



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DEL HELICOBACTER PYLORI. HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2022

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Enfermería en
Gastroenterología y Endoscopia Gastrointestinal

Autora:

Calderón Pineda, Tania Rosario

Asesora:

Vergaray Aliaga, Aquilina Lucil

Jurado:

Castilla Vicente, Teresa Jesús

Aguilar Pajuelo, Blanca Elvira

Galarza Soto, Karla Vicky

Lima - Perú

2022

Referencia:

Calderón, T. (2022). *Eficacia del programa educativo en la adherencia al tratamiento del Helicobacter pylori. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6329>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DEL HELICOBACTER PYLORI. HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2022.

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Enfermería en Gastroenterología y
Endoscopia Gastrointestinal

Autor:

Calderón Pineda, Tania Rosario

Asesora:

Vergaray Aliaga, Aquilina Lucila

Jurado:

Castilla Vicente, Teresa Jesús

Aguilar Pajuelo, Blanca Elvira

Galarza Soto, Karla Vicky

Lima – Perú

2022

Índice

	Pág.
Índice de tablas.....	iv
Índice de figuras.....	vi
Índice de anexos.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Descripción y formulación del problema.....	10
1.2. Antecedentes.....	12
1.2.1. Internacionales.....	12
1.2.2. Nacionales.....	14
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. General.....	16
1.3.2. Específico.....	16
1.4. Justificación.....	16
1.5. Hipótesis.....	16
II. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Bases teóricas.....	18
2.1.1. Eficacia.....	19
2.1.2. Adherencia al tratamiento.....	20
2.1.3. Programa educativo de salud.....	26
2.1.4. Helicobacter Pylori.....	33
2.1.5. Principios éticos.....	40
2.1.6. Consentimiento informado.....	41

III. MÉTODO.....	44
3.1. Tipo de investigación.....	44
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	44
3.3. Variables.....	44
3.4. Población y muestra.....	44
3.5. Instrumentos.....	45
3.6. Procedimientos.....	47
3.7. Análisis de datos.....	48
IV. RESULTADOS.....	49
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	64
VI. CONCLUSIONES.....	67
VII. RECOMENDACIONES.....	69
VIII. REFERENCIAS	70
IX. ANEXOS.....	75

Índice de tablas

Tabla 1. Pacientes con Helicobacter Pylori según su edad y etapa de vida al realizar el programa educativo.....	49
Tabla 2. Pacientes con Helicobacter Pylori según su sexo al realizar el programa educativo.....	50
Tabla 3. Pacientes con Helicobacter Pylori según su ocupación al realizar el programa educativo.....	51
Tabla 4. Pacientes con Helicobacter Pylori según el tipo de indicación brindado por el médico al realizar el programa educativo.....	52
Tabla 5. Nivel de conocimiento de pacientes con Helicobacter Pylori positivo según el Pre test.....	53
Tabla 6. Nivel de conocimiento de pacientes con Helicobacter Pylori después del programa educativo según el Post test.....	54
Tabla 7. Factor de cumplimiento del tratamiento que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori.....	55
Tabla 8. Factor de implicancia personal que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori	56
Tabla 9. Factor de relación transaccional que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori.....	57
Tabla 10. Grado de adherencia terapéutica según MBG relacionado con el público objetivo.....	58
Tabla 11. Grado de adherencia terapéutica según MBG (Adheridos totales, Adheridos parciales o No adheridos).....	59

Tabla 12. Eficacia del programa educativo en pacientes con *Helicobacter Pylori* aplicando el pre y post test.....60

Tabla 13. Influencia del programa educativo en la adherencia al tratamiento en pacientes con *Helicobacter Pylori*.....62

Índice de figuras

Figura 1. Pacientes con Helicobacter Pylori según su etapa de vida al realizar el programa educativo.....	50
Figura 2. Pacientes con Helicobacter Pylori según su sexo al realizar el programa educativo.....	51
Figura 3. Pacientes con Helicobacter Pylori según su ocupación al realizar el programa educativo.....	52
Figura 4. Pacientes con Helicobacter Pylori según el tipo de indicación brindado por el médico al realizar el programa educativo.....	53
Figura 5. Nivel de conocimiento de pacientes con Helicobacter Pylori positivo según el Pre test.....	54
Figura 6. Nivel de conocimiento de pacientes con Helicobacter Pylori después del programa educativo según el Post test.....	55
Figura 7. Factor de cumplimiento del tratamiento que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori.....	56
Figura 8. Factor de implicancia personal que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori	57
Figura 9. Factor de relación transaccional que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori.....	58
Figura 10. Grado de adherencia terapéutica según MBG relacionado con el público objetivo.....	59
Figura 11. Grado de adherencia terapéutica según MBG (Adheridos totales, Adheridos parciales o No adheridos).....	60

Índice de anexos

Anexo A. Consentimiento informado de aceptación del proyecto de investigación.....	75
Anexo B. Pre test / Post test sobre Helicobacter Pylori.....	76
Anexo C. Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG (Martín– Bayarre–Grau).....	78
Anexo D. Infografía del Helicobacter Pylori.....	80
Anexo E. confiabilidad del pre y post test.....	82
Anexo F. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau).....	83
Anexo G. Matriz de consistencia.....	84

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia del programa educativo en la adherencia al tratamiento con *Helicobacter Pylori*. **Método:** El tipo de investigación es cuasi experimental, de diseño longitudinal y método descriptivo, cuya población está conformada por 60 pacientes, un muestreo no probabilístico, de tipo por conveniencia, quienes cumplen los criterios de inclusión y a quienes se aplicó el Pre y Post Test del programa educativo y el cuestionario MBG. **Resultados:** El 53% de los pacientes después de realizar el programa educativo optaron por consumir alimentos bien lavados y el 47% por alimentos cocidos. Se visualizó que los 3 factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con *Helicobacter Pylori* del Hospital Nacional Arzobispo Loayza tienen una tendencia creciente en la eficacia del programa educativo, obteniendo el 81% para el factor de cumplimiento; seguido el 77.5% para el factor de implicancia y finalmente el 71.9% para el factor de relación transaccional. Se observó que los pacientes al recibir el programa educativo, el 48.3% son adheridos totales con una eficacia del 80.9%, el 51.7% son adheridos parciales con una eficacia del 73.9% y en forma global se logra una eficacia del 77.3%. **Conclusiones:** Se logró determinar la eficacia del programa educativo en cuanto a la adherencia al tratamiento y como éste se relaciona e influye de manera significativa y positivamente en los pacientes con *Helicobacter Pylori* del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, considerándose un programa muy beneficioso e importante para la recuperación de la salud y el bienestar de dichos pacientes.

Palabras claves: eficacia, programa educativo, adherencia al tratamiento, *Helicobacter Pylori*.

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of the educational program in adherence to treatment with *Helicobacter Pylori*. **Method:** The type of research is quasi-experimental, with a longitudinal design and a descriptive method, whose population is made up of 60 patients, a non-probabilistic sampling, of a convenience type, who meet the inclusion criteria and to whom the Pre and Post Test of the program was applied educational and the MBG questionnaire. **Results:** 53% of the patients after completing the educational program chose to consume well-washed food and 47% for cooked food. It was observed that the 3 factors that influence adherence to treatment in patients with *Helicobacter Pylori* at the Hospital National Arzobispo Loayza have a growing trend in the effectiveness of the educational program, obtaining 81% for the compliance factor; followed by 77.5% for the implication factor and finally 71.9% for the transactional relationship factor. It was observed that patients receiving the educational program, 48.3% are fully adhered with an efficacy of 80.9%, 51.7% are partial adhered with an efficacy of 73.9% and globally an efficacy of 77.3% is achieved. **Conclusions:** It was possible to determine the effectiveness of the educational program in terms of adherence to treatment and how it relates to and influences significantly and positively in patients with *Helicobacter Pylori* at the Hospital National Arzobispo Loayza, considering it a very beneficial and important program for the recovery of the health and well-being of said patients.

Keywords: efficacy, educational program, adherence to treatment, *Helicobacter Pylori*.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo, es decir tomar la medicación de acuerdo con la dosis, el programa prescrito y la persistencia de tomar la medicación a lo largo del tiempo. También lo definió como el grado en el que la conducta y comportamiento de un paciente, en relación con la toma de su medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de sus hábitos de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud. La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar. (Pfizer, 2021).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que la adherencia requiere la conformidad y aceptación del paciente respecto a las recomendaciones del personal de la salud y además, considerando a los pacientes como socios activos de los profesionales de la salud en su propia atención, además han resaltado el aporte de las familias, las comunidades y las organizaciones de pacientes en este tema, y los consideran “factores clave en la mejora de la adherencia terapéutica”, mucho más cuando se trata de pacientes crónicos. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

1.1. Descripción y formulación del problema

Hoy en día se conoce que el *H. Pylori* tiene un papel muy importante en la patogénesis del cáncer gástrico y de la úlcera duodenal por lo que es considerado un agente carcinogénico por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC)/OMS por que incrementa seis veces más la aparición de cáncer. (Gonzales, 2018).

En el caso de Perú, el cáncer gástrico, es la primera causa de mortalidad asociada a neoplasias. Así mismo, en el 2017 se realizó un estudio que determinó una seroprevalencia de 63,6% de infección por *Helicobacter Pylori* en pobladores adultos de Lima, lo cual refleja el alto riesgo de la población peruana de desarrollar patologías asociadas a la infección de tal bacteria en años próximos. (Vargas et al., 2020).

En el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se observa y evidencia gran incidencia de pacientes con *Helicobacter Pylori* tanto en consultorio con resultados de anatomía patológica ya definidos o como en el área de procedimientos a través de una endoscopia digestiva alta presentando signos definitorios a causa de esta bacteria lo cual se confirman con un test de ureasa, alcanzando en el 2020 un 71% de pacientes con *Helicobacter Pylori*. Al ser una población numerosa los que acuden al servicio de Gastroenterología y un porcentaje significativo los que tienen dicha enfermedad, muchos de ellos no le toman la importancia debida a las posibles consecuencias al no ser tratados oportunamente, es por ello que se considera de suma importancia la creación de un programa educativo que influya en la adherencia al tratamiento, ya que éste es un fenómeno determinado por la interacción de múltiples factores como sociales, económicos, los relacionados con la enfermedad, con el sistema de salud, con el paciente y con el tipo de terapia, logrando que dichos pacientes puedan evitar mayores complicaciones siendo uno de ellos el cáncer gástrico en sus diferentes fases o estadios.

Problema

¿Cuál es la eficacia del programa educativo en la adherencia al tratamiento en pacientes con *Helicobacter Pylori* en el servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Soler et al. (2021). Desarrollaron la investigación sobre “PROGRAMA EDUCATIVO PARA FAVORECER LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE MANZANILLO”. Desarrollaron la investigación por que encontraron como evidencia las dificultades que presentan los pacientes para poder adherirse a los tratamientos. Objetivo: evaluar la efectividad de un programa educativo, basado en el Modelo de Creencias de Salud, para favorecer la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos del Consultorio Médico de Familia No. 6, del Policlínico Universitario “Ángel Alfonso Ortiz Vázquez”, del municipio Manzanillo, Granma. Método: se realizó un estudio de intervención, cuasi experimental, en el período septiembre 2018 - abril 2019. El universo estuvo constituido por los 80 pacientes hipertensos que se encontraban en la adultez media. La muestra quedó conformada por 18 pacientes. En el proceso investigativo se emplearon el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) y una encuesta elaborada por las autoras. Resultados: después de aplicar el programa, predominaron los pacientes con una adherencia parcial con un 55,60%. El 83,3% poseía una susceptibilidad percibida alta y el 94,4% una severidad percibida alta. El 100% percibió muchos beneficios tanto del tratamiento farmacológico como del higiénico-dietético y el 77,8% notó pocas barreras. Conclusiones: el programa educativo fue efectivo pues se incrementa la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, se eleva la susceptibilidad y severidad percibidas acerca de las complicaciones de la hipertensión y los beneficios percibidos con respecto al tratamiento superan las barreras.

Matute et al. (2019). Realizaron un trabajo de investigación cuyo título es “DETERMINANTES EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO CONTRA *HELICOBACTER PYLORI* EN EL PUESTO DE SALUD JUAN RAMÓN DELGADILLO

EN EL PERIODO DE MAYO 8 OCTUBRE 2018. LEÓN. NICARAGUA”, donde determinaron el grado de adherencia de acuerdo con el esquema de tratamiento utilizado y la relación de las características socio-demográficas y clínicas con la adherencia. La población en estudio fueron los pacientes encontrados en las hojas de consulta con diagnóstico de infección por H. Pylori, de los cuales 2 de ellos no fueron entrevistados ya que no estaban presentes al momento de la visita casa a casa, y 5 pacientes no contaban con expediente al momento de la revisión, siendo el universo de 32 pacientes. Con respecto a la adherencia, 29 pacientes utilizaron el tratamiento triconjugado estándar; donde 17 de estos cumplieron completamente el esquema. Por otro lado, 3 participantes fueron retratados con el esquema (Omeprazol 20mg BID + Levofloxacin 500mg ID + Amoxicilina (500mg) 1gr BID) de los cuales 2 hicieron cumplimiento total. Se utilizó el test de Morisky-Green del cual resultó que 59.3% de los pacientes fueron adherente al tratamiento. La no adherencia fue 40.7%, siendo la principal razón el olvido de la toma del tratamiento con 37.5%. Lo siguiente fue problemas con la entrega del tratamiento por parte del centro de salud, ya que solo se daba una parte de este (Omeprazol y Amoxicilina), Claritromicina y Levofloxacin los pacientes lo tenían que comprar, seguido de falta de confianza en el tratamiento, el 21.9% confiaba un poco y 3.1% no confiaba. El 49.6% presentó reacciones adversas, siendo las más frecuentes náuseas, diarrea y epigastralgia; ninguno abandonó el tratamiento.

Bueno (2019). Desarrolló una investigación sobre “INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: REVISIÓN DE LOS RESULTADOS PUBLICADOS. SEVILLA, ESPAÑA” En el presente trabajo, se hizo un estudio acerca de la efectividad de las intervenciones aplicadas hasta el 2019 con el fin previamente nombrado. Hay ocho prototipos diferentes de intervenciones (técnicas educativas, conductuales, de apoyo social y familiar, terapias directamente observables, psicológicas, combinadas y dirigidas a los profesionales sanitarios), así como diversas y diferentes estrategias encuadradas en alguno de

esos tipos. Los resultados fueron que un gran número de ellas sí conseguían el objetivo perseguido, mejorar los niveles de adherencia en los pacientes mientras que otras no llegaron incluso en alguna ocasión a empeorarla. Sin embargo, es de importancia destacar que muchos de esos estudios presentaban un alto riesgo de sesgo, lo que sugiere la necesidad de redefinir los diseños experimentales para mejorar la calidad de la evidencia que avalen intervenciones sobre los pacientes.

