



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES DEL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

**LIMA, PERÚ, 2018- 2019**

**TESIS PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR  
LUCÍA BALVIN YANES  
JIMENA MARISOL CHAIÑA MEZA**

**ASESOR**

**DR. LLANOS TEJADA, FELIX K.  
DRA. VARGAS CÁRDENAS, GLORIA**

**LIMA, PERÚ  
2021**



**Reconocimiento - Sin obra derivada  
CC BY-ND**

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES DEL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

**LIMA, PERÚ, 2018- 2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**LUCIA BALVIN YANES**

**JIMENA MARISOL CHAIÑA MEZA**

**ASESOR**

**DR. LLANOS TEJADA, FELIX K.**

**DRA. VARGAS CÁRDENAS, GLORIA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## JURADO

- **PRESIDENTE:** Dr. Risof Solís Condor
- Dra. María Cristina Medina Pflucker
- Dr. José Wagner López Revilla

## DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes  
con su amor y apoyo  
incondicional nos dieron  
fuerzas para no rendirnos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por brindarnos todas las facilidades para la recolección de los datos y en especial a la Dra. Gloria Vargas Cárdenas por ser una guía excepcional al momento de realizar este trabajo.

A nuestro asesor de tesis, el Dr. Félix Konrad Llanos Tejada, por su gran paciencia y apoyo constante para la realización de este trabajo.

## ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIALES Y MÉTODOS	10
III. RESULTADOS	12
IV. DISCUSIÓN	16
V. CONCLUSIONES	20
VI. RECOMENDACIONES	21
VII. BIBLIOGRAFÍA	22

## RESUMEN

**Objetivos.** Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de erradicación de *Helicobacter Pylori* en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**Materiales y métodos.** Se realizó un estudio observacional analítico de cohorte prospectivo longitudinal donde se incluyó a 100 pacientes que iniciaron el tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*. Se aplicó el test de Morisky Green para medir la adherencia al tratamiento y el test de Batalla para medir el conocimiento sobre la infección de *Helicobacter pylori*. Se desarrolló la prueba Chi cuadrado para determinar la asociación de los factores con la adherencia al tratamiento y el análisis de regresión logística para estimar RR crudo y RR ajustado.

**Resultados.** De los 100 pacientes, se encontró que el 64% fueron mujeres. El promedio de edad fue de 49,9 años y el 65% fue adherente al tratamiento. Los factores asociados a falta de adherencia al tratamiento fueron edad menor de 50 años (RR ajustado: 3,95, IC 95%: 1,09-14,33), falta de estudios superiores (RR ajustado: 5,1, IC 95%: 1,26-20,5) y presencia de reacciones adversas (RR ajustado: 5,88, IC 95%: 1,56-22,2).

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes resultaron adherentes al tratamiento. Los factores de riesgo para la mala adherencia fueron la presencia de reacciones adversas, edad menor de 50 años y la falta de estudios superiores.

**Palabras clave:** Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Factores de riesgo; *Helicobacter pylori* (fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors associated with adherence to Helicobacter Pylori eradication treatment in patients with the infection.

**Materials and methods:** A longitudinal prospective cohort analytical observational study was conducted, including 100 patients who initiated Helicobacter pylori eradication treatment. The Morisky Green test was applied to measure adherence to treatment and the Battle Test was applied to measure knowledge about Helicobacter pylori infection. The Chi-square test was performed to determine the association of factors with adherence to treatment and logistic regression analysis to estimate crude RR and adjusted RR.

**Results:** Of the 100 patients, 64% were found to be female. The average age was 49.9 years and 65% were adherent to treatment. Factors associated with lack of treatment adherence were: age under 50 years (adjusted RR 3.95, 95% CI: 1.09 - 14.33), lack of higher studies (adjusted RR: 5.1, 95% CI:1.26-20.5) and presence of adverse reactions (adjusted RR:5.88, 95% CI:1.56-22.2).

**Conclusions:** Most patients were found to be adherent to the treatment. The risk factors for poor adherence were adverse reactions, age under 50 years and lack of higher education.

*Key words: Treatment Adherence and Compliance, Risk factors, Helicobacter pylori (Source: DeCS BIREME)*

## I. INTRODUCCIÓN

La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es una de las principales causas de enfermedades gastrointestinales superiores debido a su gran prevalencia a nivel mundial. Se calcula que aproximadamente el 50 % de la población está infectada por este microorganismo, siendo las cifras de prevalencia de 80-90% en África y Latinoamérica, y de 25-40% en Europa y Estados Unidos (1).

