

Conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales de dos distritos de Chiclayo, Perú, durante el 2012

Knowledge on non alcoholic fatty liver disease in general practitioners from two districts of Chiclayo, Peru, during 2012

Katherin Violeta Correa-Carhuachin ^{1a}, Cristy Margaret Manayalle-Torres ^{1a}, Franco Ernesto León-Jiménez ^{1,2b}, Cristian Díaz-Vélez ^{1,3c}, Fernando Cubas-Benavides ^{1d}

¹ Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.

² Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

³ Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, Perú.

^a Estudiantes de Medicina Humana, ^b Médico Internista, ^c Médico Epidemiólogo, ^d Médico Gastroenterólogo

Recibido: 31/01/2013; Aprobado: 29/12/2013

RESUMEN

Introducción: El hígado graso no alcohólico (HGNA) es una enfermedad altamente prevalente y asociada al síndrome metabólico. Se desconoce si el médico de atención primaria posee un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado en relación a esta patología. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre HGNA en médicos generales en dos distritos de la provincia de Chiclayo durante el 2012. **Materiales y Métodos:** Diseño descriptivo correlacional o de análisis cruzado y transversal; mediante un instrumento validado y autoaplicado de 13 preguntas, se entrevistó a 60 médicos, mediante muestreo no probabilístico, consecutivo. Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 15. **Resultados:** Sólo en 45% de los médicos generales encuestados se halló un conocimiento suficiente. No se halló asociación entre el nivel de conocimiento y la universidad de procedencia, el número de años de egresado, ni con haber diagnosticado previamente al menos un caso de HGNA. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos en HGNA en los médicos generales de ambos distritos de Chiclayo fue insuficiente.

Palabras clave: Hígado graso; Médicos generales; Atención primaria de salud (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a high prevalent disease associated with the metabolic syndrome. It is unknown whether general practitioners have an appropriate diagnostic and therapeutic approach to this pathology. **Objective:** To determine the level of knowledge on NAFLD of general practitioners of two districts of the province of Chiclayo during 2012. **Material and methods:** Cross sectional design; 60 practitioners were selected and interviewed by a non-probabilistic consecutive sampling, using a validated instrument of 13 questions. Data were processed using SPSS v15. **Results:** Only in 45% of the general practitioners a sufficient knowledge was found. No association was found between the level of knowledge with the university of origin, the number of years of graduated nor the antecedent of previously had diagnosed at least one case of NAFLD. **Conclusions:** The level of knowledge in NAFLD in the general practitioners interviewed from Chiclayo was insufficient.

Key words: Fatty liver; General practitioners; Primary health care (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El hígado graso no alcohólico (HGNA) constituye una entidad con poca expresión clínica y su prevalencia se ha duplicado en los últimos años como resultado de la epidemia de la obesidad y del Síndrome Metabólico ⁽¹⁻³⁾, tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. La prevalencia es de 70 a 90% en obesos y diabéticos; estos pacientes, también tienen mayor riesgo de desarrollar fibrosis y finalmente, cirrosis ^(4,5). Alrededor del 20% al 70% de los pacientes adultos con HGNA tienen Diabetes Mellitus tipo 2, hiperglucemia en ayunas o intolerancia a la glucosa ⁽⁶⁾ y está vinculada a un riesgo mayor de eventos cardiovasculares ⁽⁷⁾.

Pérez et al., en un estudio retrospectivo en el que analizó las biopsias hepáticas en pacientes con HGNA del Instituto Superior de Medicina Militar de Cuba, encontró que 52% de los pacientes tenían formas evolutivas histológicas más severas: fibrosis y cirrosis y, 24% esteatosis y esteatohepatitis ⁽⁸⁾.

En atención primaria, los médicos generales son los primeros que tienen contacto con estos pacientes. La sospecha y el reconocimiento precoz de esta entidad son importantes. En la literatura no se han encontrado estudios que analicen el nivel de conocimiento en médicos generales acerca de esta patología.

