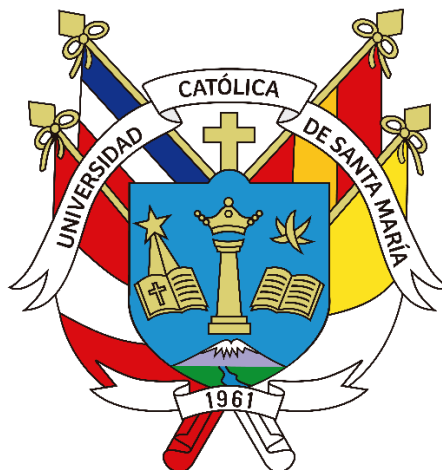


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Segunda Especialidad en Gastroenterología



**ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA DESERCIÓN DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO DEL
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD AREQUIPA**

Proyecto de investigación presentado por
el M.C:

Laura Arapa, Luis Edgard

Para optar el Título de Segunda

Especialidad en:

Gastroenterología

Asesora:

M.C. Gutierrez Velarde, María Angela

Arequipa – Perú

2023



DEDICATORIA

A todas las personas que, de una manera u otra, han sido faro en mi vida, orientándome en los momentos más oscuros y celebrando conmigo los triunfos. A mi familia, que siempre ha sido mi sostén; a los profesores que me han guiado y a los amigos que han enriquecido esta travesía. Este trabajo es el fruto de la sabiduría y el amor que ustedes han compartido conmigo.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA DESERCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD AREQUIPA

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Ana G. Méndez University Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.essalud.gob.pe Fuente de Internet	1%
4	dokumen.site Fuente de Internet	1%
5	revistamedicasinergia.com Fuente de Internet	1%
6	h.redalyc.org Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	1%

experts.nebraska.edu

8

Fuente de Internet

1 %

9

Submitted to Universidad Ricardo Palma

Trabajo del estudiante

1 %

10

repositorio.uasf.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

11

www.fulbright.de

Fuente de Internet

1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a todas las personas que contribuyeron a la realización de este proyecto.

Primero, al equipo de profesionales que me brindó la oportunidad de llevar a cabo esta investigación. Gracias por su guía, apoyo y paciencia en cada etapa del proceso. También agradezco a los pacientes y participantes del estudio, sin cuyas experiencias este trabajo no habría sido posible. Finalmente, a todos aquellos que trabajan día a día en la mejora de la atención médica y en la búsqueda de soluciones para los desafíos en el ámbito de la salud.

Este proyecto es también un homenaje a su dedicación y esfuerzo.



EPIGRAFÍA

"El único modo de hacer un gran trabajo es amar lo que haces."

— Autor Anónimo

RESUMEN

El presente proyecto de investigación, titulado “Análisis de los factores que contribuyen a la deserción del tratamiento en pacientes con Hígado Graso No Alcohólico del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa”, tiene como objetivo principal identificar y analizar los diversos factores que llevan a los pacientes con hígado graso no alcohólico (HGNA) a abandonar su tratamiento médico. Este estudio se realiza bajo un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental de carácter correlacional de corte transversal. El HGNA es una enfermedad hepática crónica que representa un desafío tanto para los sistemas de salud como para los pacientes, ya que su abandono del tratamiento puede desencadenar complicaciones graves como la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), cirrosis hepática y, en última instancia, puede requerir un trasplante de hígado.

Los factores que se analizan en esta investigación incluyen la conciencia y comprensión de la enfermedad por parte del paciente, el nivel de adherencia a los cambios de estilo de vida recomendados, el grado de apoyo social, los efectos secundarios o molestias relacionados con el tratamiento, las barreras económicas y la presencia de comorbilidades o de otras prioridades de salud. Se espera que, a través del análisis de estos factores, se puedan desarrollar estrategias más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con HGNA y, por lo tanto, mejorar sus resultados clínicos y calidad de vida.

La justificación del estudio radica en la importancia del HGNA como problema de salud pública y la necesidad urgente de encontrar soluciones efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento, reducir la carga económica sobre los sistemas de salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este proyecto contribuye de manera significativa a la comprensión de las dinámicas de la deserción del tratamiento en HGNA, ofreciendo información valiosa que podría ser utilizada para la creación de programas de intervención específicos y personalizados.

Palabras clave: Hígado Graso No Alcohólico, Deserción del Tratamiento, Factores Contribuyentes, Hospital III Yanahuara, EsSalud Arequipa.

ABSTRACT

The present research project, entitled “Analysis of the factors that contribute to treatment dropout in patients with Non-Alcoholic Fatty Liver at Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa”, has as its main objective to identify and analyze the various factors that lead patients to Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) to abandon your medical liver treatment. This study is carried out under a quantitative approach and a non-experimental design of a cross-sectional correlational nature. NAFLD is a chronic liver disease that represents a challenge for both health systems and patients, since its abandonment of treatment can trigger serious complications such as non-alcoholic steatohepatitis (NASH), liver cirrhosis and, ultimately, can requires a liver transplant.

The factors analyzed in this research include the patient's awareness and understanding of the disease, the level of adherence to recommended lifestyle changes, the degree of social support, side effects or discomfort related to the treatment, economic barriers and the presence of comorbidities or other health priorities. It is expected that, through the analysis of these factors, more effective strategies can be developed to improve treatment adherence in patients with NAFLD and, therefore, improve their clinical outcomes and quality of life.

The justification of the study lies in the importance of NAFLD as a public health problem and the urgent need to find effective solutions to improve adherence to treatment, reduce the economic burden of solutions on health systems and improve the quality of life of patients. This project contributes significantly to the understanding of the dynamics of treatment abandonment in NAFLD, offering valuable information that could be used for the creation of specific and personalized intervention programs.

Keywords: Nonalcoholic Fatty Liver, Treatment Dropout, Contributing Factors, Hospital III Yanahuara, EsSalud Arequipa.

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I INTRODUCCIÓN	1
II PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. Problema de investigación.....	3
1.1. Enunciado del Problema.....	3
1.1.1. Pregunta General	3
1.1.2. Preguntas Específicas	3
1.2. Descripción del Problema.....	5
1.2.1. Área del Conocimiento.....	5
1.2.2. Operacionalización de Variables.....	6
1.2.3. Enfoque de Investigación	9
1.2.4. Tipo de Investigación	9
1.2.5. Diseño de Investigación.....	9
1.3. Justificación del Problema.....	9
1.4. Marco Conceptual.....	10
1.4.1. Hígado	10
2. Antecedentes de Investigación	23
2.1. Antecedentes Internacionales	23
2.2. Antecedentes Nacionales	25
2.3. Antecedentes Locales	26
3. Objetivos.....	27
3.1. Objetivo General.....	27
3.2. Objetivos Específicos	27
4. Hipótesis	28

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	29
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	29
1.1. Materiales:	29
2. Campo de verificación.....	29
2.1. Ubicación espacial.....	29
2.2. Ubicación temporal.....	29
2.3. Unidades de Estudio	30
2.3.1. Universo.....	30
2.3.2. Población Blanco.....	30
2.3.3. Población accesible.....	30
2.3.4. Muestra.....	30
2.3.5. Criterios de selección.....	30
3. Estrategia de Recolección de datos	31
3.1. Organización.....	31
3.2. Recursos.....	31
3.2.1. Humanos.....	31
3.2.2. Materiales	31
3.2.3. Financieros.....	32
3.3. Validación de los instrumentos.....	32
3.4. Criterios para manejo de resultados.....	32
3.4.1. Plan de Procesamiento.....	32
3.4.2. Plan de Clasificación	32
3.4.3. Plan de Codificación.....	32
3.4.4. Plan de Recuento	32
3.4.5. Plan de análisis	32
IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	34

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	40
ANEXO 1 INSTRUMENTO FACTORES QUE INFLUYEN A LA DESERCIÓN DEL TRATAMIENTO CON HÍGADO GRASO.....	41
ANEXO 2 REGISTRO DE VISITAS MEDICAS	45



I INTRODUCCIÓN

El hígado graso no alcohólico (HGNA) es una enfermedad hepática crónica que se ha convertido en una de las principales preocupaciones de salud a nivel mundial debido a su prevalencia en constante aumento. Esta enfermedad se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el hígado en ausencia de consumo excesivo de alcohol. A medida que avanza, el HGNA puede progresar hacia una forma más grave de la enfermedad conocida como esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), la cual puede llevar a la fibrosis hepática, cirrosis e incluso a la necesidad de un trasplante de hígado (1).

