



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas



**“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
N.23”**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

TESISTA:

DR. EVGRAF RUIZ LEÓN

Médico Residente de Medicina Familiar

ASESOR METODOLÓGICO Y DE CONTENIDO

DRA. LILIANA DEL CARMEN MELCHOR RUÍZ

Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar N. 23

AUTORIZACIONES

DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud,
OOAD Chiapas

DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud,
OOAD Chiapas

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, FEBRERO DE 2024



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas



**“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 23”**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. EVGRAF RUIZ LEÓN

MÉDICO RESIDENTE DE MÉDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 23

MATRÍCULA: 99077387 TELÉFONO: 9612987466

Correo Electrónico: soygrafo@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. LILIANA DEL CARMEN MELCHOR RUÍZ.

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 23

MATRÍCULA: 98072969 TELÉFONO: 9612833357

Correo Electrónico: melchorbravemr85@gmail.com

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, FEBRERO DE 2024

CONTENIDO

I. MARCO TEÓRICO	7
Antecedentes.....	9
Epidemiología.....	10
Complicaciones.....	11
Diagnóstico.....	12
Tratamiento:.....	13
II. BASES TEÓRICAS:	15
III. BASES DE ESTUDIO:	16
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
V. JUSTIFICACIÓN	18
VI. OBJETIVOS	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos:.....	19
VII. HIPÓTESIS	20
VIII. MATERIAL Y MÉTODOS	21
IX. CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
Criterios de inclusión:.....	22
Criterios de exclusión:.....	22
Criterios de eliminación:.....	22
X. VARIABLES DEL ESTUDIO	23
Independientes:.....	23
Definición y conceptualización.....	24
Procesamiento de datos:.....	26
Análisis estadístico:.....	26
Desarrollo del proyecto.....	26
Instrumento de recolección de datos:.....	27
Instrumento de evaluación.....	27
XII. RECURSOS	29
Humanos:.....	29
Financieros.....	29

XIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
XIV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
1. Descripción sociodemográfica.....	34
2. Valoración de las dimensiones de la calidad de vida	44
3. Análisis Bivariado	60
XV. DISCUSIÓN	68
XVI. CONCLUSIONES	70
XVII. PROPUESTAS	72
XVIII. BIBLIOGRAFÍA	73
XIX. Anexos	76
Anexo 1: Cronograma de actividades	76
Anexo 2. Cuestionario de salud SF-36.....	77
Anexo 3: Consentimiento informado	88
Anexo 4: Autorizaciones de estudio.....	89
Anexo 5: Dictamen de aprobado.....	91

TÍTULO: “VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23”

Evgraf Ruiz León (1), Liliana del Carmen Melchor Ruiz (2)

Resumen:

La cirrosis hepática es una enfermedad caracterizada por procesos inflamatorios, fibrosis y reconversión del hígado, siendo una de las 10 principales causas de muerte en la edad de 20 a 45 años, con una sobrevida del 7%, por lo que representa un impacto económico y social desestimado. En el presente estudio, a base de cuestionarios buscamos establecer el nivel de calidad de vida de cada los pacientes con cirrosis hepática que asisten a la unidad de medicina familiar No 23.

Objetivo: evaluar el nivel de calidad de vida de las personas con cirrosis hepática.

Material y métodos: se realizó un estudio transversal cuantitativo-descriptivo, observacional, en pacientes adscritos de la unidad de medicina familiar no. 23 Tuxtla Gutiérrez Chiapas que acuden a la consulta externa. Se les realizó una encuesta basada en el cuestionario SF-36.

Resultados: En el presente estudio participaron 145 pacientes, 70 hombres y 75 mujeres con cirrosis hepática. La edad media fue de 61 años, el 36.55% se encontró en el rango de edad entre 61 a 70 años de edad. El grupo con mayor número de pacientes fue el de hombres de 61 a 70 años. Se observó que el 86.20% de los participantes tuvieron una buena calidad de vida, no se reportaron pacientes con mala calidad de vida. El nivel de calidad de vida estuvo relacionado con la edad ($p=0.024$), estado civil ($p=0.005$), escolaridad ($p=0.046$), y la presencia de hijos en el núcleo familiar ($p=0.00$).

Conclusiones: En este estudio se encontraron más casos de cirrosis hepática en mujeres que en hombres, sin embargo, esto no significó que las mujeres tuvieran una menor calidad de vida, asimismo, la edad promedio de los participantes se vio dentro de lo esperado para México. La Secretaría de Salud afirma que la cirrosis hepática es un problema de salud pública, que afecta a personas en edad productiva. A pesar de que esta enfermedad se conoce como factor para una mala calidad de vida, se concluye que los sujetos de estudio tuvieron una buena calidad de vida. En nuestro país la cirrosis se relaciona con el alcoholismo y los virus de hepatitis B y C, siendo una patología frecuente con causas prevenibles.

A pesar de que la calidad de vida ha sido diferente a lo esperado según lo concluido a partir de la bibliografía revisada, este estudio aporta una pequeña luz en el camino para descubrir cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes con cirrosis, haciendo énfasis en que el factor que tuvo mayor significancia fue la presencia de los hijos en el contexto de la enfermedad, representando la red de apoyo principal y quienes deben incluirse en el entendimiento de la génesis, pronóstico, tratamiento y prevención de potenciales complicaciones que acechan a sus familiares.

Palabras claves: Cirrosis hepática, calidad de vida, Cuestionario SF-36, insuficiencia hepática, cirrosis alcohólica, cirrosis por hepatitis viral.

I. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de La Salud (OMS) define a la cirrosis hepática como el proceso de reconversión de la arquitectura hepática, con una estructura nodular anormal secundaria a procesos inflamatorios caracterizado por fibrosis. (1)

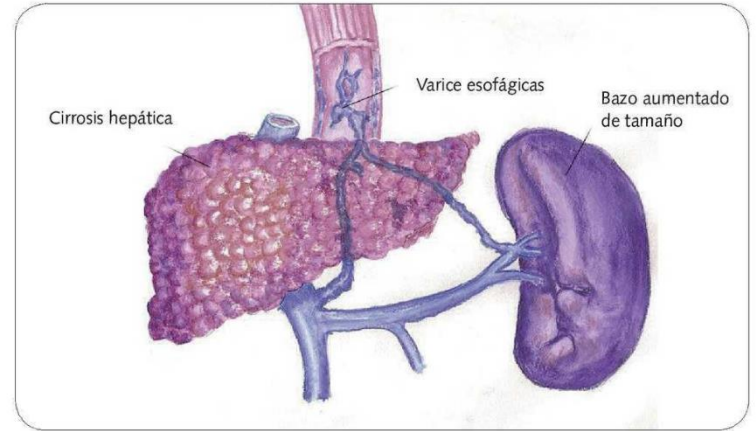
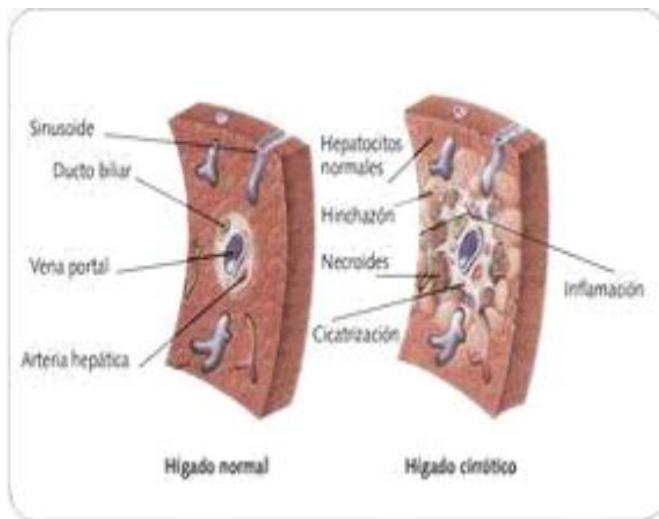
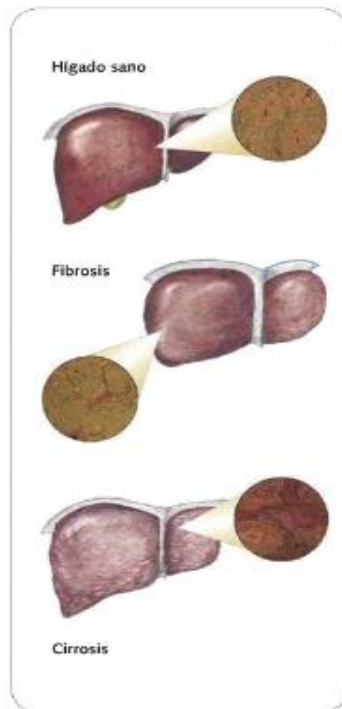