Hernández et al. (2018). Realizaron una investigación sobre: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE LOS CENTROS DE SALUD DE QUITO”, el estudio determinó la adherencia al tratamiento en pacientes tomados de 3 centros de atención primaria de salud de Quito, Ecuador. Se realizó un estudio observacional y prospectivo. Se identificó a pacientes ($n = 80$) que recibieron algún tipo de tratamiento farmacológico ambulatorio y se realizó el seguimiento de su adherencia al tratamiento. Se encontró que 1 de cada 4 pacientes (25%) olvida tomar al menos 1 dosis de su tratamiento y, 2 de cada 5 (40%) no cumplen los horarios establecidos para la toma de medicación, independientemente de la patología o la duración del tratamiento. Por tanto, resulta indispensable implementar nuevos y diferentes instrumentos que permitan, al personal de salud, contribuir activamente a cambiar esta realidad.

1.2.2. Nacionales

Vargas et al. (2020). Realizaron la investigación titulada: “ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE PERÚ”, cuya investigación determinó los factores asociados a la adherencia al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con la infección. 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*. 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, falta de estudios superiores y presencia de reacciones adversas. Conclusiones: La mayoría de los pacientes resultaron adherentes al tratamiento. Los factores de riesgo para mala adherencia fueron la presencia de reacciones adversas, edad menor de 50 años y la falta de estudios superiores.

Mariño y Villalba (2017). Realizaron un trabajo de investigación titulado: “FACTORES ASOCIADOS A LA FALLA DEL TRATAMIENTO DE *HELICOBACTER PYLORI* EN UNA CLÍNICA PRIVADA DEL PERÚ”, cuya investigación identificó la frecuencia y los factores asociados a la falla del tratamiento para la erradicación de *Helicobacter pylori* (Hp). Métodos: se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en el cual se incluyeron pacientes atendidos de forma ambulatoria con diagnóstico de infección por Hp que hayan recibido tratamiento y hayan tenido un control dentro de los tres meses post-tratamiento en una clínica privada entre los meses de enero del 2014 y diciembre del 2015. Se consideró falla al tratamiento cuando presentaba un test de ureasa de aliento positivo entre 1 y 3 meses posteriores a terminado el tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo. Resultados: Se incluyó 581 pacientes, de los cuales 58,5% fueron mujeres. La edad promedio fue de $48,1 \pm 14,3$ años. El 29,8% presentaron falla al tratamiento. La terapia triple estándar tuvo una frecuencia de falla de 33,3%. Los pacientes que usaron terapia cuádruple con salicilato de bismuto como terapia tuvieron 55% menos riesgo de presentar falla al tratamiento en comparación con las demás terapias usadas. Asimismo, quienes habían presentado una infección previa por Hp tuvieron 1,73 veces más riesgo de tener falla al tratamiento frente a los que no presentaron

dichas condiciones. Conclusión: se encontró una alta frecuencia de falla al tratamiento contra Hp utilizando la terapia triple estándar. Los factores asociados hallados fueron infección previa y uso de terapia cuádruple.

1.3. Objetivos

1.3.1. General:

Determinar la eficacia del programa educativo en la adherencia al tratamiento del *Helicobacter Pylori*, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022.

1.3.2. Especifico:

- a) Evaluar la eficacia del programa educativo en los pacientes con *Helicobacter Pylori*, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022.
- b) Determinar el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con *Helicobacter Pylori*, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022.
- c) Identificar la influencia del programa educativo en la adherencia al tratamiento en pacientes con *Helicobacter Pylori*, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022.

1.4. Justificación

Teniendo en cuenta que en muchos países y en el nuestro, la pobre adherencia al tratamiento representa una carga económica importante; mejorarla podría representar una fuente importante de mejoramiento sanitario, social y económico.

La educación en salud ha sido siempre una parte importante de las intervenciones de Enfermería y piedra angular de la Promoción de la Salud; por lo tanto, la educación demanda una participación activa de dichos profesionales quienes deben implementar metodologías en

el proceso de “aprender”; es decir, cuyo objetivo es crear una situación en la que se desarrollen ideas, modifiquen creencias y actitudes permitiendo adoptar nuevos hábitos y conductas.

A la vista de los hechos, tenemos un problema de salud de gran magnitud en el que hay mucho por hacer, educando no sólo al paciente sino a familiares y en definitiva a toda la población, y puesto que la forma de trabajo en Enfermería contempla la necesidad e importancia de la educación, y es quien generalmente se apropia de este papel. Es hora de cambiar la mirada y comprender la necesidad de asumir la mejora de la adherencia terapéutica como una estrategia de trabajo prioritario, como una inversión que permitirá abordar efectivamente la problemática, ya que son consideradas como una estrategia costo-efectiva y puede mejorar el perfil de la salud de la población si se logran resultados adecuados, no se puede desconocer la fuerte relación entre adherencia, autocuidado y educación donde Enfermería juega un papel protagónico en la búsqueda del bienestar y autonomía del paciente.

Así mismo, la falta de adherencia que se establece como un gran reto para los sistemas de salud de todo el mundo, debe empezar a ser prioridad como tema de investigación con el fin de encontrar soluciones que permitan enfrentarla efectivamente. En definitiva, el papel educador basado en fundamentos teóricos y resultados investigativos que debe desempeñar el profesional de Enfermería, es un cimiento esencial que se debe fortalecer para enfrentar la problemática presentada.

1.5. Hipótesis

H₁: La eficacia del programa educativo influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con *Helicobacter Pylori*, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022.

H₀: La eficacia del programa educativo no influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con *Helicobacter Pylori*, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

Eficacia: Proviene del latín *eficacia*, que significa, la capacidad de alcanzar el efecto que se espera o se desea tras la realización de una acción. Según el diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española señala que *eficacia* significa “virtud, actividad, fuerza y poder para obrar”. (Lam y Hernández, 2008).

Programa educativo de salud: Es un programa de salud pública centrado en el autocuidado que permite brindar una información detallada, clara y precisa del manejo de la patología a pacientes y a sus cuidadores; el cual incluye una información verbal y escrita sobre comportamientos que se espera que el paciente desarrolle y mantenga en un futuro cercano. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Helicobacter Pylori: Es una bacteria que está relacionada con el desarrollo de la úlcera gástrica y duodenal, cáncer gástrico, gastritis crónica y linfoma MALT por lo que su diagnóstico precoz y su tratamiento adecuado son relevantes. La prevalencia es alta en países en vías de desarrollo y baja en países desarrollados. (Diest, 2021).

Adherencia al tratamiento: Hace referencia al modo en el que el paciente cumple con la pauta terapéutica prescrita, así como su compromiso con el proceso, tomando un papel activo en la gestión del mismo. Para que un paciente mejore su adherencia debe adquirir un papel activo en el proceso de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar la capacidad de su autocuidado. (Ricote, 2019).

2.1.1. Eficacia

Según el DRAE, la eficacia es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Hace referencia al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales. La eficacia es el nivel de consecución de metas y objetivos, por lo que hace referencia a nuestra capacidad para lograr lo que nos proponemos. (Lacoste, 2013).

2.1.1.1. Medidas a utilizar para valorar la eficacia: Distintas formas de intervención médica y de salud producen resultados diferentes como medida de la eficacia. A corto plazo, un resultado exitoso de una intervención se diferencia del resultado que se podría esperar después de un programa educativo destinado a ayudar a una persona a mejorar sus conocimientos y habilidades para adoptar una vida saludable. A largo plazo, ambos están dirigidos a reducir el impacto de la enfermedad. Por ello, es esencial proporcionar un marco que contribuya a definir los resultados asociados a la actividad de promoción de la salud. De este modo, la valoración de la eficacia consiste en la verificación del cumplimiento de los objetivos del programa.

La medida de la eficacia de un programa es fundamental para el mejoramiento continuo de los dispositivos de asistencia. El criterio para estimar el desenlace de una intervención debe tratar de reducir los sesgos subjetivos, incluyendo procedimientos controlados, aunque las evaluaciones cualitativas también resulten convenientes. Los dominios imprescindibles para apreciar la eficacia de un programa consisten en el estado psicológico del paciente, la reincidencia en los resultados, la situación familiar, legal, laboral, el estado emocional y clínico médico. El diseño de un sistema de evaluación debe contemplar indicadores que permitan optimizar el funcionamiento de los dispositivos terapéuticos. La evaluación puede apuntar a la pertinencia de la atención brindada, al cumplimiento de las normas de calidad requeridas por los entes reguladores, al tipo de conformación de redes de servicios, a la dotación de recursos

humanos, técnicos y profesionales disponibles, a la infraestructura edilicia y tecnológica, y a la satisfacción subjetiva del paciente o de sus responsables. (Merino et al., 1999).

2.1.2. Adherencia al tratamiento

En el año 2003, la OMS definió el término adherencia como el grado en el que la conducta o comportamiento de un paciente, en relación con la toma de su medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida, corresponde a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Esta definición se basa en la propuesta por Haynes en el año 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere del consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional de la salud y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor de la adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta. (Haynes et al., 2004).

La falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para cuantificar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables.

La falta de adherencia es un “problema mundial de gran magnitud”, ya que, a pesar de que la medicina ha avanzado de manera sorprendente en las últimas décadas, otorgando cada vez un mayor conocimiento sobre las enfermedades y con ello la existencia de numerosos tratamientos médicos sumamente eficaces, la incidencia y prevalencia de muchos

padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada, como resultado de que las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, y no se han observado cambios significativos a través del tiempo. (Ortega et al., 2018).

2.1.2.1. Estrategias para promover el cumplimiento terapéutico: La literatura médica recoge un amplio número de artículos de investigación sobre las diferentes estrategias diseñadas para mejorar la adherencia a la medicación prescrita. De manera general, se pueden agrupar en las siguientes categorías:

a) Técnicas: Normalmente dirigidas a simplificar el régimen de prescripción reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando, por ejemplo, fármacos en combinación a dosis fijas.

b) Conductuales: Las más comunes proveen al paciente de recordatorios o ayudas de memoria (a través de llamadas telefónicas, mensajes postales o correo electrónico), de sistemas de dosificación con alarmas que recuerdan la hora de la toma o de organizadores de medicación. Otra clase de intervención consiste en monitorizar la toma de medicación por medio de calendarios de cumplimiento donde se anota que se ha tomado la medicación y ofrecer recompensas en caso de cumplimiento terapéutico.

c) Educativas: Aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento de conocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia a éste.

d) De apoyo social y familiar: Las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social (programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para el pago de la medicación, prescripción de

medicamentos con mejor relación coste-beneficio), y la implicación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.

e) Dirigidas al profesional sanitario, la administración y la industria farmacéutica: Tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educativos sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales normalmente basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. En lo que respecta a la industria, las intervenciones deben ir dirigidas a la investigación y el desarrollo de formulaciones alternativas que permitan simplificar la posología o facilitar la administración de medicamentos.

f) Combinadas: Realizan varias intervenciones de forma paralela.

Dado el origen multifactorial del incumplimiento del tratamiento y que en general las actuaciones van dirigidas a personas concretas, no hay ninguna estrategia individual que haya resultado eficaz para todos los pacientes y para todas las enfermedades. Las estrategias que han demostrado mayor eficacia combinan dos o más intervenciones. Además, es necesario personalizar las intervenciones que estarán dirigidas a mejorar la adherencia en función de los factores implicados y las características individuales del paciente. (Dilla et al., 2009).

2.1.2.2. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento: La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. La OMS describe la adherencia al tratamiento como un comportamiento complejo del paciente influido por múltiples factores clasificados en 5 dimensiones:

a) Factores socioeconómicos: Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo, el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

b) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia en salud: Una buena relación profesional de la salud-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo y estos son: servicios de salud poco desarrollados con planes de salud inadecuados o insuficientes, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema de salud para que los profesionales puedan educar a los pacientes sobre su enfermedad y autocuidado. Finalmente, hay que mencionar la falta de conocimiento de los profesionales sobre la conducta de la adherencia del tratamiento y la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico.

c) Factores relacionados con la enfermedad: Constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes de la

adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

d) Factores relacionados con el tratamiento: Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

e) Factores relacionados con el paciente: Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, percepciones y creencias de la persona frente a su enfermedad, las actitudes (motivación) y las expectativas del paciente.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se han demostrado que influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico y la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad.

La motivación del paciente para adherirse al tratamiento prescrito es influenciada por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costo-beneficio) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse si se busca mejorar la adherencia. (Reyes et al., 2016).

2.1.2.3. Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento: La OMS enumera las siguientes consecuencias:

a) Consecuencias clínicas:

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- **Aumenta el riesgo de toxicidad:** el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- **Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa:** especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes.

b) Consecuencias económicas: Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia.

El gasto en la salud del estado se puede incrementar considerablemente por la atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas

previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia, hospitalización como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20% los costos de la salud pública.

c) Consecuencias psicológicas: El padecimiento de una enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional a esto, en el desenvolvimiento de la vida de las personas, además genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo. Igualmente, incide en la esfera de la orientación vocacional y laboral del enfermo al tener que reajustar metas y propósitos que pueden afectar su vida económica, interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles habituales y las responsabilidades que tiene en la familia, lo que puede aumentar el sufrimiento de los allegados. (Lago, 2015).

Las tasas globales estiman que al menos el 73% de los pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico usan más de un medicamento, y el 29% restante ingiere cuatro o más pastillas al día. Estudios realizados prueban que cuanto mayor es el número de medicamentos utilizados por el paciente, menor es el grado de adherencia al tratamiento, es decir, la incidencia de falta de adherencia al tratamiento se vuelve mayor.

2.1.3. Programa educativo de salud

Es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

Por lo general, un programa de salud consta de diversas partes. En principio, se plantea una introducción con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, posteriormente se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir. Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Entre los objetivos fundamentales del lanzamiento de un programa de salud se encuentran la prevención de todo tipo de enfermedades y el eficaz desempeño de los profesionales en las respectivas áreas de salud. (Perez y Gardey, 2008).

