol menor a 20gr/día en mujeres o 30gr/día en varones (1-2 vasos) durante al menos los últimos 5 años.
- Pacientes que deseen participar voluntariamente del presente estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes trasplantados o con neoplasia maligna de hígado.
- Pacientes con encefalopatía hepática
- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes que no deseen participar del estudio.
- Pacientes con diagnóstico de cirrosis alcohólica.

5.4. MUESTREO Y TIPO DE MUESTRA

Tipo de muestreo: no probabilístico

Muestreo probabilístico para estudio transversal con población definida

$$n_0 = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$$

Donde:

$Z_{1-\alpha/2}$: Valor para distribución de Gauss, 95% de confianza: (1,96)

Criterio para presencia de cirrosis no alcohol: 50% → P: 0,5

d: Precisión (5%)

Población aproximada: 200 pacientes con cirrosis no alcohólica.

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{0,05^2}$$

$$n_0 = 144,15$$

APLICANDO AJUSTE PARA POBLACIÓN

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$n = 74,78 \approx 75$ pacientes con cirrosis no alcohólica

$$n_0 = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{0,05^2}$$

$$n_0 = 144,15$$

APLICANDO AJUSTE PARA POBLACIÓN

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$n = 74,78 \approx 75$ pacientes con cirrosis no alcohólica

El resultado fueron 75 pacientes con cirrosis no alcohólica.

5.5. VARIABLES

Variable dependiente: Abandono del tratamiento.

Variable independiente: Cirrosis no alcohólica.

5.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable		Tipo	Escala	Definición operacional	Índice
Factores Socio-Demográficos y clínicos	Edad	Cuantitativa	ordinal	Edad del paciente	Años cumplidos
	Procedencia	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Lugar de residencia habitual	Urbana Rural
	Grado de Instrucción	Cualitativa Politómica	Nominal	Nivel más alto de educación formal que el paciente ha completado	Primaria Completa Secundaria Completa Superior
	Tiempo Enfermedad	Cuantitativa Dicotómica	Nominal	Tiempo mayor de 3 en años	< 3 años > 3años
	Comorbilidades	Cualitativa Politómica	Nominal	Presencia de una o más que ocurren junto con la enfermedad principal.	HTA DM II INSUFICIENCIA RENAL

Abandono del Tratamiento	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Medida en que el paciente sigue correctamente las indicaciones y recomendaciones del profesional de la salud respecto al plan de tratamiento	Si / No
Conciencia y comprensión.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Nivel en el que una persona es capaz de identificar, entender y recordar información específica sobre un tema de salud.	Si / No
Cambios en el estilo de vida	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Modificaciones observables en hábitos cotidianos relacionados con la salud, como la dieta, actividad física o consumo de sustancias, durante un período específico.	Si / No

<p>Barreras económicas</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Dificultades financieras que impiden el acceso a servicios de salud o tratamientos, medidas en función de ingresos, costos de atención o recursos disponibles.</p>	<p>Si / No</p>
<p>Apoyo social</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Percepción o disponibilidad de ayuda emocional, instrumental o práctica por parte de familiares, amigos o redes comunitarias en relación con una situación de salud.</p>	<p>Si / No</p>
<p>Relación médico paciente</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Grado en que se establecen interacciones de confianza, comunicación y respeto entre un médico y su paciente</p>	<p>Buen trato / Maltrato</p>

5.7. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

La investigación se inició coordinando con el director del Hospital De Apoyo Sullana II-2 y el servicio de Gastroenterología para obtener las aprobaciones necesarias asociadas al desarrollo del estudio.

Aquellos individuos que cumplieron con los criterios de selección se les proporciono una explicación concisa de la metodología del estudio.

A continuación, se proporcionó a los participantes un consentimiento informado que les permita tomar una decisión informada sobre su participación en la investigación. Posteriormente, se aplicó los instrumentos de la investigación a las personas diagnosticadas con cirrosis no alcohólica que reciben tratamiento en el servicio de gastroenterología del Hospital De Apoyo Sullana II-2.

Los datos recolectados fueron analizados utilizando el Sistema de Software Estadístico Stata.

El instrumento utilizado para evaluar las variables que influyen en el abandono del tratamiento, así como el cuestionario denominado abandono del tratamiento, han sido sometidos a evaluación por expertos para determinar su idoneidad para su aplicación. El instrumento utilizado en este estudio fue verificado por Correa-Carhuachin, resultando un coeficiente alfa de Cronbach de 0,77.

La puntuación de adherencia de 4 ítems de Morisky (MMAS-4) es una herramienta validada que se utiliza para evaluar la adherencia en enfermedades crónicas, tanto en poblaciones internacionales como nacionales. La puntuación es una evaluación sistemática en la que el paciente proporciona información auto declarada sobre el uso que hace de los medicamentos. Esto se realiza a través de una serie de 4 preguntas que requieren respuestas SÍ/NO.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se sometió a la evaluación y aprobación del Comité de Ética de la Investigación de esta institución. Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los usuarios evaluados, la muestra se recogió utilizando códigos alfanuméricos para salvaguardar su identidad de forma coherente.