Figura no. 1 Gómez Ayala, A.-E. (2012). *Cirrosis hepática. Actualización* [Ilustración hipertensión portal y varices esofágicas]. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272>



Hígado normal frente a hígado cirrótico

Figura no. 2 Gómez Ayala, A.-E. (2012). *Cirrosis hepática. Actualización* [Ilustración hipertensión portal y varices esofágicas]. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272>



Evolución histológica desde un hígado sano hasta un hígado cirrótico

Figura no. 3 Gómez Ayala, A.-E. (2012). Cirrosis hepática. Actualización [Ilustración hipertensión portal y varices esofágicas]. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272>

Tabla 1. Síntomas de cirrosis hepática

Síntomas generales: (2)	Alteraciones endocrinas: (2)
<ul style="list-style-type: none"> ● Astenia ● Adinamia ● Hepatomegalia ● Esplenomegalia ● Telangiectasias ● Eritema palmar ● Signos cutáneos-ungueales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Equimosis ● Epistaxis ● Gingivorragias ● Anormalidad de la distribución del vello ● Manifestaciones hemorrágicas

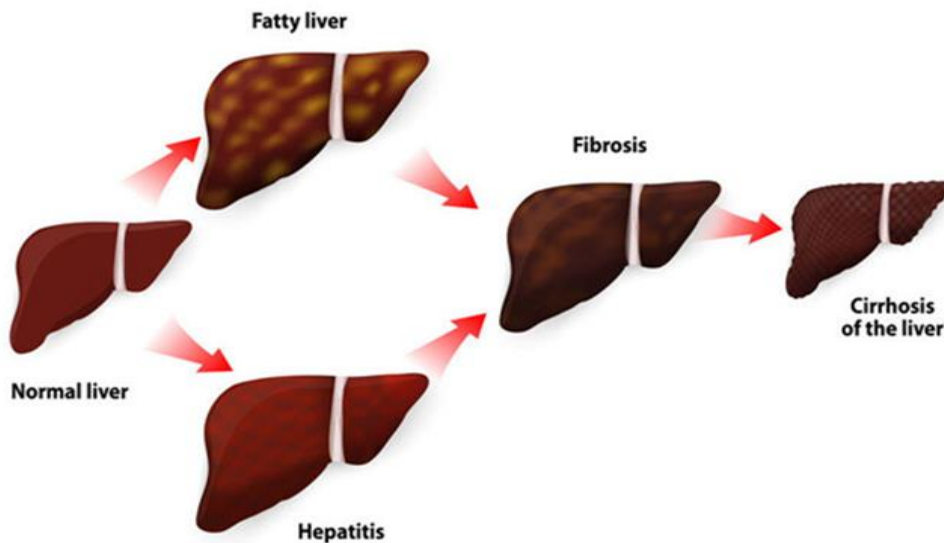


Figura no. 3 INSUFICIENCIA HEPÁTICA. (2021). [Ilustración degeneración del hígado]. <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/insuficiencia-hepatica>

Antecedentes

Cirrosis por alcohol. En México es la causa más frecuente; se considera que el tiempo requerido para que el tóxico origine cirrosis es de 10 años; también se involucran factores nutricionales, inmunológicos y genéticos. No se conocen los mecanismos precisos por los cuales el alcohol ocasiona cirrosis. Los factores de riesgo para desarrollar hepatitis alcohólica y posteriormente cirrosis son: la duración y la cantidad de consumo de alcohol, género femenino, infección por virus de la hepatitis B o C y la desnutrición, ya que contribuyen a la evolución de la enfermedad y aceleran el daño hepático. (3)

Cirrosis por hepatitis viral. El virus puede adquirirse por medio de infecciones, procedimiento quirúrgicos o uso de drogas intravenosas, siendo más frecuente en Asia y África. La infección acelera la progresión de la cirrosis hepática. (3)

Cirrosis criptogénica. Puede ser ocasionada por condiciones de colestasis, o por enfermedades autoinmunitarias. Entidad poco frecuente que solamente se encuentra en el 10% de los casos. (3)

Epidemiología

En el año 2000 la cirrosis hepática fue la causante de 797 fallecimientos, de los cuales en México se registraron 26 mil 627, una cifra con una presentación constante, ya que a través de los años ha habido variaciones poco significativas. Para el año 2008 un total de 27 mil 927 defunciones correspondieron a esta entidad, de los cuales en el estado de Chiapas se presentaron 1 226 defunciones. (4)

Se presenta con más frecuencia en los varones, con incidencia de 2 a 1 a comparación del sexo femenino. Es la quinta causa de muerte en América latina en la población de 20 a 45 años de edad, se ha visto asociado al consumo excesivo de alcohol o abuso de sustancias que se genera como parte de la cultura y hábitos mexicanos. (5)

En el boletín de estadísticas del año 2003 se registraron 26 810 defunciones por cirrosis, de las cuales 6 332 fueron mujeres y 20 478 fueron hombres, estableciéndose como la tercera causa de muerte en hombres y la octava en mujeres en ese año. Se estima que aproximadamente 100 000 a 200 000 pacientes cuentan con diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. (10)

En México la frecuencia de esta enfermedad es un poco inferior a la media latinoamericana, sin embargo, su incidencia no deja de ser alta y es la sexta causa de muerte entre hombres de 15 a 64 años, superando incluso a otras causas como accidentes u homicidio (6). Es una de las 10 principales causas de hospitalización, causando 20 defunciones por cada 100 000 habitantes. (7)

A pesar de su impacto, no se le ha prestado el interés pertinente, principalmente en la última década, por lo que se encuentra un importante sesgo estadístico y epidemiológico, (8) afectando el establecimiento de nuevos tratamientos y medidas de prevención, asimismo dificulta incentivar los distintos programas de vacunación y el desarrollado de programas de trasplante de órganos. (9)

A pesar de su alta prevalencia, no se cuenta con un consejo de evaluación o especialistas en la materia que busquen una adecuar las medidas de prevención y tratamiento, por lo que la mayoría de los estudios que se realizan son de carácter retrospectivo y sin ninguna prospectiva. (11)

Complicaciones

Ascitis: Consiste en la aparición de líquido libre en cavidad peritoneal, es una de las complicaciones que aparece en la fase temprana de la enfermedad y es una de la más comunes. Aparece cuando inicia la fase de descompensación, se debe a un aumento del flujo de la arteria porta, provocada por una vasoconstricción hepática y esplénica, a través de vasodilatadores que incrementan la circulación sistémica y del territorio vascular esplénico, incrementando la presión de los capilares esplénicos y por medio de la producción de linfa. (12)

Clínicamente se distingue por medio del aumento del perímetro abdominal, siendo evidente a partir del acúmulo de 5 litros de líquido, con elevación de excesiva del área diafragmática. En la mayoría de los casos puede haber herniaciones, derrame pleural y edema en miembros pélvicos. (12)

Síndrome hepatorenal: Se presenta con una frecuencia de hasta el 10% de los casos. Se da principalmente en los estadios más avanzados de la enfermedad, secundaria a la hipertensión portal y origina el deterioro de la función renal. Puede ser de 2 tipos:

- Tipo 1. Es progresivo y provoca rápido deterioro de la función renal. Es el más común en pacientes hospitalizados. De muy mal pronóstico y con mayor incidencia en la cirrosis alcohólica.
- Tipo 2. Deterioro lento, afecta en menor medida a la función renal. Es el estadio con más sobrevida de los pacientes. (12)

Varices esofágicas: Es un dato patognomónico, con incidencia de hasta el 40%, principalmente de asintomático, sin embargo, llega a complicarse hasta el 90% de los casos, es la causa de mayor mortalidad en los pacientes con cirrosis hepática. Se presenta mayormente en la parte alta del estómago, condiciona hemorragia de tubo digestivo alto, siendo causa de muerte en el 50 a 60% de los pacientes. Se produce por la hipertensión portal con subsecuente expansión de las venas esofagogástricas (12)