La infección por Hp está relacionada al desarrollo de gastritis crónica, úlcera péptica, linfoma MALT y cáncer gástrico(2), siendo este último el de mayor importancia ya que en un metaanálisis de 7 estudios prospectivos y aleatorizados, en zonas de alto riesgo (China) y con 14,3 años de seguimiento, demostró que los pacientes en los que no se erradicó *H. pylori*, el cáncer gástrico ocurrió en el 1,7%, mientras que en la población con erradicación de la bacteria, el cáncer gástrico ocurrió en el 1,1%, lo que representa una disminución del 30% de la mortalidad por cáncer gástrico(3).

En el caso de Perú, el cáncer gástrico es la primera causa de mortalidad asociada a neoplasias, representando un 14,7% en varones y 13,4% en mujeres (4). Así mismo, en el 2017 se realizó un estudio que determinó una seroprevalencia de 63.6% de infección por Hp en pobladores adultos de Lima (5), lo cual refleja el alto riesgo de población peruana de desarrollar patologías asociadas a la infección de tal bacteria en unos años.

La infección por Hp es tratable, y en los ensayos clínicos hay evidencia de una reducción del 30% al 40% de la incidencia de cáncer gástrico entre los pacientes tratados (5). Por tal motivo, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas establece como parte de la prevención primaria la erradicación de dicha bacteria (6).

El tratamiento contra el Hp fundamentalmente debe ser: eficaz, de bajo precio, con mínimas reacciones adversas y de sencilla administración. Sin embargo, los esquemas de tratamiento actuales presentan índices de fracaso de 20- 30% donde los principales factores son la no adherencia de los pacientes, y la resistencia bacteriana a los antibióticos utilizados (7,8). Adicionalmente, se ha observado en ensayos clínicos que la tasa de abandonos está asociada con la cantidad de dosis

empleada en el tratamiento y la presencia de efectos adversos de los medicamentos (9).

En un estudio (10) realizado en el año 2011 en Irán, se encontró que de 90 pacientes, el 81% fue adherente al tratamiento y estaba relacionado a la edad, siendo mayor la adherencia en aquellos menores de 30 años. Sin embargo, otro estudio (11) elaborado en el año 2015, en Nepal determinó que la buena adherencia al tratamiento estaba asociado al grado de instrucción, mientras que la no adherencia se veía influenciada por los efectos adversos del tratamiento.

Por lo tanto, existen diversos estudios que afirman que una buena adherencia está relacionada a la edad de la persona y el nivel de educación, siendo las personas más jóvenes y con mayor grado de instrucción las más adherentes (10,11). Por lo contrario, la mala adherencia estaría asociada a la presencia de efectos adversos, olvido e historia previa del tratamiento de erradicación de Hp (11, 12,13).

La no adherencia al tratamiento origina múltiples consecuencias como agravamiento de la enfermedad, incremento de la tasa de morbimortalidad, disminución de la calidad de vida, aumento de recursos sociosanitarios y proliferación de microorganismos resistentes (28,31). Es por ello que la OMS lo ha establecido como un «problema mundial de gran magnitud» y sugiere que las intervenciones para eliminar los factores que influyen en la no adherencia terapéutica son esenciales para mejorar la salud de la población (28).

En nuestro país, solo existen estudios relacionados a la efectividad de los diferentes esquemas de tratamiento y factores de riesgo que influyen en esta. Por tal motivo, la presente investigación tiene como objetivo general determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de la erradicación de *Helicobacter Pylori*, debido a que una correcta erradicación de esta disminuirá las tasas de reinfección y el progreso a un cáncer gástrico.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

### DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de tipo observacional analítica con diseño de cohorte prospectivo longitudinal, la población de estudio fue el grupo de pacientes con diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* con test de ureasa rápida positivo que fueron atendidos en el Centro de Endoscopía Digestiva del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de diciembre de 2018 a septiembre de 2019.