2.1.3.1. Plan Educativo de Enfermería: La educación en salud ha sido siempre una parte importante de las intervenciones de Enfermería y piedra angular de la promoción de la salud; por lo tanto, la educación demanda una activa participación de dichos profesionales quienes deben implementar metodologías en el proceso de “aprender”; es decir, su objetivo es crear una situación en la que se desarrollen ideas que modifiquen creencias y actitudes, que permitan adoptar nuevos hábitos y conductas. A la vista de los hechos tenemos un problema de salud de gran magnitud en el que hay mucho por hacer, educando no sólo al paciente sino a los familiares y en definitiva a toda la población, y puesto que la forma de trabajo del profesional de Enfermería contempla la necesidad e importancia de la educación es quien generalmente se apropia de este papel.

El estudio realizado por Achury, cuyo objetivo fue determinar el efecto de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes, el cual contribuyó con el diseño de un instrumento de medición de la adherencia en dichos pacientes y de un plan educativo, éste arrojó como resultado una diferencia estadísticamente

significativa al determinar el grado de adherencia antes y después de la intervención educativa, demostrando que la intervención educativa permite capacitar al paciente en el manejo adecuado de su tratamiento farmacológico y no farmacológico y al establecimiento de una relación estrecha entre el profesional de Enfermería y el paciente, facilitando la adecuada transmisión de conocimientos, motivación y participación del paciente y su familia en el día a día de su enfermedad. Sin embargo, uno de los ideales y propósitos en la adherencia al tratamiento del paciente es que alcance un grado adherencia total para lo cual es necesario seguir en un continuo proceso educativo y un seguimiento más estrecho.

Según Fleury, el papel del profesional de Enfermería, está enfocado en ayudar a los pacientes a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida, que les ayude a disminuir riesgos e incapacidades. Por ello, es esencial que los Enfermeros desarrollen el conocimiento que se requiere para ayudar a los pacientes y familiares a que inicien y mantengan comportamientos congruentes con los esfuerzos que se hacen para reducir los riesgos.

La educación constituye una herramienta fundamental que debe estar liderada por el profesional de Enfermería, pues para que los pacientes enfrenten eficazmente las exigencias relacionadas con el tratamiento impuestas por su enfermedad deben ser informados, motivados y capacitados. Enfermería, desempeña una función importante al fomentar el optimismo y alentar el mantenimiento de los comportamientos de salud contribuyendo de esta manera a una adecuada adherencia y fortalecimiento del autocuidado.

El plan educativo de Enfermería es una herramienta educativa centrada en el autocuidado que permite brindar una información detallada, clara y precisa del manejo de la patología a pacientes y a sus familiares y/o cuidadores; el cual incluye información verbal y escrita sobre comportamientos que se esperan que el paciente desarrolle y mantenga en un futuro cercano. (Giraldo, 2009).

La no adherencia a los regímenes del tratamiento es un desafío persistente para el profesional de Enfermería y demás profesionales de la salud. Se calcula que la proporción de pacientes que no logran adherirse a los regímenes prescritos comprende de un 20 a 80%. Los profesionales de Enfermería son conscientes de las consecuencias de la no adherencia y su costo elevado para el paciente, la comunidad y el sistema de atención de salud.

El Consejo Internacional de Enfermeras (ICN, por su sigla en inglés) calcula que hay cerca de 12 millones de profesionales de Enfermería en todo el mundo con una comprensión adecuada de la dinámica de la adherencia y las técnicas para evaluar y vigilar los problemas de la no adherencia, estos millones de profesionales de la salud constituyen una fuerza formidable para mejorar la adherencia y los resultados de la atención. Su presencia en todos los entornos de atención de salud y su cercanía a los pacientes se combinan para colocarlos en la posición de participar en las estrategias sostenidas para poder mejorar la adherencia terapéutica.

Las intervenciones de Enfermería para multiplicar la adherencia deben basarse en enfoques innovadores que incluyan la prescripción por estos profesionales, la participación del paciente en el autocuidado, la evaluación y el monitoreo continuo de los regímenes de tratamiento. Tales enfoques deben fomentar asociaciones terapéuticas entre pacientes y personal de Enfermería que sean respetuosos de las creencias y elecciones del paciente para determinar cuándo y cómo deben seguir los regímenes de tratamiento. Por medio del contacto sostenido, el personal de Enfermería puede forjar una alianza terapéutica con los pacientes y sus familiares prestando apoyo constante para la toma de los medicamentos recomendados. Algunas técnicas de monitoreo de la adherencia incluyen el tratamiento directamente observado (TDO), el recuento de comprimidos, las entrevistas consideradas moralmente neutras y la revisión de los medicamentos. Las estrategias de enfermería para mejorar la adherencia son:

- La evaluación del grado de la adherencia mediante preguntas no amenazantes.
- Preguntar acerca de los efectos colaterales de la medicación y su efecto sobre la calidad de vida del paciente.
- Educar a los pacientes sobre su enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento, modo en que ayudará el cumplimiento del tratamiento, efectos colaterales o adversos posibles y cómo afrontarlos.
- Sugerir señales y recordatorios como los programas detallados, integrar los momentos de medicación con los hábitos diarios, usar pastilleros, alarmas y localizadores, etc.
- Alentar al paciente para que cultive las relaciones terapéuticas con los profesionales de la salud y converse con los miembros de la familia. (OMS, 2004).

2.1.3.2. Adherencia al tratamiento como acto de autocuidado: Encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto, en la literatura anglosajona los más utilizados son: el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

De acuerdo a la definición de Haynes, se puede afirmar que la adherencia es un comportamiento complejo que implica cambios en el estilo de vida, por lo que no es una conducta al igual que el autocuidado que se asume por obediencia, sino que requiere de las capacidades de la agencia de autocuidado.

Del concepto de agente de autocuidado planteado por Orem, se deducen algunas capacidades que son necesarias para mantener conductas de adherencia, estas son:

- Capacidad para generar nuevas condiciones tanto en sí mismos como en el ambiente.
- Conocer, analizar, deducir y actuar.

- Utilizar los recursos y tecnologías actuales necesarias.
- Plantearse metas con relación al estado de salud, que den una dirección a las acciones de autocuidado.

Dicho lo anterior se puede concluir que, si la adherencia al tratamiento es un resultado deseado de autocuidado, es de esperar que la capacidad de agencia de autocuidado entendida como las habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas, siendo indispensables para realizar cualquier acción de autocuidado; especialmente cuando existe un problema de salud, afecta a la adherencia del mismo modo que afecta al autocuidado. Por esta razón, resulta esencial que los pacientes desarrollen habilidades relacionadas con los conocimientos mínimos sobre su enfermedad y el tratamiento indicado, facilitando una conducta o actitud cumplidora. Por lo tanto, los pacientes deben creer en el régimen terapéutico prescrito, entenderlo y conocerlo detalladamente.

Pero existe una discusión en torno a la definición de adherencia dada por Haynes, pues plantea una visión pasiva del paciente. De este modo, Di Matteo y Di Nicola plantearon una nueva definición del término “adherence” como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa para ponerlo en práctica, de ese modo involucraría una participación activa de la persona.

Por otro lado, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o un programa de tratamiento, asimismo, poner en práctica de manera continua las indicaciones de

este, evitar los comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida, las conductas saludables.

La percepción individual es elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse y está muy influenciada por la estructura de la personalidad y las creencias en salud. Una persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción. De acuerdo a esto, es preciso que al brindar educación reconozcamos algunos aspectos fundamentales en el proceso enseñanza-aprendizaje:

- Un enfoque centrado en la persona y no en la enfermedad.
- Un contenido general adaptado a la necesidad individual.
- Un proceso que abarque al hombre integralmente: soma, psiquis y entorno social.
- Métodos y técnicas de participación.
- Un proceso de evaluación continuada.

Una vez aplicado el plan educativo es necesario realizar un seguimiento, comprobar el grado de adopción de los comportamientos propuestos y evaluar las dificultades que hayan ido surgiendo. Además, es importante identificar la red de apoyo social del paciente que puedan ayudar en el mantenimiento y supervisión de la conducta propuesta. (Martín, 2004).

2.1.3.3. Modelo de Autocuidado: Al hablar de autocuidado debemos mencionar el marco teórico propuesto por Dorotea Orem en sus tres teorías de autocuidado, quien define su modelo como una teoría general de Enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de Enfermería. La primera, en la que define el concepto de autocuidado y los requisitos del mismo. La segunda, en la cual describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit

(desviación del estado de salud) y la tercera, en la que se explican los modos en que el profesional de Enfermería pueda atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.

Orem define el objetivo de la Enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Dicha teórica, define el autocuidado como una actividad del individuo, que es aprendida por éste y está orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo o paciente dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que puedan afectar a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, su salud y bienestar. (Naranjo et al., 2017).

2.1.4. *Helicobacter Pylori*

Helicobacter Pylori (HP) inicialmente llamado *Campylobacter pyloridis*, fue identificado por primera vez en humanos y cultivado por Marshall y Warren en 1983. Muchos estudios epidemiológicos describen que la infección por HP puede afectar hasta un 50% de la población mundial, reportándose en Latinoamérica una prevalencia de hasta 63,4%.

La infección por HP está muy asociada con enfermedades gastrointestinales, que incluyen inflamación gástrica, úlcera péptica, cáncer gástrico y linfoma MALT (tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica). En el año de 1994, HP fue clasificado como carcinógeno y agente causal de cáncer gástrico por el grupo de consenso de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. (Ayala y Lotero, 2013).

En el caso de Perú, el cáncer gástrico, es la primera causa de mortalidad asociada a neoplasias. 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, lo cual refleja el alto riesgo de la población peruana de desarrollar patologías asociadas a la infección de tal bacteria en años próximos.

Existen hallazgos endoscópicos más comúnmente asociados a infección por HP, tal como la gastropatía nodular, la úlcera gástrica, la úlcera duodenal, la duodenopatía erosiva y la gastropatía erosiva. En la actualidad, no se ha llegado a un consenso sobre si la gastritis relacionada con HP puede diagnosticarse a partir de cambios macroscópicos en la mucosa gástrica. Estudios realizados han reportado que la gastritis en sujetos infectados por HP no se podía diagnosticar a partir de la apariencia endoscópica solamente, sin embargo, la nodularidad antral o "gastritis nodular" es un hallazgo común y específico en pacientes con infección por HP, hallazgo reportado hasta en un 87% de endoscopias.

En su patogenia desarrolla una respuesta inmunológica, la cual lleva a una inflamación y erosión de la mucosa gástrica, lo que conduce a la formación de úlcera, gastritis crónica, y eventual cáncer gástrico. De este modo se presenta el correspondiente signo-sintomatología según el estadio de la enfermedad como dolor, náuseas, dispepsia y pérdida de peso.

La infección por HP se adquiere generalmente en la infancia. La mayor prevalencia de la infección se relaciona con las condiciones socioeconómicas, posiblemente reflejando unas peores condiciones higiénicas y con un grado elevado de hacinamiento en la vivienda. La infección es adquirida por la ingestión oral de la bacteria y transmitida principalmente dentro de las familias en la infancia temprana, los cónyuges de personas infectadas tienen mayor riesgo de infección; otra vía alternativa es a través de la instrumentalización (endoscopios y sondas gástricas). La ruta fecal-oral parece ser una de las vías de transmisión más factibles. No se ha descrito transmisión sexual y tampoco hay evidencia de que puedan existir vectores en la transmisión de esta bacteria.

El HP se adapta fuertemente al nicho ecológico de la mucosa gástrica, debido a sus características que le permiten estar dentro del moco, nadar, atacar a las células epiteliales, evasión de la respuesta inmune y como resultado, la colonización y transmisión persistente. La supervivencia del germen en la mucosa gástrica se lleva a cabo por una serie de mecanismos que incluyen: adhesinas, que le impiden ser arrastrado por el peristaltismo, la actividad ciliar o el recambio epitelial; enzimas bacterianas, como la ureasa, que transforma la urea en amonio, produciendo un microclima alcalino que lo protege de la acidez gástrica, la lipasa y proteasa que propician la desintegración del moco gástrico y la pérdida de la hidrofobicidad de la mucosa disminuyendo la capacidad de las células mucosas para secretar moco.

El curso clínico posterior es altamente variable y depende de los factores bacterianos y del huésped. Los pacientes con una secreción ácida elevada son más propensos de presentar preferentemente una gastritis antral, que los predispone a las úlceras duodenales. Los pacientes con una secreción ácida disminuida, generalmente desarrollan gastritis en el cuerpo del estómago, que los predispone a la úlcera gástrica y puede iniciar una secuencia de eventos que, en casos raros, conducen al carcinoma gástrico. La infección por los HP induce a la formación del tejido linfoide en la mucosa gástrica. (Duarte y Zúñiga, 2021).

2.1.4.1. Diagnóstico: En la actualidad existen varias formas de diagnosticar la presencia de *Helicobacter Pylori*, entre la variedad de métodos se dividen entre los no invasivos, que no requieren endoscopia y los invasivos que la requieren.

A. Métodos no invasivos:

- **Serología:** Indican una exposición previa al organismo pero no discierne entre personas con infección activa y enfermedad e individuos sanos con exposición previa a la infección. Además, para observar desde la administración del tratamiento erradicador y la

disminución de los títulos de anticuerpos tiene que pasar un tiempo largo aproximadamente de seis meses.

- **Prueba del aliento con urea marcada con ^{13}C o ^{14}C :** Se basa en la capacidad de la ureasa producida por *Helicobacter Pylori* para hidrolizar una solución de urea marcada con ^{13}C o ^{14}C . Si la bacteria está presente la actividad ureasa desdobra el enlace ^{13}C -urea, incrementando la proporción del isótopo de carbono espirado. El uso de ^{13}C tiene ventajas como que es un isótopo natural, estable y no radiactivo que puede usarse tantas veces como se quiera, incluso en niños y embarazadas. Si se usan antibióticos o inhibidores de la bomba de protones en los días previos pueden resultar falsos negativos. Se recomienda retrasar la prueba un mes desde la finalización del tratamiento antibiótico y al menos catorce días desde la suspensión de los inhibidores de la bomba de protones. Es la técnica de elección para verificar la erradicación de *H. pylori* porque confirma de forma precoz su erradicación.

- **La prueba fecal:** podría ser usada para detectar la infección *H. pylori* en las heces del paciente. Estudios han probado que la prueba llamada el *Helicobacter pylori* stool Antigen, siglas en inglés HPSA, es precisa para diagnosticar *H. pylori*.

B. Métodos invasivos:

- **Test rápido de ureasa:** Consiste en poner en contacto una muestra de mucosa con un medio líquido que contiene urea y un indicador de Ph. En el caso de producirse actividad de ureasa el Ph se modifica y cambia de color. Es un método rápido, barato y sencillo pero su sensibilidad es menor si lo que se pretende es confirmar la desaparición de *Helicobacter Pylori* tras administrar un tratamiento erradicador.