Encefalopatía hepática: Es la alteración neuropsiquiátrica provocada por una alteración de origen metabólico a consecuencia de un exceso de amonio, provocando fallas en el sistema nervioso central. Origina desorden y presentación de síntomas psiquiátrico. Es una de las complicaciones reversibles, que se logra con el control de los niveles de amonio. (12)

Diagnóstico

Sintomatológico, principalmente, aunque el diagnóstico de certeza es través de un examen histológico, o ecografía abdominal. Muchas de sus características pueden ser definidas clínicamente, aunque estamos hablando de estadios avanzados de la enfermedad. No hay evidencia de que la ecografía sea de utilidad en las fases tempranas de la enfermedad, no obstante, puede ser diagnosticada por la presencia aumento del diámetro de la vena porta >12 mm, con afectación de la circulación colateral y la esplenomegalia reflejada. (13)

Clasificación:**Child-Turcotte-Pugh**

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2-3	>3
Bilirrubina en pacientes con CBP	<4	4-10	>10
Albúmina (g/dl)	>3.5	2.8-3.5	<2.8
Índice de Quick	>70%	40-70%	<40%
INR	<1.7	1.8-2.3	>2.3
Ascitis	No	De fácil control	Difícil de controlar o refractaria
Encefalopatía	Ausente	I-II	III-IV

Puntuación: A 5-6 puntos
B 7-9 puntos
C 10-15 puntos

Figura no. 4 Child-Turcotte-Pugh score. (2008). [Score de valoración].
https://www.researchgate.net/figure/Child-Turcotte-Pugh-score_fig2_284358229

El estándar de oro es la biopsia hepática, con una certeza del 100%, sin embargo, por su carácter invasivo no se realiza en todos los casos, dando lugar a la ecografía abdominal como el estudio más utilizado a pesar de no ser 100% eficaz. (14)

Al mismo tiempo, deben realizarse estudios laboratoriales con citometría hemática completa, pudiendo hallar leucopenia y trombocitopenia, además de el alargamiento de los tiempos de coagulación.

En estadios más avanzados existe aumento del nivel de bilirrubinas, transaminasas, alteraciones de la fosfatasa alcalina, y alteraciones de anticuerpos como hipergammaglobulinemia policlonal. (14)

Tratamiento:

- Abstenerse del consumo de alcohol
- Dieta para hepatopata
- Betabloquadores
- Suplementos alimenticios
- Ligadura de varices esofágicas y gástricas a través de endoscopia. (15)

En el siguiente diagrama se presenta el algoritmo de tratamiento:

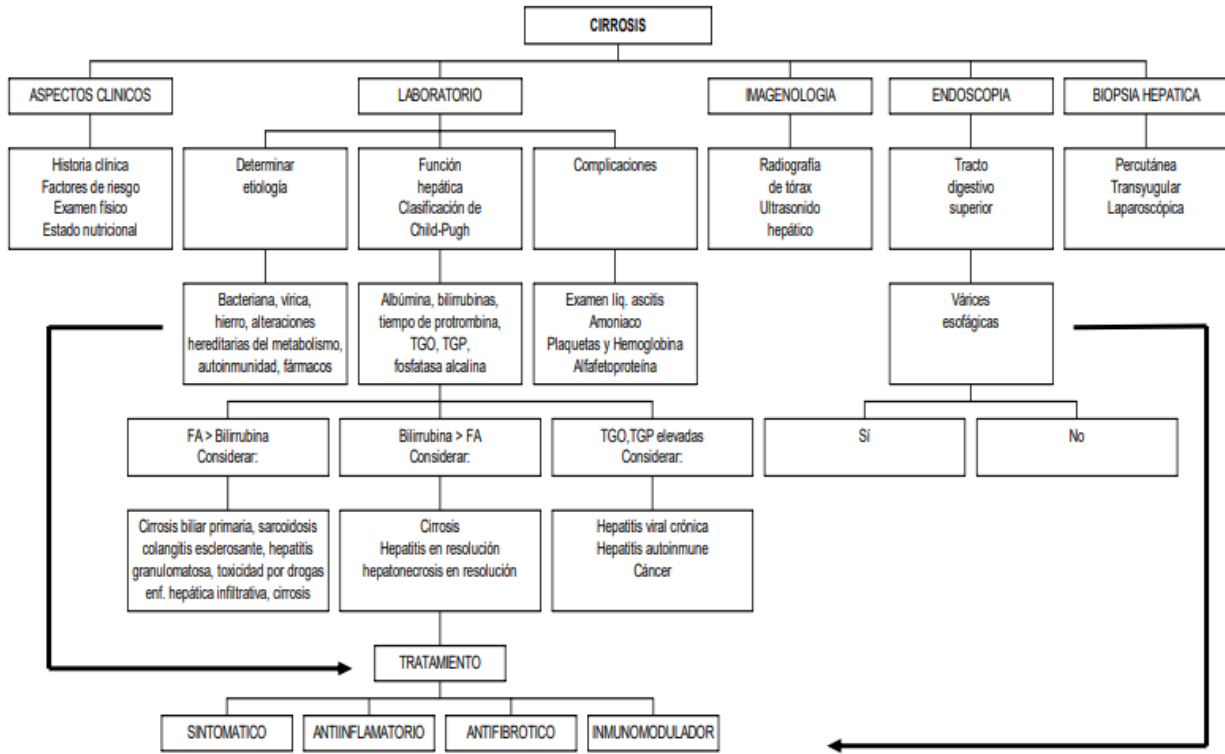


Figura no.5 Evaluación y tratamiento del paciente cirrótico crítico. (2016). [Algoritmo de valoración y tratamiento]. <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-evaluacion-tratamiento-del-paciente-cirrótico-S021057051500268X>

Es importante la valoración constante del estado nutricional. (15)

Pronóstico

La cirrosis hepática puede presentarse de forma compensada y no compensada, tiene mayor frecuencia la forma no compensada, llegándose a presentar en el 80% de los casos, además de condicionar complicaciones que llevan al fallecimiento del paciente. Las complicaciones más importantes se caracterizan por la presencia de ascitis, incremento de la hipertensión porta, hemorragia de tubo digestivo alto secundario a ruptura de vórices esofágicas, encefalopatía con deterioro cognitivo y daño neurológico, logrando una sobrevida de solamente el 7%, con un nivel de calidad de vida inferior a la media. (16=

II. BASES TEÓRICAS:

El siguiente protocolo se realizó con base en la información obtenida de entidades de salud confiables, una de ellas fue la Encuesta Nacional de Adicciones, que indica que el consumo y abuso de alcohol en México es elevado, considerando al 66% de la población como bebedora. El 43% de la población encuestada consume alcohol de una a 3 veces por mes, y el 23% lo hace diariamente, lo que genera una perspectiva desfavorable para el desarrollo de la enfermedad. (17)

En 1991 a través del “International Quality of Life Assessment” se inició un programa de Evaluación internacional de la calidad de vida, en el que se desarrolló el cuestionario de valoración de calidad de vida SF-36, diseñada por el “Health Institute, New England Medical Center de Boston, Massachusetts”, que consiste en un cuestionario que evalúa 8 temas de interés por medio de 36 reactivos. Detecta el estado de salud de los pacientes, evalúa su salud física y mental, y determina un plan e integración adecuada. Este formato fue la base para construir el instrumento aplicado en el presente estudio. (18)

III. BASES DE ESTUDIO:

Tomando como base la literatura revisada, se calificó la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia hepática, con el fin de determinar el nivel de repercusión de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente, que a su vez permite adecuar las medidas terapéuticas que deben implementarse de manera individual, ya que existen multitud de tratamientos específicos que podrían tener mejores resultados de acuerdo al perfil del paciente. Idealmente, debe determinarse la calidad de vida de los pacientes que cuentan con peor pronóstico e identificar si existe mejoría por medio de intervenciones, por ejemplo, el trasplante hepático en un estudio con Evaluación de la calidad de vida en pacientes de un hospital de alta complejidad, demostró ser una intervención con gran impacto y genera mejores resultados. (19)

