HIGADO GRASO NO ALCOHOLICO EN OBESOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD DEL VINCULO MUNICIPIO FALCON ESTADO FALCÓN

AUTORAS:

GARCÍA C. EYRANABELL C

COLINA P. ROSSMARY C

CORDERO G. DORIMAR G

SÁNCHEZ R. ESTEPHANY C.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el hígado graso no alcohólico en obesos y calidad de vida en pacientes de la comunidad del Vínculo Municipio Falcón - Estado Falcón, entre el primer y segundo semestre del año 2019. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal, de campo. **Muestra:** La muestra estuvo representada por 25 pacientes. Se determinó el peso/ talla, IMC, Circunferencia Abdominal. Se solicitaron exámenes de laboratorio como triglicéridos y ecosonograma abdominal superior. **Resultados:** En ambos grupos predominó el sexo femenino 68% y masculino de 32%. El diagnóstico de EGHNA se estableció por criterios de Ecosonograma obteniendo mayor porcentaje para el grado moderado (32%) seguido del grado severo (28%) entre ambos sexos. Los componentes del Síndrome Metabólico que se relacionaron con la EGHNA en dichos pacientes estudiados fueron: incremento de la circunferencia abdominal, talla, peso, IMC, triglicéridos elevados y el grado de severidad de la esteatosis hepática que fue independiente del número de componentes del Síndrome Metabólico asociados. Se determinó la relación entre los

resultados ecográficos y la calidad de vida, que se clasifico por medio de un test con puntuación especifica. Al establecer la relación entre dichas variables, independientemente de los grados de esteatosis; con los componentes del Síndrome Metabólico, se obtuvo una significancia estadística (p<0,041). **Conclusión:** El paciente con hígado graso no alcohólico, tiene una tendencia probable estadísticamente significativa, de tener mayor afectación en la calidad de vida que aquellos pacientes sin diagnóstico de EGHNA.

Palabras Clave: Enfermedad Grasa Hepática no alcohólica. Síndrome Metabólico.

NON-ALCOHOLIC FAT LIVER IN OBESOS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS OF THE FALCON MUNICIPALITY LINK COMMUNITY - FALCÓN STATE.

ABSTRACT

Objective: Characterize the non-alcoholic fatty liver in obese and quality of life in patients over 20 years of age of the community of the Falcón Municipality - Falcón State Community. **Methodology:** The research was descriptive, cross-sectional in the field. **Sample:** 25 patients participated. Weight / height, BMI, Abdominal Circumference was determined. Laboratory tests such as triglycerides and upper abdominal ecosonogram were requested. **Results:** In both groups, 68% female and 32% male predominated. The diagnosis of EGHNA was established by ecosonogram criteria obtaining a higher percentage for the moderate grade (32%) followed by the severe grade (28%) between both sexes. The components of the Metabolic Syndrome that were related to EGHNA in these studied patients were: increased abdominal circumference, height, weight, BMI, elevated triglycerides and the degree of severity of hepatic steatosis that was independent of the number of components of the Metabolic

Syndrome Associates. The relationship between ultrasound results and quality of life was determined, which was classified by means of a test with a specific score. When establishing the relationship between these variables, regardless of the degrees of steatosis; with the components of the Metabolic Syndrome, a statistical significance was obtained ($p<0.041$). **Conclusion:** Patient with a non-alcoholic fatty liver has a statistically significant probable tendency to have a greater impact on the quality of life than those patients without diagnosis of EGHNA.

Keywords: Non-alcoholic liver fatty disease. Metabolic syndrome.

INTRODUCCIÓN

El hígado graso o enfermedad hepática grasa no alcohólica es una alteración clínico patológica que se caracteriza por la elevación de la concentración sérica de transaminasas y esteatosis hepática sin un consumo intenso de alcohol, en relación con este último clasificándose como una de las principales causas de enfermedad hepática a nivel mundial. El hígado graso no alcohólico (HGNA) es una enfermedad frecuente y que puede progresar a daño crónico, que comparte muchos elementos del síndrome metabólico (SM), el cual es una entidad clínica caracterizada por la asociación de varias enfermedades vinculadas a través de resistencia a la insulina.

Asimismo, consiste en la acumulación de grasa en los hepatocitos superior a 5% del peso total del hígado. Es una entidad que tiene un amplio espectro clínico-patológico, esta es cada vez más reconocida como una causa importante de morbilidad y mortalidad. La prevalencia mundial presenta una gran variabilidad con cifras que van desde 2,8% a 88%, dependiendo de la población estudiada. Estos datos han ido aumentando proporcionalmente con las tasas de obesidad, sedentarismo y dietas altas en calorías.

Se ha encontrado mayor predisposición en pacientes entre la cuarta y sexta década de la vida. Además de la obesidad, la enfermedad hepática grasa no alcohólica también está asociada con el síndrome metabólico cuyos factores de riesgo incluyen dislipidemia, resistencia a la insulina, diabetes, y aumento del perímetro abdominal. Los hallazgos clínicos y de laboratorio iniciales suelen ser inespecíficos, pero tradicionalmente el diagnóstico se da por imágenes

de manera incidental, principalmente por ecografía.

