

Validación de un Instrumento para Medir el Nivel de Conocimiento sobre Hígado Graso no Alcohólico en Médicos Generales

Violeta Correa-Carhuachin¹, Margaret Manayalle-Torres¹, Franco León-Jiménez², Fernando Cubas-Benavides²

RESUMEN

Hígado Graso no Alcohólico (HGNA) es una enfermedad prevalente en la consulta diaria. La mayoría de médicos generales no conocen adecuadamente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esta patología. Además, no existieron estudios, ni un instrumento que midiera el nivel de conocimiento sobre HGNA, por lo que hemos considerado necesario realizar esta investigación.

OBJETIVO: Diseñar y validar un cuestionario y así determinar, luego, el nivel de conocimientos sobre Hígado Graso no Alcohólico (HGNA) en médicos generales de los distritos de Chiclayo y La Victoria durante Enero a Agosto del 2011.

MÉTODOS: Se diseñó un cuestionario de 13 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración por expertos y la validez de constructo mediante análisis factorial. Se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach y la fiabilidad test-retest mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Se realizó la prueba piloto, entrevistando a 15 médicos generales.

RESULTADOS: El alfa de Cronbach del cuestionario fue de 0,77. El valor de Káiser - Meyer-Olkin fue de 0,091 y el test de esfericidad de Bartlett fue de 0.003, por lo que no se realizó el análisis factorial, la correlación intraclase tuvo un valor de 77%. La puntuación aprobatoria en la parte de diagnóstico fue mayor a 4.6 puntos y para tratamiento y pronóstico mayor a 4 puntos.

CONCLUSIONES: Este estudio proporcionó un instrumento con una fiabilidad alta para medir el nivel de conocimiento de hígado graso no alcohólico en Médicos generales

PALABRAS CLAVES: Hígado graso no alcohólico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-4: 351-358

ABSTRACT

Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a prevalent disease in daily practice. Most General medical do not know how to make a proper diagnosis, treatment and prognosis of this disease. In addition, there were no studies, nor an instrument that measures the level of knowledge about NAFLD, so we found it necessary to conduct this research.

OBJECTIVE: To design and validate a questionnaire to determine the level of knowledge of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) in general practitioners in the districts of Chiclayo and La Victoria since January to August 2011.

METHODS: We designed a questionnaire of 13 questions; we analyzed the content validity through expert assessment and construct validity using factor analysis. We assessed the reliability of the questionnaire examining the internal consistency by Cronbach's alpha method and test-retest reliability by intraclass correlation coefficient (ICC). The pilot test was conducted, interviewing 15 general medical.

RESULTS: Cronbach's alpha of the questionnaire was 0.77. The value of Kaiser - Meyer-Olkin was 0.091 and Bartlett's sphericity test was 0.003, so we did not perform factor analysis, the intraclass correlation had a value of 77%. Also passing score for diagnosis was greater than 4.6 points and for treatment and prognosis than 4 points.

CONCLUSIONS: This study provided an instrument with high reliability to measure the level of awareness of NAFLD in General Medical.

KEY WORDS: NAFLD, diagnosis, treatment and prognosis

1. Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo, Lambayeque
2. Profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo

INTRODUCCIÓN

Hígado graso no alcohólico (HGNA) ha sido reportado en todo el mundo, afectando del 10 al 24% de la población en general en varios países, presentándose con mayor frecuencia en la quinta y sexta década de la vida. En la literatura no se encontraron estudios, ni un instrumento que mida el nivel de conocimiento acerca de esta enfermedad.⁽¹⁾

La historia natural de la enfermedad varía de acuerdo con el tipo histológico, de modo que pacientes con esteatosis simple muestran una evolución estacionaria por espacio de 10-15 años y el 23 % de los pacientes con esteatohepatitis (esteatosis más infiltrado inflamatorio en parénquima hepático) progresan en similar periodo a la cirrosis hepática y al carcinoma hepatocelular.⁽²⁾

No hay semiología característica, pudiendo presentarse con síntomas inespecíficos o asintomáticos. Existen varios factores que se asocian con mayor incidencia como: Obesidad, Diabetes Mellitus y Dislipidemia. La prevalencia aumenta en personas obesas de 57,5% a 75%; y en pacientes diabéticos el riesgo de enfermedad hepática no alcohólica crónica y de carcinoma hepatocelular es doble.⁽³⁾

Todo esto conlleva a una alta morbimortalidad, lo cual sumado a los altos costos en la toma de estudios de imágenes, los tratamientos muchas veces inadecuados y la falta de estudios sobre este tema, justificaron la realización de este trabajo de investigación.