LIMITACIONES:

Otra limitación que enfrentamos fue la variabilidad en la calidad y completitud de las respuestas obtenidas a través de los cuestionarios. Algunos pacientes tuvieron dificultades para entender ciertas preguntas, lo que resultó en respuestas incompletas o ambiguas.

VI. RESULTADOS

TABLA 01. CARACTERISITICAS GENERALES

	(n=75)	
	n	%
Edad		
Media	58	
Grado de instrucción		
Primaria	20	26.70%
Secundaria	35	46.60%
Superior	20	26.70%
Procedencia		
Urbano	18	24.00%
Rural	57	76.00%
Tiempo de enfermedad		
< 3 años	20	26.70%
≥ 3 años	55	73.30%
Comorbilidades		
HTA	29	38.66%
DM II	37	49.33%
IR	9	12.01%
Conciencia y comprensión.		
No	48	64.00%
Si	27	36.00%
Cambios en el estilo de vida		
No	50	66.67%
Si	25	33.33%
Barreras económicas		
No	48	64.00%
Si	27	36.00%
Apoyo social		
No	33	44.00%
Si	42	56.00%
Relación médico paciente		
Buen trato	27	36.00%
Mal trato	48	64.00%

En los resultados del estudio, describimos las características clínicas y demográficas de la población estudiada, compuesta por 75 pacientes con cirrosis no alcohólica. La mediana de edad de los pacientes fue de 58 años, con un rango de edades que oscila entre los 35 y los 80 años, mostrando una representación significativa de adultos mayores en nuestra muestra.

En relación con la procedencia, observamos que la mayoría de los pacientes provenían de zonas rurales, representando el 76% (57 pacientes), mientras que el 24% (18 pacientes) restante procedía de áreas urbanas. Esta distribución sugiere una mayor prevalencia de casos en zonas rurales, lo cual podría estar relacionado con factores socioeconómicos y de acceso a servicios de salud.

En términos de grado de instrucción, encontramos que el 26.7% (20 pacientes) había completado solo la educación primaria, el 46.6% (35 pacientes) tenía educación secundaria y el 26.7% (20 pacientes) había alcanzado un nivel de educación superior. Respecto al tiempo de enfermedad, el 26.7% (20 pacientes) había sido diagnosticado con cirrosis no alcohólica hace menos de 3 años, mientras que el 73.3% (55 pacientes) llevaba 3 años o más con la enfermedad.

En cuanto a las comorbilidades, un 38.66% (29 pacientes) presentaba hipertensión arterial, un 49.33% (37 pacientes) tenía diabetes mellitus tipo II y un 12.01% (9 pacientes) padecía insuficiencia renal crónica (IRC).

Respecto a la conciencia y comprensión de la enfermedad, el 64% (48 pacientes) no tenía una adecuada comprensión, mientras que el 36% (27 pacientes) sí la tenía. En términos de cambios en el estilo de vida, el 66.67% (50 pacientes) no realizó cambios significativos, en comparación con el 33.33% (25 pacientes) que sí implementó cambios.

En cuanto a las barreras económicas, el 64% (48 pacientes) no reportó tener dificultades económicas significativas para el acceso al tratamiento, mientras que el 36% (27 pacientes) sí las reportó. Además, en términos de apoyo social, el 56% (42 pacientes) indicó contar con apoyo social, mientras que el 44% (33 pacientes) no lo tenía.

Finalmente, en relación con la calidad de la relación médico-paciente, se observó que el 64% (48 pacientes) percibió un mal trato en su interacción con el personal médico, mientras que el 36% (27 pacientes) reportó haber recibido un buen trato.

Estos datos proporcionan una visión integral del perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes con cirrosis no alcohólica en nuestra muestra, destacando la importancia de factores como la procedencia, el grado de instrucción, el apoyo social y la relación médico-paciente en la gestión de esta enfermedad. La identificación de barreras económicas y la falta de cambios en el estilo de vida resaltan la necesidad de

intervenciones educativas y políticas para mejorar el acceso y adherencia al tratamiento.