El tratamiento del HGNA se basa principalmente en cambios en el estilo de vida, como adoptar una dieta saludable, realizar ejercicio físico regular y lograr una pérdida de peso gradual y sostenida. Estas intervenciones son fundamentales para detener la progresión de la enfermedad y mejorar la salud hepática de los pacientes. Sin embargo, a pesar de la importancia del tratamiento, se ha observado que muchos pacientes con HGNA abandonan prematuramente las recomendaciones terapéuticas, lo que compromete los resultados y la eficacia del tratamiento (2).

La deserción del tratamiento en pacientes con HGNA es un desafío significativo que afecta tanto a los individuos como a la sociedad en general. Los pacientes que abandonan el tratamiento tienen un mayor riesgo de progresión de la enfermedad hepática, lo que puede resultar en complicaciones graves y una disminución en su calidad de vida. Además, la deserción del tratamiento genera una carga económica y social, ya que implica un uso ineficiente de los recursos de salud y una mayor carga para los sistemas de atención médica.

Para abordar esta problemática, es fundamental comprender los factores que contribuyen a la deserción del tratamiento en pacientes con HGNA. Estos factores pueden ser multifactoriales y estar relacionados con aspectos individuales, socioeconómicos y de atención médica. Identificar y comprender estos factores permitirá desarrollar estrategias de intervención específicas y personalizadas, así como brindar el apoyo adecuado a los pacientes con HGNA (3).

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es analizar en detalle los factores que contribuyen a la deserción del tratamiento en pacientes con hígado graso no alcohólico. Mediante el estudio de estos factores, se espera obtener una visión más completa y precisa de las barreras y desafíos que enfrentan los pacientes, y así poder desarrollar

recomendaciones y estrategias adecuadas para mejorar la adherencia al tratamiento y lograr una mejor gestión de esta enfermedad hepática crónica.

A través de este proyecto se abarca aspectos relacionados con la conciencia y comprensión de la enfermedad, los cambios en el estilo de vida, el apoyo social, los efectos secundarios o molestias, las barreras económicas y las comorbilidades y otras prioridades de salud. A través de la recopilación y el análisis de datos, se espera obtener una visión más completa y precisa de los factores que influyen en la deserción del tratamiento en pacientes con HGNA, lo que permitirá diseñar estrategias de intervención más efectivas y mejorar los resultados clínicos y de calidad de vida de estos pacientes.

El trabajo se encuentra estructurado en 5 apartados. En el apartado I, se presenta la Introducción, donde se expresa el contexto en cual se está enmarcando el estudio. En el apartado II, se desarrolla problema de investigación, Operacionalización de variables, justificación, marco conceptual, antecedentes de investigación, objetivos e hipótesis. En el apartado III, se presentan las técnicas e instrumentos de investigación, campo de verificación, estrategias de recolección de datos. En el apartado IV, se presenta el cronograma de trabajo. Y finalmente en el apartado V, se presenta la bibliografía (1).

II PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA DESERCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL AÑO 2023.

1.1.1. Pregunta General

¿Cuáles son los factores que contribuyen a la deserción del tratamiento en pacientes con hígado graso no alcohólico (HGNA) del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa entre los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2023?

1.1.2. Preguntas Específicas

1. ¿Cuáles son los niveles de conciencia y comprensión que tienen los pacientes con HGNA sobre su enfermedad y sus implicaciones del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa?
2. ¿Cuál es el nivel de adherencia de los pacientes con HGNA a los cambios en el estilo de vida recomendados, incluyendo la adopción de una dieta saludable, la práctica regular de ejercicio y la pérdida de peso del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa?
3. ¿Cuál es el nivel de apoyo social disponible para los pacientes con HGNA y cómo influye en la deserción del tratamiento del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa?
4. ¿Cuáles son los efectos secundarios o molestias relacionados con las intervenciones terapéuticas para el HGNA y cómo impactan en la continuidad del tratamiento del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa?
5. ¿Cuáles son las barreras económicas que enfrentan los pacientes con HGNA en relación con el acceso a servicios médicos y la adquisición de medicamentos y tratamientos necesarios del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa?

6. ¿Cómo influyen las comorbilidades y otras prioridades de salud en la deserción del tratamiento en pacientes con HGNA del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa?



1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del Conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gastroenterología
- Línea: Gestión y Políticas en Salud



1.2.2. Operacionalización de Variables

Tabla 1
Variable Calidad del Servicio

Variables	Dimensiones	Indicadores
<p>Variable 1: Factores que influyen a la deserción del tratamiento en pacientes con hígado graso.</p>	<p>Conciencia y comprensión.</p>	<p>¿Está familiarizado/a con el hígado graso no alcohólico (HGNA) y sus implicaciones?</p> <p>¿Considera que el HGNA es una enfermedad grave?</p>
	<p>Cambios en el estilo de vida</p>	<p>¿Cuánta importancia le da a seguir una dieta saludable para el tratamiento del HGNA?</p> <p>¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio físico de forma regular?</p> <p>¿Ha logrado mantener una pérdida de peso gradual y sostenida?</p>
	<p>Apoyo social</p>	<p>¿Cuenta con el apoyo de su familia y amigos cercanos para el tratamiento del HGNA?</p>

¿Ha considerado unirse a grupos de apoyo o redes de pacientes con HGNA?

¿Ha experimentado efectos secundarios relacionados con el tratamiento del HGNA?

Efectos secundarios o molestias

¿En qué medida las intervenciones terapéuticas para el HGNA le han generado incomodidad o malestar?

¿Ha experimentado dificultades para acceder a servicios médicos relacionados con el tratamiento del HGNA?

Barreras económicas

¿Ha experimentado dificultades para costear los medicamentos o tratamientos relacionados con el HGNA?

Comorbilidades y otras prioridades de salud

¿Tiene otras enfermedades crónicas además del HGNA?

En términos de prioridades de salud, ¿qué tan importante considera el tratamiento del HGNA en comparación con otras condiciones de salud que pueda tener?

Tabla 2
Variable Satisfacción de los pacientes

Variables	Dimensiones	Indicadores
Variable 2: Deserción del tratamiento en pacientes con hígado graso no alcohólico.	Registro de visitas médicas.	Se considera deserción cuando un paciente falta a más de la mitad de sus controles programados.

1.2.3. Enfoque de Investigación

Cuantitativo

1.2.4. Tipo de Investigación

Descriptivo.

1.2.5. Diseño de Investigación

Diseño no experimental de carácter correlacional de corte transversal.

1.3. Justificación del Problema

El hígado graso no alcohólico (HGNA) es una enfermedad hepática crónica que ha adquirido una creciente importancia en los últimos años debido a su alta prevalencia y consecuencias potencialmente graves. La deserción del tratamiento en pacientes con HGNA es un problema significativo que puede comprometer los resultados de salud y dificultar el manejo efectivo de la enfermedad (1).

La justificación de abordar este problema radica en varios aspectos fundamentales:

Impacto en la salud y calidad de vida: La deserción del tratamiento en pacientes con HGNA puede llevar a la progresión de la enfermedad hacia formas más graves, como la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y la cirrosis hepática. Estas complicaciones tienen un impacto significativo en la salud y calidad de vida de los pacientes, así como en su capacidad para llevar una vida plena y productiva.

Carga económica y social: El HGNA representa una carga económica considerable para los sistemas de atención médica, tanto en términos de costos directos de tratamiento como de costos indirectos asociados con la pérdida de productividad y las complicaciones de salud. La deserción del tratamiento puede agravar esta carga económica al aumentar la necesidad de intervenciones médicas más costosas y reducir la eficacia de las medidas preventivas.

Necesidad de intervenciones efectivas: Identificar los factores que contribuyen a la deserción del tratamiento en pacientes con HGNA es crucial para desarrollar intervenciones efectivas que mejoren la adherencia y los resultados a largo plazo. Al comprender los desafíos y barreras específicos que enfrentan los pacientes, se pueden implementar estrategias de intervención personalizadas que aborden las causas subyacentes de la deserción y promuevan una mejor gestión de la enfermedad.

Mejora de la atención médica: La investigación sobre la deserción del tratamiento en pacientes con HGNA contribuye a la mejora de la atención médica al proporcionar información valiosa para los profesionales de la salud. Esta información permite diseñar intervenciones más precisas y centradas en el paciente, así como identificar oportunidades de educación y apoyo adicionales para fomentar la adherencia al tratamiento.