Asimismo, la elaboración de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos, demostrará si los médicos generales están o no capacitados para identificar casos sobre HGNA, de lo contrario incentivará a instituciones de la salud a capacitar a los médicos a detectar esta enfermedad y así poder darles un oportuno tratamiento y disminuir sus complicaciones a largo plazo entre ellas la muerte.

Por tanto se planteó el siguiente objetivo: Diseñar y validar un cuestionario sobre conocimientos en diagnóstico, tratamiento y pronóstico de HGNA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Nuestro estudio fue una investigación de tipo observacional de diseño cualitativo (validado por expertos) y cuantitativo (descriptivo transversal).

La población estuvo formada por todos los médicos generales que laboran en establecimientos de salud del primer nivel de atención pertenecientes a los distritos de Chiclayo y La Victoria, siendo una población de 100 médicos. La población elegible incluyó a médicos generales que laboran en establecimientos de salud del distrito de Chiclayo y La Victoria que realicen actividades asistenciales; y no a los médicos generales con enfermedad mental incapacitante o con enfermedad orgánica severa o terminal.

La validación del instrumento fue de la siguiente manera:

Creación del constructo: Se elaboró un cuestionario, dividido en datos generales y preguntas de conocimiento sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico. **Validación cualitativa:** Para la validación se contó con un panel de 11 expertos en la materia: 2 gastroenterólogos, 2 médicos internistas, 2 endocrinólogos, 1 epidemiólogo, 1 geriatra, 1 licenciado en educación, 1 médico general y 1 licenciado en psicología; todos con más de 5 años de experiencia profesional y docentes universitarios. Cada uno de ellos evaluó los 15 preguntas tomando en cuenta si cada ítem era pertinente y claro, con una escala de 1 al 5 (**Claridad: 1:** claridad totalmente ausente, **5:** pregunta muy clara; **Pertinencia: 1:** poco pertinente o importante, **5:** muy pertinente); posteriormente se realizaron las modificaciones de las preguntas según las recomendaciones de los expertos hasta obtener un consenso final, quedando 13 preguntas. **Validación cuantitativa:** Realizamos un piloto conformado por 15 médicos generales, se les entregó de manera personal un cuestionario autoaplicado con un acápite donde realizaron sus observaciones. (ANEXO 1)

El análisis estadístico se realizó, después de obtener el consenso final sobre las preguntas y los resultados del piloto, luego se procedió a determinar la fiabilidad del instrumento mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (valores de 0,7 a 0,8) y el valor de la correlación intraclase; asimismo para determinar la validez de constructo, se procedió a la realización de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. La adecuación del análisis factorial se comprobó mediante la medida de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. El análisis estadístico de los datos se llevo a cabo mediante el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

El proyecto fue aprobado por el comité de Bioética de la universidad Santo Toribio Mogrovejo.

RESULTADOS

Validación

1.- Piloto: Se aplicó el cuestionario a 15 médicos generales cuya edad media fue de 35,4 años +- 8,7. Ellos refirieron comprender las preguntas adecuadamente y el tiempo en que resolvieron el test fue de 30 minutos. Se consideró una nota aprobatoria a partir del percentil 60: Determinándose que el puntaje aprobatorio para el área de diagnóstico sería mayor o igual a 4,6 puntos y para tratamiento y pronóstico mayor o igual a 4 puntos.

Tabla 1: Características Socio demográficas de los Médicos Generales de los distritos de Chiclayo y La Victoria en el año 2011 que participaron en la prueba piloto.