TABLA 02 FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO

	SI (n=21)		NO (n=54)		p value
	n	%	n	%	
Edad					0.082
Media	58.43				
Grado de instrucción					0.084
Primaria	6	30	14	70	
Secundaria	6	17.14	29	82.86	
Superior	9	45	11	55	
Hipertensión					0.554
No	14	30.43	32	69.57	
Si	7	24.14	22	75.86.	
DM II					0.174
No	8	21.05	30	78.95	
Si	13	35.14.	24	64.86.	
IRC					0.704
No	18	27.27	48	72.73	
Si	3	33.33	6	66.67	
Procedencia					0.001
Rural	8	14.04	49	85.96	
Urbano	13	72.22	5	27.78	
Conciencia y comprensión.					0.44
No	12	57.14	36	66.67	
Si	9	42.96	18	33.33	
Cambios en el estilo de vida					0.275
No	12	57.14	38	70.36	
Si	9	42.96	16	29.63	
Barreras económicas					0.019
No	15	71.43	16	29.63	
Si	8	38.1	38	70.37	
Apoyo social					0.093
No	6	28.57	27	50	
Si	15	71.43	27	50	
Relación médico paciente					0.001
Buen trato	14	66.67	13	24.07	
Mal trato	7	33.33	41	75.93	

En la Tabla 02, se ha analizado la relación de diversos factores con el abandono del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica, utilizando la prueba de Chi-cuadrado para las variables cualitativas y la prueba T-Student para la variable cuantitativa (edad).

La edad promedio de los pacientes fue de 58.43 años. El valor p asociado a esta variable es 0.082, lo que indica que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el abandono del tratamiento, aunque se observa una tendencia hacia un mayor abandono en pacientes de mayor edad.

En cuanto al grado de instrucción, los resultados muestran que el 30% de los pacientes con educación primaria, el 17.14% con educación secundaria y el 45% con educación superior tienen un tratamiento adecuado. Por otro lado, el 70% de los pacientes con primaria, el 82.86% con secundaria y el 55% con educación superior abandonan el tratamiento. El valor p es 0.084, lo que sugiere que, aunque no es estadísticamente significativo, una mayor educación podría estar relacionada con una mejor adherencia al tratamiento.

Para la hipertensión arterial (HTA), el 30.43% de los pacientes sin HTA y el 24.14% de los pacientes con HTA tienen un tratamiento adecuado. En cambio, el 69.57% de los pacientes sin HTA y el 75.86% con HTA presentan un tratamiento inadecuado. El valor p de 0.554 no muestra una relación significativa entre la hipertensión y el abandono del tratamiento.

Con respecto a la diabetes mellitus tipo II (DM II), el 21.05% de los pacientes sin DM II y el 35.14% de los pacientes con DM II mantienen un tratamiento adecuado, mientras que el 78.95% de los pacientes sin DM II y el 64.86% de los que tienen DM II abandonan el tratamiento. El valor p es 0.174, lo que indica que no hay una asociación significativa entre la diabetes y el abandono del tratamiento.

En relación con la insuficiencia renal crónica (IRC), el 27.27% de los pacientes sin IRC y el 33.33% con IRC tienen un tratamiento adecuado. Sin embargo, el 72.73% de los pacientes sin IRC y el 66.67% de los pacientes con IRC abandonan el tratamiento. El valor p de 0.704 no muestra una relación significativa entre la insuficiencia renal y el abandono del tratamiento.

Un hallazgo importante fue en la procedencia de los pacientes. El 14.04% de los pacientes provenientes de áreas rurales y el 72.22% de los pacientes de áreas

urbanas mantuvieron un tratamiento adecuado. En contraste, el 85.96% de los pacientes rurales y el 27.78% de los pacientes urbanos abandonaron el tratamiento. El valor p de 0.001 muestra una asociación significativa entre la procedencia y el abandono del tratamiento, sugiriendo que los pacientes de áreas urbanas tienen una mayor adherencia al tratamiento en comparación con los de áreas rurales.

En cuanto a la conciencia y comprensión sobre la enfermedad, el 57.14% de los pacientes que no comprenden bien la enfermedad y el 42.96% de los que sí la comprenden mantienen un tratamiento adecuado. El valor p es 0.44, indicando que no hay una asociación significativa entre la comprensión de la enfermedad y el abandono del tratamiento.

En relación con los cambios en el estilo de vida, el 57.14% de los pacientes que no realizaron cambios en su estilo de vida y el 42.96% de los que sí los hicieron mantuvieron un tratamiento adecuado. El valor p es 0.275, lo que sugiere que los cambios en el estilo de vida no tienen una relación significativa con el abandono del tratamiento.

Respecto a las barreras económicas, se encontró que el 71.43% de los pacientes que no enfrentan barreras económicas mantienen un tratamiento adecuado, en comparación con el 38.1% de aquellos que sí enfrentan barreras. El valor p es 0.019, lo que indica una relación significativa entre las barreras económicas y el abandono del tratamiento, mostrando que los pacientes con menos dificultades económicas tienen una mejor adherencia al tratamiento.

El apoyo social mostró que el 28.57% de los pacientes sin apoyo social y el 71.43% de los que reciben apoyo mantienen un tratamiento adecuado. El valor p es 0.093, lo que sugiere una tendencia, aunque no significativa, hacia una mayor adherencia en pacientes que cuentan con apoyo social.