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre HGNA en médicos generales en dos distritos de la provincia de Chiclayo durante el 2012.

Citar como: Correa-Carhuachin KV, Manayalle-Torres CM, León-Jiménez FE, Díaz-Vélez C, Cubas-Benavides F. Conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales de dos distritos de Chiclayo, Perú, durante el 2012. *Rev Gastroenterol Peru.* 2014;34(1):29-32.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Descriptivo correlacional o de análisis cruzado y transversal.

Población diana: médicos generales de los distritos de Chiclayo y La Victoria.

Criterios de Inclusión: Médicos generales que laboran en postas de salud, centros de salud, consultorios particulares y un hospital nivel II.1

Criterios de exclusión: Médicos con labor predominantemente administrativa, con enfermedad mental incapacitante y con enfermedad orgánica severa o terminal.

Diseño muestral: Muestreo no probabilístico consecutivo. El número de médicos generales de ambos distritos en el 2012 fue de 98. El tamaño muestral se determinó mediante la calculadora estadística Epidat versión 3.1, con un nivel de confianza de 95%, una precisión de 5% y una proporción esperada (de conocimiento suficiente sobre hígado graso) del 50%. El tamaño muestral fue de 60 médicos.

Instrumento de recolección de datos: Se utilizó un instrumento validado anteriormente por los autores, de 13 preguntas, unidimensional, auto administrado, con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,775 y un coeficiente de correlación intraclase de 0,77. A cada pregunta correcta se dio el valor de un punto y a cada incorrecta el valor de cero. El punto de corte considerado fue de 7 puntos (percentil 60); mayor o igual de 7 puntos se considera como conocimiento suficiente y menor de 7 puntos, como insuficiente ⁽⁹⁾.

El instrumento se aplicó entre abril y diciembre del 2012, de manera personal a cada médico, en forma anónima, con una duración de 30 minutos.

Análisis estadístico:

Se utilizó estadística descriptiva para las variables cuantitativas; para describir el nivel de conocimiento se usó tablas de distribución de frecuencia relativas porcentuales. Para la comparación de variables categóricas se utilizó χ^2 y el test exacto de Fisher. Se usó Microsoft Excel versión 2010 para elaborar la base de datos y gráficos; el análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS vs 15.0 para Windows. Se consideró un nivel de significancia de 5% e intervalos de confianza del 95%.

Aspectos éticos: El proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Se hizo uso de un consentimiento informado verbal. Se aseguró la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Se tuvo acceso a 65 médicos generales; sólo 60 aceptaron responder la encuesta (tasa de rechazo de 7,69%): 24 médicos del distrito de La Victoria y 36 del distrito de Chiclayo. El promedio de edad fue de 35 +/- 8,3 años; rango: 26 y 58 años. Otras características socio demográficas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características socio demográficas de los médicos generales encuestados de Chiclayo durante el 2012.

Características	N	%
Sexo (masculino)	39	65
Universidad		
UNPRG	25	41,7
*Otras	19	31,6
UPAO	9	15,0
UDCH	7	11,7
Años de egresado		
1 - 5 años	37	61,7
> 10 años	13	21,7
6 -10 años	10	16,7
**Diagnóstico previo		
SI	44	73,3
NO	16	26,7

Descripción: UNPRG: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; UPAO: Universidad Privada Antenor Orrego; UDCH: Universidad de Chiclayo; *Otras: Universidad Nacional de Trujillo (5), Universidad de Cajamarca (5) y de Universidad Nacional de Piura (5), Universidad San Martín-Lima (4) ** Haber diagnosticado al menos 1 caso de HGNA previamente.

Con respecto al análisis descriptivo de los puntajes obtenidos: La media fue de 7 puntos +/- 1,7; la mediana fue de 6,35. El puntaje máximo fue 13 y el mínimo 3.