Se considera que en nuestro medio no existe una seguridad de salud efectiva, aunado a que no se cuenta con un seguro de gastos médicos mayores para toda la población, lo cual se convierte en un factor que repercute negativamente en el pronóstico de los pacientes tal como lo describe Lea Baider, quien demostró en un estudio realizado en Israel que las personas que enfrentan este tipo de patología son predominantemente de bajos recursos. Dicho estudio se enfocó en describir las vivencias de los pacientes con algún padecimiento oncológico, cuyos resultados arrojaron una mala calidad de vida. (19) Un estudio con el mismo enfoque es el artículo de narrativas de familiares con cáncer de María Elena Garassini, con la diferencia de que este se desarrolla en Venezuela, un país menos desarrollado que México, no obstante, con un sistema de salud similar. Ante lo expuesto, se consideró que los artículos citados son una guía y base adecuada para realizar un estudio encaminado a determinar la calificación de la calidad de vida de los pacientes afectados por cirrosis hepática. (20)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirrosis hepática es una de las causas más importantes de morbimortalidad en el mundo. Esta es el resultado de infecciones, adicciones y otros factores asociados que resultan en pérdida de la estructura hepática, característicamente con un proceso inflamatorio que con el paso de los años puede ocasionar cirrosis. (21)

Se considera que existe un déficit de información a pesar de permanecer como una de las 10 principales causas de muerte en ambos sexos. (22) Existen factores agravantes con alta prevalencia en la población mexicana, como la diabetes mellitus y obesidad. Sin embargo, esto no ha significado un mayor índice de presentación o estudio, relegándose la información disponible a revisiones bibliográficas que en su mayoría son de aplicación extranjera. (23)

En los últimos años se ha observado mayor frecuencia de cirrosis hepática en el género masculino, que cuando se consideran a estos pacientes como líderes de familia repercute en su dinámica y composición, por lo que es importante evaluar la afectación que esta patología tiene en la calidad de vida de las personas para tomar las medidas preventivas y correctivas pertinentes de acuerdo a las particularidades de este padecimiento.

Por tanto, se realiza la siguiente pregunta que será la base de la presente investigación:

¿Qué calidad de vida cursan los pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática, adscritos a la unidad de medicina familiar número 23?

V. JUSTIFICACIÓN

La cirrosis hepática es un problema de salud que afecta a la población en general, que puede ya estar presente o desarrollarse por malos hábitos alimenticios o el abuso de sustancias que se han sido normalizadas en nuestra sociedad.

Actualmente no se cuenta con suficientes estudios respecto al impacto que tiene esta patología, a pesar de ser causa de gasto público excesivo sigue sin prevenirse o tratarse de manera efectiva, con una afectación considerable y una mortalidad elevada de los pacientes y en su calidad de vida.

Lamentablemente en nuestra población se considera al consumo de bebidas etílicas como parte de convivios, o acompañante de la comida. Además, es una ventana de salida en adolescentes que cursan con depresión, desconociendo que el consumo excesivo de esta sustancia provoca la pérdida de la arquitectura del hígado y con las consecuencias que este proceso conlleva, provocando finalmente una disminución progresiva en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, supone un motivo frecuente de ingreso al área de urgencias, con complicaciones severas y algunas irreversibles, pudiendo desencadenar la muerte inminente del portador a través de hemorragias incontrolables.

Aún no se cuentan con estudios en nuestra localidad que exploren la calidad de vida de pacientes con esta patología, a pesar de ser una causa conocida de morbimortalidad e impacto socioeconómico en México.

VI. OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar el nivel de calidad de vida con la cual cursan las personas que sufren cirrosis hepática.

Objetivos específicos:

- Conocer los índices sociodemográficos de esta población
- Conocer el rango de edad de esta enfermedad
- Determinar la percepción de la salud de los pacientes con cirrosis hepática.

VII. HIPÓTESIS

- El 10 % de los pacientes con cirrosis hepática que acude a la consulta externa tiene mala calidad de vida.
- El sexo masculino son los que tiene menor calidad de vida.
- Los pacientes mayores de 50 años tendrán menor calidad de vida.
- La mayoría de los pacientes con cirrosis hepática es mayor de 40 años de edad.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo De Estudio: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, no experimental, en pacientes con diagnóstico previo de cirrosis hepática derechohabientes a la UMF N.23 con muestreo probabilístico por cuotas.

Límites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo la aplicación de encuestas desde el 01 de marzo de 2022 a 01 de septiembre de 2022, en el área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N. 23 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Universo De Estudio: El objeto de estudio estuvo conformado por hombres y mujeres mayores de 18 años de edad afiliados a la clínica 23 del IMSS – UMAA con diagnóstico de cirrosis hepática.

Población De Estudio: Pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión que recibieron atención en el área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N. 23 durante el período de estudio.

Tamaño De Muestra: No probabilístico, muestreo por cuotas.

Método: Descriptivo.

Técnica: Encuesta.

Instrumentos: Los datos fueron recabados mediante una encuesta exprofeso elaborada por el autor, con base en el cuestionario SF-36 de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y de recolección de datos sociodemográficos.

IX. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Que se encuentren en tratamiento médico en la Unidad De Medicina Familiar No. 23 en el estado de Chiapas.
- Tener diagnóstico de cirrosis hepática.
- Aquellos que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- No ser derechohabiente de la Unidad De Medicina Familiar No. 23.
- Que no cuente con seguimiento médico en la UMF /UMAA 23.
- Que no tenga diagnóstico de cirrosis hepática.
- Con analfabetismo.
- Que no acepte participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Información errónea o incompleta.
- Negarse a participar o a la firma del consentimiento informado.
- Desapego o rechazo del tratamiento médico.
- Negación del familiar para la participación del estudio.

X. VARIABLES DEL ESTUDIO.

Dependiente: Calidad de vida

Independientes:

- Edad
- Lugar de residencia
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación laboral

Definición y conceptualización.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR
Calidad de vida	Valoración del estilo de vida de una persona que engloba y califica, el bienestar físico (salud), bienestar material (vivienda, transporte), bienestar social (relaciones interpersonales), desarrollo y actividad (educación, productividad,) y bienestar emocional (autoestima).	Cualitativa	Nominal	Buena, Regular, Mala
Edad	Cantidad de tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa	Discreta	Número de años cumplidos
Lugar de Residencia	Lugar o domicilio en el que se reside.	Cualitativa		Municipio o ejido.
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho y a la hembra en los seres vivos.	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
Estado Civil	Estado social dentro del marco jurídico en una sociedad.	Cualitativa	Nominal	Casado Soltero Unión Libre Viudez
Escolaridad	Grado escolar que cursó según el sistema educativo nacional.	Cualitativa	Ordinal Politómica	Preescolar Primaria Secundaria

				Preparatoria Universidad Maestría Doctorado Especialidad
Ocupación Laboral	Actividad productiva que desarrolla en su entorno social y le procura los medios materiales para subsistir.	Cualitativa	Normal	Labores Del Hogar Comercio Obreros Profesionista O Técnico

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Procesamiento de datos:

Se realizó por medio de encuestas con base en el formato de encuesta SF-36. Los datos recolectados fueron procesados mediante hojas de cálculo de Microsoft Excel 2022 y SPSS versión 25. Se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión y prevalencia. Los resultados se presentan en tablas, según los objetivos del estudio.

Análisis estadístico:

Se utilizó la valoración de personas para corroborar asociación entre las variables considerando un valor de p para significancia estadística.

Desarrollo del proyecto

Con apoyo de la dirección de la UMF 23 / UMAA, el protocolo de investigación fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud 703 y Comité de Ética en Investigación 7038, aceptado e incluido en el Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS) obteniendo el número de registro institucional **R-2021-703-102**.

Posteriormente se procedió a la aplicación de la encuesta desarrollada para este estudio en el área de consulta externa de la UMF 23/UMAA previamente explicando a los participantes que se trató de un estudio no experimental que no supondría riesgos para la salud, sin prescindir de su consentimiento informado.

Una vez concluido el período de recolección de datos, estos fueron procesados para la obtención de medidas estadísticas de interés para los objetivos de estudio, los cuales sirvieron para llevar a cabo el análisis pertinente y comparación con estudios similares.

Instrumento de recolección de datos:

Se realizó la recolección de datos de acuerdo a una encuesta exprofeso elaborada para este estudio, que consta de dos partes:

- Cuestionario de valoración sociodemográfica (Anexo 2).
- Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Anexo 3).