Por otra parte, el mejor método para la identificación y clasificación del hígado graso es el histológico, el cual diferencia entre formas tempranas y tardías; sin embargo, para un adecuado diagnóstico se requiere la exclusión de otros trastornos, en particular de hepatitis viral, la ingesta significativa de alcohol, y la exposición a medicamentos potencialmente hepatotóxicos.

No obstante, en los Estados Unidos donde el 25% de la población adulta es obeso, la enfermedad se presenta en más de 2/3 de estos individuos y en más de 90% de la clase III de los individuos obesos. Es por esta razón que cambios en el estilo de vida que generen disminución en el peso corporal pueden modificar los niveles de aminotransferasas, y tener algún efecto sobre la histología hepática y el curso natural de la enfermedad.

En un estudio realizado por el Departamento de Gastroenterología de la Pontificia Universidad Católica de Chile muestra que la prevalencia de hígado graso en la población general de Santiago es 23%. En otros países de Latinoamérica incluyendo Venezuela no existen datos estadísticos sobre la incidencia e impacto en el sistema de salud de la EGHNA, ya que la involucran dentro del grupo de todas las patologías hepáticas.

El HGNA es la enfermedad hepática más diagnosticada en los países occidentales, con una prevalencia que oscila entre el 20 % y el 30 %, y amenaza con convertirse en un serio problema de salud pública ya que no solo se considera capaz, en algunos casos, de evolucionar a esteatohepatitis y cirrosis, sino que también se ha asociado con resistencia a la insulina, obesidad, hipertensión arterial (HTA), DM,

hiperlipidemia y enfermedades cardiovasculares (ECV).

La causa de la acumulación de grasa en el hígado no se conoce con certeza, pero se han involucrados algunos mecanismos importantes en el desarrollo de la enfermedad, entre ellos, elementos del síndrome metabólico, tales como obesidad abdominal, alteraciones de la tolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial. La resistencia a la insulina (IR) se encontraría presente aun en los pacientes no obesos y el riesgo de esteatosis aumenta cuando se asocia a un mayor número de componentes del síndrome metabólico.

La obesidad es considerada uno de los factores para la aparición de la esteatosis hepática no alcohólica, debido a que es una condición esteato inflamatoria que ocurre solo en el 2,5% de la población obesa. La incidencia de la esteatosis hepática no alcohólica es de un 60 a 90 % en sujetos obesos. De igual forma se asocia con la hiperlipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Representa el trastorno metabólico más frecuente para el desarrollo de HGNA y la probabilidad de padecerla aumenta con el grado de obesidad.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron mayores en el continente Americano (62% de sobrepeso en ambos sexos y 26% de obesidad), y menores en el sur de Asia (14% de sobrepeso en ambos sexos y 3% de obesidad). (Contreras Leal, 2011).

Por su parte, la calidad de vida implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren. La calidad de vida relacionada con la salud incluye las esferas física, psicológica y social de la

salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo.

Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida. La calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos en las tres últimas décadas debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante de la atención médica, y para medirla se han construido instrumentos genéricos y específicos que varían de acuerdo con el tipo de pacientes en estudio, escenario de administración y tipo de cuestionario (formato breve, autoadministración, entrevista, por teléfono o por correo).

Los instrumentos genéricos se utilizan para evaluar un amplio rango de características aplicables a diversas enfermedades o condiciones; en cambio, los instrumentos específicos tienen un enfoque dirigido a las características más relevantes de la enfermedad o condición en estudio, así como de los pacientes.

En el siguiente trabajo de investigación se pretende determinar la relación entre el hígado graso no alcohólico y calidad de vida en pacientes mayores de 20 años de edad de la comunidad del vínculo municipio Falcón - Estado Falcón y la severidad de la misma; con ciertos componentes del Síndrome Metabólico, así pues; la identificación de este problema servirá para promover e iniciar un plan efectivo de intervención (principalmente basado en el control dietético), que involucre al equipo de salud, paciente y familia, para disminuir el riesgo de

la evolución de la enfermedad hacia su forma más severa como es la cirrosis, y de esta manera disminuir el índice de morbilidad y probablemente de mortalidad en este grupo de pacientes.

Para la evaluación inicial ante sospecha de enfermedad hepática grasa no alcohólica: la guía para el manejo de EHGNA de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes y la Asociación Europea para el estudio de la obesidad, propone la evaluación inicial de los pacientes en quienes se sospecha EHGNA con los siguientes parámetros:

- Ingesta de alcohol <20 g/día en mujeres y <30 g/día en hombres.
- Historia personal y familiar de diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.
- Infección por hepatitis B y/o hepatitis C.
- Ingesta de fármacos asociados a esteatosis.

Examen físico:

- IMC, circunferencia de cintura, cambios en el peso corporal.

Estudios complementarios:

- Enzimas hepáticas (TGO, TGP, GGT).
- Glucemia de ayuno, HBA1c, PTOG, insulina de ayuno, índice HOMA.
- Hemograma.
- Colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos y ácido úrico.
- Ecografía hepática.