- **Cultivo:** Es una técnica compleja, de elevado costo que posee una elevada especificidad alrededor del 100% pero una sensibilidad menor que otras técnicas diagnósticas.

Tipifica al organismo y determina su sensibilidad frente a agentes bacterianos lo que sirve para un abordaje del régimen terapéutico más preciso.

El diagnóstico de *H. pylori* en la sangre, en el aliento y en las pruebas fecales normalmente están hechas antes de las pruebas tisulares porque ellas son menos invasivas. Sin embargo, las pruebas de sangre no son usadas para detectar *H. pylori* después de tratamiento porque la sangre de los pacientes puede mostrar resultados positivos aun después *H. pylori* ha sido eliminada. (Diest, 2021).

2.1.4.2. Tratamiento: Se trata generalmente de la combinación de medicamentos para matar esta bacteria, disminuir la secreción de ácido gástrico y proteger el revestimiento del estómago. El tratamiento generalmente contempla múltiples fármacos, en general antibióticos más inhibidores de la secreción ácida. Los inhibidores de la bomba de protones inhiben el *H. pylori*, y el mayor pH gástrico asociado con su uso puede aumentar la concentración tisular y la eficacia de los antimicrobianos, lo que crea un medio hostil para el *H. pylori*.

Los regímenes terapéuticos recomendados para pacientes podrían diferir en las diferentes regiones del mundo porque algunas áreas han comenzado a mostrar resistencia a antibióticos particulares. El uso de un solo tipo de medicamentos para tratar al *H. pylori* no se recomienda.

a) Terapia de primera línea: Tratamiento que se inicia como primera opción en un paciente que no ha recibido tratamiento previo.

- Pacientes que nunca hayan utilizado un esquema previo de tratamiento de erradicación de HP y aquellos que no hayan utilizado en los tres últimos meses antibióticos (claritromicina, metronidazol), se recomienda:

- Terapia triple con IBP, amoxicilina y claritromicina.

- Terapia dual con IBP y amoxicilina a dosis altas.

- Pacientes alérgicos a macrólidos que nunca han utilizado un esquema previo de tratamiento de erradicación de HP o que no hayan utilizado en los tres últimos meses antibióticos (claritromicina, metronidazol), se recomienda:

- Terapia cuádruple con bismuto.
- Terapia dual con IBP y amoxicilina a dosis altas.

- Pacientes alérgicos a penicilinas que nunca han utilizado un esquema previo de tratamiento de erradicación de HP o que no hayan utilizado en los tres últimos meses antibióticos (claritromicina, metronidazol), se recomienda:

- Terapia triple con IBP, claritromicina y metronidazol.
- Terapia triple con IBP, claritromicina y fluoroquinolona.

- Pacientes alérgicos a penicilinas y con uso previo de macrólidos o quinolonas (o alergia a los mismos), se recomienda:

- Terapia cuádruple con bismuto.

b) Terapia de segunda línea: Es el tratamiento que se ofrece después del fracaso del primer tratamiento, este debe tener por lo menos un antibiótico diferente al utilizado anteriormente.

- Después del fracaso de la terapia triple con IBP y dos antibióticos que incluyan claritromicina, amoxicilina y metronidazol, se recomienda:

- Terapia concomitante con IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol.
- Terapia cuádruple con bismuto: IBP, bismuto, metronidazol y tetraciclina (que puede ser sustituido por furazolidona o doxiciclina según disponibilidad).
- Terapia dual con IBP y amoxicilina a dosis altas.
- Terapia triple con IBP, amoxicilina y fluoroquinolona.

- Después del fracaso de la terapia dual con IBP y amoxicilina a dosis altas, se recomienda:

- Terapia concomitante con IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol.
- Terapia cuádruple con bismuto: IBP, bismuto, metronidazol y tetraciclina (que puede ser sustituido por furazolidona o doxiciclina según disponibilidad).
- Terapia triple con IBP, amoxicilina y fluoroquinolona.

c) Terapia de tercera línea: Es la terapia que se utiliza después del fracaso de los otros dos tratamientos previos diferentes, este tercer tratamiento se debe elegir de acuerdo con la susceptibilidad encontrada en un cultivo, sin embargo, si no se dispone de estas pruebas, se recomienda intentar un tercer tratamiento empírico.

- Después del fracaso de la terapia concomitante, terapia triple con fluoroquinolona o terapia dual a altas dosis, se recomienda:

- Terapia cuádruple con bismuto: IBP, bismuto, metronidazol y tetraciclina (que puede ser sustituido por furazolidona o doxiciclina según disponibilidad).

- Después del fracaso de la terapia cuádruple con bismuto, el paciente debe tener cultivo y estudio de sensibilidad, se recomienda los siguientes esquemas empíricos según el riesgo-beneficio:

- Terapia con rifabutina: IBP, amoxicilina y rifabutina por 10-12 días.
- Terapia cuádruple con bismuto en combinación con otros antibióticos no usados en los esquemas anteriores: IBP, bismuto, tetraciclina y furazolidona). (Pinto et al., 2017).

En la actualidad, la forma más eficaz de tratar el problema consiste en administrar durante dos semanas lo que se conoce como terapia triple con IBP, esta terapia disminuye los síntomas ulcerosos, destruye las bacterias y evita la recurrencia de la úlcera en más de 90% de los pacientes.

Lamentablemente, a las personas les puede resultar complicado porque exige tomar muchas pastillas al día. Asimismo, los antibióticos que se usan pueden causar efectos colaterales leves tales como náuseas, vómitos, diarrea, heces de color oscuro, sabor metálico, mareos, dolores de cabeza e infecciones por levaduras en las mujeres. (Casi todos los efectos colaterales pueden tratarse suspendiendo el medicamento). Después del tratamiento, para poder confirmar de que el tratamiento ha destruido a las bacterias del *H. pylori*, el médico efectuará una endoscopia digestiva alta de seguimiento o una prueba del test de aliento entre 6 y 12 meses después para comprobar si aún hay bacterias. (Olmos, 2014).

2.1.5. Principios Éticos

Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradicional cultura, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos:

A. Respeto a las personas: El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Entonces se puede decir que, el principio de respeto a las personas se divide en dos pre-requisitos morales distintos: el pre-requisito que reconoce la autonomía, y el pre-requisito que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas y abstenerse a la vez, de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás.

B. Beneficencia: Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. El término "beneficencia" se entiende generalmente como aquellos actos de bondad y de caridad

que van más allá de la obligación estricta. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia, entendidos en este sentido: 1. No causar ningún daño, y 2. Maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

C. Justicia: ¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo sin ningún motivo razonable o cuando se impone indebidamente una carga o un castigo. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación ¿Quién es igual y quién es desigual?

2.1.6. Consentimiento Informado

El respeto a las personas exige que se dé a los pacientes, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse.

Aunque nadie duda de la importancia del consentimiento informado, existe una gran controversia sobre la naturaleza y la posibilidad del mismo. Sin embargo, prevalece el acuerdo de que el consentimiento debe constar de tres elementos:

a) Información: La mayoría de investigaciones contienen puntos específicos a desarrollar con el fin de asegurar que el paciente tenga la información suficiente. Estos puntos incluyen: el procedimiento de la investigación, sus fines, riesgos y beneficios que se esperan, además de procedimientos alternativos (cuando el estudio está relacionado con la terapia), y por último ofrecer la oportunidad de preguntar y retirarse libremente en cualquier momento de la investigación.

El sujeto de investigación, siendo en esencia voluntario, puede desear saber mucho más sobre los riesgos que asume de manera voluntaria, que los pacientes que se ponen en manos de los clínicos. Quizás debería proponerse un criterio para el "voluntario razonable": la medida y naturaleza de la información debería ser tal, que las personas sabiendo que el procedimiento no es necesario para su cuidado ni quizás tampoco comprendido por completo, puedan decidir si quieren formar parte en el progreso del conocimiento, incluso en aquellas ocasiones en las que quizás se pueda prever algún beneficio directamente a su favor, los pacientes deberían comprender con claridad la escala por donde se dirige el riesgo y la naturaleza voluntaria de su participación.

b) Comprensión: El modo y el contexto en los que se comunica la información son elementos tan importantes como la misma información. Por ejemplo, presentando la información de modo desorganizada y con mucha rapidez o disminuyendo el número de oportunidades de poder resolver preguntas, puede todo ello afectar de manera adversa la habilidad que tiene el paciente para tomarlo como una opción informada.

Puesto que la habilidad del paciente para comprender, es una función de inteligencia, de madurez y sobretodo de lenguaje, por eso que es preciso adaptar la presentación del informe a las capacidades de cada paciente o de cada población en estudio. Los investigadores tienen como responsabilidad la de verificar y asegurarse de que el paciente haya comprendido correctamente la información, sobretodo en cuanto se refiere a los riesgos, ya que éstos son más serios y en algunas ocasiones puede ser apropiado administrar un test de comprensión verbal o escrito.

Habría que adoptar medidas especiales cuando la capacidad de comprensión está limitada como por condiciones de inmadurez o por disminución mental. Cada clase de pacientes que podrían ser considerados incapaces (infantes, niños de poca edad, pacientes con

insuficiencia mental, enfermos terminales y los que están en coma) deberían considerarse por separado y de acuerdo a sus condiciones, incluso tratándose de estas personas, el respeto exige que se les ofrezca la oportunidad de escoger, en cuanto les sea posible, que si quieren o no participar en la investigación.

c) Voluntariedad: Un acuerdo de participar en algún experimento constituye un consentimiento válido si ha sido dado voluntariamente. Este elemento del consentimiento informado exige unas condiciones libres de coerción e influencia indebida. Se da coerción cuando se presenta intencionadamente una exageración del peligro de la enfermedad con el fin de obtener el consentimiento y la influencia indebida, por lo tanto, ocurre cuando se ofrece una recompensa excesiva, sin garantía, desproporcionada o inapropiada o cualquier ofrecimiento con el objeto de conseguir el consentimiento. Del mismo modo, incentivos que ordinariamente serían aceptables, pueden convertirse en una influencia indebida si el sujeto es especialmente vulnerable. (Informe Belmont, 1979).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es cuasi experimental, de diseño longitudinal y método descriptivo, ya que nos permite identificar la forma en la que se relaciona una variable independiente sobre la variable dependiente, cómo evolucionan o cambian y qué es lo que esto produce, en diferentes momentos temporales, obteniendo diferentes hallazgos que corresponden a los efectos terapéuticos y sociales de los pacientes a quienes se les realiza una endoscopia digestiva alta en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se desarrolló desde el inicio del mes de Setiembre del 2021 hasta el mes de Febrero del 2022, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ubicado en el distrito de Cercado de nuestra capital Lima.

3.3. Variables

Variable independiente: Eficacia del programa educativo

Variable dependiente: Adherencia al tratamiento

3.4. Población y muestra

La población está constituida por un total de 60 pacientes, con un muestreo no probabilístico, de tipo por conveniencia, quienes fueron atendidos en el Hospital Arzobispo Loayza durante el periodo de Setiembre del 2021 – Febrero del 2022, los cuales cumplieron con los siguientes criterios:

3.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes a las que se realizó la endoscopia alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Pacientes con *Helicobacter Pylori*.
- Que sepan leer, escribir y comunicarse.
- Edad: 30 a 50 años.
- Que acepte participar en el estudio de investigación.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no se hayan hecho una endoscopia alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Que sean analfabetos.
- Menores de 30 años y mayores de 50 años.
- Que tengan limitaciones para comunicarse (sordo, mudo o quechua hablante; o que padezca de alguna enfermedad que le ocasione aislamiento social).

3.5. Instrumentos

Se aplicó en la recolección de datos, la encuesta como técnica y como instrumento se utilizó lo siguiente:

3.5.1. Pre Test y Post Test

Se creó un cuestionario de 12 preguntas cerradas, consideradas importantes en el tema informativo básico acerca del *Helicobacter Pylori*, transmisión, prevención y tratamiento. Que fue validado por 05 expertos, de los cuales 03 expertos en Enfermería Endoscópica y Gastrointestinal y 02 expertos en el área de investigación. Además se hizo la prueba de confiabilidad correspondiente (Test retest – coeficiente de correlación r Pearson) obteniendo un resultado de 0.82107, por lo cual lo hace un cuestionario confiable. (Anexo E)

Cada pregunta tiene un valor agregado de 01 punto para la respuesta correcta y 0 puntos para la respuesta incorrecta. Así podremos evaluar la capacidad de entendimiento, comprensión y nivel de conocimiento de cada paciente frente a su enfermedad, logrando reconocer e identificar sus debilidades para luego poder fortalecerlas y conseguir que dicho programa educativo resulte eficaz.

Obtenemos los siguientes niveles:

- **Conocimiento bajo:** de 0 a 04 puntos.
- **Conocimiento medio:** de 05 a 08 puntos.
- **Conocimiento alto:** de 09 a 12 puntos.

3.5.2. Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martin – Bayarre – Grau)

Cuestionario validado por la población cubana, se confeccionaron los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera (cumplimiento del tratamiento, implicancia personal y relación transaccional) que conforman la definición operacional de la adherencia terapéutica. Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala de Lickert, compuesta por cinco posibilidades que van desde “Siempre” hasta “Nunca”, marcando con un X la periodicidad que considera. El cuestionario recoge, además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higienico-dietético). (Anexo F)

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento como:

- **Adheridos totales:** de 38 a 48 puntos.
- **Adheridos parciales:** de 18 a 37 puntos.
- **No adheridos:** de 0 a 17 puntos.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor de 0 a la columna “Nunca”, el valor de 01 a “Casi nunca”, el valor de 02 para “A veces”, el valor de 03 para “Casi siempre” y el valor de 04 para “Siempre”, siendo el valor total de 48 puntos.

Los ítems con las categorías propuestas, resultantes del proceso de validación fueron:

- **CT:** ítems 1, 2, 3, 4.
- **IP:** ítems 5, 6, 8, 9, 10
- **RT:** ítems 7, 11, 12

3.6. Procedimientos

La investigación se inició con la presentación de documentos respectivos a los jefes (Dr. Y Lic. Enf.) del servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con el propósito de obtener la autorización para la aplicación de la investigación en dicho servicio.