Característica	Número	Porcentaje
Sexo (masculino)	15	66,6%
Universidad		
UNPRG	9	60,0%
UDCH	1	6,7%
UPAO	0	0%
OTRAS	5	33,3%
Edad		
25-33	6	40,0%
34-42	7	46,7%
43-51	0	0%
52-60	2	13,3%
Años Laborando		
1-5 años	7	46,7%
6-10 años	6	40,0%
> 10 años	2	13,3%

FUENTE: Nivel de conocimiento sobre Hígado Graso no Alcohólico en Médicos Generales de los Distritos de Chiclayo y La Victoria en el 2011

2.- Fiabilidad de la escala:

2.1 Consistencia: El cálculo del coeficiente alfa de Cronbach fue de **0,775**, por cada pregunta se obtuvo un puntaje mayor de 7,00 excepto en la pregunta 6 y 7. (Tabla 2), sin embargo al retirar estas preguntas el alfa de Cronbach en general disminuyó por lo que se optó por mantenerlas en el cuestionario.

Tabla 2: Valores de alfa de Cronbach de cada pregunta del cuestionario para medir el Nivel de conocimiento de Hígado graso no alcohólico en Médicos generales durante Agosto y Diciembre del 2011.

Tabla 2: Valores de alfa de Cronbach de cada pregunta del cuestionario para medir el Nivel de conocimiento de Hígado graso no alcohólico en Médicos generales durante Agosto y Diciembre del 2011.

	alfa de Cronbach
Pregunta_1	,890
Pregunta_2	,843
Pregunta_3	,823
Pregunta_4	,721
Pregunta_5	,901
Pregunta_6	,524
Pregunta_7	,581
Pregunta_8	,829
Pregunta_9	,788
Pregunta_10	,723
Pregunta_11	,784
Pregunta_12	,907
Pregunta_13	,720

FUENTE: Nivel de conocimiento sobre Hígado Graso no Alcohólico en Médicos Generales de los Distritos de Chiclayo y La Victoria en el 2011

2.2.- Estabilidad temporal: El coeficiente de correlación intraclass (CCI) fue de 77% para el cuestionario en general.

3.- Validez

3.1.- Validez de Contenido: El puntaje promedio que dieron los expertos sobre las preguntas en una escala del 1-5 fueron: en pertinencia 4 y en claridad de 3,5.

3.2.- Validez del constructo: El test de adecuación de la muestra de Kaiser- Meyer-Olkin fue de 0,091 y el test de esfericidad de Bartlett fue de 0,003, por lo que no se realizó el análisis factorial.

Cuestionario Final

El cuestionario final constó de 13 preguntas, ninguna se eliminó pero si se modificaron el orden de las alternativas y la estructuración de algunas preguntas. Dividiéndose en 8 preguntas sobre diagnóstico y 5 sobre pronóstico y tratamiento. (ANEXO 2).

DISCUSIÓN

La valoración del cuestionario por parte de los expertos fue muy buena. Con su apoyo se decidió elaborar nuevas preguntas y no tomar ideas prediseñadas de otros cuestionarios que midan el nivel de conocimiento de otras patologías, que es una de las alternativas válidas que menciona Hernández R. (2005), quien elaboró un instrumento mediante la selección de preguntas de diferentes cuestionarios desarrollados en los países de EEUU y México.⁽⁴⁾

Por otra parte, la representatividad de la muestra y los resultados obtenidos, no se pudieron contrastar al no existir estudios similares previos, tanto a nivel local, nacional e internacional y esto se constata porque se realizó búsqueda principalmente en: Pubmed, Medline, Hilari, Cochrane, Google. Sin embargo, usamos como guías a estudios sobre el nivel de conocimiento de otras patologías^(5, 6,7)

Sobre el número de preguntas, la literatura recomienda que el número mínimo para evaluar un fenómeno sería de 6, pero el número de ellos puede ir desde 10 a 90, de manera que puedan abarcar de forma proporcional cada una de las dimensiones definidas a priori en el constructo, en nuestro trabajo el número de preguntas fue 13, encontrándose dentro del límite.⁽⁸⁾

Se cambió la ubicación de las alternativas de las preguntas para evitar el sesgo de "tendencia central", es decir la tendencia que tienen los participantes de elegir entre la respuesta la alternativa central. El sesgo de "deseabilidad social" (tendencia a responder según lo que se considere socialmente aceptable) se evitó a través del uso de información confiable y validada por expertos.⁽⁸⁾