Métodos no invasivos:

Se han desarrollado diferentes índices para diagnosticar y cuantificar esteatosis. El Lipid accumulation product (LAP) incluye 3 variables: circunferencia de cintura, triglicéridos y género. En este modelo el incremento en un punto se asoció en un riesgo de 4,28 (IC 95% 3,2 a 5,5) de presentar esteatosis severa (diagnosticada por ecografía).

Imágenes: Los estudios por imágenes son métodos no invasivos que permiten la evaluación cualitativa y

cuantitativa de la grasa hepática. Entre ellos se encuentran la ecografía, la tomografía computada (TC), la resonancia magnética (RM) y la elastografía.

Ecografía: La ecografía abdominal es el estudio de imágenes utilizado con más frecuencia para identificar hígado graso debido a su gran disponibilidad, seguridad, no invasividad, bajo costo y exactitud en el diagnóstico. El procedimiento diagnóstico compara la ecogenicidad del riñón derecho con el parénquima hepático. El hígado sin esteatosis muestra una eco estructura homogénea similar a la corteza renal y al parénquima esplénico. El hígado graso tiene una ecogenicidad mayor (más brillante) que la corteza renal y el bazo debido a la acumulación intracelular de vacuolas grasas.

En la EHGNA también puede observarse hepatomegalia y alteraciones en las estructuras vasculares. Los grados de esteatosis ecográfica se definen cualitativamente con una escala de 4 puntos: grado 0, sin esteatosis; grado 1, leve; grado 2, moderada y grado 3, severa. La ecografía es útil para diagnosticar esteatosis de grados 2 y 3 pero es menos efectiva para grado 1. Por otra parte, no permite distinguir entre fibrosis y esteatosis hepática. La sensibilidad para detectar esteatosis es del 93% cuando el hígado tiene más de 33% de grasa; diferentes estudios mostraron una especificidad entre 84-95%.

Un estudio mostró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 91% con un valor de corte de 1,49 con esteatosis > 5%. A pesar de todos los beneficios de la ecografía hepática, la misma tiene sus limitaciones, como el pequeño campo de observación, la sensibilidad limitada en pacientes obesos, la imposibilidad de distinguir el grado de fibrosis, cirrosis o EHNA, la dependencia del operador y del equipo y la baja sensibilidad cuando la

presencia de esteatosis es menor a 20-30%.

En HGNA es una enfermedad altamente prevalente asociada a riesgo de progresión de fibrosis en presencia de obesidad, hipertensión, diabetes y síndrome metabólico, patologías que a su vez han aumentado en su incidencia durante los últimos años. Es por esto que es de gran importancia la revisión de las herramientas que tenemos disponibles para el tratamiento y seguimiento de esta patología.

El enfoque diagnóstico y terapéutico que se propuso en esta revisión sobre hígado graso se hizo en función de las necesidades del médico práctico. Se planteó una disquisición teórica sobre el tema y se abordaron los mecanismos patogénicos comunes en las diferentes condiciones clínicas que predisponen a padecer de este problema de salud que puede presentarse como una simple HGNA.

Existiendo una secuencia conocida de progresión de esta enfermedad, iniciando con HGNA refiriéndose a la acumulación excesiva de grasa hepática (> 5% de esteatosis en hepatocitos), sin evidencia de daño celular. El 30% de estos pacientes progresará a Esteatohepatitis No Alcohólica (EHNA), que corresponde a la acumulación de > 5% de esteatosis en hepatocitos con evidencia de daño celular con o sin fibrosis. De ellos el 20% pasará a cirrosis que es la etapa tardía de fibrosis con distorsión de la arquitectura y nódulos regenerativos.

Reconociendo los factores que estarían asociados a mayor riesgo de progresión de fibrosis y cirrosis; por lo cual deberá tener en cuenta 4 objetivos fundamentales: disminuir el flujo de ácidos grasos libres al hígado, proteger el hepatocito de mecanismos oxidativos, evitar tóxicos conocidos que dañen al hígado y

tratar los factores condicionantes o asociados a la EGNHA.

En cuanto a la amplia revisión bibliográfica que se consultó previamente y con variables similares para realizar el presente trabajo de investigación se encuentran:

Héctor A et al (Oaxaca, México 2005) titulado "Prevalencia de esteatohepatitis no alcohólica en adultos con síndrome metabólico en Oaxaca". El objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia de la esteatohepatitis no alcohólica en una muestra de pacientes con síndrome metabólico del Hospital Regional "Presidente Juárez". Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal en el cual, mediante muestreo aleatorio simple, seleccionaron una muestra de 110 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, obesidad y dislipidemia, solas o en combinación.

Se llevó a cabo evaluación clínica y de laboratorio, seleccionando a los pacientes con hipertransaminasemia persistente, a quienes se les realizaron estudios para descartar otras causas de la anormalidad enzimática. Una vez excluidas, a cinco pacientes se les realizó una biopsia hepática diagnosticando esteatohepatitis no alcohólica. La prevalencia de EHNA fue de 4.54%.