Instrumento de evaluación

Cuestionario SF-36: es una escala que por medio de un cuestionario califica y define la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Además, esta puede definir comorbilidades como depresión y ansiedad, por lo que es una de las principales escalas utilizadas para este fin. Está diseñado para una población de más de 16 años de edad, califica 8 conceptos o valoraciones de salud desglosadas en 36 temas, los cuales se explican a continuación:

- Función física: grado de limitación para realizar actividades físicas como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, recoger o carga de pesos y esfuerzos moderados o intensos (10 temas).
- Rol físico: grado interferencia en el trabajo o actividades diaria: rendimiento menor del deseado, limitación en las actividades realizadas o dificultad de su realización (4 temas).
- Dolor corporal: intensidad y su efecto en el trabajo, inferencia en el trabajo y el hogar (2 temas).

- Salud general: valoración de perspectivas de enfermedad en el futuro y resistencia presente al enfermarse (5 temas).
- Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, cansancio y agotamiento (4 temas).
- Función social: problemas de salud física o emocional y su interferencia en la vida social (2 temas).
- Rol emocional: presencia de problemas emocionales e interferencia en sus actividades diarias. (3 temas).
- Salud mental: depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

XII. RECURSOS

Este estudio no requirió patrocinador externo, ya que se utilizó la infraestructura fija de la unidad de medicina familiar. No. 23.

Humanos:

- 1) Médicos de base de la especialidad de medicina familiar (17 adscritos al turno matutino, 16 del turno vespertino),
- 2) Un residente de Medicina Familiar
- 3) Una asesora metodológica y de contenido

Materiales:

CONCEPTOS	CANTIDAD
LAPTOP	1
BLOCK DE HOJAS BLANCAS	1
ENGRAPADORA	1
GRAPAS (CAJA)	1
LÁPIZ	10
LAPICEROS	3
PROGRAMA SPSS	1
CONSENTIMIENTO INFORMADO	100
CUESTIONARIO SF-36	100

Financieros

Los gastos y materiales utilizados para el desarrollo de este protocolo serán a través del investigador.

XIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación se realizó de acuerdo a la Ley General de Salud y a las normas éticas. Fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud 703 y Comité de Ética en Investigación 7038. La información fue de carácter confidencial, protegiendo la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud, 1996), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo I: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínico y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Prevaleció al respecto a la dignidad de los pacientes, protección de sus derechos y bienestar. Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevó nombre, ni número de seguridad social, ni dirección, antes de aplicarlo se brindó una explicación clara y completa de tal forma que pudiera comprenderla, sobre la justificación y objetivos de la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el

estudio sin que por ello hubieran perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento según las fracciones I, VI, VII y VIII del artículo 21. Respecto al consentimiento informado, contemplar el artículo 20 y 21 para que se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla. El consentimiento informado se formuló por escrito de acuerdo con el Artículo 22.

Además, para realizar este estudio, se tomaron en cuenta los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos” en la cual se expresa lo siguiente:

1. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
2. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
3. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
4. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

5. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad la integridad, el derecho a la autodeterminación la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

6. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético. Legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

7. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

8. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

9. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre el financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

10. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

11. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

XIV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Descripción sociodemográfica

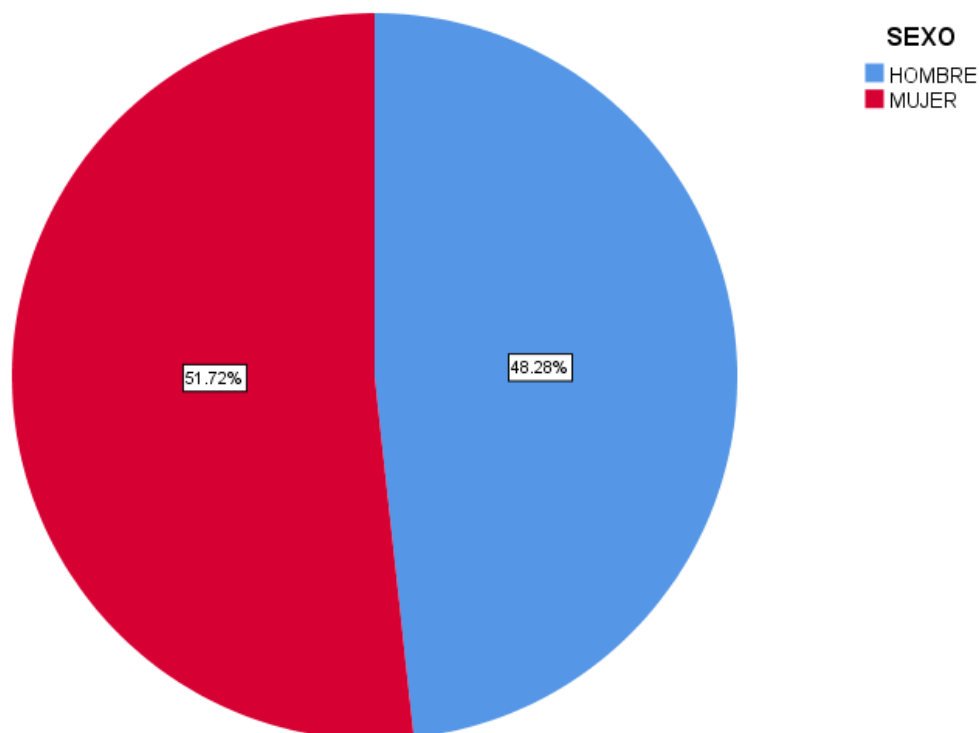
Se obtuvo la participación de 145 pacientes, de los cuales 70 pertenecieron al sexo masculino y 75 fueron mujeres. (Tabla 1 y Gráfico 1).

Tabla 1. Sexo de pacientes con cirrosis

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HOMBRE	70	48.3	48.3	48.3
MUJER	75	51.7	51.7	100.0
Total	145	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 1. Sexo de pacientes con cirrosis



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

La edad media de los participantes fue de 61 años, el 36.55% se encontró en el rango de edad entre 61 a 70 años de edad (n=53). (Tabla 2). El grupo con mayor número de pacientes con cirrosis fue el de hombres de 61 a 70 años. (Tabla 3 y gráfico 2).

Tabla 2. Edad de los pacientes con cirrosis hepática.

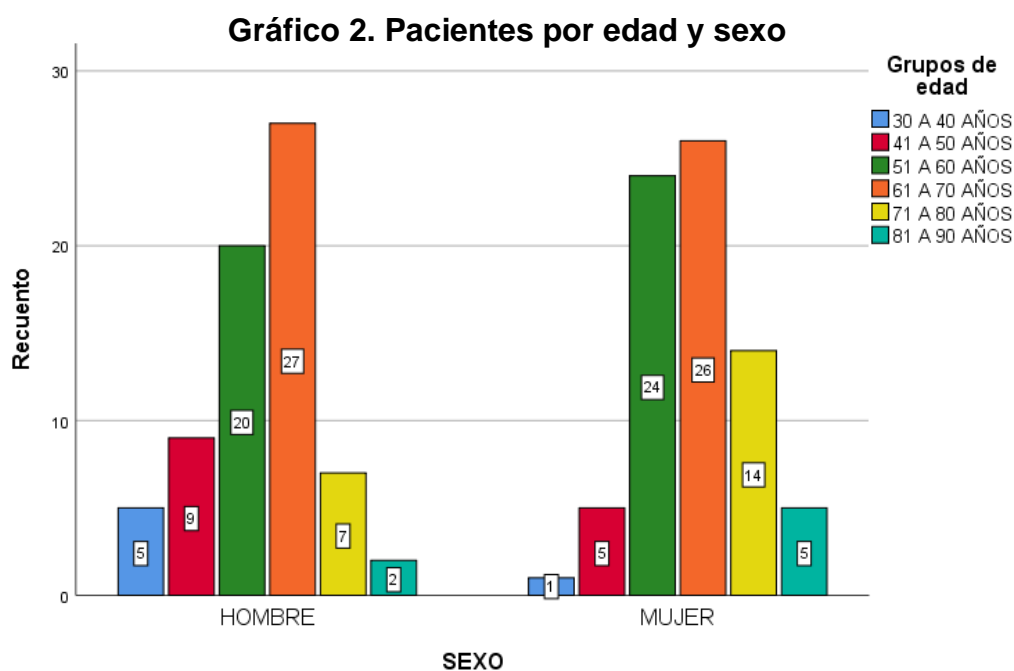
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
EDAD	145	31.00	86.00	61.9103	10.86528

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Tabla 3. Pacientes con cirrosis hepática por grupos de edad y sexo.