1.4. Marco Conceptual

1.4.1. Hígado

El hígado es un órgano vital ubicado en la parte superior derecha del abdomen, debajo de las costillas. Es el órgano más grande del cuerpo humano y desempeña diversas funciones esenciales para el metabolismo y la salud en general (2).

1.4.1.1. Funciones del hígado:

Metabolismo de nutrientes: El hígado juega un papel fundamental en el metabolismo de los nutrientes, como la glucosa, los lípidos y las proteínas. Almacena glucógeno, una forma de energía rápida, y lo libera cuando el cuerpo lo necesita. **Eliminación de toxinas:** El hígado es responsable de desintoxicar el cuerpo al procesar y eliminar sustancias tóxicas y productos de desecho. Transforma muchas sustancias químicas en formas menos dañinas para su eliminación a través de la bilis y los riñones (3).

Producción de bilis: El hígado produce la bilis, un líquido que ayuda en la digestión de las grasas. La bilis se almacena en la vesícula biliar y se libera en el intestino delgado para facilitar la absorción de los nutrientes. **Síntesis de proteínas:** El hígado sintetiza muchas proteínas importantes para el cuerpo, incluyendo la albúmina y diversas proteínas de coagulación sanguínea (4).

Almacenamiento de vitaminas y minerales: El hígado almacena vitaminas liposolubles como las vitaminas A, D, E y K, así como minerales como el hierro y el cobre. **Producción de factores de coagulación:** El hígado produce varios factores de coagulación que son esenciales para la coagulación sanguínea normal y la prevención de hemorragias (5).

1.4.1.2. Anatomía del hígado

La anatomía del hígado se refiere a la estructura y apariencia del órgano. El hígado tiene una forma ligeramente cónica y se divide en dos lóbulos principales: el lóbulo derecho y el lóbulo izquierdo. Estos lóbulos están separados por el ligamento falciforme, una estructura de tejido conectivo. La superficie externa del hígado es lisa y tiene una cubierta delgada llamada cápsula de Glisson. A medida que se observa de cerca, se pueden apreciar surcos y marcas que corresponden a la distribución de los vasos sanguíneos y las vías biliares (6).

El hígado está compuesto por hepatocitos, que son las células principales del órgano y están organizados en láminas o placas hepáticas. Estas placas están dispuestas en forma de hexágonos y rodean los vasos sanguíneos llamados sinusoides hepáticos, que son importantes para el intercambio de sustancias entre la sangre y los hepatocitos. El hígado también tiene una red extensa de canales biliares que transportan la bilis producida por los hepatocitos hacia los conductos hepáticos, que luego se unen para formar el conducto biliar común. La bilis se almacena y concentra en la vesícula biliar antes de ser liberada en el intestino delgado para ayudar en la digestión de las grasas (7).

1.4.1.3. Hígado graso no alcohólico (HGNA)

El hígado graso no alcohólico (HGNA) es una enfermedad hepática crónica caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el hígado en ausencia de un consumo excesivo de alcohol. Es una de las enfermedades hepáticas más comunes en todo el mundo y su prevalencia ha aumentado significativamente en las últimas décadas, en paralelo con el incremento de la obesidad y el síndrome metabólico (8).

El HGNA se presenta en un espectro de gravedad que va desde el hígado graso simple, que implica una acumulación de grasa sin inflamación significativa, hasta la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), que se caracteriza por la presencia de inflamación y daño hepático. La EHNA puede progresar a etapas más avanzadas, como la fibrosis hepática, la cirrosis e incluso el carcinoma hepatocelular (9).

Las causas exactas del HGNA no están completamente comprendidas, pero se cree que están relacionadas con una combinación de factores genéticos, metabólicos y ambientales. La resistencia a la insulina, el exceso de peso corporal, la dieta poco saludable, la falta de actividad física y otros factores relacionados con el estilo de vida desempeñan un papel importante en el desarrollo y la progresión del HGNA (10).

1.4.1.4. Antecedentes del Hígado graso no alcohólico (HGNA)

La primera vez que se mencionó el Hígado graso no alcohólico fue en 1980, cuando el patólogo J. Ludwig de la Clínica Mayo describió a 20 pacientes adultos con hallazgos hepáticos que se asemejaban a una hepatitis alcohólica, a pesar de no haber consumo de alcohol. En 1983, el investigador J.R. Moran informó sobre tres niños obesos con elevación de enzimas hepáticas, dolor abdominal inespecífico y biopsia hepática, siendo esta la primera referencia del hígado graso no alcohólico en la infancia (11).

Históricamente, en el siglo XIX se creía que el alcohol era la causa del hígado graso y la cirrosis. Sin embargo, se observó un patrón de daño hepático grave similar al del consumo de alcohol en pacientes sometidos a una cirugía de puente yeyuno-ileal para tratar la obesidad. Fue a partir de 1958 cuando se realizaron descripciones del hígado graso no alcohólico, cuando Westwater y Fainer lo describieron en un grupo de pacientes obesos (12).

1.4.1.5. Factores de riesgo del HGNA

El hígado graso no alcohólico puede ser influenciado por diversos factores, incluyendo factores ambientales y predisposición genética. Además, se ha observado que el sexo masculino presenta un riesgo dos veces mayor que las mujeres, y el estilo de vida, el sedentarismo y el tabaquismo pueden constituir factores de riesgo independientes para el desarrollo de la enfermedad. En Latinoamérica, el hígado graso está asociado frecuentemente a la obesidad (13).

En el caso de los niños y adolescentes, los factores de riesgo para el hígado graso no alcohólico pueden ser tanto no modificables como modificables. Los factores no modificables incluyen características constitucionales, sexo masculino, etnia hispanica, mientras que los factores modificables incluyen la

obesidad visceral, la resistencia a la insulina, la deficiencia de estrógenos y una alta ingesta de fructosa. Además, se han identificado factores predictivos de la evolución de la esteatosis a cirrosis, como la circunferencia de la cadera, la hiperglicemia, la hipertensión arterial, la hiperinsulinemia en ayunas y el aumento de las enzimas hepáticas (14).

1.4.1.5.1. Factores de riesgo del HGNA en Latinoamérica

En Latinoamérica, que está compuesta por países con condiciones socioeconómicas, estilos de vida, dietas y tradiciones culturales muy diversas, se han identificado factores tanto genéticos como ambientales relacionados con el hígado graso no alcohólico (HGNA). Algunos de estos factores incluyen la dieta, el ejercicio y el consumo de alcohol. Otros factores que también influyen son la prevalencia del síndrome metabólico y el acceso a la atención médica (15).

En esta región, se observa una alta prevalencia de factores de riesgo para el HGNA, como la obesidad y la inactividad física. Estos factores predominantes podrían contribuir a una carga sanitaria asociada a enfermedades hepáticas (16).

De acuerdo con un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos latinoamericanos fue del 62,8% en hombres y del 59,8% en mujeres (17).

Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar los factores de riesgo modificables y promover estilos de vida saludables en la población latinoamericana, con el objetivo de prevenir y controlar el HGNA y sus complicaciones relacionadas (18).

1.4.1.5.2. Factores de riesgo del HGNA en el Perú

En el año 2011, las lesiones de intención no determinada fueron la principal causa de mortalidad en adolescentes y jóvenes, seguidas de la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Por otro lado, las infecciones respiratorias agudas también representaron una proporción significativa de mortalidad en ese grupo. En el Perú, las enfermedades del hígado, especialmente la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, han aumentado en su importancia como causa de mortalidad. Estas enfermedades pasaron del décimo lugar en 1986 al quinto lugar en 2015 (19).

En contraste, en Estados Unidos se observa una mayor cantidad de defunciones relacionadas con enfermedad alcohólica del hígado e hígado graso no alcohólico (20).

En un estudio sobre el conocimiento del hígado graso entre los médicos, se encontró que el 55% de los médicos entrevistados presentaban conocimiento insuficiente sobre el hígado graso no alcohólico. Además, se descubrió que al menos un caso de hígado graso no alcohólico no había sido diagnosticado previamente por los médicos participantes en el estudio. Estos hallazgos subrayan la importancia de mejorar el conocimiento y la conciencia sobre las enfermedades del hígado, especialmente el hígado graso no alcohólico, tanto entre los profesionales de la salud como en la población en general. Además, resaltan la necesidad de implementar estrategias efectivas de prevención, diagnóstico temprano y manejo adecuado de estas enfermedades para reducir su impacto en la salud pública (21).