Finalmente, en cuanto a la relación médico-paciente, el 66.67% de los pacientes que reportaron un buen trato por parte de sus médicos mantuvieron un tratamiento adecuado, mientras que el 33.33% lo abandonó. Por el contrario, el 24.07% de los pacientes que percibieron un mal trato mantuvieron el tratamiento, mientras que el 75.93% lo abandonaron. El valor p de 0.001 muestra una relación significativa entre la calidad de la relación médico-paciente y el abandono del tratamiento, indicando que un buen trato médico está asociado con una mejor adherencia.

TABLA 03 TIEMPO DE ENFERMEDAD ASOCIADO AL ABANDONO DE TRATAMIENTO

	Adecuada (n=21)		Inadecuada (n=54)		p value
	n	%	n	%	
Tiempo de enfermedad					0.002
<3 años	11	55	9	45	
≥ 3 años	10	18.18	45	81.82	

En nuestra tabla 03, hemos evaluado la relación entre el tiempo de duración de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica.

Para esta variable, encontramos que el 55% de los pacientes con una duración de enfermedad menor a 3 años (11 de 20) presentan un tratamiento adecuado, en comparación con el 45% que tienen un tratamiento inadecuado. Por otro lado, solo el 18.18% de los pacientes con una duración de enfermedad igual o mayor a 3 años (10 de 55) tienen un tratamiento adecuado, mientras que el 81.82% presentan un tratamiento inadecuado.

El valor de p es 0.002, lo que indica una asociación significativa entre el tiempo de enfermedad y el abandono del tratamiento. Esto sugiere que los pacientes con una enfermedad crónica de larga data (≥ 3 años) tienen una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento en comparación con aquellos con una enfermedad de corta duración (< 3 años). En otras palabras, los pacientes que llevan más tiempo con la enfermedad tienden a abandonar el tratamiento.

TABLA 04 Riesgo relativo de los factores asociados significativos

	Modelo de regresión		p value
	OR	IC95%	
Tiempo de enfermedad			0.002
<3 años	base		
≥ 3 años	5.5	1.80. -18.95	
Procedencia			0.001
Urbano	base		
Rural	15.93	4.49. -40.92	
Barreras económicas			0.019

No	base	
Si	4.45	1.58-12.57
Relación médico paciente		0.001
Buen trato	base	
Mal trato	6.31	2.10-18.97

El Odds Ratio (OR) para el tiempo de enfermedad es 5.50, con un intervalo de confianza del 95% que varía entre 1.80 y 18.95. Esto indica que los pacientes con una duración de enfermedad de 3 años o más tienen 5.50 veces más probabilidades de abandonar el tratamiento en comparación con aquellos cuya enfermedad ha durado menos de 3 años. Este intervalo de confianza sugiere una asociación significativa y robusta entre una mayor duración de la enfermedad y el abandono del tratamiento. En otras palabras, a medida que la duración de la enfermedad se alarga, es mucho más probable que los pacientes abandonen su tratamiento, lo que subraya la importancia de intervenciones específicas para estos pacientes con enfermedades crónicas prolongadas.

El Odds Ratio para la procedencia es 15.93, con un intervalo de confianza del 95% que va desde 4.49 hasta 40.92. Este valor indica que los pacientes de áreas rurales tienen 15.93 veces más probabilidades de abandonar el tratamiento en comparación con los pacientes de áreas urbanas. Este alto Odds Ratio, junto con el intervalo de confianza, muestra una fuerte asociación entre vivir en áreas rurales y una mayor probabilidad de abandono del tratamiento. Este hallazgo sugiere que los pacientes rurales tienden a no adherirse al tratamiento, lo que podría reflejar diferencias en la accesibilidad o en la percepción del tratamiento entre zonas urbanas y rurales.

El Odds Ratio para la presencia de barreras económicas es 4.45, con un intervalo de confianza del 95% de 1.58 a 12.57. Esto sugiere que los pacientes que reportan barreras económicas tienen 4.45 veces más probabilidades de abandonar el tratamiento en comparación con aquellos que no enfrentan estas barreras, lo cual evidencia la importancia de factores financieros en la continuidad de los cuidados médicos.

Por último, el Odds Ratio para la relación médico-paciente es 6.31, con un intervalo de confianza del 95% que varía entre 2.10 y 18.97. Esto indica que los pacientes que perciben un mal trato por parte de su médico tienen 6.31 veces más probabilidades

de abandonar el tratamiento en comparación con aquellos que experimentan un buen trato. Este hallazgo resalta la importancia de una relación médico-paciente positiva para promover la adherencia y evitar el abandono del tratamiento.

VII. DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos sobre el abandono del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica revelan patrones significativos que merecen compararse con la literatura existente tanto a nivel internacional como nacional.