		Grupo de Edad						Total
		30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	
SEXO	HOMBRE	5	9	20	27	7	2	70
	MUJER	1	5	24	26	14	5	75
	Total	6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

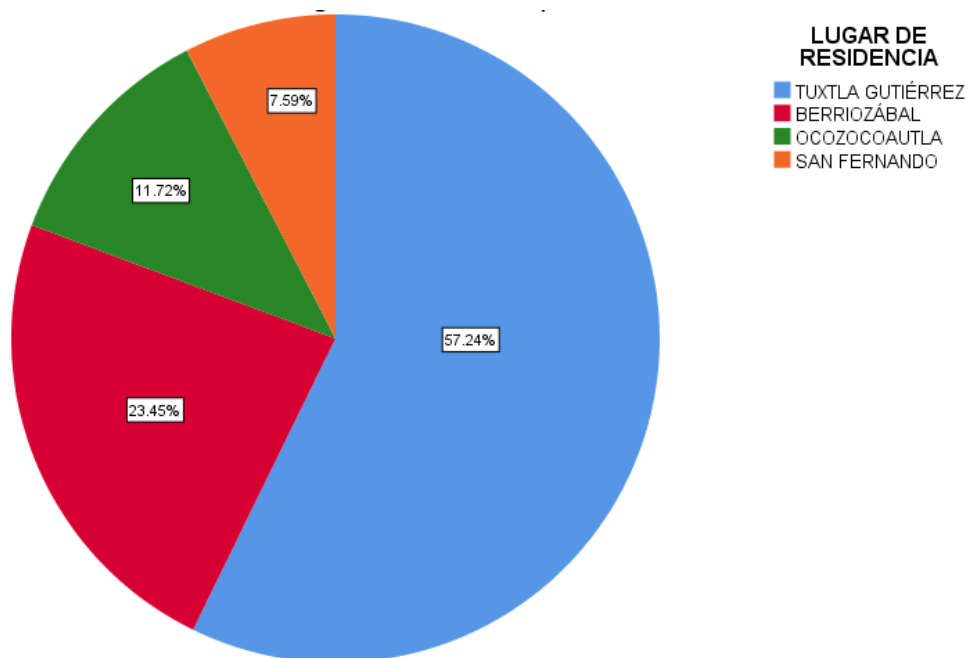
El mayor número de pacientes con cirrosis fue procedente de Tuxtla Gutiérrez con 57.2% de ellos (n=83), otros municipios en los que se observó existencia de pacientes con esta patología fueron Berriozábal (n=34), Ocozocoautla de Espinoza (n=17) y San Fernando (n=11). (Tabla 4 y gráfico 3).

Tabla 4. Lugar de residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TUXTLA GUTIÉRREZ	83	57.2	57.2	57.2
	BERRIOZÁBAL	34	23.4	23.4	80.7
	OCOZOCAUTLA	17	11.7	11.7	92.4
	SAN FERNANDO	11	7.6	7.6	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 3. Lugar de residencia



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

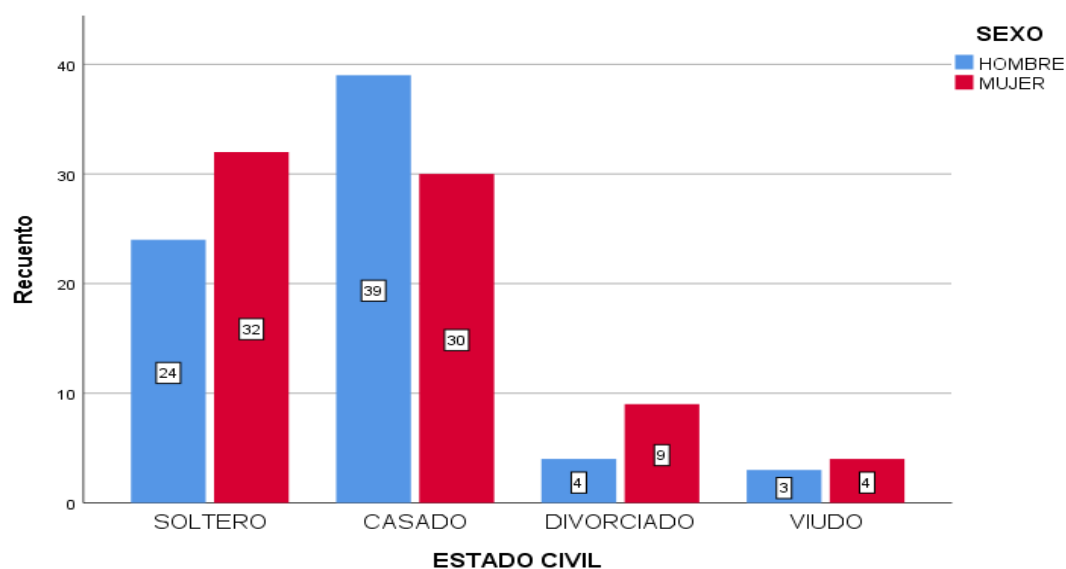
El 47.58% de los participantes se encontraron casados (n=69), el 38.62% estaban solteros (n=56), el 8.96% divorciados y sólo el 4.82% viudos (n=7). Entre los hombres fue más frecuente el estado civil casado en un 55.71% (n=39), en contraste con el 42.66% de las mujeres que se encontraron solteras. (Tabla 5 y gráfico 4).

Tabla 5. Estado civil

SEXO	ESTADO CIVIL	Grupos de edad	Grupos de edad					Total	
			30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS		81 A 90 AÑOS
HOMBRE	ESTADO CIVIL	SOLTERO	3	2	2	13	4	0	24
		CASADO	1	7	17	12	2	0	39
		DIVORCIADO	1	0	1	1	1	0	4
		VIUDO	0	0	0	1	0	2	3
	Total	5	9	20	27	7	2	70	
MUJER	ESTADO CIVIL	SOLTERO	0	5	6	18	3	0	32
		CASADO	1	0	14	4	11	0	30
		DIVORCIADO	0	0	4	3	0	2	9
		VIUDO	0	0	0	1	0	3	4
	Total	1	5	24	26	14	5	75	
Total	ESTADO CIVIL	SOLTERO	3	7	8	31	7	0	56
		CASADO	2	7	31	16	13	0	69
		DIVORCIADO	1	0	5	4	1	2	13
		VIUDO	0	0	0	2	0	5	7
	Total	6	14	44	53	21	7	145	

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 4. Estado civil



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

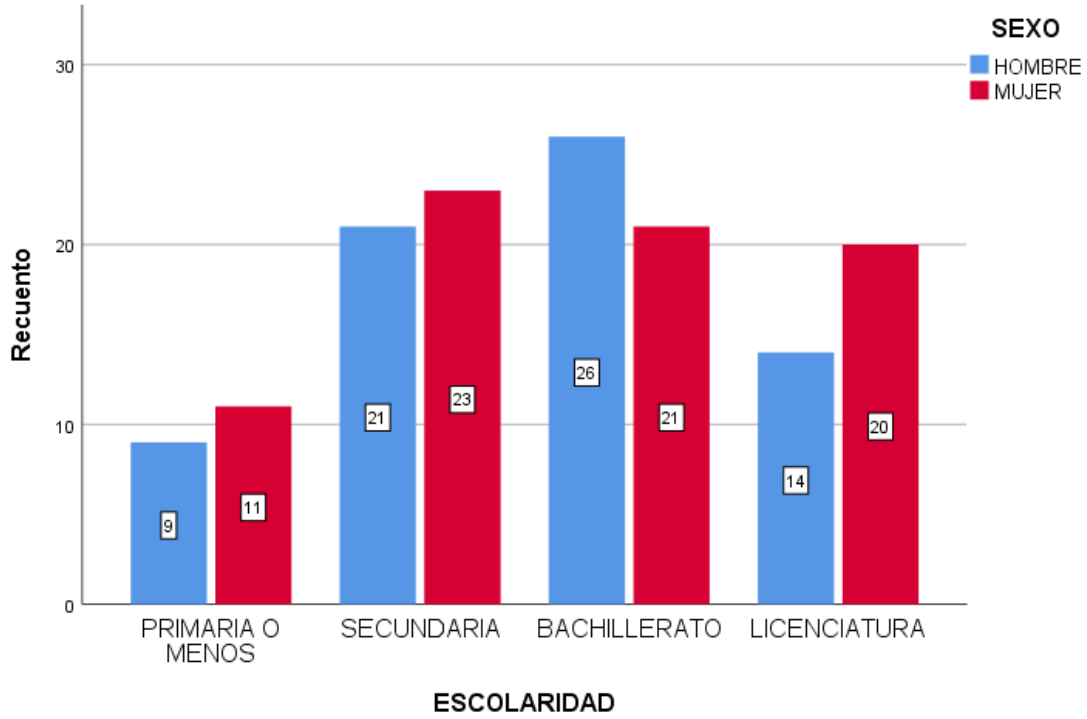
En cuanto a escolaridad, el 32.41% tiene bachillerato terminado (n=47), 30.33% secundaria (n=44), 23.44% licenciatura (n=34), y 13.79% estudió la primaria o no la concluyó (n=20). Fue más frecuente encontrar hombres con bachillerato concluido con un 37.14% de ellos (n=26), mientras que las mujeres tuvieron con mayor frecuencia sólo la secundaria terminada, con un 30.66% de las participantes (n=23). (Tabla 6 y gráfico 5).