1.4.1.6. Manifestaciones clínicas

El hígado graso no alcohólico (HGNA) puede presentar diferentes manifestaciones clínicas, aunque en algunos casos puede ser asintomático. A continuación, se describen algunas de las manifestaciones clínicas más comunes asociadas al HGNA:

1. **Dolor abdominal:** Algunos pacientes pueden experimentar dolor o molestias en la parte superior derecha del abdomen, debido al aumento del tamaño del hígado o a la inflamación hepática (2).
2. **Fatiga:** Muchos pacientes con HGNA experimentan fatiga crónica y falta de energía, lo cual puede afectar su calidad de vida.
3. **Hepatomegalia:** El hígado puede aumentar de tamaño, lo que puede ser detectado durante un examen físico o confirmado mediante pruebas de imagen, como la ecografía abdominal.
4. **Elevación de las enzimas hepáticas:** Los análisis de sangre pueden mostrar niveles elevados de enzimas hepáticas, como la alanina aminotransferasa (ALT) y la aspartato aminotransferasa (AST). Estas enzimas indican la presencia de daño hepático, pero no son específicas para el HGNA.
5. **Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA):** En algunos casos, el HGNA puede progresar a una forma más avanzada llamada EHNA. Esta condición se caracteriza por la presencia de inflamación y daño hepático, que pueden manifestarse como fibrosis hepática o incluso cirrosis en etapas más avanzadas (22).

Es importante tener en cuenta que las manifestaciones clínicas pueden variar de un paciente a otro, y algunas personas pueden no presentar síntomas evidentes. Además, el HGNA puede estar asociado con otras condiciones, como el síndrome metabólico y la resistencia a la insulina, que pueden contribuir a la aparición de síntomas y complicaciones. Ante la sospecha de HGNA, es fundamental realizar una evaluación médica completa, incluyendo análisis de sangre, pruebas de imagen y, en algunos casos, biopsia hepática, para confirmar el diagnóstico y evaluar la gravedad de la enfermedad (23).

1.4.1.7. Diagnóstico

El diagnóstico del hígado graso no alcohólico (HGNA) se basa en una combinación de información clínica, pruebas de laboratorio, imágenes y, en algunos casos, biopsia hepática. A continuación se describen los principales métodos utilizados para el diagnóstico del HGNA:

1. Evaluación clínica: El médico realizará una evaluación detallada de los síntomas, antecedentes médicos y factores de riesgo del paciente. También se llevará a cabo un examen físico en busca de signos de enfermedad hepática, como hepatomegalia (aumento del tamaño del hígado) o dolor abdominal.

2. Pruebas de laboratorio: Se realizan análisis de sangre para evaluar la función hepática y detectar posibles anomalías. Estos pueden incluir pruebas de enzimas hepáticas, como ALT (alanina aminotransferasa) y AST (aspartato aminotransferasa), así como pruebas de función hepática, como albúmina, bilirrubina y tiempo de protrombina (21).

3. Imágenes: Las pruebas de imagen, como la ecografía abdominal, la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), pueden ayudar a evaluar el grado de acumulación de grasa en el hígado y descartar otras enfermedades hepáticas.

4. Fibroscan o elastografía hepática: Estas pruebas no invasivas miden la rigidez del hígado, lo cual puede indicar la presencia de fibrosis hepática. Son alternativas a la biopsia hepática en la evaluación de la severidad de la enfermedad.

5. Biopsia hepática: En algunos casos, se puede realizar una biopsia hepática para obtener una muestra del tejido hepático y evaluar la presencia de inflamación, daño hepático y fibrosis. Sin embargo, debido a su naturaleza invasiva, la biopsia hepática se reserva generalmente para casos de sospecha de esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) avanzada o cuando se requiere una evaluación más precisa (24).

1.4.1.8. Tratamiento

Existen diversas medidas propuestas para el tratamiento del hígado graso no alcohólico. La mayoría de los enfoques terapéuticos se centran en el

tratamiento de la obesidad y en la reducción de la resistencia a la insulina, que es el principal factor subyacente en su desarrollo.

El tratamiento del hígado graso no alcohólico se basa en abordar los factores de riesgo modificables, como la pérdida de peso gradual y sostenida, la adopción de una dieta saludable y equilibrada, así como la incorporación de actividad física regular en la rutina diaria. Estas medidas ayudan a reducir la acumulación de grasa en el hígado y a mejorar la resistencia a la insulina.

Además de los cambios en el estilo de vida, se pueden considerar otras intervenciones terapéuticas. Algunos estudios sugieren el uso de medicamentos, como agentes sensibilizadores de la insulina, antioxidantes o ácidos biliares modificados, aunque su eficacia y seguridad a largo plazo aún se están investigando y deben ser evaluados individualmente (25).

1.4.1.8.1. Pérdida de peso

La pérdida de peso se considera uno de los tratamientos fundamentales para el hígado graso. Se ha demostrado que la reducción de peso, especialmente en aquellos con sobrepeso u obesidad, puede mejorar significativamente la condición del hígado graso no alcohólico (HGNA). La pérdida de peso ayuda a disminuir la acumulación de grasa en el hígado y mejora la sensibilidad a la insulina. Se ha observado que incluso una pérdida de peso modesta, alrededor del 5% al 10% del peso corporal total, puede tener beneficios significativos para la salud hepática (26).

Para lograr una pérdida de peso efectiva, se recomienda un enfoque integral que incluya cambios en el estilo de vida. Esto implica adoptar una dieta equilibrada y saludable, rica en frutas, verduras, fibras y proteínas magras, y limitar la ingesta de alimentos procesados, grasas saturadas y azúcares añadidos. Además, es importante incorporar la práctica regular de ejercicio físico, lo cual ayuda a quemar calorías, aumentar el metabolismo y mejorar la salud en general (18).

Es importante destacar que la pérdida de peso debe ser gradual y sostenida, evitando las dietas restrictivas o drásticas que pueden tener efectos negativos en la salud. Además, es recomendable contar con la orientación

de un profesional de la salud, como un médico o un dietista, para recibir un plan de pérdida de peso personalizado y seguro (27).

La pérdida de peso como tratamiento para el hígado graso no alcohólico no solo beneficia la salud hepática, sino que también puede tener impactos positivos en otros aspectos de la salud, como la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Es fundamental mantener un enfoque a largo plazo para mantener un peso saludable y prevenir la progresión de la enfermedad hepática (18).

1.4.1.8.2. Ejercicio

El ejercicio regular se considera un componente importante en el tratamiento del hígado graso. El ejercicio físico tiene múltiples beneficios para la salud en general y puede desempeñar un papel clave en la mejora de la condición del hígado graso no alcohólico (HGNA).

Algunos de los beneficios del ejercicio en el HGNA incluyen:

1. Quema de grasas: El ejercicio ayuda a quemar calorías y reducir la acumulación de grasa en el hígado. Contribuye a la pérdida de peso y a la reducción de la grasa visceral, que está asociada con un mayor riesgo de enfermedades metabólicas (9).
2. Mejora de la sensibilidad a la insulina: El ejercicio regular ayuda a mejorar la sensibilidad del cuerpo a la insulina, lo que ayuda a controlar los niveles de azúcar en sangre y reduce la resistencia a la insulina, un factor clave en el desarrollo del HGNA.
3. Control de los factores de riesgo: El ejercicio puede ayudar a controlar otros factores de riesgo asociados con el HGNA, como la obesidad, la hipertensión arterial, los niveles elevados de colesterol y los triglicéridos.
4. Reducción de la inflamación: El ejercicio regular puede tener efectos antiinflamatorios, lo cual es beneficioso para reducir la inflamación hepática asociada con el HGNA (22).

Es importante destacar que el ejercicio debe adaptarse a las capacidades individuales y ser realizado de manera gradual y segura. Se recomienda consultar a un médico o profesional de la salud antes de iniciar cualquier

programa de ejercicio, especialmente si existen condiciones médicas preexistentes (9).

1.4.1.8.3. Tratamiento farmacológico y quirúrgico de los factores de riesgo asociados

El tratamiento farmacológico y quirúrgico de los factores de riesgo asociados al hígado graso no alcohólico (HGNA) se considera en casos específicos en los que las medidas de estilo de vida no han sido suficientes para controlar adecuadamente los factores de riesgo y prevenir la progresión de la enfermedad. A continuación, se describen brevemente las opciones de tratamiento farmacológico y quirúrgico (26).