Fué coordinado con la Lic. Enf. (jefa) y se determinó los días en que se llevó acabo la recolección de datos. Dicha recolección de datos se aplicó a las personas con *Helicobacter Pylori* que aceptaron participar en el estudio de investigación que se sustentó con la firma o huella del paciente en el consentimiento informado presentado. (Anexo A)

Se aplicó en la recolección de datos el Pre Test, Post Test para evaluar la eficacia del programa educativo y el cuestionario de MBG para la evaluación de la adherencia terapéutica. (Anexo B, C y D).

Se ejecutó en una primera instancia el pre test como indicador del nivel basal de conocimiento a aquellos pacientes con resultados positivos de *Helicobacter Pylori* por test de ureasa en el área de procedimientos de Gastroenterología, luego de aproximadamente 4 semanas por consultorio externo, se llevó a cabo el programa educativo con ayuda de material didáctico, posteriormente se realizó el post test para observar lo aprendido y poder aclarar ciertas dudas que aun persistían, luego se realizaron llamadas telefónicas, la primera llamada para conocer el día de inicio del tratamiento y la segunda llamada casi al término del tratamiento, para realizar el cuestionario de adherencia terapéutica MBG y poder obtener los datos completos para el desarrollo del estudio.

3.7. Análisis de datos

Se utilizó el programa de Microsoft Office Excel, donde se vaciaron los datos obtenidos según las respuestas de los pacientes y se aplicó un determinado valor a cada pregunta del Pre Test, Post Test y del cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG, para poder comparar los resultados y obtener nuestras conclusiones. Asimismo, se utilizó el programa SPSS 21 para el análisis estadístico correspondiente.

IV. RESULTADOS

A continuación, se presentan los siguientes resultados de la investigación:

Tabla 1

Pacientes con Helicobacter Pylori según su edad y etapa de vida al realizar el programa educativo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2021.

Edad	Frecuencia	En %
30	4	6.7%
31	1	1.7%
32	3	5.0%
33	2	3.3%
34	1	1.7%
35	1	1.7%
36	3	5.0%
37	2	3.3%
38	5	8.3%
40	2	3.3%
41	3	5.0%
42	3	5.0%
43	1	1.7%
44	4	6.7%
45	5	8.3%
46	4	6.7%
47	4	6.7%
48	3	5.0%
49	2	3.3%
50	7	11.7%
Total	60	100.0%

Edad	Frecuencia	En %
Adultos Jóvenes (30 a 40 años)	24	40.0%
Adultos Maduros (41 a 50 años)	36	60.0%
Total	60	100.0%

Figura 1

Pacientes con Helicobacter Pylori según su etapa de vida al realizar el programa educativo.

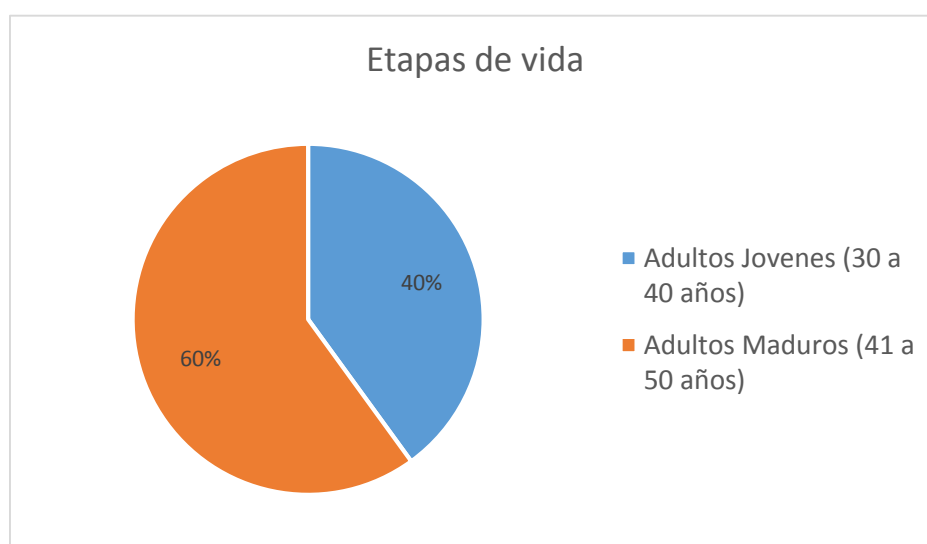


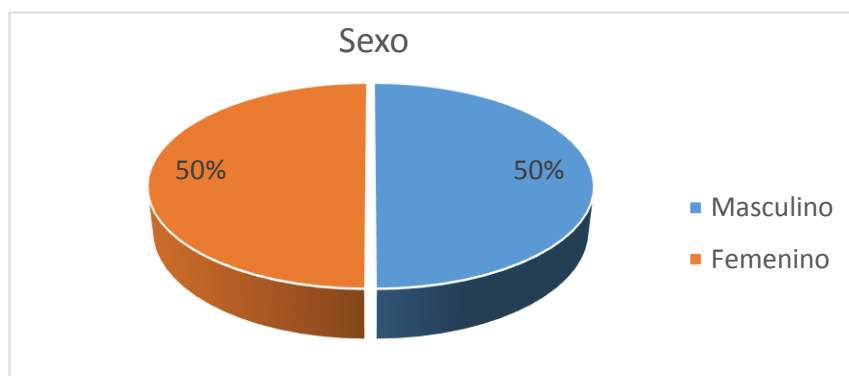
Tabla 2

Pacientes con Helicobacter Pylori según su sexo al realizar el programa educativo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2021.

Sexo	Frecuencia	En %
Masculino	30	50.0%
Femenino	30	50.0%
Total	60	100.0%

Figura 2

Pacientes con Helicobacter Pylori según su sexo al realizar el programa educativo.

**Tabla 3**

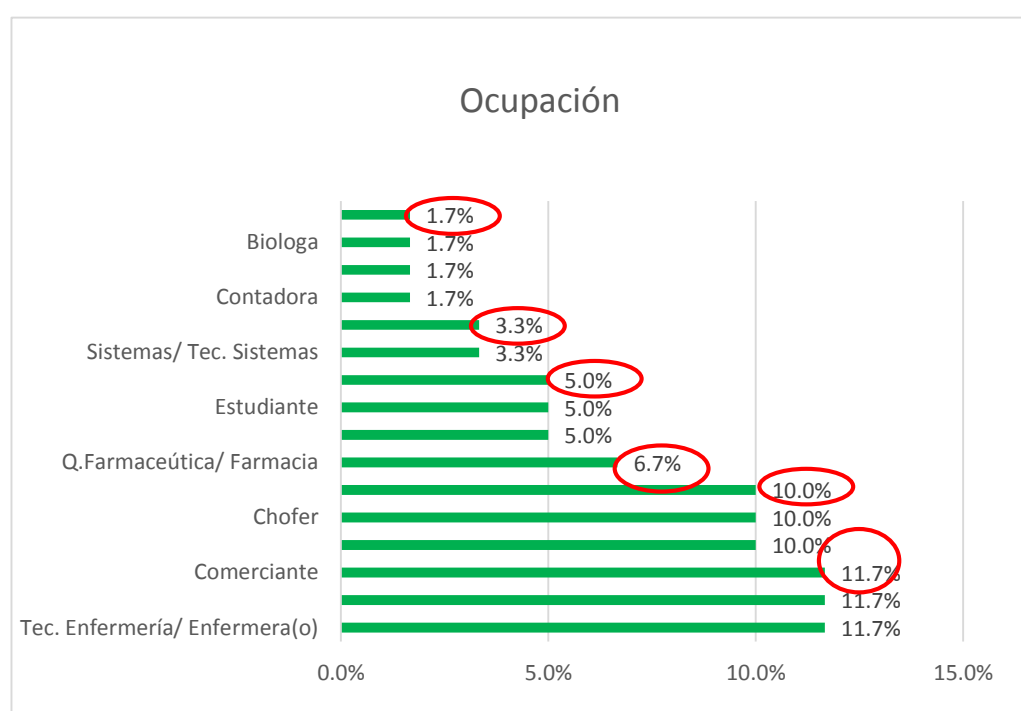
Pacientes con Helicobacter Pylori según su ocupación al realizar el programa educativo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Ocupación	Frecuencia	En %
Tec. Enfermería/ Enfermera(o)	7	11.7%
Ama De Casa	7	11.7%
Comerciante	7	11.7%
Médico/ Residente	6	10.0%
Chofer	6	10.0%
Negocio Propio	6	10.0%
Q.Farmacéutica / Farmacia	4	6.7%
Administradora(or)	3	5.0%
Estudiante	3	5.0%
Vigilante/ Seguridad	3	5.0%

Sistemas/ Tec. Sistemas	2	3.3%
Lavandería/ Limpieza	2	3.3%
Contadora	1	1.7%
Costurera	1	1.7%
Bióloga	1	1.7%
Almacenista	1	1.7%
Total	60	100.0%

Figura 3

Pacientes con Helicobacter Pylori según su ocupación al realizar el programa educativo.

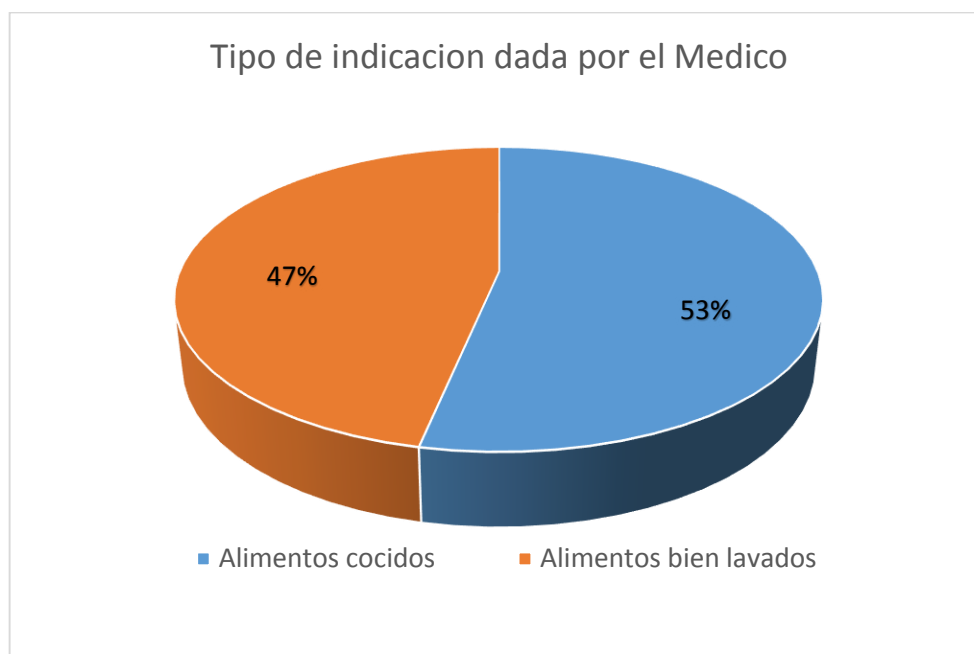
**Tabla 4**

Pacientes con Helicobacter Pylori según el tipo de indicación brindado por el médico al realizar el programa educativo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2021.

Tipo de Indicación dada por el médico	Frecuencia	En %
Alimentos cocidos	32	53.3%
Alimentos bien lavados	28	46.7%
Total	60	100.0%

Figura 4.

Pacientes con Helicobacter Pylori según el tipo de indicación brindado por el médico al realizar el programa educativo.

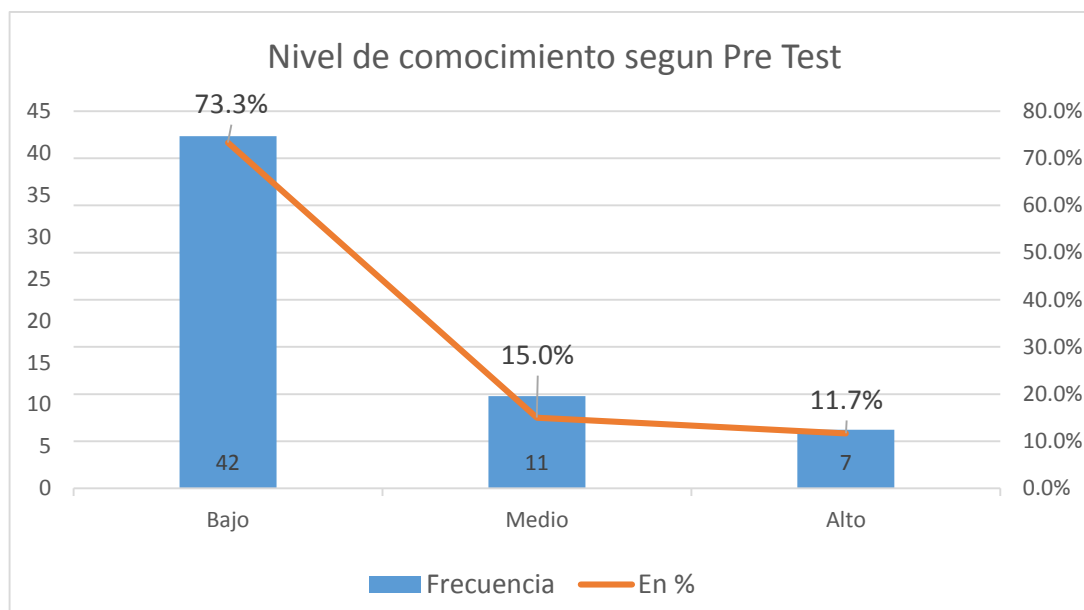
**Tabla 5**

Nivel de conocimiento de pacientes con Helicobacter Pylori positivo según el Pre test, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2021.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	En %
Bajo	42	73.3%
Medio	11	15.0%
Alto	7	11.7%
Total	60	100%

Figura 5

Nivel de conocimiento de pacientes con Helicobacter Pylori según el Pre Test.