Tabla 6. Escolaridad

SEXO	ESCOLARIDAD	Grupos de edad						Total
		30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	
HOMBRE	ESCOLARIDAD PRIMARIA MENOS	0	0	4	4	1	0	9
	SECUNDARIA	2	5	3	6	4	1	21
	BACHILLERATO	2	4	8	10	1	1	26
	LICENCIATURA	1	0	5	7	1	0	14
	Total	5	9	20	27	7	2	70
	ESCOLARIDAD PRIMARIA MENOS	0	0	3	3	3	2	11
MUJER	SECUNDARIA	0	1	9	8	4	1	23
	BACHILLERATO	0	2	6	9	2	2	21
	LICENCIATURA	1	2	6	6	5	0	20
	Total	1	5	24	26	14	5	75
	ESCOLARIDAD PRIMARIA MENOS	0	0	7	7	4	2	20
Total	SECUNDARIA	2	6	12	14	8	2	44
	BACHILLERATO	2	6	14	19	3	3	47
	LICENCIATURA	2	2	11	13	6	0	34
	Total	6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 5. Escolaridad



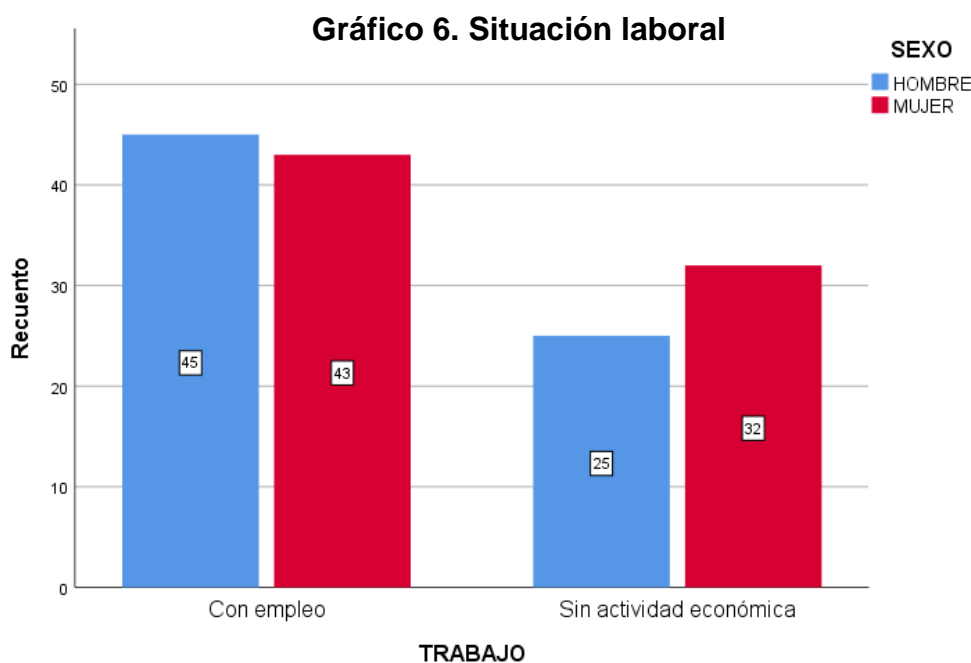
Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

El 60.68% de los pacientes contaba con un empleo (n=88), el 64.28% de los hombres aún trabajaban (n=45) al igual que el 57.33% de mujeres (n=43). En ambos grupos se observó que no hubo desempleo entre los 30 a los 60 años de edad, sin embargo, a partir de los 71 años de edad no se registraron personas que aún se encontraran laborando. (Tabla 7 y gráfico 6).

Tabla 7. Situación Laboral

SEXO	Grupo de edad	30 A 40 A 50 A 60 A 70 A 80 A 90						Total
		AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	
HOMBRE	TRABAJO SI	5	9	20	11	0	0	45
	NO	0	0	0	16	7	2	25
	Total	5	9	20	27	7	2	70
MUJER	TRABAJO SI	1	5	24	13	0	0	43
	NO	0	0	0	13	14	5	32
	Total	1	5	24	26	14	5	75
Total	TRABAJO SI	6	14	44	24	0	0	88
	NO	0	0	0	29	21	7	57
	Total	6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

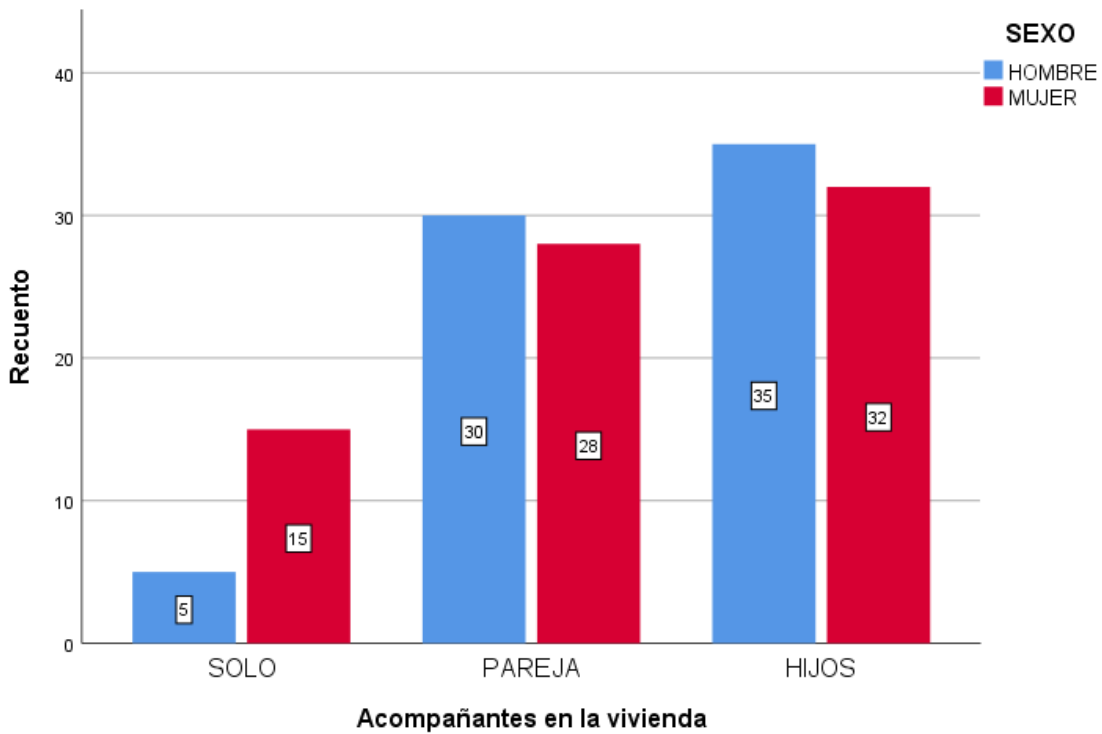
La compañía en la vivienda se agrupó de acuerdo a la presencia de la pareja o hijos en el hogar, o bien aquellos que vivían solos. En general, el 13.79% de los encuestados vivía solo (n=20), solamente el 7.14% de los hombres (n=5), mientras que las mujeres vivían en soledad en un 20% (n=15). La presencia de la pareja en el hogar fue en un 40% en total (n=58), para el grupo de hombres hubo presencia de su pareja en un 42.85% de los casos (n=30) al igual que el 37.33% de las mujeres (n=28). Por último, se observó que en la mayoría de los hogares hubo presencia de hijos en un 46.20% de los casos (n=67); el 50% de los hombres vivía en su compañía mientras que el 42.66% de las mujeres lo hacía (n=32). (Tabla 8 y gráfico 7).