En función del contenido, los cuestionarios pueden ser uni o multidimensionales. En los primeros, más del 80% de las preguntas evalúa una sola dimensión. En los multidimensionales,

mensionales, las preguntas evalúan dos o más dimensiones, nuestro cuestionario encajó dentro del grupo multidimensional debido a que evalúa las dimensiones de conocimiento sobre diagnóstico; tratamiento y pronóstico.⁽⁸⁾

Con respecto a la puntuación éstos pueden ser simples o ponderados. En nuestro caso fue de tipo simple debido a que la puntuación directa se obtiene con el sumatorio de respuestas acertadas o de los valores que se hayan dado a cada opción.⁽⁸⁾

El tiempo de administración fue breve, lo que hace más factible su aplicación. Se consideró un tiempo de 30 minutos, el cual se encontró dentro del límite. Según Argimón J, Jiménez J (2000), recomienda que en una entrevista con aplicación presencial del cuestionario debe durar como máximo entre 60 y 90 minutos.⁽⁹⁾

Este cuestionario demostró tener una buena fiabilidad en relación a las preguntas (alfa de Cronbach fue de 0,775), y una buena estabilidad temporal (CCI de 77%). Se detectó una buena aceptabilidad del instrumento, ya que la proporción de valores perdidos fue inferior al 5 % en la mayoría de las trece preguntas.⁽¹⁰⁾

El cuestionario presentó validez de contenido pero no del constructo debido a que no se pudo realizar el análisis factorial por que los valores encontrados de KMO y prueba de esfericidad de **Bartlett** fueron menores de 0,5; esto se puede explicar porque el análisis factorial se utiliza para identificar factores que explican una variedad de resultados en diferentes pruebas, situación que no ocurrió al aplicar nuestro cuestionario a diferentes grupos y otra razón es porque se

usa en investigaciones con una gran dimensión de variables, lo que no ocurre con nuestro cuestionario.⁽¹¹⁾

Sin embargo, consideramos que el cuestionario es una herramienta útil y fiable para cuantificar el nivel de conocimiento a cerca de hígado graso no alcohólico, destinada a conocer y entender esta patología en los médicos generales, quienes son los primeros en tener contacto con el paciente.

Las dificultades que tuvimos al hacer el cuestionario fueron: la falta de información sobre tratamiento y pronóstico de la enfermedad, el tiempo para formular las preguntas y la espera para la validación de expertos debido a que muchos de ellos se encontraban en otras ciudades. Lo resaltante de este estudio es que se incluyó la información de estudios actuales y que la validación fue por expertos de distintas áreas de la salud.

Recomendamos que se sigan realizando estudios a cerca de esta enfermedad, porque es una patología que si no se trata a tiempo evolucionará a su formas más severas. Como se observó en un estudio retrospectivo (2006), en donde se encontró que más del 76 % de los pacientes a quienes se realizó biopsia hepática eran mayores 45 años, de ellos el 52 % se encontraban en las formas evolutivas histológicas más severas: fibrosis y cirrosis, en tanto el 24 % presentaban esteatosis y esteatohepatitis⁽¹²⁾

CONCLUSIÓN

Este estudio proporciona un instrumento cuyos resultados permiten medir con gran fiabilidad el nivel de conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en Médicos generales.