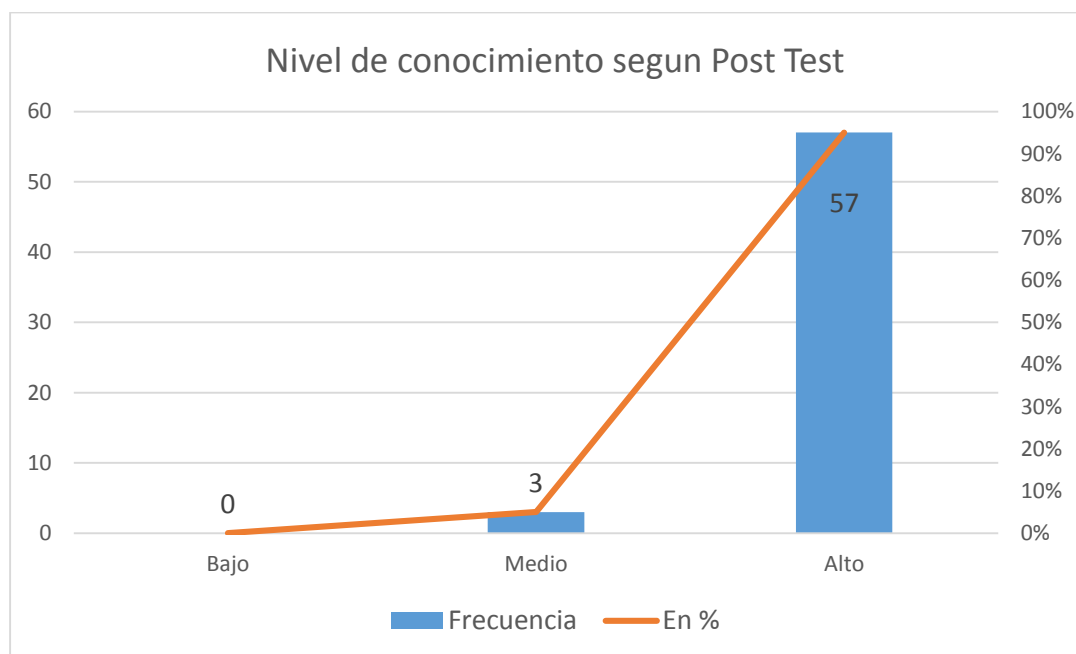
**Tabla 6**

Nivel de conocimiento de pacientes con Helicobacter Pylori después del programa educativo según el Post test, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	En %
Bajo	0	0%
Medio	3	5%
Alto	57	95%
Total	60	100%

Figura 6

Nivel de conocimiento de pacientes con Helicobacter Pylori después del programa educativo según el Post Test.

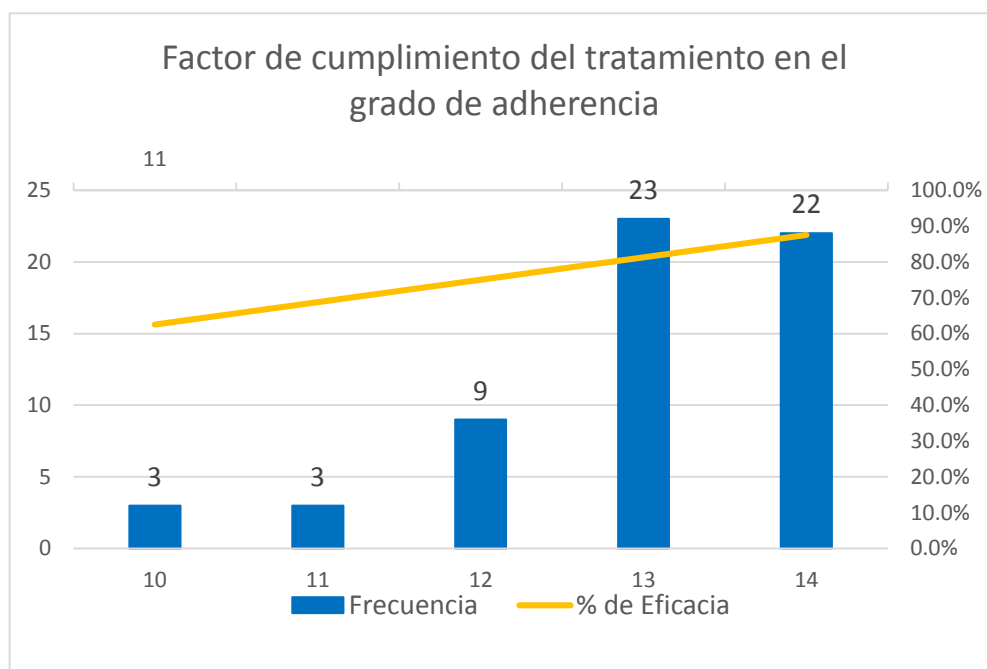
**Tabla 7**

Factor de cumplimiento del tratamiento que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Puntaje	Frecuencia	En %	% de Eficacia
10	3	5.0%	62.5%
11	3	5.0%	62.5%
12	9	15.0%	75.0%
13	23	38.3%	81.3%
14	22	36.7%	87.5%
Total	60	100.0%	81.0%

Figura 7

Factor de cumplimiento del tratamiento que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori.

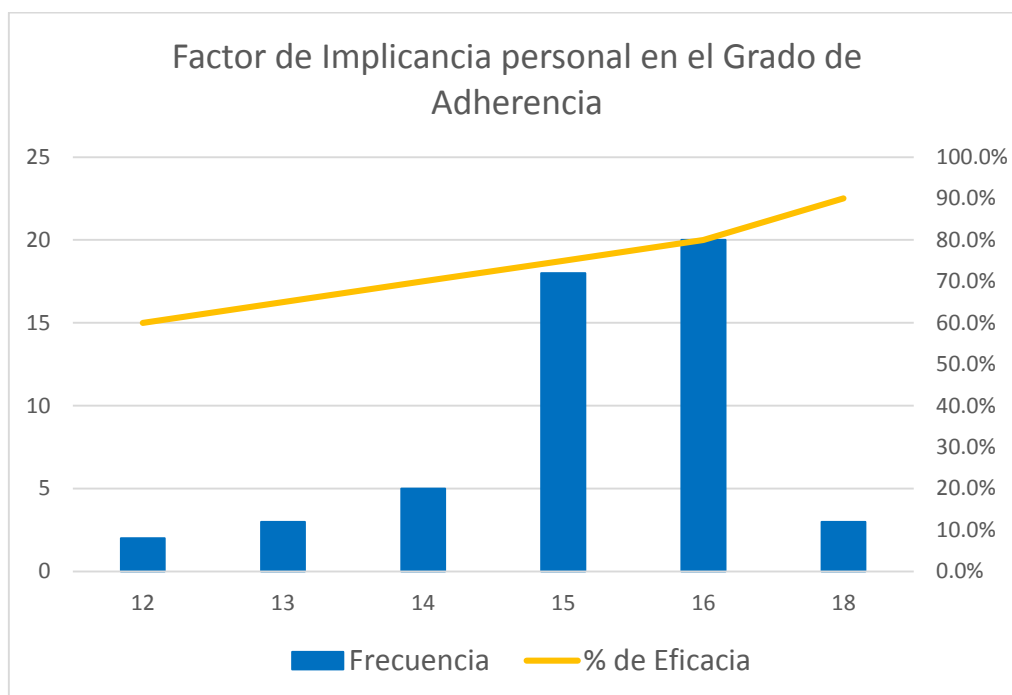
**Tabla 8**

Factor de implicancia personal que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Puntaje	Frecuencia	En %	% de Eficacia
12	2	3.3%	60.0%
13	3	5.0%	65.0%
14	5	8.3%	70.0%
15	18	30.0%	75.0%
16	20	33.3%	80.0%
17	9	15.0%	85.0%
18	3	5.0%	90.0%
Total	60	100.0%	77.5%

Figura 8

Factor de implicancia personal que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori.

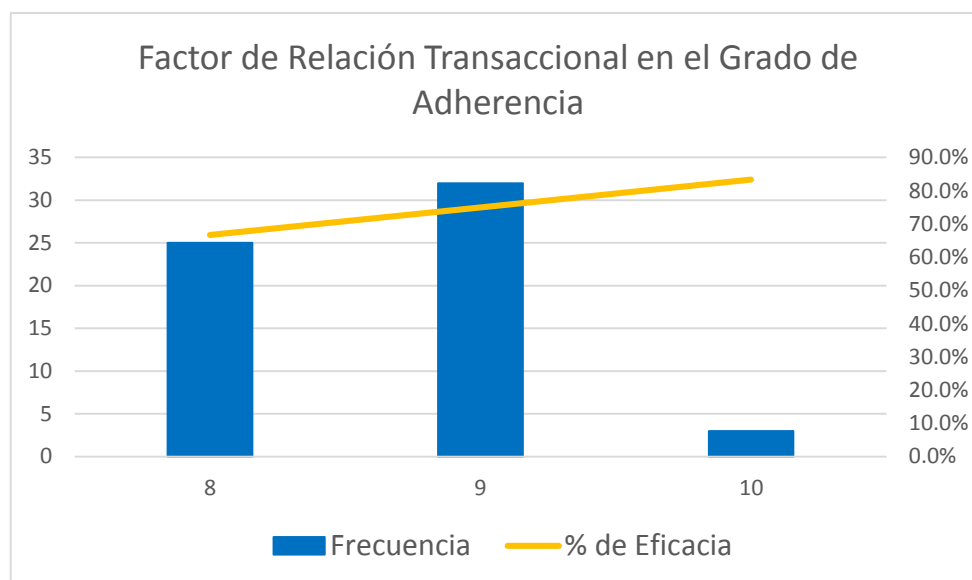
**Tabla 9**

Factor de relación transaccional que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Puntaje	Frecuencia	En %	% de Eficacia
8	25	41.7%	66.7%
9	32	53.3%	75.0%
10	3	5.0%	83.3%
Total	60	100.0%	71.9%

Figura 9

Factor de relación transaccional que influye en la adherencia al tratamiento de pacientes con Helicobacter Pylori.

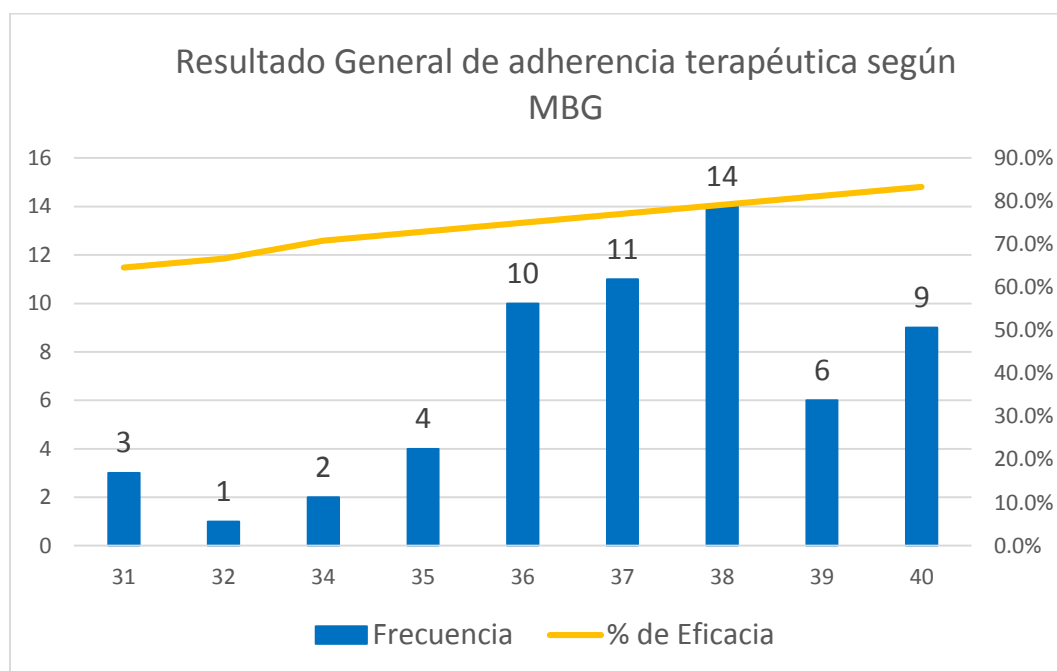
**Tabla 10**

Grado de adherencia terapéutica según MBG relacionado con el público objetivo. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Resultado General de adherencia terapéutica según MBG			
Puntaje	Frecuencia	En %	% de Eficacia
31	3	5.0%	64.6%
32	1	1.7%	66.7%
34	2	3.3%	70.8%
35	4	6.7%	72.9%
36	10	16.7%	75.0%
37	11	18.3%	77.1%
38	14	23.3%	79.2%
39	6	10.0%	81.3%
40	9	15.0%	83.3%
Total	60	100.0%	

Figura 10

Grado de adherencia terapéutica según MBG relacionado con el público objetivo.

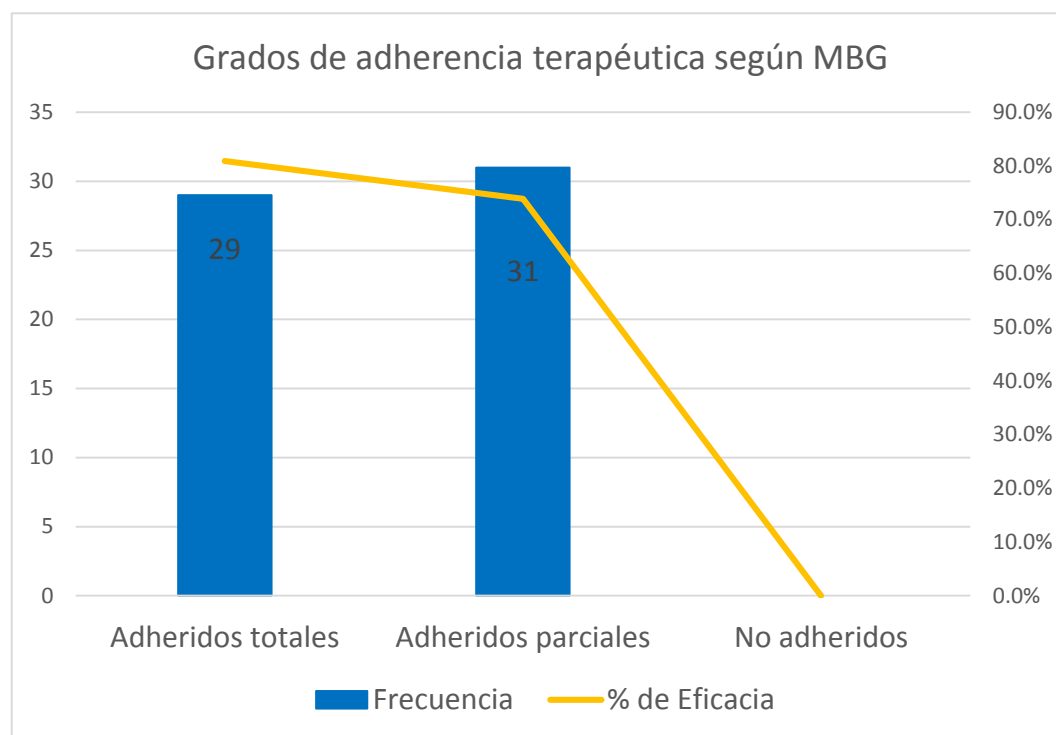
**Tabla 11**

Grado de adherencia terapéutica según MBG (Adheridos totales, Adheridos parciales o No adheridos), Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Grados de adherencia terapéutica según MBG			
Puntaje	Frecuencia	En %	% de Eficacia
Adheridos totales	29	48.3%	80.9%
Adheridos parciales	31	51.7%	73.9%
No adheridos	0	0.0%	0.0%
Total	60	100%	77.3%

Figura 11

Grados de adherencia terapéutica según MBG (Adheridos totales, Adheridos parciales o No adheridos).