1. Tratamiento farmacológico:

Medicamentos para controlar la resistencia a la insulina: Algunos medicamentos, como la metformina y la pioglitazona, pueden mejorar la sensibilidad a la insulina y ayudar a controlar los niveles de azúcar en sangre. Estos medicamentos pueden ser considerados en pacientes con HGNA y resistencia a la insulina.

Medicamentos para reducir el colesterol y los triglicéridos: En caso de que los niveles de colesterol y triglicéridos estén elevados, se pueden utilizar medicamentos como estatinas o fibratos para controlarlos.

Antioxidantes: Algunos antioxidantes, como la vitamina E, se han estudiado en el tratamiento del HGNA debido a sus propiedades antiinflamatorias y hepatoprotectoras. Sin embargo, su uso debe ser evaluado individualmente y bajo supervisión médica (28).

Hepatoprotectores: se refieren a sustancias que ayudan a proteger el hígado del daño. El término se compone de "hepato-" (relativo al hígado) y "protectores". Los agentes hepatoprotectores pueden ser utilizados para proteger el hígado contra agentes dañinos, como toxinas o medicamentos, y pueden apoyar los procesos naturales de reparación del hígado. Estos agentes pueden derivarse de fuentes naturales, como ciertas hierbas, o pueden ser medicamentos sintéticos. A menudo se utilizan en condiciones como la enfermedad hepática alcohólica, hepatitis y daño hepático inducido por medicamentos (29).

En el estudio de la Revista Mexicana de Ciencias, se aborda cómo ciertas plantas medicinales y compuestos naturales pueden proteger el hígado contra los daños provocados específicamente por medicamentos antituberculosos. Este trabajo resalta la necesidad de más investigación en este ámbito debido a la escasez de estudios existentes (30).

Un artículo de Anales de la Facultad de Medicina explora el *Petroselinum sativum* (perejil) como un agente antioxidante y hepatoprotector, en particular frente a la intoxicación hepática inducida por paracetamol. Esta investigación señala el papel potencial del perejil en la protección hepática y su acción antioxidante (31).

Finalmente, otro estudio de la Revista Peruana destaca el *Asparagus officinalis* (Espárrago verde) como una planta con propiedades hepatoprotectoras contra el daño hepático inducido por fármacos antituberculosos. Esta investigación sugiere que el espárrago verde puede tener un papel beneficioso en la protección del hígado contra ciertos medicamentos (32).

En conjunto, estos artículos subrayan la importancia y el potencial de ciertas plantas y compuestos naturales en la protección hepática, especialmente en contextos donde se administran medicamentos que pueden causar daño al hígado. La convergencia en la temática sugiere un interés creciente en la búsqueda de soluciones naturales para problemas hepáticos asociados con medicaciones específicas (31).

2. Tratamiento quirúrgico:

Cirugía bariátrica: En pacientes con obesidad mórbida e HGNA, la cirugía bariátrica puede ser considerada como opción para lograr una pérdida de peso significativa y mejorar la salud metabólica, lo cual puede tener un impacto positivo en el hígado graso. Trasplante de hígado: En casos graves de HGNA que han progresado a cirrosis hepática avanzada y fracaso hepático, el trasplante de hígado puede ser necesario. Sin embargo, el trasplante de hígado para el HGNA es menos común en comparación con otras enfermedades hepáticas (16).

1.4.1.8.4. Tratamiento quirúrgico de la obesidad

El tratamiento quirúrgico de la obesidad se considera una opción en casos de obesidad severa o mórbida, cuando otras medidas de pérdida de peso no han sido efectivas. Estas intervenciones quirúrgicas, conocidas como cirugía bariátrica o metabólica, pueden tener un impacto significativo en la reducción de peso y mejorar la salud general de los pacientes. A continuación, se mencionan algunos de los procedimientos quirúrgicos más comunes utilizados en el tratamiento de la obesidad:

1. **Bypass gástrico:** Es uno de los procedimientos más comunes y efectivos. Consiste en reducir el tamaño del estómago y redirigir el tracto digestivo para limitar la ingesta de alimentos y reducir la absorción de nutrientes.
2. **Gastrectomía en manga:** En este procedimiento, una gran parte del estómago se extirpa quirúrgicamente, dejando un estómago tubular más pequeño. Esto reduce la capacidad de ingesta de alimentos y produce una sensación de saciedad más temprana (11).
3. **Banda gástrica ajustable:** Se coloca una banda ajustable alrededor de la parte superior del estómago, creando una pequeña bolsa. Esta banda se puede ajustar para controlar la ingesta de alimentos (16).

Estos procedimientos quirúrgicos no solo promueven la pérdida de peso, sino que también pueden tener efectos beneficiosos en condiciones asociadas, como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y el hígado graso no alcohólico (HGNA). Sin embargo, es importante tener en cuenta que la

cirugía bariátrica conlleva riesgos y debe ser considerada cuidadosamente en cada caso individual. El tratamiento quirúrgico de la obesidad requiere una evaluación exhaustiva, discusión con un equipo médico multidisciplinario y el compromiso del paciente para realizar cambios en el estilo de vida a largo plazo (15).

1.4.1.9. Factores que influyen a la deserción del tratamiento en pacientes con hígado graso.

1.4.1.9.1. Conciencia y comprensión.

La falta de conciencia y comprensión sobre el hígado graso y su tratamiento puede ser un factor determinante en la deserción del tratamiento. Si los pacientes no comprenden la gravedad de su condición, los riesgos asociados y la importancia de seguir las recomendaciones médicas, es más probable que abandonen el tratamiento (33).

1.4.1.9.2. Cambios en el estilo de vida

Los cambios en el estilo de vida, como adoptar una dieta saludable, practicar ejercicio regularmente y perder peso, son fundamentales en el tratamiento del hígado graso. Sin embargo, la dificultad para implementar y mantener estos cambios puede llevar a la deserción del tratamiento (34).

1.4.1.9.3. Apoyo social

El apoyo social, tanto de la familia como de amigos y seres queridos, puede desempeñar un papel crucial en el éxito del tratamiento. La falta de apoyo social puede hacer que los pacientes se sientan desmotivados y aislados, lo que puede llevar a la deserción del tratamiento (35).

1.4.1.9.4. Efectos secundarios o molestias

Algunos tratamientos para el hígado graso pueden estar asociados con efectos secundarios o molestias, como malestar gastrointestinal o cambios en la alimentación. Estos efectos pueden afectar la adherencia al tratamiento y ser un factor de deserción (36).

1.4.1.9.5. Barreras económicas

Las barreras económicas, como la falta de recursos para acceder a servicios médicos, adquirir medicamentos o seguir una dieta saludable, pueden

dificultar el seguimiento adecuado del tratamiento. La falta de acceso a los recursos necesarios puede llevar a la deserción del tratamiento (34).

1.4.1.9.6. Comorbilidades y otras prioridades de salud

La presencia de comorbilidades, como enfermedades crónicas adicionales, puede hacer que los pacientes prioricen el tratamiento de otras condiciones sobre el hígado graso. Además, si los pacientes tienen múltiples prioridades de salud, puede resultar difícil mantener el enfoque en el tratamiento del hígado graso, lo que puede llevar a la deserción (33).

2. Antecedentes de Investigación

2.1. Antecedentes Internacionales

AUTOR: Katherine Calderon, Adriana Hernandez, Luis F. Osorio, Stephany Lanza

TITULO: Enfermedad de hígado graso no alcohólico y potenciales efectos de los β -glucanos en su tratamiento: Una revisión de literatura

LUGAR: Tegucigalpa, Honduras.

AÑO: 2022

RESUMEN:

La enfermedad de hígado graso no alcohólico es considerada hoy en día un problema de salud pública. Se caracteriza por la acumulación de ácidos grasos y de triglicéridos en el citoplasma de los hepatocitos, con aumento del peso total del hígado, que va desde una esteatosis hepática no alcohólica (ausencia de inflamación) hasta una esteatohepatitis no alcohólica (presencia de inflamación), fibrosis e incluso hepatocarcinoma. Actualmente, no cuenta con un tratamiento aprobado por agencias regulatorias de la enfermedad y se ha convertido en la enfermedad hepática con mayor prevalencia mundial. Los β -glucanos son homopolisacáridos de glucosa a los que se les atribuyen propiedades para la reducción de grasas debido a que son considerados fibra dietética. En esta revisión de literatura, se resaltó la importancia y los efectos de los β -glucanos en la dieta para su tratamiento como prevención de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (28).