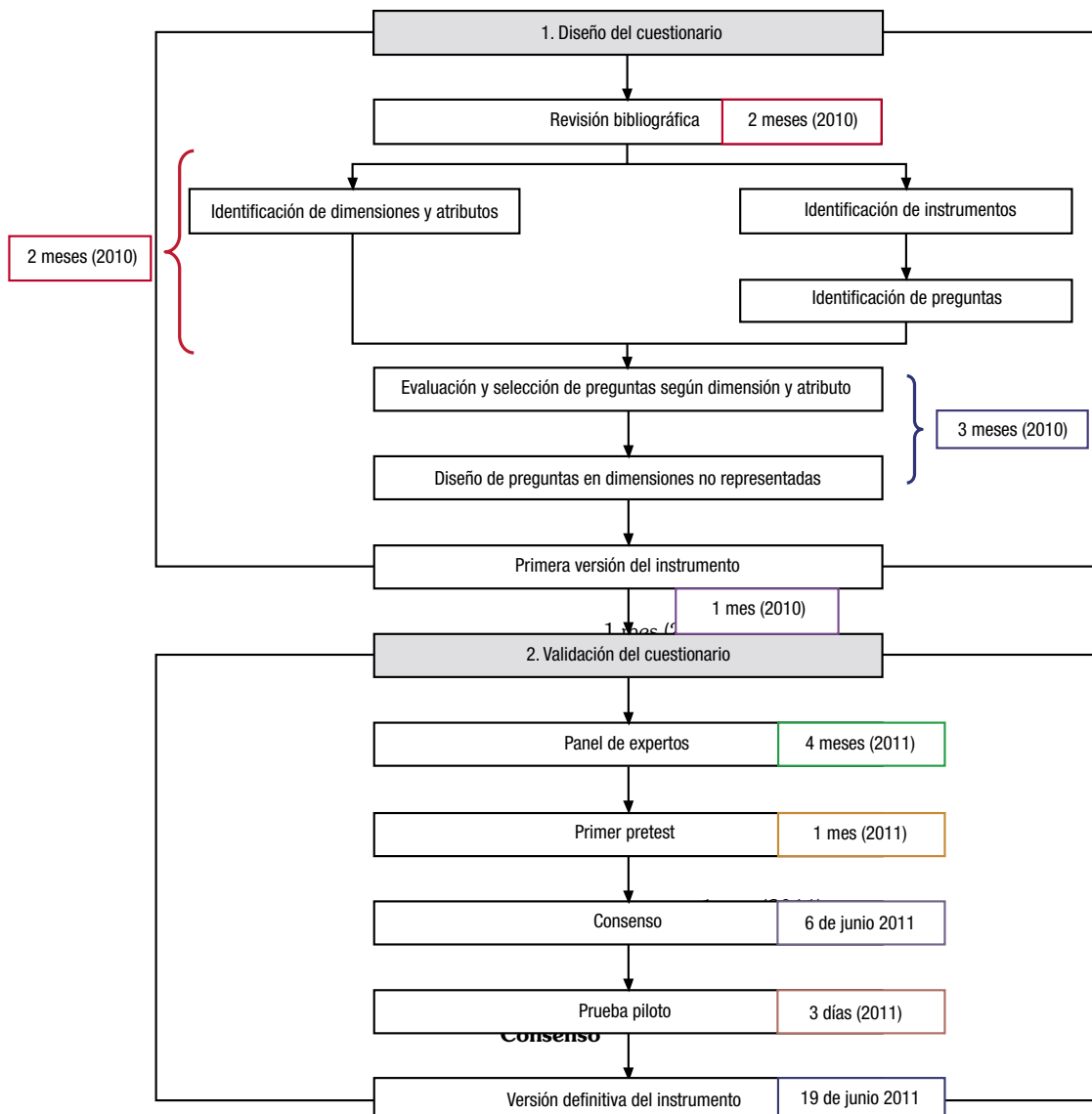
REFERENCIAS

1. PÉREZ M, FRANCO S, WINOGRAD R, ANGULO O. Aspectos clínicos patológicos del hígado graso no alcohólico. *Revista Cubana Medicina Militar (Online)*. 2003 (12 de junio de 2010); 32(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_4_03/mil05403.htm
2. PÉREZ M., CASTILLO D. et al Prevalencia del hígado graso no alcohólico en muestras de biopsias hepáticas. *Revista Cubana Medicina Militar* 2006. (citado 12 de junio de 2010). 35(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_4_06/mil06406.htm
3. MARTÍNEZ E, DOMÍNGUEZ J, HERNÁNDEZ Z, PANDURO A. Esteatohepatitis no Alcohólica. Universidad de Guadalupe. (Online). 2005. (citado 12 de junio de 2010). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14270107.pdf>
4. HERNÁNDEZ R. Metodología de la Investigación. 4° ed. México: Mc Graw Hill; 2006
5. LETELIER MJ, ALLER MB, HENAO D, PÉREZ I, LORENZO I, LASSALETTA J, LLOPART J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA: Elsevier. *Gac Sanit*.2010; 24(4):339-346 .Recibido el 14 de diciembre de 2009. Aceptado el 26 de marzo de 2010 (On-line el 23 de julio de 2010).Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv24n4/breve2.pdf>
6. GONZÁLEZ D, ARIAS A, GONZÁLEZ A, FÉLIX J, WEINMANN A. Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma aplicado a maestros de educación primaria de Monterrey, México. *Revista Alergia México* 2010;57(2):44-49.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revalmex/ram-2010/ram102b.pdf>
7. IGLESIAS J, RODRÍGUEZ N, PÉREZ J. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercole-