**Tabla 12**

Eficacia del programa educativo en pacientes con Helicobacter Pylori aplicando el pre y post test, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Prueba T para muestras dependientes

Vemos que los pacientes son independientes, porque cada uno hace sus exámenes por su cuenta y, además cada paciente hace ambos exámenes del pre y post. En seguida las diferencias de resultados de los exámenes de los pacientes, no tienen una distribución normal, lo que se muestra a continuación:

Prueba de Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Nota2 - Nota1 (Post-Pre)	,260	60	,000	,810	60	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Al no cumplir la normalidad, procedemos a calcular la Prueba No Paramétrica a través de la Prueba de Willcoxon que es el análisis adecuado:

Prueba de Willcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
Nivel de conocimiento - Post	Rangos positivos	60 ^b	30,50	1830,00
– nivel de conocimiento - Pre	Empates	0 ^c		
	Total	60		

a. Nivel de conocimiento - Post < Nivel de conocimiento - Pre

b. Nivel de conocimiento - Post > Nivel de conocimiento - Pre

c. Nivel de conocimiento - Post = Nivel de conocimiento – Pre

Estadísticos de prueba ^a	
Nivel de conocimiento - Post – Nivel de conocimiento – Pre	
Z	-6,864 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

Nota: Se observa que al comparar los resultados obtenidos del post test sobre el pre test, la totalidad de los pacientes se encuentran dentro de los rangos positivos, lo que significa que con el programa educativo se logró una mejoría en las respuestas y además al encontrar como valor sig.(,000) tomando $p < 0.05$, refleja que hay una variación o cambio positivo en los

pacientes y además se encuentra dentro de los rangos establecidos (-6.864 y 6.864), lo cual se confirmaría finalmente que el programa educativo si es eficaz.

Tabla 13

Influencia del programa educativo en la adherencia al tratamiento en pacientes con Helicobacter Pylori, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Prueba T para muestras dependientes

Vemos que los pacientes son independientes, porque cada uno hace sus exámenes por su cuenta y, además cada paciente hace ambos exámenes del pre y post. En seguida las diferencias de resultados de los exámenes de los pacientes tienen una distribución normal que se muestra a continuación:

Prueba de Normalidad

Puntaje2 -puntaje1	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Post - Pre	,111	60	,063	,976	60	,273

a. Corrección de significación de Lilliefors

Y finalmente procedemos con el análisis adecuado:

Prueba de T-Student

Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Evaluación de la adherencia terapéutica MBG - Post - Evaluación de la adherencia terapéutica MBG - Pre	7,117	3,015	,389	6,338	7,895	18,286	59	,000

Nota: Partiendo de la tabla 09, que el programa educativo resultó eficaz, al aplicar esta prueba con el cuestionario MBG y el pre y post test, obtenemos resultados positivos, con un promedio positivo de 7.117 que está dentro de los límites del intervalo de confianza (6.338 – 7.895) y una sig. (,000) tomando el $p < 0.05$, lo que me confirmaría que si resultó en un cambio o variación positiva e influyente sobre adherencia al tratamiento.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El trabajo de investigación reportado por Soler et al. (2021) evaluaron la efectividad de un programa educativo, basado en el Modelo de Creencias de Salud para favorecer la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, se emplearon el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) y una encuesta elaborada por las autoras, después de aplicar el programa educativo, predominaron los pacientes con una adherencia parcial con un 55,60%, similar a los resultados reportados por este trabajo, donde también se aplicaron un cuestionario, un pre y post test, obteniendo una adherencia parcial del 73.9% de los pacientes a quienes se aplicó el programa educativo, resultados favorables que nos indican que el programa educativo resulto eficaz incrementando la adherencia a su tratamiento.

El trabajo de investigación reportado por Vargas et al. (2020) observaron los factores asociados a la adherencia al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*, quienes aplicaron 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*, obteniendo de los 100 pacientes, que el 64% fueron mujeres, el promedio de edad fue de 49,9 años y el 65% fue adherente al tratamiento, concluyendo así, que la mayoría de los pacientes resultaron adherentes al tratamiento. Similar al presente trabajo de investigación en cuanto al uso de un cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento, en este caso es el de MBG y solo con la diferencia que al medir la eficacia del programa educativo aplicamos un pre y post test en función a los conocimientos sobre su enfermedad, en el cual obtuvimos resultados similares al conseguir que los pacientes tengan un porcentaje muy significativo de adherencia total al tratamiento de un 80.9% y que el porcentaje de hombres y mujeres en este trabajo fueron iguales con un 50%.

Los hallazgos obtenidos y reportados en la investigación realizada por Matute et al. (2019), donde determinaron el grado de adherencia de acuerdo con el esquema de tratamiento utilizado y la relación de las características socio-demográficas y clínicas con la adherencia, utilizando el test de Morisky-Green del cual resultó que 59.3% de los pacientes fueron adherente al tratamiento, la no adherencia fue 40.7%, siendo la principal razón el olvido de la toma del tratamiento. Dichos resultados son similares a los que se publicaron en el presente estudio en cuanto, a que también se obtuvieron un porcentaje mayor para los pacientes adheridos al tratamiento, siendo adheridos totales con un 48.3% y adheridos parciales con un 51.7%, diferenciándonos con lo reportado en la no adherencia, teniendo como resultado a ningún paciente reportado como no adherido al tratamiento.

Con este trabajo se logró identificar con el pre y post test el nivel de conocimiento de los pacientes con *Helicobacter Pylori* antes de iniciar su tratamiento, en donde se observó que durante el pre test, un 73.3% de los pacientes resultaron con conocimiento bajo sobre la enfermedad, factor importante para la no adherencia al tratamiento, por lo que se considera un actuar importante del profesional de Enfermería poder brindar educación al paciente, familiares o cuidadores y poder intervenir de inmediato para evitar posibles complicaciones y consecuencias de esta enfermedad. Lo que es similar a lo reportado por Hernández et al. (2018), quienes realizaron una investigación para determinar la adherencia al tratamiento en pacientes de 3 centros de atención primaria de salud, encontrando que 1 de cada 4 pacientes (25%) olvida tomar al menos 1 dosis de su tratamiento y, 2 de cada 5 (40%) no cumplen los horarios establecidos para la toma de medicación, independientemente de la patología o la duración del tratamiento. Por tanto, en ambos trabajos se observan factores importantes para la no adherencia terapéutica lo que resulta indispensable implementar nuevos y diferentes instrumentos que permitan al personal de salud contribuir activamente a cambiar esta realidad.

El presente trabajo demostró un alta eficacia del programa educativo relacionado e influyente en la adherencia al tratamiento, obteniendo como resultado en uno de los factores de la adherencia terapéutica (el cumplimiento al tratamiento) de un 81.0%, un resultado significativo e importante como en el trabajo de investigación realizado por Mariño y Villalba (2017), quienes identificaron los factores asociados a la falla del tratamiento para la erradicación de *Helicobacter pylori* (Hp), considerando al 29,8% de los pacientes que presentaron falla al tratamiento y un 70,2% de pacientes que cumplieron con el tratamiento indicado.

El resultado del trabajo de investigación es similar a lo reportado por Pérez et al. (2021) quienes observaron que al aplicar el programa educativo se consiguió un 55.6% de pacientes que se adhirieron parcialmente al tratamiento, un 83.3% con una susceptibilidad percibida alta, porcentaje considerable, así como con este trabajo se consiguió también un alto porcentaje de adherencia al tratamiento, siendo este de un 77.3%, por lo que se considera en ambos trabajos que la creación de un programa educativo es importante, eficaz e influyente en la adherencia al tratamiento de los pacientes con *Helicobacter Pylori*.

Así como lo mencionado por Achury, que mediante un plan educativo se logra fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento del paciente, reflejándose en el diseño de un instrumento de medición, tal cual como se muestra en este trabajo de investigación al realizar la aplicación de diversos instrumentos para lograr evaluar la adherencia al tratamiento luego de aplicado el programa educativo y observando de igual forma un porcentaje significativo de pacientes que se adhieren al tratamiento, pero lo que se busca de manera ideal es que la adherencia al tratamiento del paciente alcance un grado de adherencia total para lo cual es necesario seguir en un continuo proceso educativo y un seguimiento más estrecho.

VI. CONCLUSIONES

6.1. En el presente trabajo se logró determinar la eficacia del programa educativo en cuanto a la adherencia al tratamiento y como este se relaciona e influye de manera significativa y positivamente en los pacientes con *Helicobacter Pylori* del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, considerándose entonces un programa muy beneficioso e importante para la recuperación de la salud y el bienestar de dichos pacientes.

6.2. Se evidenció en una primera entrevista, que un porcentaje significativo de pacientes tenían conocimiento bajo sobre el *Helicobacter Pylori*, sus consecuencias y prevenciones, viéndose esto reflejado en el Pre Test, posteriormente a eso, al brindar y explicar el programa educativo con ayuda de material didáctico y el uso de un lenguaje apropiado y claro para el entendimiento de los pacientes, se consiguió que ese porcentaje significativo se incline de manera positiva hacia el conocimiento alto, reflejándose en el pos test, concluyendo de esta manera, que al aplicar un programa educativo resulta muy eficaz para los pacientes logrando aprender y entender sobre el *Helicobacter Pylori* y sobre todo que contribuye al cumplimiento de su tratamiento.

6.3. Se logró determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes con *Helicobacter Pylori* mediante el cuestionario de MBG, observándose las tres categorías que lo conforman y que son de suma importancia en cuanto a la operacionalidad de la adherencia terapéutica, teniendo el mayor puntaje la categoría de cumplimiento del tratamiento, asimismo, se observó un mayor porcentaje para los pacientes con adherencia parcial, seguido los pacientes con adherencia total y no teniendo a algún paciente como no adheridos al tratamiento, lo que resulta y demuestra ser muy positivo en la culminación del tratamiento, evidenciándose el compromiso y concientización de cada paciente sobre su salud y enfermedad.

6.4. Se observó que la aplicación correcta y oportuna del pre y post test, así como del cuestionario de MBG a los pacientes con *Helicobacter Pylori*, creó un impacto satisfactorio del programa educativo sobre la adherencia al tratamiento, resultando éste un programa eficaz, donde los pacientes consiguieron adherirse al tratamiento sin fracasos en su terapia evitando posibles complicaciones y/o resistencia a los medicamentos.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, se recomienda al servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, promover la institucionalización y aplicación permanente del programa educativo sobre el *Helicobacter Pylori* por parte de los profesionales de la salud capacitados en el ámbito de la promoción y prevención, con la finalidad de influenciar de manera positiva en el paciente, familiares y/o cuidadores en cuanto a su estado de salud y bienestar.

7.2. Fomentar la promoción de la salud y lograr fortalecer el autocuidado brindando información clara y precisa a los pacientes, familiares y/o cuidadores, aplicando diferentes métodos didácticos para su mejor comprensión y entendimiento, buscando que ellos puedan participar de manera activa y colaboradora en el proceso y recuperación de su enfermedad.

7.3. Fomentar en el personal de salud el seguimiento de aquellos pacientes en los que se identifica cierta dificultad para cumplir con el tratamiento o en los que se observa un bajo nivel de conocimiento sobre su enfermedad, con la finalidad de lograr que cumplan con el tratamiento establecido e indicado, mejorando su estado de salud y evitando posibles recaídas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayala, J. y Lotero, J. (2013). Tamización de cáncer gástrico. *Revista Universitas Médica*, 54(2), 209-222. <https://revistas.javeriana.edu.com>.
- Caballero, N., Pérez, I., Herrera, M., Manrique, M. y Sánchez, J. (2012). Efectos de una intervención cognitivoconductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22 (2), 257-273. http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Nancy%20Patricia%20Caballero%20Su%E1rez_2.pdf
- Diest, P. (2021). Helicobacter pylori: diagnóstico y tratamiento. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 16(1), 17. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/helicobacter-pylori-diagnostico-y-tratamiento/>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41(6): 342-348. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
- Duarte-Chang, C. y Zúñiga, J. (2021). Infección por Helicobacter pylori y relación con hallazgos endoscópicos en pacientes atendidos en un centro endoscópico de referencia en Panamá. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 41(2), 73-78. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292021000200073&lng=es&nrm=iso
- El Informe Belmont*. (18 de Abril de 1979). Observatori de Bioetica i Dret Parc Científic de Barcelona. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

- Giraldo, I. (2009). *Efecto de un plan educativo sobre el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca de la ciudad de Bogotá* (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia). Repositorio Institucional UNAL. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/11152/539261.2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gonzales, Z. (2018). *Estimación de la prevalencia de Helicobacter pylori como agente carcinógeno en pacientes con cáncer gástrico diagnosticados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú 2015-2016* (Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Repositorio de tesis de UNMSM. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8655/Gonzales_nz.pdf?sequence=3
- Haynes, R., Taylor, D. y Sackett, D. (2004). Acerca del concepto de Adherencia terapéutica. *Revista cubana Salud Publica*, 30(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
- Hernández, I., Sarmiento, N., Gonzales, I., Galarza, S., De la Bastida, A., Terán, S. y Terán E. (2018). Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. *Revista Metro Ciencia*, 26(1), 07-11. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>
- Lacoste, J. (17 de Abril de 2013). *Las diferencias entre eficacia y eficiencia que todo emprendedor debe conocer*. Jlacoste.com. <https://jalacoste.com/diferencias-entre-eficacia-y-eficiencia>

Lago, N. (2015). Adherencia al tratamiento, responsabilidad de todos. *Revista Tendencias en Medicina*, 46, 99-109.

http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf

Lam Díaz, Rosa María, & Hernández Ramírez, Porfirio. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud?. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 24(2).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009&lng=es&tlng=es.

Matute, N., Urbina, D. y Ugarte, W. (2020). *Determinantes en la adherencia del tratamiento contra Helicobacter Pylori en el puesto de salud Juan Ramón Delgadillo en el periodo de mayo 8 octubre 2018. León. Nicaragua*. (Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León). Repositorio Institucional UNANL.