AUTOR: C. Moctezuma-Velázquez

TÍTULO: Tratamiento actual de la enfermedad por hígado graso no alcohólico

LUGAR: México

AÑO: 2017

RESUMEN:

La enfermedad por hígado graso no alcohólico es la hepatopatía más prevalente, cercana al 30% de la población general, y se considera será en los siguientes años la indicación más común de trasplante hepático y la etiología más frecuente de carcinoma hepatocelular. El tratamiento actual de la enfermedad por hígado graso no alcohólico se debe basar en las medidas higiénico-dietéticas, que han demostrado ser eficaces incluso para revertir fibrosis. Desafortunadamente, el apego a las medidas generales es muy pobre, de ahí la necesidad de contar con estrategias farmacológicas. Hasta el momento no contamos con tratamientos aprobados por las agencias regulatorias para esta entidad, y los únicos tratamientos recomendados por las sociedades internacionales por tener suficiente evidencia son la pioglitazona y la vitamina E, que no están exentas de efectos adversos. En este artículo revisaremos el estado actual del tratamiento de la enfermedad por hígado graso no alcohólico, incluyendo las medidas higiénico-dietéticas, tratamientos disponibles, fármacos equívocos, tratamientos emergentes, y aquellos que actualmente se encuentran en ensayos clínicos (29).

2.2. Antecedentes Nacionales

AUTOR: Katherin Violeta Correa-Carhuachin, Cristy Margaret Manayalle-Torres, Franco Ernesto León-Jiménez, Cristian Díaz-Vélez, Fernando Cubas-Benavides

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

LUGAR: Chiclayo, Perú

AÑO: 2012

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 (21).

AUTOR: Violeta Correa-Carhuachin, Margaret Manayalle-Torres, Franco León-Jiménez, Fernando Cubas-Benavides

TÍTULO: Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales

LUGAR: Chiclayo, Lambayeque, Perú

AÑO: 2011

RESUMEN:

El 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. El objetivo fue 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. Diseñaron 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. Obteniendo como resultado en 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. Concluyeron que este estudio proporcionó un instrumento con una fiabilidad alta para medir el nivel de conocimiento de hígado graso no alcohólico en médicos generales (30).

2.3. Antecedentes Locales

Después de una búsqueda exhaustiva no se encontró antecedentes a nivel local

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Determinar los factores que contribuyen a la deserción del tratamiento en pacientes con hígado graso no alcohólico (HGNA) en relación a los niveles de conciencia y comprensión que tienen los pacientes sobre su enfermedad y sus implicaciones entre los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2023.

3.2. Objetivos Específicos

Evaluar la conciencia y comprensión sobre el hígado graso no alcohólico en los pacientes del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa

Analizar el nivel de apoyo social disponible para los pacientes con HGNA.

Investigar los efectos secundarios o molestias relacionados con las intervenciones terapéuticas para el HGNA en los pacientes del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa

Identificar las barreras económicas que enfrentan los pacientes con HGNA en relación con el acceso a servicios médicos y la adquisición de medicamentos y tratamientos necesarios.

Determinar las comorbilidades y otras prioridades de salud en los pacientes con HGNA del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa.

4. Hipótesis

Ha: EXISTE relación entre los factores que contribuyen a la deserción del tratamiento en pacientes con hígado graso no alcohólico del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa.

Ho: No EXISTE relación entre los factores que contribuyen a la deserción del tratamiento en pacientes con hígado graso no alcohólico del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Para evaluar los factores que contribuyen a la deserción se realizó un cuestionario el cual considera las siguientes dimensiones, conciencia y comprensión, cambios en el estilo de vida, apoyo social, efectos secundarios o molestias, barreras económicas y comorbilidades y otras prioridades, en este cuestionario. Al finalizar el baremo final de este cuestionario es el siguiente:

- Factor de riesgo alto (24 – 35)
- Factor de riesgo medio (12 – 23)
- Factor de riesgo bajo (0 – 11)

Para medir la deserción al control en pacientes con hígado graso no alcohólico (HGNA), se utilizará un registro de visitas médicas. Este consistirá en mantener un registro de todas las citas programadas para el seguimiento y control de la enfermedad, y luego comparar esa información con las visitas efectivamente realizadas por el paciente. Esta medida proporciona una indicación directa de la asistencia y adherencia del paciente al seguimiento médico recomendado.

1.1. Materiales:

- Programa Estadístico SPSS versión 27 y Microsoft Excel
- Consentimiento Informado
- Formularios de Google

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

La presente investigación se realizará en el Hospital del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizará entre los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2023.

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Universo

El universo se encuentra conformado por todos los pacientes con hígado graso no alcohólico.

2.3.2. Población Blanco

La población blanco se encuentra conformada por todos los pacientes con hígado graso, de la ciudad de Arequipa (1).

2.3.3. Población accesible

La población accesible se encuentra conformada por todos los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa, en los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2023, los cuales serán de 20 pacientes por cada mes (1).

2.3.4. Muestra

La muestra de estudio lo conformarán la totalidad de los pacientes de la población accesible los cuales son 60 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa, en los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2023.

2.3.5. Criterios de selección

2.3.5.1. Criterios de Inclusión

- Ambos sexos
- Mayores a 18 años de edad
- Paciente con hígado graso no alcohólico (1).

2.3.5.2. Criterios de Exclusión

- Paciente que no desee participar
- Paciente con trastornos mentales
- Menores de edad (1).

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Para el desarrollo de la investigación se seguirán las siguientes etapas:

Etapa 1: Se coordinará con el Director del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa, y con el servicio de Gastroenterología para obtener los permisos correspondientes.

Etapa 2: El instrumento el cual evalúa factores que influyen a la deserción del tratamiento y el cuestionario denominado deserción del tratamiento será validado mediante el juicio de expertos para su aplicación, posteriormente se obtendrá la confiabilidad de los mismos.

Etapa 3: La población de estudio estará conformada por todos los pacientes con hígado graso no alcohólico que son atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa. La muestra de estudio estará conformada por 60 pacientes, los cuales serán seleccionados mediante la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple.

Etapa 4: Se procederá a aplicar los instrumentos de estudio a los pacientes con hígado graso no alcohólico atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa.

Etapa 5: Se procederá a procesar la base de datos mediante el programa estadístico SPSS versión 27 (1).

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigador: Laura Arapa Luis Edgard
- Asesora: M.C. Gutierrez Velarde, María Angela

3.2.2. Materiales

- Cuestionarios
- Material de escritorio
- Laptop y el programa estadístico SPSS versión 27 y el programa Microsoft Excel.

3.2.3. Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Los instrumentos de investigación se basan en investigaciones que presentan las mismas variables de estudio. Por lo cual, están siendo adaptados al contexto local para su aplicación. Por lo tanto, el instrumento para evaluar los factores y la deserción al tratamiento en pacientes con hígado graso no alcohólico fue construido en base al instrumento validado por Correa-Carhuachin et al, obteniendo como resultado en el alfa de Cronbach del cuestionario fue de 0,77 (30).

3.4. Criterios para manejo de resultados

3.4.1. Plan de Procesamiento

Se empleará el Programa de Microsoft Excel y el Programa Estadístico SPSS (versión 27) (1).

3.4.2. Plan de Clasificación

Se empleará Programa de Microsoft Excel para la clasificación de los resultados obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Los datos serán procesados en el Programa de Microsoft Excel para su codificación. Posterior a ello, se utilizará el programa estadístico SPSS (versión 27) para su procesamiento (1).

3.4.3. Plan de Codificación

Se empleará el Programa Estadístico SPSS (versión 27) para la codificación de las variables de estudio, según la medida (escala, nominal y ordinal) (1).

3.4.4. Plan de Recuento

Se empleará el Programa Estadístico SPSS (versión 27) las hojas de Vista de datos y Vista de Variables para hacer un recuento de los sujetos de estudio y las variables de estudio (1).

3.4.5. Plan de análisis

Se hará uso del Programa Estadístico Microsoft Excel para determinar la validez de contenido de los instrumentos, haciéndose uso del coeficiente de Cronbach.