### PROCEDIMIENTOS

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, se empleó el diseño de muestra para cohortes con: riesgo en expuestos 35%, riesgo en no expuestos 10%, nivel de confianza de 95%, poder de muestra 80% y un error tipo II ( $\beta$ ) 20%, obteniendo un tamaño de muestra de 102 pacientes; sin embargo, solo se consideraron 100 pacientes quienes iniciaron el tratamiento de erradicación de Hp y que cumplieron con los criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años y que firmaron el consentimiento informado. Se procedió a realizar un test de Batalla (35), el cual constaba de 4 preguntas sobre el conocimiento de la infección por *Helicobacter pylori* y una ficha de recolección de datos que incluía: edad, sexo, nivel socioeconómico, grado de instrucción, polifarmacia, comorbilidades y si el paciente previamente había recibido tratamiento para el Hp.

Así mismo, se pidió el número de teléfono de cada paciente para llamarlo en un plazo no mayor a 1 semana, luego de finalizar el tratamiento de 14 días (a base de Lansoprazol 30mg + 2 amoxicilina 500mg + claritromicina 500 mg) tomando estos 4 medicamentos cada 12 horas, 30 minutos antes del desayuno y cena, para llevar a cabo el Test de Morisky Green (34) vía telefónica que consistía de 4 preguntas (si el paciente toma la medicación, si se olvida tomarla y si la suspende cuando se siente bien o mal) con el propósito de poder medir la adherencia al tratamiento en dichos pacientes.

### VARIABLES

Se consideró como variable dependiente la adherencia al tratamiento de la erradicación de *Helicobacter pylori*, la cual fue medida por medio del Test de Morisky Green.

Las variables independientes fueron edad, sexo, ingreso familiar mensual, grado de instrucción, historia previa de tratamiento de erradicación de Hp, reacciones adversas, comorbilidades, polifarmacia y el Test de Batalla (test de conocimiento de la infección por Hp).

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida de las fichas de recolección de datos y de los cuestionarios fueron ingresados a Excel, creando una base de datos para realizar el análisis estadístico en el programa SPSS 25. Para describir las características socioeconómicas de los pacientes se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para determinar la asociación entre las variables estudiadas y la adherencia al tratamiento de erradicación de Hp. Luego se calculó el riesgo relativo y el modelo de regresión logística (el cual cumplía con los supuestos de no linealidad y heterocedasticidad mediante método de la prueba de Levene), con un intervalo de confianza del 95% para determinar la asociación independiente de los factores con la adherencia al tratamiento.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

La evaluación ética del presente estudio fue realizada por los Comités de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres (Lima, Perú) y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Lima, Perú). Antes de realizar las encuestas se pidió el consentimiento informado y se asignó un código a cada paciente con el objetivo de mantener en el anonimato toda la información brindada.

## III. RESULTADOS

Se realizaron 120 encuestas, de las cuales 20 fueron anuladas, debido a que algunos pacientes no iniciaron el tratamiento, no respondieron la llamada o los números de teléfono brindados no fueron los correctos. Finalmente, se analizaron 100 encuestas.

Las características sociodemográficas de los pacientes se muestran en la Tabla 1. El sexo predominante fue el femenino con 64%, el grado de instrucción más frecuente fue el nivel superior con un 43%, y el 63% de los pacientes tiene un ingreso familiar mensual aproximado de 1500 soles. El promedio de edad de nuestra población fue 49.9 años  $\pm$  15,64 DE (rango 18-80), donde el 53% tenía una edad menor de 50 años. Además, la mayoría de los pacientes (65%) fue adherente al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*.

Los resultados del análisis bivariado se muestran en la Tabla 2. Las mujeres fueron más adherentes que los hombres (38% vs 27%); siendo no significativo. Las variables que mostraron asociación significativa con la adherencia al tratamiento fueron el desconocimiento de las enfermedades asociadas al Hp ( $p=0,04$ ), el grado de instrucción ( $p=0.01$ ) donde los pacientes con estudios superiores fueron más adherentes que los pacientes sin estudios superiores (34% vs 31%)  $p= 0.01$ , y la presencia de reacciones adversas ( $p= 0.003$ ).

En la Tabla 3 se muestra el análisis del riesgo mediante RR crudo y RR ajustado con regresión logística. Las variables asociadas a la adherencia al tratamiento fueron edad menor de 50 años (RR ajustado: 3.95, IC 95%: 1,09-14,33), no tener estudios superiores (RR ajustado: 5,1, IC 95%: 1,26-20,5) y presencia de reacciones adversas (RR ajustado: 5,88, IC 95%: 1,56-22,2).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes que recibieron tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* en el HNAL, 2018 - 2019.