Seguidamente un estudio realizado por Lizardi J et al (México 2006) titulado "Prevalencia de hígado graso no alcohólico y síndrome metabólico en población asintomática". Los Objetivos fueron conocer la prevalencia de HGNA en población asintomática que acude a una unidad de diagnóstico clínico. Determinar la prevalencia de SM en esta población, así como su frecuencia e identificar los factores de riesgo más frecuentes para el desarrollo de HGNA y factores asociados al desarrollo de cirrosis hepática.

Fueron revisados 2,503 expedientes a los cuales se les

detectó HGNA por ultrasonido y con base en un análisis clínico y de laboratorio se determinaron los criterios de SM de acuerdo con el ATP III. Se detectaron un total de 427 (17.05%) pacientes con HGNA, de los cuales se incluyeron 359 pacientes (14.3%), con una edad promedio de 46.26 ± 9.85 años. El sobrepeso se encontró presente en 46.79% y obesidad en 36.49% pacientes. Se encontró 3.6% de DM, 13.6% de HAS y 63% con hipercolesterolemia, 43% con triglicéridos elevados y 34% con esteatohepatitis.

Finalmente, utilizando los criterios para incluir a los pacientes en el SM se encontró una prevalencia de 22.8%. La frecuencia de HGNA fue detectada en 14.3%. La prevalencia de SM fue de 22.8% y las enfermedades asociadas a pacientes con EHNA con mayor frecuencia fueron sobrepeso, obesidad e hiperlipidemia.

Aunado a esto Castro M et al (México 2012) realizo un estudio titulado "Prevalencia de hígado graso no alcohólico en individuos con síndrome metabólico". Donde de entre 1.006 sujetos, seleccionados de forma aleatoria, se identificaron 198 con SM y se les invitó a participar en un análisis para estimar la prevalencia de HGNA. A los pacientes se les realizó ultrasonido abdominal y se observaron los lóbulos hepáticos evaluando su tamaño, ecogenicidad y bordes.

Los HGNA encontrados se clasificaron como: leves, moderados o severos según su grado de ecogenicidad y la visualización de los vasos hepáticos y del diafragma. La prevalencia del HGNA se estimó con intervalos de confianza de 95% (IC 95%). Se incluyeron 122 hombres (63.2%) y 71 mujeres (36.8%). La prevalencia del HGNA fue de 82.9% (IC 95% 77.6–88.2%). La prevalencia fue mayor en hombres (86.9%; IC 95% 80.9–92.9%) que en mujeres (76.1%; IC 95% 66.1–86.0%). No hubo diferencias por edad. En la mayor proporción

de los pacientes el HGNA fue leve (52.3%) o moderado (22.3%) y en sólo 16 casos fue grave (8.3%).

Concluyendo así que la prevalencia obtenida es alarmante puesto que 8 de cada 10 individuos con SM tienen hígado graso en alguno de sus estadios.

Un nuevo estudio publicado por Pineda M et al (Paraguay 2017) titulado "Frecuencia de hígado graso no alcohólico diagnosticado por ecografía abdominal en pacientes obesos". Con el objetivo de determinar la frecuencia de hígado graso no alcohólico diagnosticado por ecografía abdominal en pacientes que asisten a la Unidad del Manejo Integral del Paciente Obeso del Hospital de Clínicas, FCM – UNA, se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó a 188 pacientes, de los cuales 146 fueron mujeres y 42 hombres, la edad media en los pacientes con diagnóstico de HGNA fue de 41,3±11,4 años con un rango de edad de 20 a 65 años.

Los resultados señalan la frecuencia de HGNA con el 56,9% (n=107) por ecografía abdominal, siendo 39,9% (n=75) mujeres y 17% (n=32) hombres, mientras que 43,1% (n=81) presentó hígado de aspecto normal. El 43,9% (n=47) de los pacientes con HGNA exhibió obesidad grado III. Al comparar la circunferencia abdominal en los 107 pacientes con HGNA se obtuvo una media de 139,1±97,8 cm. Con respecto al grado de esteatosis el 43,1% (n=81) mostró grado 0, 31,9% (n=60) grado 1, 20,7% (n=39) grado 2 y 4,3% (n=8) grado 3.

Se observaron en los datos de laboratorio elevación de las transaminasas GPT 35,5% (n=38), 25,2% (n=27) en la GOT y 24,3% (n=26) FA, se notó aumento en los valores de las bilirrubinas directa e indirecta, 65,4% (n=70) BD y 69,2% (n=74) BI, por otra parte, el 47,7% (n=51) enseñó CT elevado, 49% (n=45,7) HDL disminuido, 36,4%

(n=39) LDL elevado y 29% (n=31) con triglicéridos elevados. Se halló que el 69,1% (n=74) de los pacientes con HGNA tienen HTA.

Se evidenció que la obesidad es un factor determinante para el desarrollo de HGNA, la caracterización del perfil hepático y lipídico, asimismo la presión arterial constituye puntos fundamentales para asociar el aumento de estos con la presencia de HGNA.

A nivel nacional se publicó un artículo por Namías N. (Maracaibo - Venezuela, 2014) titulada "Enfermedad grasa hepática no alcohólica y síndrome metabólico en pacientes wayuu y mestizos". Realizó una investigación descriptiva, correlacional y prospectiva, para determinar la relación entre la enfermedad grasa hepática no alcohólica (EHGNA) con síndrome metabólico en pacientes Wayuu y Mestizos detectados en el Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, donde participaron un total de 58 pacientes (30 Wayuu representados por grupo A y 28 Mestizos representados por grupo B).