Mediante el uso del software estadístico SPSS versión 27 se hará el análisis de la confiabilidad de los instrumentos de estudio mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Para definir la prueba estadística a emplear en el estudio se utilizó la prueba de normalidad para conocer la distribución de los datos. Posterior a ello se empleará la prueba estadística de Chi Cuadrado (1).



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del problema	X															
Planteamiento del problema		X														
Elaboración del marco referencial			X													
Elaboración del Marco teórico				X												
Elaboración de estado de arte					X											
Planteamiento de la hipótesis, e indicadores de cada una de las variables.						X										
Elaboración e identificación del marco metodológico							X									
Revisión general del proyecto								X								
Entrega final y exposición									X							
Construcción de los instrumentos de aplicación										X						
Validación de los instrumentos de investigación											X					
Solicitar autorización para la aplicación de los instrumentos de investigación												X				
Aplicación del instrumento													X			
Organización de la información														X		
Sistematización de los datos															X	
Interpretación de datos															X	
Elaboración del informe final															X	
Publicación y/o Sustentación del trabajo de investigación																X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Augustin, Salvador; Graupera, Isabel; Caballeria, Juan; others. Hígado graso no alcohólico: una pandemia poco conocida. *Medicina Clínica*. 2017; 149(12): 542--548.
2. Calderon, Katherine; Hernandez, Adriana; Osorio, Luis F; Lanza, Stephany. Enfermedad de hígado graso no alcohólico y potenciales efectos de los β -glucanos en su tratamiento: Una revisión de literatura. *Revista chilena de nutrición*. 2022; 49(1): 100--107.
3. Castillo-Contreras, Ofelia; Flores-Flores, Claudio. Mortalidad por enfermedades digestivas no neoplásicas en la población adulta del Perú, 2010-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2019; 80(1): 39--44.
4. Ramos-Molina, B; Macías-González, M; Tinahones, FJ. Hígado graso no alcohólico y diabetes tipo 2: epidemiología, fenotipo y fisiopatología del paciente con diabetes e hígado graso no alcohólico. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2017; 1(Supl. 2): 16--20.
5. Delgado-Cortés, Héctor Miguel; García-Juárez, Francisco Isaí; García-Juárez, Ignacio. La enfermedad por hígado graso no alcohólico y el trabajo del internista. *Rev Hosp Jua Mex* [Internet. 2018; 85(2): 86--93.
6. Lizardi-Cervera, Javier; Laparra, Ivonne Becerra; Chávez-Tapia, Norberto C; Ostos, Martha E Ramos; Esquivel, Misael Uribe. Prevalencia de hígado graso no alcohólico y síndrome metabólico en población asintomática. *Revista de Gastroenterología de México*. 2006; 71(4): 453--459.
7. Hernando, Angel Brea; Foncillas, José Puzo. Enfermedad del hígado graso no alcohólico y riesgo cardiovascular. *Clínica e investigación en arteriosclerosis*. 2010; 22(6): 259--271.
8. Castro-Martínez, María Guadalupe; Banderas-Lares, Diana Zaineff; Ramírez-Martínez, Jesús Cenobio; Escobedo-de la Peña, Jorge. Prevalencia de hígado graso no alcohólico en individuos con síndrome metabólico. *Cirugía y Cirujanos*. 2012; 80(2): 128--133.
9. Mariel Actis, Andrea; Outomuro, Delia; others. Hígado graso no alcohólico: una entidad cada vez más frecuente y de pronóstico incierto. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2009; 29(1): 44--50.

10. Caballería, Llorenç; Torán, Pere; Berzigotti, Annalisa; Planas, Ramón; Caballería, Joan; Saló, Joan; Vila, Carme; Huertas, Carlos; Torres, Miquel. Hígado graso no alcohólico. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol. hepatol.(Ed. impr.). 2014;: 372--383.
11. LaBrecque, Douglas; Abbas, Z; Anania, F; Ferenci, P; Ghafor-Kjan, A; Goh, KL; others. Enfermedad del hígado graso no alcohólico y esteatohepatitis no alcohólica. Guías De La Organización Mundial De Gastroenterología. 2012; 1(1): 1--31.
12. Pérez Lorenzo, Marlén; Franco Estrada, Silvia; Winograd Lay, Rebeca; Angulo Pérez, Omar. Aspectos clínico-patológicos del hígado graso no alcohólico. Revista Cubana de Medicina Militar. 2003; 32(4): 0--0.
13. Quintero, Fernando Sarmiento; Botero, Verónica; Agostino, Daniel D; Carbajal, Laura Delgado; Olivera, María Rita Dewaele; Guzmán, Celina; Játiva, Edgar; Martin, Graciela Teresita; Castro, Milton Mejía; Paranza, Lourdes Ortiz; others. Enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA): revisión y puesta al día. Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hepatology and Nutrition. 2016.
14. de Oliveira, Claudía Pinto Marques Souza; Cotrim, Helma Pinchemel; Arrese, Marco. Factores de riesgo de la enfermedad por hígado graso no alcohólico en poblaciones de Latinoamérica: situación actual y perspectivas. Clinical Liver Disease. 2019; 13(1): S5.
15. De La Fuente, Rocio Aller; Angulo, Natalia Fernández; de Luis Roman, Daniel. Nutrición en el hígado graso no alcohólico. Nutrición Clínica. 2019; 13(2-2019): 89--98.
16. Tagle Arrospide, Martín. Hígado graso no alcohólico. Revista de Gastroenterología del Perú. 2003; 23(1): 49--57.
17. Ballerga, Esteban González; Curia, Andrea; Cusi, Kenneth. Hígado graso no alcohólico: certezas e incertidumbres de una epidemia silenciosa. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2020; 50(3): 236--252.
18. De Dios Díaz-Rosales, Juan; Enríquez-Domínguez, Lenin; Díaz-Torres, Beatriz. Factores de riesgo para hígado graso no-alcohólico en pacientes con colelitiasis sintomática. Archivos de Medicina (Manizales). 2016; 16(1): 98--108.

19. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. 2016; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
20. Paranza, Lourdes Ortiz; Uego, María Cecilia Pabón; Quintana, Luis Peña; Tejeira, Rubén E Quirós; Rodríguez, Nelson Ramírez; Ramonet, Margarita; Medina, Juan Rivera; Sanabria, Marta; Franco, Claudia P Sánchez; Valdiviezo, Lidia Patricia; others. Enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA): revisión y puesta al día. Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2016; 46(3): 246--264.
21. Montes Teves, Pedro. Enfermedad por hígado graso no alcohólico: una epidemia en ascenso. Revista de gastroenterología del Perú. 2016; 36(3): 195--196.
22. Correa-Carhuachin, Katherin Violeta; Manayalle-Torres, Cristy Margaret; León-Jiménez, Franco Ernesto; Díaz-Vélez, Cristian; Cubas-Benavides, Fernando. Conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales de dos distritos de Chiclayo, Perú, durante el 2012. Revista de Gastroenterología del Perú. 2014; 34(1): 29--32.
23. Vanegas, Claudia Marcela; Restrepo, Camilo; Vargas, Natalia; Marín, Andrés Eduardo; Martínez, Lina María; Yepes, Carlos Enrique; Restrepo, Juan Carlos. Caracterización de pacientes con enfermedad del hígado graso no alcohólica en un hospital de alta complejidad, Colombia 2013. Revista colombiana de Gastroenterología. 2014; 29(4): 342--346.
24. González, Marila Suárez; Mejía, Victor Manuel López; Rey, Jesus Manuel Eirin; González, Esther Lidia González; Garrido, Yosvany Medina; Oliva, Sarah Esther Díaz. Enfermedad hepática grasa no alcohólica. Algunas consideraciones diagnósticas. Acta Médica del Centro. 2017; 11(2): 10--18.
25. Lambis, Lina; Solana, José Belisario; Gastelbondo, Bertha; Romero, Daniel; Garrido, Daniela; Puello, Walter; García, María C; Suarez, Amileth. Factores de riesgo asociados a hígado graso de origen no alcohólico en una población del Caribe Colombiano. Revista colombiana de Gastroenterología. 2016; 31(2): 89--95.
26. Pluma, Victor Hugco Córdova. Hígado graso no alcohólico: un encuadre didáctico para un problema latente. Segunda parte. Medicina Interna de México. 2009; 25(2): 129--153.