- terolemia en la farmacia comunitaria. Investigación original. 2005; 3(4): 189-196
8. SCRIBD.COM. Cuestionario-s y respuestas. (fecha de acceso 21 de junio de 2011). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/256584/CUESTIONARIOS-Y-ENCUESTAS>.
 9. ARGIMÓN J, JIMÉNEZ J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2º ed. Madrid: Harcourt; 2000.
 10. AYMERICH M, BERRA S, GUILLAMÓN I, HERDMAN M, ALONSO J, RAVENS S, RAJMIL L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gac Sanit. 2005;19(2):93-102. Recibido: 9 de junio de 2004. Aceptado: 8 de noviembre de 2004. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv19n2/original1.pdf>
 11. BATISTA J. Análisis factorial confirmatorio. Medicina Clínica. Barcelona. 2004;122:21-7
 12. PÉREZ M, FRANCO S, WINOGRAD R, ANGULO O. Aspectos clínicos patológicos del hígado graso no alcohólico. Revista Cubana Medicina Militar (Online). 2003 (12 de junio de 2010); 32(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_4_03/mil05403.htm

ANEXOS:

ANEXO 1: ESQUEMA DEL PROCESO DEL DESARROLLO DEL CUESTIONARIO.



ANEXO 2: CUESTIONARIO DEFINITIVO:**“CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN MÉDICOS GENERALES DE LOS DISTRITOS DE CHICLAYO Y LA VICTORIA EN EL AÑO 2011****Introducción:**

Mediante el presente cuestionario queremos tener una referencia de sus conocimientos en relación a hígado graso no alcohólico (HGNA). Le solicitamos responda las siguientes preguntas con la mayor veracidad posible. Solo una alternativa es correcta. Agradecemos de antemano su participación.

DATOS GENERALES:

1. Edad (años cumplidos):.....

2. Sexo: M.... F....

3. Universidad de Procedencia:

a. UNPRG..... b. UDCH..... c. UPAO..... d. Otra.....

4. Años de egresado:

a. 1-5 años..... b. 6-10 años..... c. Más de 10 años.....

5. En alguna oportunidad ha atendido a algún paciente con diagnóstico de Hígado graso no alcohólico?

Si: No:.....

PREGUNTAS

Para las siguientes preguntas marque con un aspa (x) solo 1 alternativa de las cinco que se presentan:

1) Para el diagnóstico de HGNA debe tenerse en cuenta que el paciente haya tenido un consumo de alcohol:

- a. No mayor de 20 gramos al día en mujeres y no mayor de 40 gramos al día en hombres
- b. No mayor de 10 gramos al día en mujeres y no mayor de 20 gramos al día en hombres
- c. Solo en eventos sociales.
- d. No mayor de 20 gramos al día en los últimos 5 años en hombres y mujeres
- e. No mayor de 20 gramos al día en los últimos 5 meses en hombres y mujeres

2) ¿Cuál es la manifestación clínica más frecuente en el paciente con HGNA?

- a. Presencia de náuseas y vómitos
- b. Presencia de ictericia
- c. Presencia de dolor en hipocondrio derecho
- d. La mayoría de pacientes son asintomáticos
- e. Pérdida de peso

3) ¿Según la literatura médica científica, ¿cuál de los siguientes fármacos es el que más se asocia a hígado graso no alcohólico?