Se determinó el Peso/ talla, IMC, Circunferencia Abdominal, presión arterial diastólica y sistólica. Se solicitaron exámenes de laboratorio; glicemia, triglicéridos, HDL-c, ALT e insulina. En ambos grupos predominó el sexo femenino, grupo A 70% y grupo B 60,7%. El diagnóstico de EGHNA se estableció por criterios de ultrasonido obteniendo mayor porcentaje para el grado moderado (51,7%) seguido del grado leve (39,6%) entre ambos grupos.

Los componentes del Síndrome Metabólico que se relacionaron con la EGHNA en ambos grupos de estudio fueron: incremento de la circunferencia abdominal, triglicéridos elevados y HDL colesterol bajo con un valor de $p>0.05$ y el grado de severidad de la esteatosis hepática fue

independiente del número de componentes del Síndrome Metabólico asociados. Sin embargo, al establecer la relación entre ambos grupos, independientemente de los grados de esteatosis; con los componentes del Síndrome Metabólico, se obtuvo una significancia estadística ($p < 0,05$) en los resultados obtenidos con respecto a las variables hipertensión arterial, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia y HDLc bajo.

No se encontró relación entre la EGHNA con la resistencia a la insulina en este estudio.

Para dar respuesta a este problema se plantea la siguiente interrogante:

¿Existirá relación entre el hígado graso no alcohólico y calidad de vida en pacientes mayores de 20 años de edad de la comunidad del vínculo municipio Falcón - Estado Falcón?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Caracterizar el hígado graso no alcohólico en obesos y calidad de vida en pacientes mayores de 20 años de edad de la comunidad del Vínculo Municipio Falcón - Estado Falcón.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio-demográficas de un determinado grupo de pacientes, de la comunidad del vínculo.
2. Estratificar el grado de esteatosis según los criterios ecográficos.
3. Identificar las características ecográficas.
4. Correlacionar los resultados ecográficos, con los niveles séricos de triglicéridos.
5. Determinar la calidad de vida de los pacientes estudiados de la comunidad del vínculo.

MARCO METODOLÓGICO:

Tipo y Diseño de la Investigación:

Se realizó un estudio descriptivo, corte transversal, de campo.

Población y muestra:

La población estuvo representada por todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que asistieron a la consulta del ambulatorio rural tipo I "Ramón A. López H" de la comunidad del Vínculo Municipio Falcón, Edo Falcón. La muestra fue intencional no probabilística.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que residen en la comunidad del Vínculo, municipio Falcón, con diagnóstico de obesidad mórbida.
- Pacientes con índice de masa corporal >30 kg/m2.
- Pacientes con edad mayor a 20 años.
- Pacientes de cualquier sexo.
- Pacientes que firmen consentimiento informado para participación en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que consuman alcohol.
- Pacientes con diagnóstico de hígado graso alcohólico.
- Pacientes en período de gestación.

Técnica de Recolección de Datos:

Dicho estudio se realizó mediante la evaluación de los pacientes con trastornos endocrinos, con obesidad central, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, al acudir constantemente a la consulta integral del ambulatorio tipo I del Vínculo, y que lograron ser captados por medio de las visitas domiciliarias, con previa aceptación del consentimiento informado.

La obtención de los datos necesarios para la realización de este estudio se llevó a cabo por medio de la entrevista, a través de una persona calificada (entrevistador) se aplicó el cuestionario a los participantes y fueron los investigadores y los entrevistados la muestra seleccionada. Se pesó y midió a los pacientes sin calzado y con

ropa ligera de calle en una báscula calibrada con estadímetro marca Detecto – Medic de capacidad de 140 kg. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con la fórmula de Quetelet (peso en kilogramos dividido entre el cuadrado de la talla en metros).

En el expediente médico se buscaron los registros de comorbilidad, y complicaciones relacionadas con la diabetes, para considerarlas presentes si los diagnósticos estaban consignados en ese documento, así como el estado nutricional y si el paciente presentaba desordenes endocrinos.

El instrumento de recolección de datos estuvo conformado por la historia clínica de cada paciente dado por datos de identificación (nombres y apellidos, fecha de nacimiento, edad, sexo, cédula de identidad, teléfono y dirección), antecedentes (personales, familiares y hábitos psicobiológicos), examen físico (datos antropométricos), perfil lipídico y Ecosonograma abdominal.

En función de los objetivos planteados y el tipo de investigación, para obtener la información necesaria se utilizó como instrumento la encuesta en su modalidad tipo cuestionario, con el propósito de recoger los elementos teóricos de la investigación. Este cuestionario permitió medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determino si existe correlación entre esta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento. El instrumento no contiene una definición de calidad de vida, por lo que el paciente contesto de acuerdo con lo que significa este concepto en su percepción individual.