27. Castro, Lorena; Silva, Guillermo. Hígado graso no alcohólico. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015; 26(5): 600--612.
28. Rosas, Carlos; Vásquez, Bélgica; Del Sol, Mariano. Descripción histológica e histoquímica del hígado de cobayo (*Cavia porcellus*). *International Journal of Morphology*. 2010; 28(1): 151--156.
29. Jiménez Arellanes, María Adelina. Silimarina como potencial agente hepatoprotector. *Revista cadena de cerebros*. 2019; 3(2): 60--70.
30. Jiménez-Arellanes, María Adelina; Rebolledo, Gabriel Alfonso Gutiérrez. Efecto hepatoprotector de plantas medicinales y compuestos naturales contra el daño provocados por fármacos antituberculosos. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*. 2015; 46(3): 6--15.
31. Troncoso, Luzmila; Guija, Emilio. Efecto antioxidante y hepatoprotector del *Petroselinum sativum* (perejil) en ratas con intoxicación hepática inducida por paracetamol. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2007; UNMSM. Facultad de Medicina: 333--343.
32. Mezones, Linda; Lara, Reynaldo; Paredes, Rafael; Goñi, Alcida; Cenizario, Lizbeth; Chiclayo, Yuri; Garibay, Raúl; Huamán, Luis; Neyra, Nirvana; Flores, Miguel; others. Efecto hepatoprotector del *Asparagus officinalis* (Espárrago verde) en daño inducido por fármacos antituberculosos. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2016; 1(3): 19--26.
33. Borrero, Edna Cristina Andujar. Evaluación del Uso de Servicios de Salud y Sintomatología de Ansiedad y Depresión en pacientes diagnosticados con Enfermedad de Hígado Graso No Alcohólico de la Región Sur de Puerto Rico (2018) *University of Puerto Rico Medical Sciences (Puerto Rico)*; 2020.
34. Vera, Liliana; Salvi, Carmen; Figueroa, Olga; de Sanabria, Ingrid Soto; López, Ana. Evaluación Nutricional y seguimiento de Niños y Adolescentes Obesos en una Consulta Especializada. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. 2005; 68(3): 122--130.
35. Moreno-Sepúlveda, José; Capponi, Magdalena. Dieta baja en carbohidratos y dieta cetogénica: impacto en enfermedades metabólicas y reproductivas. *Revista médica de Chile*. 2020; 148(11): 1630--1639.

36. Castro-Martínez, María Guadalupe; Banderas-Lares, Diana Zaineff; Ramírez-Martínez, Jesús Cenobio; Escobedo-de la Peña, Jorge. Prevalencia de hígado graso no alcohólico en individuos con síndrome metabólico. *Cirugía y Cirujanos*. 2012; 80(2): 128--133.
37. Moctezuma-Velázquez C. Tratamiento actual de la enfermedad por hígado graso no alcohólico. *Revista de Gastroenterología de México*. 2018; 83(2): 125--133.
38. Correa-Carhuachin, Violeta; Manayalle-Torres, Margaret; León-Jiménez, Franco; Cubas-Benavides, Fernando. Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre hígado graso no alcohólico en médicos generales. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2011; 31(4): 351--358.
39. Barrios M, Mejías A. Dimensiones de la Calidad de Servicio en un Centro Médico Asistencial Universitario. *Revista Ingeniería Industrial*. 2009; 1(1): 21-30 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2150/215016873004.pdf>.
40. San Martín, María Isabel Fernández, et al. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. *Atención primaria*. 2008; 40(12): 611-616 Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708756944&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d=15351648617690684005&ei=LwSNY-KAGb-D6rQPotOMKA&scisig=AAGBfm3q_MzZRc8tNZpPcVzJ0FF6lotlwQ.



ANEXO 1

INSTRUMENTO FACTORES QUE INFLUYEN A LA DESERCIÓN DEL TRATAMIENTO CON HÍGADO GRASO.

1. ¿Está familiarizado/a con el hígado graso no alcohólico (HGNA) y sus implicaciones?

- a) Sí (0)
- b) No (1)

2. ¿Considera que el HGNA es una enfermedad grave?

- a) Sí, estoy completamente consciente de la gravedad de la enfermedad. (0)
- b) Tengo cierta comprensión, pero me gustaría saber más al respecto. (1)
- c) No estoy seguro/a de la gravedad de la enfermedad. (2)

Dimensión: Cambios en el estilo de vida

3. ¿Cuánta importancia le da a seguir una dieta saludable para el tratamiento del HGNA?

- a) Muy importante, sigo rigurosamente las recomendaciones dietéticas. (0)
- b) Moderadamente importante, intento seguir las recomendaciones en la medida de lo posible. (1)
- c) No le doy mucha importancia, no sigo una dieta específica. (2)

4. ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio físico de forma regular?

- a) Al menos 3-4 veces por semana. (0)
- b) 1-2 veces por semana. (1)
- c) No realizo ejercicio físico regularmente. (2)

5. ¿Ha logrado mantener una pérdida de peso gradual y sostenida?

- a) Sí, he logrado perder peso y mantenerlo a lo largo del tiempo. (0)
- b) He perdido peso en algún momento, pero lo he recuperado. (1)
- c) No he logrado perder peso de manera significativa. (2)

Dimensión: Apoyo social

6. ¿Cuenta con el apoyo de su familia y amigos cercanos para el tratamiento del HGNA?

- a) Sí, cuento con un fuerte apoyo de mi entorno cercano. (0)
- b) Tengo cierto apoyo, pero me gustaría tener más respaldo. (1)
- c) No cuento con apoyo de mi entorno cercano. (2)

7. ¿Ha considerado unirse a grupos de apoyo o redes de pacientes con HGNA?

- a) Sí, actualmente formo parte de un grupo de apoyo o red de pacientes. (0)
- b) Lo he considerado, pero aún no he encontrado uno adecuado. (1)
- c) No he considerado unirme a un grupo de apoyo o red de pacientes. (2)

Dimensión: Efectos secundarios o molestias

8. ¿Ha experimentado efectos secundarios relacionados con el tratamiento del HGNA?

- a) No, no he experimentado efectos secundarios significativos. (0)
- b) Sí, he experimentado algunos efectos secundarios, pero son tolerables. (1)
- c) Sí, los efectos secundarios han sido significativos y me han causado molestias. (2)

9. ¿En qué medida las intervenciones terapéuticas para el HGNA le han generado incomodidad o malestar?

- a) No me han causado molestias significativas. (0)

- b) Algunas intervenciones han sido incómodas, pero las he tolerado. (1)
- c) Las intervenciones terapéuticas me han causado malestar y dificultades para continuar el tratamiento. (2)

Dimensión: Barreras económicas

10. ¿Ha experimentado dificultades para acceder a servicios médicos relacionados con el tratamiento del HGNA?

- a) No, tengo acceso fácil y suficiente a los servicios médicos necesarios. (0)
- b) Sí, he enfrentado dificultades para acceder a los servicios médicos requeridos. (1)
- c) No he requerido servicios médicos específicos para el HGNA. (2)

11. ¿Ha experimentado dificultades para costear los medicamentos o tratamientos relacionados con el HGNA?

- a) No, puedo costear los medicamentos y tratamientos sin dificultad. (0)
- b) Sí, enfrento dificultades para costear los medicamentos o tratamientos requeridos. (1)
- c) No he necesitado medicamentos o tratamientos específicos para el HGNA. (2)

Dimensión: Comorbilidades y otras prioridades de salud

12. ¿Tiene otras enfermedades crónicas además del HGNA?

- a) Sí, tengo otras enfermedades crónicas que requieren atención adicional. (0)
- b) No tengo otras enfermedades crónicas además del HGNA. (1)

13. En términos de prioridades de salud, ¿qué tan importante considera el tratamiento del HGNA en comparación con otras condiciones de salud que pueda tener?

- a) El tratamiento del HGNA es mi máxima prioridad en el cuidado de mi salud. (0)

b) El tratamiento del HGNA es importante, pero tengo otras condiciones que requieren atención similar. (1)

c) Tengo otras condiciones de salud que considero más prioritarias que el tratamiento del HGNA. (2)

Fuente: Correa, et al, (30).



ANEXO 2
REGISTRO DE VISITAS MEDICAS

FECHA DE LA CITA	ASISTENCIA	Número de pacientes
15/08/2023	SI o NO	10
22/08/2023	SI o NO	10
05/09/2023	SI o NO	10
19/09/2023	SI o NO	10
03/10/2023	SI o NO	10
17/10/2023	SI o NO	10

Fuente: Elaboración propia.