En nuestro estudio, encontramos que los pacientes con una duración de enfermedad de 3 años o más tienen 5.50 veces más probabilidades de presentar un tratamiento inadecuado en comparación con aquellos con menos de 3 años de enfermedad. Este resultado es coherente con la investigación de K. Kistler, quien observó que un conocimiento limitado sobre el autocontrol de la enfermedad, en parte relacionado con la duración de la enfermedad, puede contribuir a una adherencia deficiente. En su estudio, los pacientes mostraron una mejora en el conocimiento después de una intervención educativa, lo que resalta la importancia de la educación continua para la adherencia al tratamiento. La relación entre una mayor duración de la enfermedad y el abandono del tratamiento en nuestro estudio sugiere que los pacientes más experimentados en su enfermedad pueden enfrentar desafíos adicionales que afectan su adherencia, quizás relacionados con la familiaridad y la percepción de la gravedad de su condición.

Nuestros resultados muestran que los pacientes de áreas rurales tienen 15.93 veces más probabilidades de abandonar el tratamiento en comparación con los pacientes de áreas urbanas. Este hallazgo es particularmente interesante al compararlo con el estudio de Pitsavos C., que identificó factores como el olvido, estar fuera de casa y quedarse dormido como contribuyentes a la falta de adherencia. Aunque el estudio de Pitsavos se centró en la adherencia en un contexto hospitalario, nuestros resultados sugieren que los pacientes rurales posiblemente debido a las posibles barreras de acceso, tienden a no adherirse al tratamiento. Esto puede ser indicativo de una percepción diferente del cuidado y de las barreras específicas en áreas urbanas que no se capturan en el estudio de Pitsavos.

En el contexto nacional, el estudio de Mathiyalaguen V. sobre la escala MMAS-8 mostró una alta sensibilidad y especificidad en la identificación del incumplimiento del régimen de medicación. Aunque nuestra investigación no utilizó la escala MMAS-8, los resultados reflejan una realidad similar en cuanto a los desafíos de adherencia en pacientes con cirrosis. La escala MMAS-8 ha demostrado ser útil en la identificación

de pacientes no adherentes, lo cual resuena con nuestro hallazgo de que la duración prolongada de la enfermedad está asociada con una menor adherencia al tratamiento.

Heredia N. también proporciona una perspectiva relevante al encontrar que un porcentaje significativo de pacientes tiene una adherencia alta o media. Esto sugiere que, aunque una proporción considerable de pacientes en nuestro estudio puede estar enfrentando desafíos significativos, también hay una porción que muestra una adherencia adecuada. Comparar estas proporciones nos ayuda a entender mejor las variables que influyen en la adherencia y en el abandono del tratamiento en diferentes contextos.

En resumen, nuestros resultados sobre la duración de la enfermedad y la procedencia aportan una visión valiosa que complementa y amplía los hallazgos de estudios previos. La duración prolongada de la enfermedad y las diferencias geográficas en la adherencia al tratamiento subrayan la necesidad de estrategias de intervención específicas y personalizadas para mejorar la adherencia y reducir el abandono del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica.

VIII. CONCLUSIONES

1. Nuestro estudio identifica dos factores principales asociados al abandono del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica: el tiempo de enfermedad y la procedencia.
2. La muestra está compuesta principalmente por pacientes que provienen de áreas rurales. También se observan comorbilidades significativas como diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. La adherencia al tratamiento es baja, con una gran parte de los pacientes no siguiendo adecuadamente su régimen.
3. Encontramos que los pacientes con una enfermedad de larga duración tienden a abandonar el tratamiento con mayor frecuencia en comparación con aquellos que tienen una enfermedad de corta duración. Este hallazgo indica que la prolongación de la enfermedad puede contribuir al abandono del tratamiento.
4. El riesgo relativo muestra que los pacientes con una enfermedad prolongada y los que viven en áreas rurales tienen una probabilidad significativamente mayor de no adherirse al tratamiento. Estos factores están estrechamente relacionados con la falta de adherencia, destacando la necesidad de estrategias de intervención específicas para estos grupos.
5. Se encontraron variables significativas asociadas al abandono del tratamiento en pacientes con cirrosis no alcohólica: la duración de la enfermedad, la procedencia rural, las barreras económicas y la calidad de la relación médico-paciente.