Los pacientes respondieron que tan afectada esta su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada pregunta, colocando una X

en una barra horizontal dividida en celdas que contienen en su interior los números del 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 que identifica que el paciente no está afectado o en lo absoluto; y el 7 sumamente afectado en la calidad de vida. La totalidad de la puntuación obtenida en la encuesta fue transformada a una escala de 0 a 100 puntos, la puntuación reflejo la afectación en el concepto calidad de vida cuando las cifras superen los 50 puntos.

En relación con el hígado graso no alcohólico, se correlaciono la encuesta de calidad de vida, con los factores existentes que influyen sobre la misma, como: obesidad, trastornos metabólicos, nivel socioeconómico, y entre otros que desencadenen la presencia de dicha patología y que influyan directamente sobre la calidad de vida de cada paciente.

Procesamiento de Datos:

Los datos obtenidos en esta investigación, fueron procesados por medio de la tabulación manual del instrumento diseñado con el uso de tablas y gráfico con distribución de cifras porcentuales y absolutas, además de análisis de correlación a través de Chi2 Pearson. Para su análisis se utilizaron técnicas de la Estadística Descriptiva e Inferencial mediante el uso del Programa Estadístico Computarizado IBM – SPSS versión 21.

RESULTADOS:

Este estudio incluyo 20 pacientes mayores de 20 años, con respecto a las características sociodemográficas de los participantes de la investigación, se obtuvo la siguiente información

CUADRO N° 1.

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ACUERDO A LOS DATOS DEMOGRAFICOS.

DATOS DEMOGRAFICOS	ALTERNATIVAS (DETALLES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD (46,16 ± 12,54)	MENOR DE 30AÑOS	4	16%
	DE 30 A 39 AÑOS	4	16%
	DE 40 A 49 AÑOS	5	20%
	MAYOR DE 49 AÑOS	12	48%
SEXO	FEMENINO	17	68%
	MASCULINO	8	32%
ANTECEDENTES PERSONALES	DM	4	16%
	HTA	4	16%
	OTROS	7	28%
	NINGUNO	10	40%
HABITOS PSICOBIOLOGICOS	CAFEICOS	22	88%
	TABAQUICOS + CAFEICOS	1	4%

FUENTE: DATOS PROCESADOS POR LAS AUTORAS (2019).

De acuerdo a los resultados, se puede señalar, para el momento en que se llevó a cabo el estudio, una edad promedio de 46,16 años, con una desviación estándar de ¬± 12,54 años, para una edad mínima de 22 años y una máxima de 66 años. El rango de edad en mayor porcentaje 68% (17) los sujetos con edades superiores a 40 años, con menor porcentaje en la muestra fueron los participantes con edades inferiores a 40 años, donde se concentra el 32% (8).

Con relación a los antecedentes personales, se pudo determinar que el 40% (10) negaron tener este tipo de antecedentes, mientras que el 28% (7) de ellos, presentan otros tipos de precedentes, no obstante 16% (4) son diabéticos e igual número y porcentaje son hipertensos.

Es necesario señalar, que el 88% (22) señalaron tener hábitos cafeícos, es preciso indicar, que 8% (2) no poseen hábitos en este particular y 4% (1) manifestó tener hábitos cafeícos + tabáquicos.

Es importante indicar, que a cada uno de los pacientes se le determinó su peso y talla y los resultados fueron los siguientes:

CUADRO Nº 2.

RESULTADOS PESO, TALLA E IMC DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA

MEDIDAS DESCRIPTIVAS	VARIABLES		
	PESO (KGS)	TALLA(MTS)	IMC(KG/MTS²)
MEDIA	89,872	1,61	34,77
DESVIACION ESTANDAR	± 12,59	± 0,07	± 5,13
MINIMO	77	1,45	26,12
MAXIMO	130	1,78	49,54
AMPLITUD	53	0,33	23,41

FUENTE: DATOS PROCESADOS POR LAS AUTORAS (2019).

De acuerdo a los resultados, se pudo determinar, que el peso

promedio fue de 89,872 Kg. De igual manera, se tomó registro de su talla y se observó un promedio de 1,61 mts, con estos registros se calculó su IMC y se obtuvo un promedio de 34,77 Kg/mts2.

A partir de estos resultados obtenidos del IMC, se procedió a la clasificación de obesidad de cada uno de los pacientes, de acuerdo a los parámetros establecidos por la OMS y se observó que un total de 8% (2) presentan sobrepeso, con tendencia a obesidad, ya que su IMC está comprendido entre 25 y 29,99 Kg/mts2. Es preciso indicar, que el 52% (13) son obesos tipo I (IMC entre 30 y 34,99 Kg/mts2). El 32% (8) se categorizaron como obesos tipo II (IMC entre 35 y 39 Kg/mts2) y también el 2% (2) tienen obesidad tipo III, con cifras de IMC superiores a 40 Kg/mts2.

Importa señalar, en cuanto al resultado del ecosonograma abdominal un total del 80% (20) presento como resultado hígado graso, mientras que el 20% (5) no presentaron hígado graso, tal como se observa en la representación gráfica siguiente:

GRÁFICO Nº 1.