- a. Metotrexate
- b. Naproxeno
- c. Amitriptilina
- d. Nifedipino
- e. Penicilina

4) En relación a HGNA, los factores de riesgo más frecuentemente descritos son:

- a. Dislipidemia, Obesidad, uso de corticoides.
- b. Resistencia a la insulina, Obesidad, Dislipidemia

- c. Uso de estrógenos, Obesidad, Dislipidemia.
- d. Resistencia a la insulina, Dislipidemia, uso de estrógenos.
- e. Uso de corticoides, Obesidad, Hipotiroidismo

5) En relación a los hallazgos de laboratorio en HGNA. ¿Cuál de las siguientes alternativas es la que más se encuentra presente?

- a. Cociente TGO/TGP > 2
- b. Cociente TGO/TGP < 1
- c. Hipoalbuminemia en fase inicial
- d. Ferritinemia en fase tardía
- e. Cociente TGO/TGP > 1

6) En relación a los hallazgos de ultrasonografía en pacientes con HGNA, marque la alternativa más característica:

- a. No hay ningún cambio ecográfico descrito.
- b. Hipoecogenicidad y disminución de la visualización de las venas hepáticas y porta.
- c. Hiperecogenicidad y disminución de la visualización de las venas hepáticas y porta
- d. Hipoecogenicidad y aumento de la visualización de las venas hepáticas y porta
- e. Hiperecogenicidad y aumento de la visualización de las venas hepáticas y porta

7) En relación a la biopsia hepática en pacientes con HGNA...

- a. Sólo está indicada en pacientes diabéticos
- b. Determina tanto el diagnóstico como el pronóstico.
- c. Determina el pronóstico de la enfermedad
- d. Sólo permite el diagnóstico de la enfermedad
- e. Su uso aumenta la supervivencia del paciente

8) De los siguientes estudios de imágenes. ¿Cuál es el más sensible en el diagnóstico de HGNA?

- a. Resonancia nuclear magnética
- b. Ultrasonografía abdominal
- c. Tomografía abdominal
- d. Gammagrafía
- e. Colangiografía

9) Acude a consulta un paciente varón de 54 años, obeso mórbido con una ecografía sugerente de HGNA, asintomático y sin otras comorbilidades: ¿En relación a este paciente: Qué decisión usted tomaría?

- a. Iniciar tratamiento con antioxidantes
- b. Iniciar tratamiento con metformina
- c. Solicitar TAC abdominal
- d. Recomendar cambios en los estilos de vida
- e. Interconsulta a cirugía para biopsia hepática.

10) En relación a HGNA ¿Cuál de los siguientes tratamientos farmacológicos se utiliza o recomienda para reducir la progresión de la enfermedad?

- a. Ninguno de las anteriores
- b. Estatinas
- c. Metformina
- d. Gemfibrozilo
- e. Vitamina E

11) En relación al pronóstico de los pacientes con HGNA....

- a. El riesgo de Hepatocarcinoma es igual al de la población general
- b. Depende de los valores de transaminasas.
- c. Es independiente del control metabólico.
- d. La biopsia hepática ayuda a definir mejor el pronóstico
- e. El uso de Metformina disminuye la mortalidad

12) Acude a consulta de medicina, un paciente varón de 65 años con ascitis moderada, edema de miembros inferiores y tendencia al sueño. Tiene antecedentes de resistencia a la insulina. Niega ingesta previa de alcohol. La serología para Hepatitis B C y A es negativa, así como los marcadores para enfermedad autoinmune. Usted sospecha en cirrosis por HGNA. En relación al pronóstico de este paciente:

- a. Su mortalidad es menor a la de un paciente con cirrosis alcohólica
- b. La biopsia hepática es de gran utilidad.
- c. El antecedente de resistencia a la insulina influye en el pronóstico.
- d. El que tenga tendencia al sueño es un signo de mal pronóstico
- e. La sobrevida mejorará con cambios en los estilos de vida.

13) Paciente de 48 años obeso, llega a su consultorio y usted diagnóstica HGNA, para lo cual recomienda que baje de peso .Marque lo correcto:

- a. Disminuir 500g por semana hasta perder el 10% de su peso inicial.
- b. Disminuir 800 g por semana hasta perder el 5% de su peso inicial.
- c. Disminuir 500 g por día hasta perder el 5% de su peso inicial.
- d. Disminuir 800g por día hasta perder el 10% de su peso inicial.
- e. No tiene relevancia bajar de peso.