IX. RECOMENDACIONES

- Fortalecer el apoyo a pacientes con enfermedad crónica prolongada: Implementar programas de seguimiento y apoyo continuo para pacientes con cirrosis no alcohólica que llevan más de 3 años con la enfermedad. Estos programas podrían incluir educación regular sobre la enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento, y el apoyo emocional para enfrentar los desafíos asociados con el manejo de una enfermedad crónica prolongada.
- Desarrollar estrategias específicas para pacientes de áreas rurales: Dado que los pacientes de zonas rurales tienen una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento, se recomienda establecer servicios de salud accesibles y adaptados a sus necesidades. Esto podría incluir la creación de clínicas móviles, telemedicina, y estrategias de transporte para facilitar el acceso a consultas y tratamientos.
- Implementar programas educativos adaptados al nivel educativo de los pacientes: Considerar el desarrollo de material educativo y talleres que se adapten a los diferentes niveles de educación de los pacientes. La educación efectiva debe centrarse en la importancia de la adherencia al tratamiento y cómo gestionar la enfermedad, utilizando un lenguaje claro y accesible para todos los niveles de instrucción.
- Mejorar la comunicación y el seguimiento de pacientes con comorbilidades: Dado que la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial son comorbilidades comunes en la muestra, se recomienda coordinar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes con sus otros proveedores de atención médica. Integrar el manejo de estas comorbilidades con la atención de la cirrosis puede mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados generales de salud.
- Evaluar e incrementar las intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento: Desarrollar y evaluar intervenciones específicas para abordar las barreras que enfrentan los pacientes en el seguimiento de su tratamiento. Esto puede incluir la introducción de recordatorios de medicación, asesoramiento personalizado sobre la gestión de la enfermedad, y estrategias de motivación para fomentar una mayor adherencia al tratamiento.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roesch-Dietlen, F., González-Santes, M., Sánchez-Maza, Y. J., Díaz-Roesch, F., Cano-Contreras, A. D., Amieva-Balmori, M., ... & Ortigoza-Gutiérrez, S. (2021). Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. *Revista de Gastroenterología de México*, 86(1), 28-35. Rodríguez Diaz, A. L. E. (2024).
2. Cirrosis hepática y su asociación a factores de riesgo en pacientes del Hospital Militar Central del Perú, 2017-2021.
3. Petroni M, Brodosi L, Bugianesi E, Marchesini G. Management of non-alcoholic fatty liver disease. *BMJ*. 2021;372. doi:10.1136/bmj.m4747.
4. Oraki M, Zare H, Hosseinzadeh Ghasemabad A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Treatment Adherence in People with Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2021. doi:10.18502/SSU.V29I2.6086.
5. Johari MI, Yusoff K, Haron J, et al. A Randomised Controlled Trial on the Effectiveness and Adherence of Modified Alternate-day Calorie Restriction in Improving Activity of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Scientific Reports*. 2019;9. doi:10.1038/s41598-019-47763-8.
6. Vera Leyton, C. F. (2023). Influencia de la funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con cirrosis hepática.
7. Bravo-Coello, J. R., Pacheco-Moreira, V. A., Monar-Goyes, M. C., & Chuncho-Romero, J. C. (2021). Manejo clínico y terapéutico en pacientes con cirrosis hepática. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 90-112.
8. Tincopa MA, Wong J, Feters M, Lok A. Patient disease knowledge, attitudes and behaviours related to non-alcoholic fatty liver disease: a qualitative study. *BMJ Open Gastroenterology*. 2021;8. doi:10.1136/bmjgast-2021-000634.
9. Crosby KM, Bigelow S, Sachs V, et al. What barriers delay treatment in patients with hepatitis C? *The Journal of Family Practice*. 2022;71(7) . doi:10.12788/jfp.0471.
10. Muthiah MD, Sanyal A. Current management of non-alcoholic steatohepatitis. *Liver International*. 2020;40:89-95. doi:10.1111/liv.14355.

11. Carrier P, Debette-Gratien M, Jacques J, Loustaud-Ratti V. Cirrhotic patients and older people. *World Journal of Hepatology*. 2019;11(9):663-677. doi:10.4254/wjh.v11.i9.663.
12. Powell, E. E., Wong, V. W. S., & Rinella, M. (2021). Non-alcoholic fatty liver disease. *The Lancet*, 397, 2212-2224. doi:10.1016/S0140-6736(20)32511-3.
13. Marjot, T., Moolla, A., Cobbold, J. F., Hodson, L., & Tomlinson, J. W. (2020). Non-alcoholic fatty liver disease in adults: Current concepts in etiology, outcomes and management. *Endocrine Reviews*. doi:10.1210/endrev/bnz009.
14. Younossi, Z. M. (2019). Non-alcoholic fatty liver disease: A global public health perspective. *Journal of Hepatology*, 70(3), 531-544. doi:10.1016/j.jhep.2018.10.033.
15. Friedrich P, Lam C, Kaur G, et al. Determinants of Treatment Abandonment in Childhood Cancer: Results from a Global Survey. *PLoS One*. 2016;11:1-15. doi:10.1371/journal.pone.0163090.
16. Mariz LS, Medeiros C, Enders B, et al. Risk factors associated with treatment abandonment by overweight or obese children and adolescents. *Investig Educ Enferm*. 2016;34:378-386. doi:10.17533/udea.iee.v34n2a18.
17. Hui J, Kench J, Chitturi S, et al. Long-term outcomes of cirrhosis in nonalcoholic steatohepatitis compared with hepatitis C. *Hepatology*. 2003;38:1-10. doi:10.1053/JHEP.200
18. Weaver M, Howard S, Lam C. Defining and Distinguishing Treatment Abandonment in Patients With Cancer. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2015;37:252-256. doi:10.1097/MPH.0000000000000319.
19. Khan R, Bril F, Cusi K, Newsome P. Modulation of Insulin Resistance in Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Hepatology*. 2019;70. doi:10.1002/hep.30429.
20. Barb D, Portillo-Sánchez P, Cusi K. Pharmacological management of nonalcoholic fatty liver disease. *Metab Clin Exp*. 2016;65(8):1183-1195. doi:10.1016/j.metabol.2016.04.004.
21. Alvarez EM, Seppa MJ, Messacar K, et al. Improvement of Abandonment of Therapy in Pediatric Patients with Cancer in Guatemala. *J Glob Oncol*. 2016;2(2). doi:10.1200/JGO.2016.004648.
22. Lassailly G, Caiazzo R, Pattou F, Mathurin P. Perspectives on Treatment for Nonalcoholic Steatohepatitis. *Gastroenterology*. 2016;150(8):1835-1848.