---

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	36	36%
Femenino	64	64%
<b>Grado de instrucción</b>		
Analfabeto	4	4%
Primaria	15	15%
Secundaria	38	38%
Estudio superior	43	43%
<b>Ingreso familiar</b>		
Bajo < 1500	63	63%
Alto > 1500	37	37%
<b>Edad</b>		
< 50 años	53	53%
>50 años	47	47%

**Tabla 2.** Análisis bivariado entre la adherencia con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* en el HNAL, 2018-2019

Variables	adherente	no adherente	p valor
<b>Edad</b>			
Menores de 50 años	33 (33%)	20 (20%)	P>0.05
Mayores de 50 años	32 (32%)	15 (15%)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	27 (27%)	9 (9%)	P >0.05
Femenino	38 (38%)	26 (26%)	
<b>Grado de Instrucción</b>			
Estudios superiores	34 (34%)	9 (9%)	P<0.05 (0.01)
Sin estudios superiores	31 (31%)	26 (26%)	
<b>Ingreso Familiar</b>			
Ingreso alto	27 (27%)	10 (10%)	P>0.05
Ingreso bajo	38 (38%)	25 (25%)	
<b>Tratamiento primera vez</b>			
Si	46 (46%)	26 (26%)	P>0.05
No	19 (19%)	9 (9%)	
<b>Polifarmacia</b>			
Si	9 (9%)	8 (8%)	P>0.05
No	56 (56%)	27 (27%)	
<b>Comorbilidad</b>			
Si	20 (20%)	15 (15%)	P>0.05
No	45 (45%)	20 (20%)	
<b>Conocimiento de la infección por Hp (Test de batalla)</b>			
Si	12 (12%)	3 (3%)	P>0.05
No	53 (53%)	32 (32%)	
<b>Conocimiento de las enfermedades asociadas al Hp</b>			
Si	14 (14%)	2 (2%)	P<0.05 (0.04)
No	51 (51%)	33 (33%)	
<b>Reacciones Adversas</b>			
Si	39 (39%)	31 (31%)	P<0.05 (0.003)
No	26 (26%)	4 (4%)	

**Tabla 3.** Factores asociados a la adherencia en pacientes que recibieron tratamiento de la

erradicación de Helicobacter pylori en el HNAL,  
2018-2019

VARIABLES	RR crudo	IC 95%	RR ajustado	IC 95%
<b>Edad</b>				
Menores de 50 años	1.126	0.775- 1.635	3.95	1.09- 14.33
<b>Grado de Instrucción</b>				
Sin estudios superiores	1.558	1.130- 2.146	5.1	1.26 - 20.5
<b>Conocimiento de las enfermedades asociadas al Hp</b>				
No	1.20	1.03- 1.39	5.21	0.87 - 31.2
<b>Reacciones Adversas</b>				
Si	1.476	1.171- 1.861	5.88	1.56- 22.2

#### IV. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que los factores asociados a la adherencia al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de diciembre de 2018 hasta setiembre de 2019 fueron las reacciones adversas medicamentosas, el grado de instrucción y la edad. El resto de las variables no demostró ser estadísticamente significativo o ser factor de riesgo.

Los resultados hallados muestran que el 65% de los pacientes fueron adherentes. En contraste, con un estudio realizado por Abbasinazari y col. (10) donde se determinó que el 81% de los pacientes presentaba una buena adherencia. Del mismo modo, en un estudio realizado en el 2015 por Shakya y col. (11), los resultados indicaron que el 85.7% fueron adherentes al tratamiento. Esta diferencia del nivel de adherencia al tratamiento se debe a que en nuestro estudio tuvimos una menor población de pacientes con estudios superiores en comparación con investigaciones previas (43% vs 71.4%) (11). Por lo tanto, esto se vería influido en el entendimiento de los pacientes a las instrucciones de la prescripción de los medicamentos, así como el cumplimiento de la toma de estos en un horario establecido. Así mismo, el método empleado para medir la adherencia en tales estudios (10, 11) no estuvo bien definido, a diferencia de la utilizada en el presente estudio ya que nos basamos en el Test de Morisky Green. Por consiguiente, el uso de otro instrumento de medición podría explicar el por qué los resultados fueron distintos.