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/7351>

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=es

Merino, B., Arroyo, H. y Silva, J. (1999). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Publica en una Nueva Europa.

https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf

Naranjo, Y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es

Olmos, J. (2014). 12. Terapia de erradicación de *Helicobacter Pylori*. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 44(2), 51-56.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199332762012>.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Programas Nacionales de Control de Cáncer: políticas y pautas para la gestión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6182:2011-diabetes-disease-on-rise-americas&Itemid=135&lang=es

Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, Ó. y Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.

Pereira, O., Palay, M., Frómeta, V. y Neyra, R. (2015). Efectividad de un programa educativo en pacientes con pie diabético de riesgo. *MEDISAN*, 19(1), 69-77. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100011&lng=es

Pérez, J. y Gardey, A. (1 de Diciembre del 2008). *Definición de programa de salud - Qué es, significado y concepto*. <http://definicion.de/programa-de-salud/>

Pfizer. (2021). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la*

calidad de vida. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>

Pinto, J., Aguilar, V. y Gómez, P. (2017). *Guía práctica clínica para diagnóstico y tratamiento erradicador de Helicobacter Pylori. Hospital Cayetano Heredia.* <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-350080917.pdf>

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A. y Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista MED HONDUR*, 84(3-4), 125-132. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

Ricote, M. (10 de Setiembre del 2019). *Adherencia terapéutica, inercia clínica y la seguridad del paciente asociada a la información y comunicación.* DOCPLAYER. <https://docplayer.es/196807828-Adherencia-terapeutica-inercia-clinica-y-la-seguridad-del-paciente-asociada-a-la-informacion-y-comunicacion.html>

Soler, K., Soler, Y., Pérez, Elsa, Rodríguez, D. y Castañeda, M. (2021). Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de Manzanillo. *Revista Información Científica*, 100(3), e3435. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000300007

Vargas, G., Balvin, L., Chaiña, J., y Llanos, F. (2020). Adherencia terapéutica al tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* y sus factores asociados en un hospital público de Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 40(3), 224-229. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300224&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300224&lng=es&tlng=es)

IX. ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado de aceptación del proyecto de investigación

Yo.....Identificado (a) con

DNI:.....Domiciliado(a) en.....

Declaro voluntariamente mi aceptación para la publicación y exposición del Proyecto de Investigación y haber sido informada por la alumna: Calderón Pineda Tania, del establecimiento educativo: UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL.

Que, se propone de mi participación en el trabajo de investigación, brindando información de índole personal; que se me ha explicado y que sé que es de carácter anónimo.

Manifiesto mi conformidad para mi participación en el cuestionario o encuesta y su publicación en el trabajo de investigación bajo las normas de anonimato establecidas.



Firma

Anexo B. Pre test / Post test sobre Helicobacter Pylori

I. Presentación:

Sr(a). Tenga Ud. Muy buenos días, soy alumna de la 2da. Especialidad de la Universidad Nacional Federico Villareal – Facultad de Enfermería, estoy realizando una investigación titulada: EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN PACIENTES CON HELICOBACTER PYLORI EN RELACION A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA 2022. Para lo cual Ud. deberá responder los siguientes cuestionarios marcando con un aspa la alternativa que crea conveniente o sea la indicada. Su respuesta debe ser una sola, le recordamos que solo servirán para la investigación por lo cual dichos cuestionarios son anónimos.

2. ¿El Helicobacter Pylori es una bacteria?

- a) Si b) No

3. ¿La gastritis se produce por el Helicobacter Pylori?

- a) Si b) No

4. ¿El Helicobacter Pylori no tratado termina en cáncer?

- a) Si b) No

5. ¿El Helicobacter pylori se encuentra en las verduras no lavadas?

- a) Si b) No

6. ¿Las úlceras no son a causa del *Helicobacter pylori*?
a) Si b) No
7. ¿El *Helicobacter pylori* causa molestias gástricas?
a) Si b) No
8. ¿El *Helicobacter Pylori* no se diagnostica en una endoscopia con la toma de biopsia?
a) Si b) No
9. ¿El test de aliento se realiza cuando se termina el tratamiento?
a) Si b) No
10. ¿El tratamiento del *Helicobacter Pylori* dura más de dos semanas?
a) Si b) No
11. ¿Se toman antibióticos como tratamiento para el *Helicobacter pylori*?
a) Si b) No
12. ¿El *Helicobacter Pylori* se previene comiendo alimentos cocidos?
a) Si b) No
13. ¿El *Helicobacter Pylori* no se contagia de persona a persona?
a) Si b) No

Anexo C. Cuestionario para la evaluación de la Adherencia Terapéutica MBG (Martín–Bayarre–Grau)

Estimado paciente: Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con *Helicobacter Pylori*. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____

Tiempo de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Alimentos cocidos _____ 2. Alimentos bien lavados _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____

2. No _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Tiene conocimiento del tratamiento farmacológico que le han prescrito.					
2. Toma los medicamentos en el horario establecido.					
3. Se toma todas las dosis indicadas.					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

Anexo D. Infografía del Helicobacter Pylori

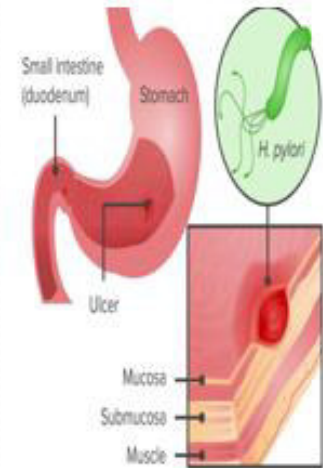


¿Como se previene?

- Lavarse las manos después de usar el baño y antes de comer
- Comer alimentos preparados adecuadamente
- Beber agua de fuentes limpias y seguras
- Insistir en una buena higiene bucodental
- No tomar alcohol
- Evitar el tabaco
- Reducir el estrés y las preocupaciones.

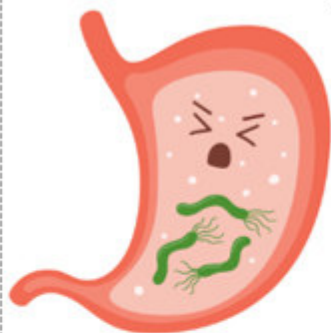
¿Cuál es el tratamiento?

Las infecciones por Helicobacter pylori suelen tratarse con al menos dos antibióticos diferentes a la vez, para ayudar a evitar que la bacteria desarrolle una resistencia a un antibiótico en particular. También te recetará o recomendará un fármaco supresor de ácidos, para ayudar a sanar el revestimiento del estómago.



HELICOBACTER PYLORI

LIC. ENF. TANIA CALDERON



¿Qué es el Helicobacter Pylori?

Helicobacter pylori es una bacteria que crece en la capa mucosa que recubre el interior del estómago humano.

La colonización del estómago con H. pylori se ha aceptado cada vez más como causa importante del cáncer de estómago.

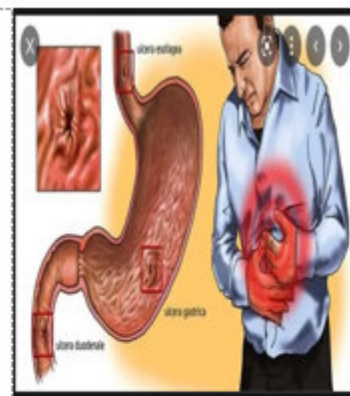
¿Cuales son los síntomas?

Cuando se manifiestan los signos y síntomas de la infección por helicobácter pylori, estos comprenden los siguientes:

- Dolor o ardor en el abdomen
- Dolor abdominal más agudo con el estómago vacío
- Náuseas
- Pérdida del apetito
- Eructos frecuentes
- Hinchazón
- Pérdida de peso involuntaria

¿Como se contagia?

La bacteria puede transmitirse de una persona a otra por contacto directo con la saliva, el vómito o la materia fecal. La bacteria helicobácter pylori también puede transmitirse a través de alimentos o agua contaminados.

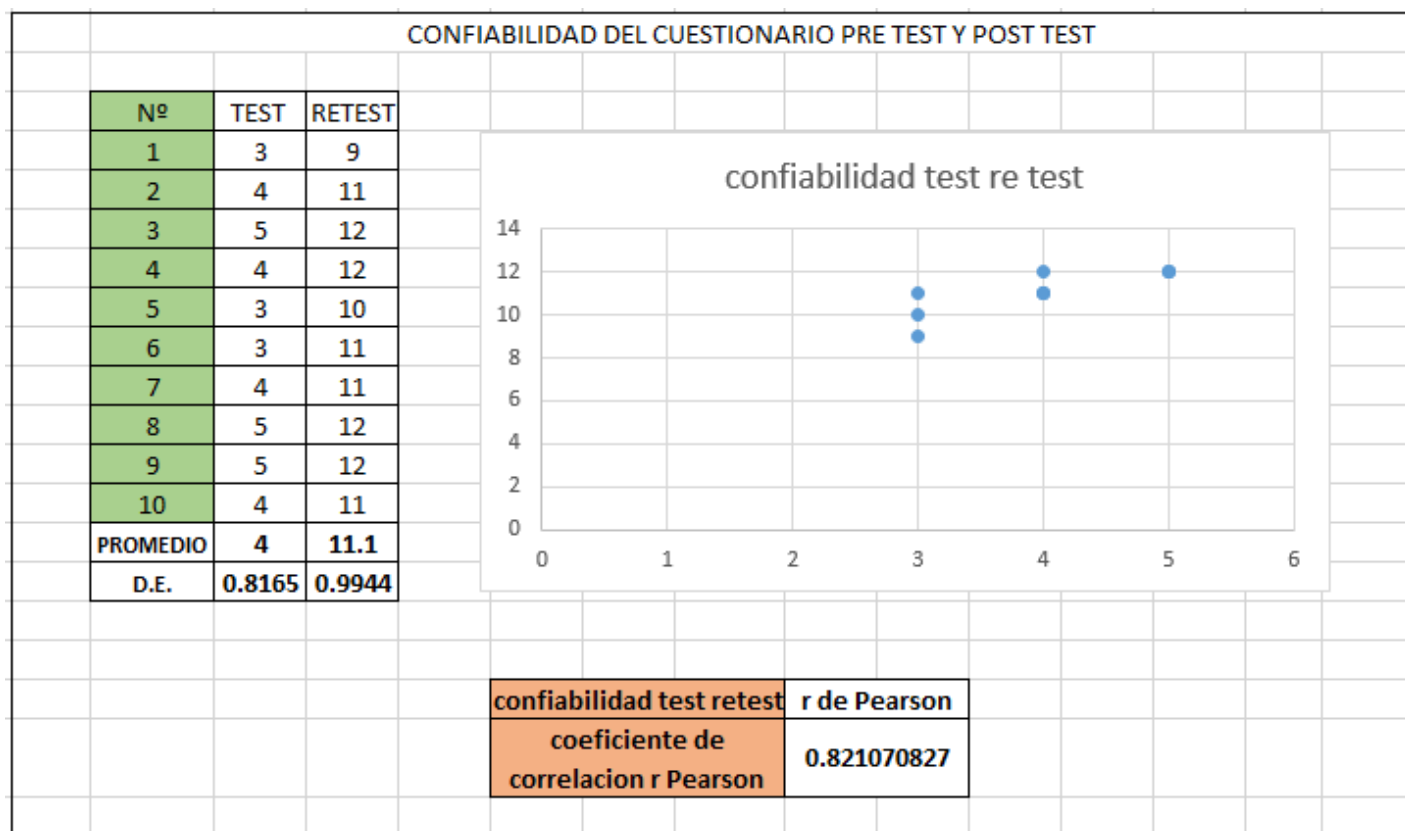


¿Cuáles son las complicaciones?

Las complicaciones relacionadas con la infección por helicobácter pylori comprenden:

- Úlceras.
- Inflamación de la mucosa del estómago
- Cáncer de estómago.

Anexo E. Confiabilidad del Cuestionario del Pre y Post test



Anexo F. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación Ítem -total	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
1	3,58	,84	,65	,87
2	2,77	1,48	,59	,87
3	3,53	,94	,58	,87
4	3,17	1,27	,63	,86
5	2,92	1,28	,63	,86
6	3,18	1,38	,53	,87
7	1,93	1,51	,38	,88
8	2,63	1,66	,70	,86
9	3,17	1,24	,70	,86
10	2,70	1,69	,69	,86
11	1,25	1,49	,28	,88
12	2,79	1,80	,69	,86

El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para esta muestra fue de ,889. La media por ítems, la desviación estándar, la correlación entre el ítem y la puntuación total del MBG y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado se presentan en la tabla. Los ítems con los promedios más altos fueron: 1, 3, 6, y el 9. En la correlación Ítem-total del MBG, la mayoría alcanzaron valores superiores a ,50, lo cual es indicador de un buen nivel de consistencia entre los ítems, siendo el 8 y 9 los de más elevada correlación. Sólo los ítems 7 y 11 no sobrepasaron el valor de ,50. También todos contribuyeron a mantener un Alfa de Cronbach superior a ,80 de ser eliminados, por lo que se puede señalar una buena homogeneidad del instrumento elaborado.

Anexo G. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuál es la eficacia del programa educativo en la adherencia al tratamiento en pacientes con Helicobacter Pylori en el servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022?	General: Determinar la eficacia del programa educativo en la adherencia al tratamiento del Helicobacter Pylori, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022. Específico: a) Evaluar la eficacia del programa educativo en los pacientes con Helicobacter Pylori, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022. b) Determinar el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con Helicobacter Pylori, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022. c) Identificar la influencia del programa educativo en la adherencia al tratamiento en pacientes con Helicobacter Pylori, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022.	H₁: La eficacia del programa educativo influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con Helicobacter Pylori, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022. H₀: La eficacia del programa educativo no influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con Helicobacter Pylori, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2022.	Variable independiente: Eficacia del programa educativo. Variable dependiente: Adherencia al tratamiento Indicadores: - Edad - Nivel de educación. - Grado de adherencia terapéutica. - Nivel de conocimiento - Prevención del Helicobacter Pylori. - Consecuencias del Helicobacter Pylori. - Importancia de la adherencia al tratamiento - Consecuencias a la no adherencia terapéutica. - Estrategias para la adherencia terapéutica.	Tipo de investigación: Es cuasi experimental, de diseño longitudinal y método descriptivo. Población y muestra: La población está constituida por un total de 60 pacientes, con un muestreo no probabilístico, de tipo por conveniencia. Instrumento: La encuesta como técnica y como instrumento se usó el pre y post test y el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica de MBG.