doi:10.1053/j.gastro.2016.03.004.

23. Leone A, Bertoli S, Bedogni G, Vignati L, Pellizzari M, Battezzati A. Association between Mediterranean Diet and Fatty Liver in Women with Overweight and Obesity. *Nutrients*. 2022;14(18):1–13.
24. Blaschke S, Schad N, Schnitzius M, Pelster K, Mess F. The Connection between Non-Alcoholic Fatty-Liver Disease, Dietary Behavior, and Food Literacy in German Working Adults. *Nutrients*. 2023;15(3):1–17.
25. Martínez-Pérez P, Orozco-Beltrán D, Pomares-Gómez F, Hernández-Rizo JL, Borrás-Gallén A, Gil-Guillén VF, et al. Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. *Aten Primaria [Internet]*. 2021;53(2):101942. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.007>
26. García-Muñoz AM, Victoria-Montesinos D, Cerdá B, Ballester P, de Velasco EM, Zafrilla P. Self-Reported Medication Adherence Measured with Morisky Scales in Rare Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthc*. 2023;11(11).
27. Violeta Correa-Carhuachin, Margaret Manayalle-Torres, Franco León-Jiménez, Fernando, Cubas-Benavides. Validación de un Instrumento para Medir el Nivel de Conocimiento sobre Hígado Graso no Alcohólico en Médicos Generales. *Rev Gastroenterol Perú [Internet]*. 2011;31–4:351–8. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v31n4/a08v31n4.pdf>
28. Conceptual PIM. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud.
29. Ortiz P, Perales A, Mendoza A, Morelo D, Zavala S. Código De Ética Y Deontología de la ciencia de la salud. Código Ética y Deontol [Internet]. 2020;27(7):18. Available from: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGÍA.pdf>

XI. ANEXOS

ANEXO 01

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Piura, 16 de marzo 2024.

ASUNTO: SOLICITUD DE APROBACION DEL COMITÉ DE ÉTICA.

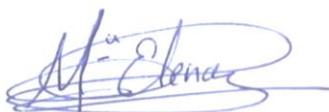
Dra. Katherine Lozano Peralta.

Yo, María Elena Bravo Tirado, alumna de la Universidad Privada Antenor Orrego filial Piura, de la Facultad de Medicina Humana, **con ID: 000134653**, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo requisito indispensable para poder optar por el título profesional de Médico Cirujano, recurro a usted con el fin que se revise mi proyecto de investigación titulado “**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CIRROSIS NO ALCOHOLICA DE UN HOSPITAL NIVEL II-2 PIURA 2024**”, para que así pueda emitirse la resolución correspondiente del Comité de Ética de la universidad.

Esperando una respuesta favorable me despido de usted no sin antes agradecer su comprensión y tiempo.

Atentamente,



MARÍA ELENA BRAVO TIRADO
ID:000134653

**ANEXO 2: CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MORISKY,
GREEN – LEVINE**

Evaluación de la adherencia terapéutica

Preguntas	SI	NO
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Olvida Tomar 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?		

**Para interpretar los resultados, se considera que un paciente es adherente al tratamiento si responde "No" a todas las preguntas del cuestionario. Por otro lado, si el paciente responde "Sí" a alguna de las preguntas, se interpreta como falta de adherencia al tratamiento.*

ANEXO 03: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Ficha: _____

Edad: _____

Procedencia	Urbana	<input type="checkbox"/>
	Rural	<input type="checkbox"/>
Grado de instrucción	Primaria completa	<input type="checkbox"/>
	Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
	Educación superior	<input type="checkbox"/>
HTA	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Tiempo de enfermedad	< 3 años	<input type="checkbox"/>
	>3 años	<input type="checkbox"/>
DM 2	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
IRC	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Relación medico-paciente	Buen trato	<input type="checkbox"/>
	Mal trato	<input type="checkbox"/>

ANEXO 04: INSTRUMENTO FACTORES QUE INFLUYEN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO CON CIRROSIS NO ALCOHOLICA.