La infección por *Helicobacter pylori* fue más frecuente en mujeres (64%), lo cual concuerda con los estudios realizados por Abbasinazari y col. (10) y Lefebvre et al. (12) donde se encontró que el 58.8% y 51% eran del sexo femenino respectivamente. Sin embargo, los estudios realizados por Shakya y col (11) demostraron el predominio del sexo masculino con un 57.1%.

Nuestro estudio encontró que la edad más frecuente fue la menor de 50 años (53%), y al realizar el análisis multivariado se determinó que la edad menor de 50 años representa 3.9 veces más riesgo de mala adherencia al tratamiento. Por otro lado, el estudio realizado por Abbasinazari y col. (10) demostró que las personas menores de 30 años (26.6%) cumplían de un mejor modo su esquema de tratamiento. Esta diferencia se podría ver influenciada a que ambos estudios

representan poblaciones distintas, así como a la forma de categorización de la variable edad y al dato ausente de la media de edad de tal estudio.

Se evidenció que los pacientes sin estudios superiores presentaron 1.55 veces más riesgo de ser no adherentes al tratamiento, siendo este corroborado en el análisis multivariado (RR ajustado: 5,1, IC 95%: 1,26-20,5). Resultados similares se hallaron por Lefebvre et al. (12) donde los participantes que tuvieron perfecta adherencia tenían un nivel de educación alto. Del mismo modo, Shakya y col (11) encontraron que el 85.7% de pacientes adherentes, la mayoría de estos recibieron algún tipo de educación (71.67%).

Los pacientes que presentaron reacciones adversas tuvieron 5.8 veces más riesgo de tener mala adherencia que aquellos que no lo presentaron. En nuestro estudio, las reacciones adversas más frecuentes fueron el sabor amargo en la boca después de la toma de medicación y epigastralgia (datos no mostrados). Se encontraron hallazgos similares por Shakya y col (11), quienes determinaron una asociación significativa entre las reacciones adversas y la adherencia al tratamiento, donde los pacientes refirieron síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, constipación, sabor metálico, entre otros. Al igual que el estudio de Lefebvre et al. (12) donde los pacientes que reportaron pobre adherencia presentaron dolor de estómago, dificultad para tragar las pastillas y mal sabor de estas. Además, Li y col (16) también hallaron en su estudio que el abandono al tratamiento estuvo relacionado a los efectos adversos de los medicamentos.

No hubo asociación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre la adherencia de los pacientes a los factores: sexo, polifarmacia, comorbilidad, test de conocimiento sobre la infección por *Helicobacter pylori*, tratamiento por primera vez y el ingreso familiar mensual. Algunos de nuestros pacientes utilizaban 3 o más medicamentos concomitantes a los prescritos para el tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*, además de presentar comorbilidades. Sin embargo, no se encontró relación con la adherencia, al igual que el estudio realizado por Abbasinazari y col. (10). Caso contrario a lo reportado por Lefebvre et al. (12) para el factor sexo, donde se halló que aquellos pacientes que tuvieron perfecta adherencia fueron en su mayoría varones; esta diferencia se debe probablemente a que los varones representaron

el 52% de los pacientes, mientras, que en nuestro estudio las mujeres representaron el 64% de los pacientes.

Respecto al test de conocimiento sobre la infección por *Helicobacter pylori* no se encontró asociación con la adherencia al tratamiento. Sin embargo, al realizar el análisis estadístico con las cuatro preguntas del Test de Batalla se encontró que el 34% de la población refirió no saber qué tipo de agente era el Hp. Así mismo, se preguntó sobre las enfermedades asociadas al Hp y el 84% desconocía cuales eran.

Por otro lado, el 98% consideraba que era necesario cumplir con el tratamiento para curarse de la infección por Hp, y el 74% afirmaba que dicho tratamiento podría generarles ciertas reacciones adversas. Además, se evidenció que desconocer las enfermedades asociadas al Hp tenía 1.2 veces más riesgo de ser no adherente al tratamiento (RR crudo: 1,2, IC 95%: 1,03-1,39); sin embargo, no demostró ser un factor de riesgo independiente al análisis multivariado.

El hecho de que en nuestro estudio no se haya encontrado asociación entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento se debe a la falta de disposición por parte del médico de explicar a sus pacientes acerca de la infección por Hp. En contraste, a un estudio realizado por Martínez y col. (37) donde se realizó un seguimiento por 9 meses a pacientes con hipertensión arterial a cargo de médicos de medicina familiar, se encontró que el 86.6% de los pacientes que presentaron adherencia al tratamiento de hipertensión arterial tenía conocimiento de su enfermedad.