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN RESULTADOS DEL ECO

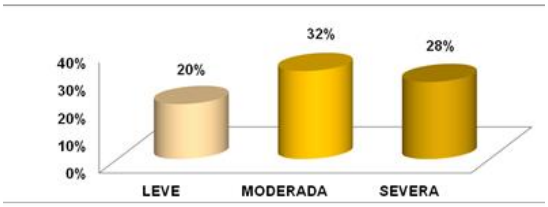


FUENTE: DATOS PROCESADOS POR LOS AUTORES (2019).

Con la finalidad de estratificar el grado de esteatosis según los criterios ecográficos, se procedió a la categorización según los parámetros establecidos y se pudo determinar, que el 32% (8) se categorizaron con esteatosis moderada, el 28% (7) fueron clasificados con categoría severa, mientras que un total del 20% (5) presentan esteatosis leve. (Gráfico Nº 2):

GRÁFICO Nº 2.

DISTRIBUCIONDE LA MUESTRA CATEGORIZADOS SEGÚN HIGADO GRASO.



FFUENTE: DATOS PROCESADOS POR LOS AUTORES (2019).

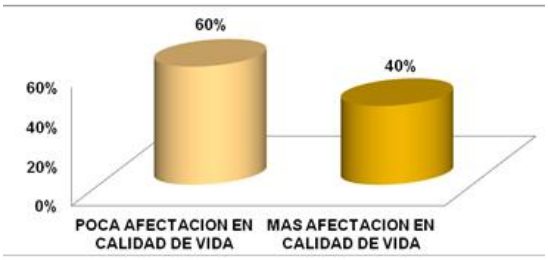
Es importante señalar, que la mayoría de los pacientes que presentaron resultados con hígado graso según Ecosonograma abdominal, son obesos tipo II y III.

Con el propósito de determinar la calidad de vida de los participantes, se utilizó como instrumento un cuestionario diseñado para tal fin. Con la aplicación y revisión del instrumento se pudo determinar que el puntaje promedio fue de 55,68 puntos.

La totalidad de la puntuación obtenida en la encuesta fue transformada a una escala de 0 a 100 puntos, la puntuación refleja la afectación en el concepto calidad de vida cuando las cifras superan los 50 puntos y menos afectación cuando los puntajes no superan la frontera de los 50 puntos. De acuerdo a esta premisa, se pudo determinar, que en un total de 60% (15) hay poca afectación en el concepto calidad de vida (la mayoría categorizados sin hígado graso), mientras que en el 40% (10) la afectación es mayor, sobre todo en lo referente a los problemas de salud, sensación de debilidad, restricciones al caminar, tristeza, depresión por la vida sexual, sueño y cuidados personales. (Gráfico Nº 3):

GRÁFICO Nº 3.

DISTRIBUCIONDE LA MUESTRA CATEGORIZADOS SEGÚN CALIDAD DE VIDA.



FFUENTE: DATOS PROCESADOS POR LOS AUTORES (2019).

Con la firme intención estadística de determinar la relación entre los resultados ecográficos y la calidad de vida:

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,167	1	,041
Razón de verosimilitudes	5,925	2	,126
Asociación lineal por lineal	4,000	1	,046
N de casos válidos	30		

El valor de Chi2 para resultados ecográficos (con o sin hígado graso) vs calidad de vida (menos o más afectación), fue igual a 4,167, dio como resultado una significación asintótica (bilateral) de .041, que resultó menor que .05 ($p < .05$), esto indica que existen diferencias estadísticamente significativas, por lo que se concluye en forma general, que la esteatosis hepática no alcohólica, está relacionada con la calidad de vida.

Estos resultados indican que un paciente con hígado graso no alcohólico, tiene una tendencia probable estadísticamente significativa, de tener mayor afectación en la calidad de vida que aquellos pacientes sin diagnóstico de esteatosis hepática no alcohólica.

DISCUSIÓN

La población estudiada estuvo conformada por 25 pacientes, de acuerdo a las características sociodemográficas se obtuvo un predominio del sexo femenino 68% (17) además que un total del 32% (8) represento el sexo masculino, se puede señalar, que tenían una

edad promedio de 46,16 años, con una desviación estándar de ¬± 12,54 años, para una edad mínima de 22 años y una máxima de 66 años, lo cual se asemeja a los resultados de Pineda M et al (2017) donde predomino el sexo femenino 77,65% (146) y el sexo masculino estuvo con un porcentaje de 22,34% (42), la edad media en los pacientes con diagnóstico de HGNA fue de 41,3±11,4 años con un rango de edad de 20 a 65 años.

Por medio del análisis de los antecedentes personales, se pudo determinar que16% (4) son diabéticos e igual número y porcentaje son hipertensos, mientras que el 28% (7) de ellos presentaron otros tipos de precedentes, no obstante, el 40% de la muestra (10) negaron tener este tipo de antecedentes, similar al estudio de Héctor A et al (2005) determino con una muestra de 110 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, obesidad y dislipidemia, solas o en combinación la prevalencia de HGNA.

Partiendo de los resultados obtenidos del IMC, se observó que un total de 8% (2) presentan sobrepeso, con tendencia a obesidad, ya que su IMC está comprendido entre 25 y 29,99 Kg/mts2. Es preciso indicar, que el 52% (13) son obesos tipo I. El 32% (8) se categorizaron como obesos tipo II y también el 2% (2) tienen obesidad tipo III, estos resultados son opuestos a Lizardi J et al (2006) donde el sobrepeso se encontró presente en 46.79% y obesidad en 36.49% pacientes.