Dimensión: Conciencia y comprensión.

1. ¿Está familiarizado/a con la cirrosis no alcohólica y sus implicaciones?

- a) Sí (0)
- b) No (1)

2. ¿Considera que la cirrosis no alcohólica es una enfermedad grave?

- a) Sí, estoy completamente consciente de la gravedad de la enfermedad. (0)
- b) Tengo cierta comprensión, pero me gustaría saber más al respecto. (1)
- c) No estoy seguro/a de la gravedad de la enfermedad. (2)

Dimensión: Cambios en el estilo de vida

3. ¿Cuánta importancia le da a seguir una dieta saludable para el tratamiento de la cirrosis no alcohólica?

- a) Muy importante, sigo rigurosamente las recomendaciones dietéticas. (0)
- b) Moderadamente importante, intento seguir las recomendaciones en la medida de lo posible. (1)
- c) No le doy mucha importancia, no sigo una dieta específica. (2)

4. ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio físico de forma regular?

- a) Al menos 3-4 veces por semana. (0)
- b) 1-2 veces por semana. (1)
- c) No realizo ejercicio físico regularmente. (2)

5. ¿Ha logrado mantener una pérdida de peso gradual y sostenida?

- a) Sí, he logrado perder peso y mantenerlo a lo largo del tiempo. (0)
- b) He perdido peso en algún momento, pero lo he recuperado. (1)

c) No he logrado perder peso de manera significativa. (2)

Dimensión: Apoyo social

6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia y amigos cercanos para el tratamiento de la cirrosis no alcohólica?

a) Sí, cuento con un fuerte apoyo de mi entorno cercano. (0)

b) Tengo cierto apoyo, pero me gustaría tener más respaldo. (1)

c) No cuento con apoyo de mi entorno cercano. (2)

7. ¿Ha considerado unirse a grupos de apoyo o redes de pacientes con la cirrosis no alcohólica?

a) Sí, actualmente formo parte de un grupo de apoyo o red de pacientes. (0)

b) Lo he considerado, pero aún no he encontrado uno adecuado. (1)

c) No he considerado unirme a un grupo de apoyo o red de pacientes. (2)

Dimensión: Efectos secundarios o molestias

8. ¿Ha experimentado efectos secundarios relacionados con el tratamiento de la cirrosis no alcohólica?

a) No, no he experimentado efectos secundarios significativos. (0)

b) Sí, he experimentado algunos efectos secundarios, pero son tolerables. (1)

c) Sí, los efectos secundarios han sido significativos y me han causado molestias. (2)

9. ¿En qué medida las intervenciones terapéuticas para la cirrosis no alcohólica le han generado incomodidad o malestar?

a) No me han causado molestias significativas. (0)

b) Algunas intervenciones han sido incómodas, pero las he tolerado. (1)

c) Las intervenciones terapéuticas me han causado malestar y dificultades para continuar el tratamiento. (2)

Dimensión: Barreras económicas

10. ¿Ha experimentado dificultades para acceder a servicios médicos relacionados con el tratamiento de la cirrosis no alcohólica?

- a) No, tengo acceso fácil y suficiente a los servicios médicos necesarios. (0)
- b) Sí, he enfrentado dificultades para acceder a los servicios médicos requeridos. (1)
- c) No he requerido servicios médicos específicos para la cirrosis no alcohólica. (2)

11. ¿Ha experimentado dificultades para costear los medicamentos o tratamientos relacionados con la cirrosis no alcohólica?

- a) No, puedo costear los medicamentos y tratamientos sin dificultad. (0)
- b) Sí, enfrento dificultades para costear los medicamentos o tratamientos requeridos. (1)
- c) No he necesitado medicamentos o tratamientos específicos para la cirrosis no alcohólica. (2)

Dimensión: Comorbilidades y otras prioridades de salud

12. ¿Tiene otras enfermedades crónicas además de la cirrosis no alcohólica?

- a) Sí, tengo otras enfermedades crónicas que requieren atención adicional. (0)
- b) No tengo otras enfermedades crónicas además de la cirrosis no alcohólica. (1)

13. En términos de prioridades de salud, ¿qué tan importante considera el tratamiento de la cirrosis no alcohólica en comparación con otras condiciones de salud que pueda tener?

- a) El tratamiento de la cirrosis no alcohólica es mi máxima prioridad en el cuidado de mi salud.
- b) El tratamiento de la cirrosis no alcohólica es importante, pero tengo otras condiciones que requieren atención similar. (1)
- c) Tengo otras condiciones de salud que considero más prioritarias que el tratamiento de la cirrosis no alcohólica. (2)