En cuanto al régimen de tratamiento, el estudio de Abbasinazari y col. (10) no encontró relación con la adherencia de los pacientes y las reacciones adversas. En nuestro estudio no se pudo demostrar tal factor ya que se utilizó el mismo esquema de tratamiento para todos los participantes.

Nuestro estudio tuvo varias limitaciones. No se llegó a la muestra esperada ya que muchos de los pacientes encuestados no iniciaron el tratamiento y el número telefónico brindado no fue el correcto o no contestaron. Así mismo, los estudios empleados para esta discusión no usaron el mismo instrumento de medición.

Cabe resaltar que no se dispuso de bibliografía nacional para contrastar los resultados del estudio. La discusión se basó en bibliografía internacional y los estudios citados sólo midieron asociación de los factores a la adherencia mas no el riesgo.

## **V. CONCLUSIONES**

La mayoría de los pacientes fueron adherentes al tratamiento. La presencia de reacciones adversas, tener una edad menor de 50 años y no tener estudios superiores fueron los factores de riesgo para la mala adherencia al tratamiento. De esto se deduce que el problema es de carácter multifactorial, y es de suma importancia intervenir ya que uno de los principales motivos del fracaso de tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* es la no adherencia. Por lo tanto, se requiere de un abordaje integral mediante programas de promoción y prevención en los centros de salud donde se les informe a los pacientes acerca de las enfermedades relacionadas el Hp y la importancia de su erradicación.

Cabe resaltar que esta investigación aporta información valiosa sobre la adherencia al tratamiento en la erradicación de Hp, en vista que actualmente no se disponen de estudios nacionales similares sobre este tema.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Se deben desarrollar estrategias de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* de forma que esto no solo ayudará a que la población logre una exitosa erradicación del *Helicobacter pylori*, sino además que goce de calidad de vida y evite las complicaciones que genera esta bacteria.

Así mismo, el personal de salud debe entender la importancia de que solo se logrará una buena adherencia al tratamiento si es que el paciente conoce su enfermedad. De ahí radica la importancia del seguimiento por parte del médico tratante y la buena comunicación que éste mantenga con su paciente.

Por otro lado, se recomienda realizar estudios a nivel nacional para determinar no solo cuál es el porcentaje de paciente adherentes sino además saber cuál es la prevalencia nacional de pacientes con infección por Hp.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Molina-Infante J, Corti R, Doweck J, McNicholl A, Gisbert J. Avances recientes en el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2017; 47(1): 75-85.
2. Ramírez Ramos A, Sánchez R. *Helicobacter pylori* y cáncer gástrico. *Rev Gastroenterol Perú*. 2008; 28(3):258-66.
3. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Rev. Chil. Cir.*2017; 69(6):502–507.
4. Ramos Muñoz WC, Venegas Ojeda DR. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, MINSA. 2013;1(1):61-70.
5. Pareja Cruz A, Mejía N, Javier P, García P, Francisco J. Seroprevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en población adulta de Lima, Perú 2017. *Horiz Méd.* 2017;17(2):55-8.
6. Manrique Hinojosa J. Programa Nacional de Prevención Nacional de Cáncer Gástrico y de Colon: Definiciones y Objetivos. INEN [internet]. 2012[citado 14 mar 2018]:63. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/091115\\_CANCER%20GASTRICO%20-%20JEMH.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/091115_CANCER%20GASTRICO%20-%20JEMH.pdf).
7. Ramírez Ramos A, Sánchez Sánchez R. *Helicobacter pylori* 25 años después (1983 -2008): epidemiología, microbiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Rev Gastroenterol Perú*. 2009;29(2):158-70.
8. Chey WD, Wong BCY, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology Guideline on the Management of *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroenterol*. 2007;102(8):1808-25.
9. Red de Centros de Información de Medicamentos de Latinoamérica y el Caribe. Nuevas pautas para la erradicación de *Helicobacter pylori*. *INFAC*. 2017; 25(5): 42-49.
10. Abbasinazari M, Sahraee Z, Mirahmadi M. The Patients' Adherence and Adverse Drug Reactions (ADRs) which are Caused by *Helicobacter pylori* Eradication Regimens. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2013;7(3):462-6.