En cuanto al HGNA y sus grados de afectación identificada a través de ecosonograma abdominal, se determinó que un 32% presenta HGNA moderado, seguido de 28% de HGNA severo, similar a Namías N. (2014) obteniendo mayor porcentaje para el grado moderado HGNA (51,7%) seguido del grado leve HGNA (39,6%) entre ambos grupos.

Con la firme intención estadística de determinar la relación entre los resultados ecográficos y la calidad de vida, obteniendo como resultado el 60% con poca afectación de la calidad de vida y un 40% de personas afectadas que presentan hígado graso no alcohólico, y que se encuentran afectadas directamente con su entorno y calidad de vida, estudio que anteriormente no se había correlacionado y por lo que actualmente no tiene antecedentes específicos.

CONCLUSIONES

- La mayor parte de participantes con diagnóstico de Esteatosis Hepática no alcohólica son de género femenino.
- Se concluye que un porcentaje considerable de la muestra estudiada 80% presento diagnóstico de Esteatosis Hepática no alcohólico según Ecosonograma abdominal, son obesos tipo II y III y presentaron también cifras de triglicéridos con parámetros normales.
- Con el objetivo de estratificar el grado de esteatosis según los criterios ecográficos, y parámetros establecidos se pudo determinar, que un total del 20% de la muestra presento esteatosis leve, mientras que el 32% de ellos se categorizaron con esteatosis moderada y el 28% fueron clasificados con categoría severa.
- Entre las alteraciones del estado nutricional que se diagnosticaron en este estudio se encuentra con el mayor porcentaje, Obesidad Grado I, le sigue en frecuencia Obesidad Grado II y finalmente Sobrepeso con tendencia a obesidad.
- Finalmente, aquellos pacientes con diagnóstico de Esteatosis Hepática no alcohólica, tiene una tendencia probable estadísticamente significativa, de tener mayor afectación en la calidad de vida.

REFRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cueva A. Diagnóstico de sobrepeso, obesidad y dislipidemias en personal administrativo y de salud del subcentro de salud del área No. 3 de la ciudad de Loja Tesis Doctoral. Loja-Ecuador. Noviembre 2015.

2. Caballería L et al. Esteatosis hepática no alcohólica. Puesta al día. Aten Primaria. 2008; 40:419-24.

3. Canalizo-Miranda E et al. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013, 51. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745492020

4. Foundation for Medical Education and Research en http://www.mayoclinic.org 1998-2019.

5. García C. Enfermedad hepática grasa no alcohólica. Gastroenterología y hepatología 2012; 56:815-24.

6. García C. Obesidad y esteatohepatitis no alcohólica. Hepatoevaluacion. 2011:1-19.

7. García G et al. Manual de ecografía clínica. Hígado: SEMI; 2012. p 51-61.

8. K. Role of obesity and lipotoxicity in the development of nonalcoholic steatohepatitis implications. Gastroenterology 2012; 142:711–25.

9. Lee JY, K et al. Prevalence and risk factors of non-alcoholic fatty liver disease in potential living liver donors in Korea: A review of 589 consecutive liver biopsies in a single center. J Hepatol. 2007; 47:239-44.

10. López Camona, J et al. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida. Salud Pública de México, vol. 48,

núm. 3, mayo-junio, 2006, pp. 200-211.

11. Martín, V et al. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólica. Rev Esp Enferm Dig. 2013; 105:409-20.

12. Namías, N. Enfermedad grasa hepática no alcohólica y síndrome metabólico en pacientes wayuu y mestizos. Tesis doctoral. Maracaibo. Diciembre 2014.

13. Del Valle Díaz, S et al. Enfermedad hepática por depósito de grasa. MEDISAN vol.19 no.7 Santiago de Cuba jul.-jul. 2015

ANEXOS

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que le ocasionó en su calidad de vida durante el último mes. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de sus medicamentos (si los toma)
2. Preocupaciones por problemas económicos1
3. Limitación en su nivel de energía

4. No comer ciertos alimentos para poder controlar su salud
5. Estar preocupado(a) por su futuro
6. Otros problemas de salud
7. Tensiones o presiones en su vida
8. Sensación de debilidad
9. Restricciones sobre la distancia que puede caminar
10. Los ejercicios diarios que ha de hacer
11. Visión borrosa o pérdida de la visión
12. No poder hacer lo que quisiera
13. Otras enfermedades
14. Sentirse triste o deprimido
15. Problemas con respecto a su capacidad sexual
16. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen
17. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
18. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa
19. Menor interés en su vida sexual
20. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la obesidad
21. Tener que descansar a menudo
22. Problemas al subir escaleras
23. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)
24. Tener el sueño intranquilo
25. Andar más despacio que otras personas

Calificación global.

1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida
Mínima calidad 1 2 3 4 5 6 7
Máxima calidad 1 2 3 4 5 6 7
Nada afectada en absoluto
Sumamente afectada

Gracias por sus respuestas.