El 45% de los médicos obtuvieron un conocimiento suficiente en relación a HGNA. No se encontró asociación entre el puntaje obtenido y los años de egresado, ni entre el dato de haber diagnosticado previamente al menos un caso de HGNA, ni con la Universidad de procedencia (Tabla 2). La pregunta con mayor frecuencia de acierto fue la número 2 (*¿Cuál es la manifestación clínica más frecuente en el paciente con HGNA?*) y la pregunta con menor frecuencia de acierto, la número 1 (*¿Para el diagnóstico de HGNA debe tenerse en cuenta que el paciente haya tenido un consumo de alcohol de ...?*), como se observa en la Tabla 3.

Tabla 2. Análisis bivariado: características sociodemográficas y el conocimiento en hígado graso no alcohólico en médicos generales de Chiclayo durante el 2012.

Características sociodemográficas	Conocimiento insuficiente	Conocimiento suficiente	p
Diagnóstico previo			
SI	25	19	0,86
NO	8	8	
Años de egresado			
1-5 años	17	20	0,16
6-10 años	7	3	
> 10 años	9	4	
Universidad:			
UNPRG	12	13	0,15
UDCH	3	4	
UPAO	8	1	
Otras	10	9	

Descripción: Diagnóstico previo: Si el médico entrevistado ha diagnosticado al menos 1 caso de HGNA previamente; UNPRG: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; UPAO: Universidad Privada Antenor Orrego; UDCH: Universidad de Chiclayo; OTRAS: Universidad Nacional de Trujillo, Universidad de Cajamarca; Universidad Nacional de Piura, Universidad San Martín-Lima; p: valor p es menor de 0,05.

Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual del acierto por pregunta: conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales de Chiclayo durante el 2012.

Preguntas	N	%
1.- Diagnóstico de HGNA	18	30,00
2.- Manifestación clínica más frecuente	52	86,67
3.- Fármacos asociados a HGNA	23	38,33
4.- Factores de riesgo más frecuentes	35	58,33
5.- Hallazgos de laboratorio en HGNA	22	36,67
6.- Hallazgos de ultrasonografía en HGNA	27	45,00
7.- Utilidad de la Biopsia hepática	34	56,67
8.- Sensibilidad de los estudios de imágenes en HGNA	39	65,00
9.- Situación problemática 1	45	75,00
10.- Tratamiento	25	41,67
11.- Pronóstico	29	48,33
12.- Situación problemática 2	28	46,67
13.- Situación problemática 3	43	71,67

DISCUSIÓN

En más del 50% de los médicos encuestados se halló un conocimiento insuficiente sobre HGNA a pesar de que es una enfermedad cuya prevalencia va en aumento por su relación con el Síndrome Metabólico. Soto et al., encontraron en Lambayeque una prevalencia de Síndrome Metabólico de 28,3% según criterios de NCEP- ATP III (Tercer Reporte del Panel de Expertos de Adultos del Programa de Educación Nacional en Colesterol en Estados Unidos) y de 33,2% según ILIBLA (Oficina Internacional de Información en Lípidos Latinoamérica), lo que indica que 1 de cada 4 lambayecanos presenta esta patología⁽¹⁰⁾. Es importante que un médico en este contexto, sepa reconocer a un paciente con HGNA. Los resultados de esta investigación no pueden compararse con otras realidades debido a que en la literatura no se encontraron estudios en los que se mida el conocimiento en relación a HGNA. Sin embargo, podemos mencionar que existen en nuestro país, otras enfermedades prevalentes en las que el reconocimiento por parte de médicos de atención primaria, es deficiente.

En un trabajo realizado en la Región de Lambayeque sobre nivel de conocimiento en médicos sobre diagnóstico y tratamiento de Dengue, se encontró que el 50,4 % de los médicos encuestados tuvieron un conocimiento bajo, el 48,7 % un conocimiento medio y únicamente un 0,9 % un nivel alto de conocimiento⁽¹¹⁾.