11. Shakya Shrestha S, Bhandari M, Thapa SR, Shrestha R, Poudyal R, Purbey B, et al. Medication Adherence Pattern and Factors affecting Adherence in Helicobacter Pylori Eradication Therapy. Kathmandu Univ Med J KUMJ. 2016;14(53):58-64.
12. Lefebvre M, Chang H-J, Morse A, van Zanten SV, Goodman KJ. Adherence and barriers to H. pylori treatment in Arctic Canada. Int J Circumpolar Health [Internet]. 2013[citado 12 abril 2018];72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3887371/>
13. Kim BJ, Kim H-S, Song HJ, Chung I-K, Kim GH, Kim B-W, et al. Online Registry for Nationwide Database of Current Trend of Helicobacter pylori Eradication in Korea: Interim Analysis. J Korean Med Sci. 2016;31(8):1246-53.
14. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú. 2017, 26(21): 706-708.
15. Novoa Reyes I, Caravedo Martínez M, Mercado Tenorio JH, De los Ríos Senmache R, Pinto Valdivia J, Bussalleu Rivera A. Recurrencia de la infección gástrica con Helicobacter pylori en adultos peruanos con distrés postprandial dos años después de la erradicación exitosa. Rev Gastroenterol Perú. 2014;34(1):15-21.
16. Li H, Liang X, Chen Q, Zhang W, Lu H. Inappropriate treatment in Helicobacter pylori eradication failure: a retrospective study. Scand J Gastroenterol. 2018;53(2):130-3.
17. Warren JR, Marshall B. Unidentified Curved Bacilli On Gastric Epithelium In Active Chronic Gastritis. The Lancet. 1983;321(8336):1273-5.
18. Klein PD, Opekun AR, Smith EO, Klein PD, Graham DY, Graham DY, et al. Water source as risk factor for Helicobacter pylori infection in Peruvian children. The Lancet. 1991;337(8756):1503-6.
19. Diaconu S, Predescu A, Moldoveanu A, Pop C, Fierbințeanu-Braticevici C. Helicobacter pylori infection: old and new. J Med Life. 2017;10(2):112-7.
20. Valdivia Roldán M. Gastritis y gastropatías. Rev Gastroenterol Perú. 2011;31(1):38-48.

21. Turner JR. Tubo digestivo. En: Mitchell R, Kumar V, Abbas A, Aster J, autores. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 8va ed. España: Elsevier saunders; 2010. p. 763-831.
22. Mattson Porth C, Fisiopatología. 7a ed. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana; 2006.
23. CTO 8° edición DIGESTIVO [Internet]. [Citado 20 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/119855099/CTO-8-edicion-DIGESTIVO>
24. Grupo CTO. Manual CTO de digestivo y Cirugía general. Edición grupo CTO. Madrid: CTO MEDICINA S.L.; 2011.
25. Correa P, Piazuelo MB. Helicobacter pylori Infection and Gastric Adenocarcinoma. US Gastroenterol Hepatol Rev. 2011;7(1):59-64.
26. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. Am J Gastroenterol. 2017;112(2):212-39.
27. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción. OMS [Internet]. 2004 [citado 30 de marzo de 2018]:17-18. Disponible en: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
28. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009; 41:342-8.
29. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Rev Iberoam Psicol Salud. 2016;7:25-30.
30. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cuba Angiol Cir Vasc. 2015;16(2):175-89.
31. msdmanuals.com [internet]. Filadelfia. Manual MSD; [citado 20 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/farmacolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica/factores-que-afectan-la-respuesta-a-los-f%C3%A1rmacos/cumplimiento-de-la-pauta-de-administraci%C3%B3n>

32. Barroso AV, Domínguez MTF. Intervenciones para los cuidados del paciente polimedicado. (I): El paciente crónico polimedicado, conceptos esenciales. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud. 2014:136.
33. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97.
34. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.
35. Chamorro MÁR, García-Jiménez E, Gil AB, Chamorro AR, Merino EMP, Dáder MJF, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. Pharm Car Esp. 2009;11(4):183-191.
36. Teshome DF, Bekele KB, Habitu YA, Gelagay AA. Medication adherence and its associated factors among hypertensive patients attending the Debre Tabor General Hospital, northwest Ethiopia. Integr Blood Press Control. 2017;10:1-7.
37. Martínez E, García R, Álvarez A. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. Med Gen Fam. 2019; 8 (2): 56-61.