En una tesis realizada en la ciudad de Lima por Arias en la que se midió el nivel de conocimiento de los médicos generales sobre Hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo B, paperas y rubeola, se halló que los médicos presentaban un bajo conocimiento sobre estas enfermedades (30% respondieron correctamente con respecto a hepatitis B; 57,6% respondieron

correctamente sobre *Haemophilus influenzae* tipo B y sólo un 39,6% respondieron correctamente sobre paperas-rubéola-sarampión)⁽¹²⁾.

Un estudio realizado en Cuba por Machado et al., sobre nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en profesionales de la salud, encontró que el 59% no aprobaron el test⁽¹³⁾ y otro estudio realizado en cinco ciudades de Cuba sobre el mismo tema, encontró que el 75% de médicos desaprobaron el test⁽¹⁴⁾.

Más de la mitad de los médicos generales encuestados han diagnosticado un caso de HGNA en su práctica diaria; de ellos sólo 43% presentan conocimiento suficiente, por lo que sería cuestionable el diagnóstico realizado así como el tratamiento recibido.

En el estudio se observó que los médicos con menor número de años de egresados (0 a 5 años) no obtuvieron un mejor puntaje que los médicos con mayor tiempo de egreso. Ello podría deberse a que la capacitación de esta entidad es insuficiente ya desde el pregrado. Por tanto, es competencia de las universidades el reconocimiento de estos vacíos de conocimiento ya desde el pregrado para reforzar las competencias de sus egresados.

En un estudio transversal realizado en Canadá sobre la importancia y la satisfacción con el trabajo y los problemas interpersonales profesionales, se encontró que el conocimiento de los médicos comienza a deteriorarse progresivamente cuando termina su entrenamiento. La necesidad de actualización del conocimiento médico a través de programas de educación continua, se hace evidente⁽¹⁵⁾. Según Haynes et al., los médicos carecen de conciencia sobre los importantes avances en el conocimiento médico⁽¹⁶⁾.

Se encontró que sólo el 65% de los encuestados sabían que el método diagnóstico más sensible es la ultrasonografía y sólo el 45% reconocieron los hallazgos ecográficos característicos. La gran mayoría reconocen que es una patología asintomática (86,6%), pero sólo el 58,3% contestaron correctamente la pregunta sobre los factores de riesgo para el desarrollo de HGNA; es muy probable que el enfoque terapéutico basado en cambios en los estilos de vida sea deficiente.

El régimen terapéutico debe incluir una reducción de peso gradual y supervisado, una dieta balanceada y ejercicio aeróbico regular, sin descuidar los factores precipitantes⁽¹⁷⁾.

Además, sólo el 56,6 % sabían que el pronóstico y diagnóstico final de esta patología se hace mediante biopsia hepática; esto explicaría el que los médicos generales no deriven a los pacientes al servicio de gastroenterología para seguir estudios.

Choudhry et al., en una revisión sistemática sobre la relación entre la experiencia clínica y la calidad de la atención en salud, hallaron una relación inversa entre el número de años de experiencia

clínica con la calidad de la atención que el médico proporciona. En el estudio no se hallaron diferencias significativas entre el número de años de egresado y el conocimiento acerca de ésta entidad. De todas formas, es recomendable capacitar continuamente a los médicos de atención primaria, quienes son los primeros en tratar al paciente ⁽¹⁸⁾. La falta de reconocimiento y abordaje de esta entidad puede provocar que el paciente desarrolle en el futuro una hepatopatía crónica, cirrosis y finalmente falla hepática sin respuesta al tratamiento, con alteración de la calidad de vida y aumento de la morbimortalidad ⁽⁵⁾.

El estudio tiene la fortaleza que se usó un instrumento validado, con una aceptable confiabilidad.

Se concluye que un 55% de los médicos entrevistados presentan conocimiento insuficiente sobre HGNA; no se encontró asociación entre el nivel de conocimientos en relación a HGNA y el antecedente de haber diagnosticado anteriormente al menos un caso de HGNA, ni los años de experiencia como médico, ni con la universidad de procedencia del entrevistado.

Financiamiento:

Trabajo autofinanciado en su totalidad.

Conflictos de intereses:

No existen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Lorenzo M, Franco Estrada S, Winograd Lay R, Angulo Pérez O. [Aspectos clínicos patológicos del hígado graso no alcohólico](#). Rev Cubana Med Milit. 2003;32(4).
- Targher G, Day C, Bonora E. [Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease](#). N Engl J Med. 2010;363(14):1341-50.
- Gaviria Rivero G, Uzcátegui LR, Gómez Pérez RE, Uzcátegui Pinto E, Baptista T, Martínez D, et al. [Frecuencia de hígado graso no alcohólico en pacientes con síndrome metabólico: estudio poblacional en el municipio libertador del estado Mérida](#). MedULA. 2012;21(1):18-25.
- Córdova Pluma VH, Alemán Ortiz G, Cantú Gómez A. [Hígado graso no alcohólico: un encuadre didáctico para un problema latente \(primera parte\)](#). Med Int Mex. 2009;25(1):38-57.
- Sanyal AJ; American Gastroenterological Association. [AGA technical review on nonalcoholic fatty liver disease](#). Gastroenterology. 2002;123(5):1705-25
- Méndez Sánchez N, Gutiérrez Grobe Y, Chávez Tapia NC, Kobashi Margain RA, Uribe M. [Hígado graso no alcohólico y esteatohepatitis no alcohólica: conceptos actuales](#). Revista de Gastroenterología de México. 2010; Supl 2(75):143-8.
- Ampuero J, Romero-Gómez M. [Influencia de la enfermedad por hígado graso no alcohólico en la enfermedad cardiovascular](#). Gastroenterol Hepatol. 2012;35(8):585-93.
- Pérez M, Duarte N, Montero T, Franco S, Winograd R, Brizuela R. [Prevalencia del hígado graso no alcohólico en muestras de biopsias hepáticas](#). Rev Cub Med Mil. 2006;35(4).
- Correa-Carhuachin K, Manayalle-Torres C, León-Jiménez F, Cubas-Benavides F. [Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales](#). Rev Gastroenterol Peru. 2011;31(4):351-8.
- Soto C, Vergara W, Neciosup P. [Prevalencia y factores de riesgo de síndrome metabólico en población adulta del departamento de Lambayeque](#). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2004;22(4):254-61.
- Paico-Romero C, Polo-Capuñay A, Díaz-Exebio G, Díaz-Vélez C. [Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque](#). Acta Med Per. 2012;29(3):143-7.
- Arias C. Conocimientos y prácticas de los médicos con respecto a hepatitis B, enfermedad por *Haemophilus influenzae* tipo B, paperas y rubeola y el impacto de sus respectivas vacunas [Tesis para optar el Título de Médico pediatra]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
- Machado M, Roque R, Barrios I, Nodal J, Olive J, Quintana I. [Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso](#). Rev Cuba Anestesiol Reanim. 2010;9(2):83-94.
- López M, Navarrete V, Vallongo M, Fernández S, de la Barrera F, Ramirez A. [Estudio multicéntrico exploratorio sobre el nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar y cerebral](#). Rev Cuba Anestesiol Reanim. 2006;5(1).
- Cook DJ, Griffith LE, Sackett DL. [Importance of and satisfaction with work and professional interpersonal issues: a survey of physicians practicing general internal medicine in Ontario](#). CMAJ. 1995;153(6):755-64.
- Haynes RB, McKibbon KA, Fitzgerald D, Guyatt GH, Walker CJ, Sackett DL. [How to keep up with the medical literature: I. Why try to keep up and how to get started](#). Ann Intern Med. 1986;105(1):149-53.
- Tagle Arrospe M. [Hígado graso no alcohólico](#). Rev Gastroenterol Peru. 2003;23(1):49-57.
- Choudhry KN, Flether RH, Soumerai SB. [Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care](#). Ann Intern Med. 2005;142(4):260-73.

Correspondencia:

Katherin Violeta Correa Carhuachin
E-mail: katherincorrea_1@hotmail.com