Tabla 8. Compañía

SEXO		Grupo de edad						Total
		30 A AÑOS	40 A AÑOS	50 A AÑOS	60 A AÑOS	70 A AÑOS	80 A AÑOS	
HOMBRE	COMPañÍA SOLO	1	1	1	2	0	0	5
	PAREJA	1	5	8	12	4	0	30
	HIJOS	3	3	11	13	3	2	35
	Total	5	9	20	27	7	2	70
MUJER	COMPañÍA SOLO	0	3	5	2	3	2	15
	PAREJA	1	0	7	12	8	0	28
	HIJOS	0	2	12	12	3	3	32
	Total	1	5	24	26	14	5	75
Total	COMPañÍA SOLO	1	4	6	4	3	2	20
	PAREJA	2	5	15	24	12	0	58
	HIJOS	3	5	23	25	6	5	67
	Total	6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 7. Compañía



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

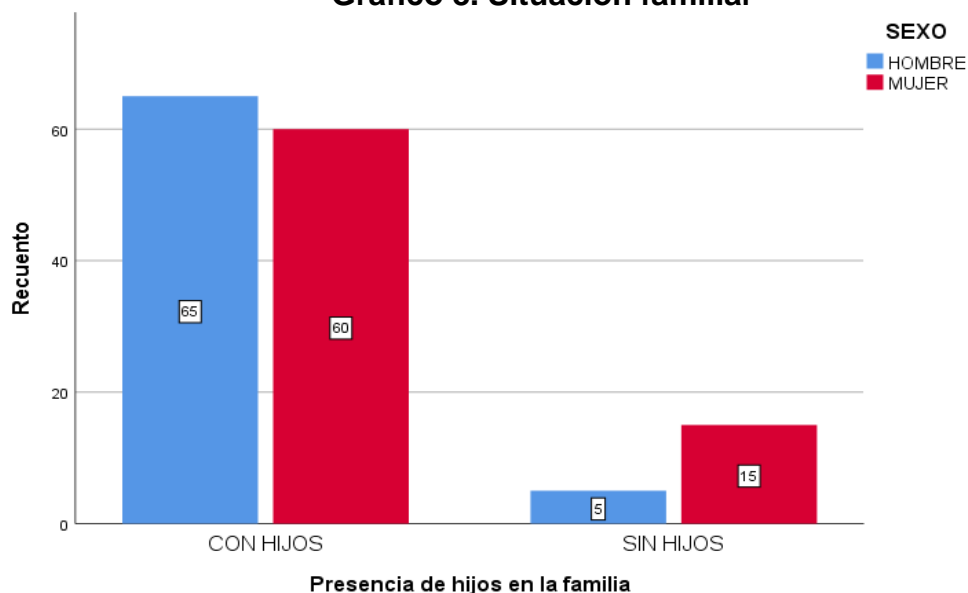
Se obtuvo que el 86.20% de los participantes tenían hijos (n=125), esto fue en el 92.85% de los hombres (n=65) y el 80.0% de las mujeres (n=60). (Tabla 9 y gráfico 8).

Tabla 9. Situación familiar

SEXO	SITUACION FAMILIAR	CON HIJOS	Grupo de edad								Total
			30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS			
HOMBRE	SITUACION FAMILIAR	CON HIJOS	4	8	19	25	7	2	65		
		SIN HIJOS	1	1	1	2	0	0	5		
	Total		5	9	20	27	7	2	70		
MUJER	SITUACION FAMILIAR	CON HIJOS	1	2	19	24	11	3	60		
		SIN HIJOS	0	3	5	2	3	2	15		
	Total		1	5	24	26	14	5	75		
Total	SITUACION FAMILIAR	CON HIJOS	5	10	38	49	18	5	125		
		SIN HIJOS	1	4	6	4	3	2	20		
	Total		6	14	44	53	21	7	145		

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 8. Situación familiar



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

2. Valoración de las dimensiones de la calidad de vida

A continuación, se exponen los resultados de las valoraciones en salud de acuerdo a las ocho dimensiones que componen el cuestionario SF-36 en pacientes con cirrosis hepática:

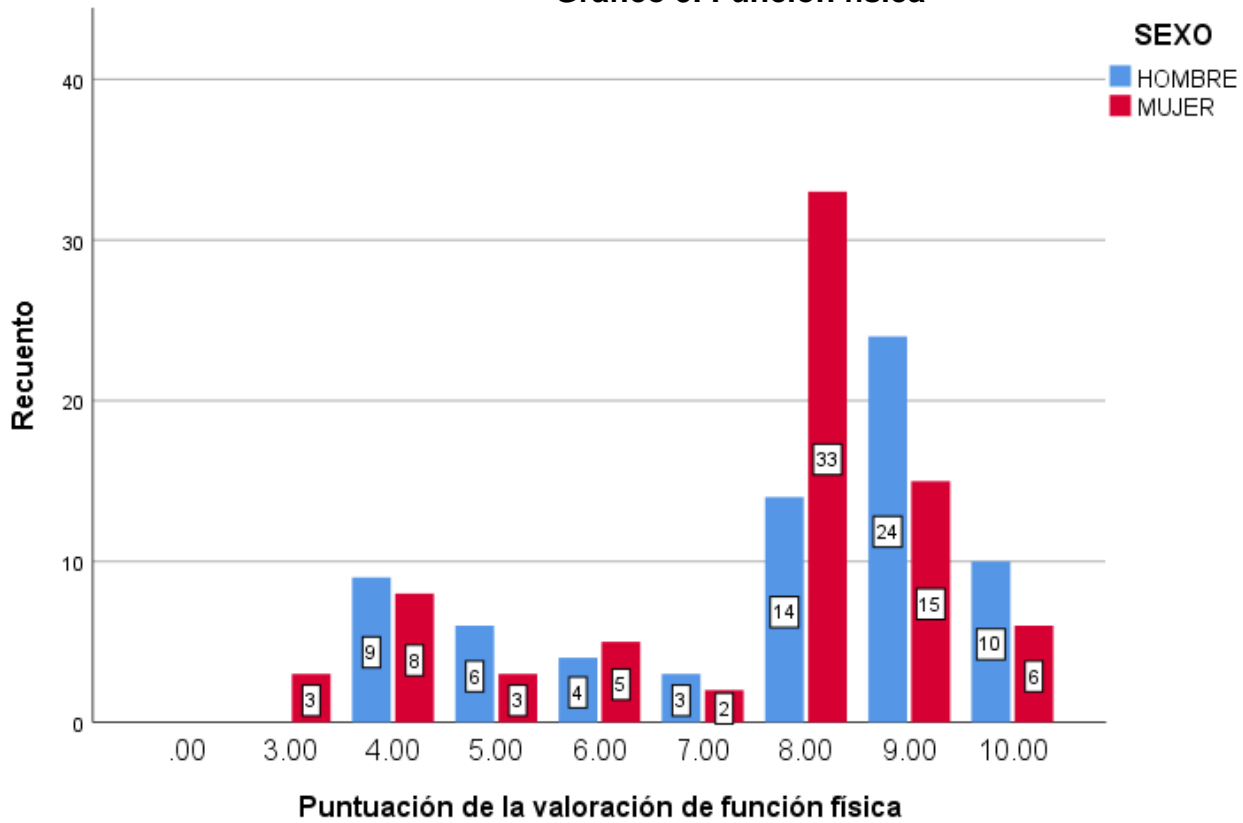
La función física se calificó en una escala numérica del 0 al 10, dónde 0 describe a pacientes muy limitados para llevar a cabo labores físicas, mientras que 10 considera que puede llevar a cabo todo tipo de actividades. No se encontraron hombres con una puntuación menor a 4, el 14.28% de ellos considera que puede llevar a cabo todo tipo de actividades (n= 10), el grupo de edad con menor puntuación fue el de 51 a 60 años, donde el 4.44% obtuvo sólo 4 puntos (n=4). Por otro lado, en pacientes del sexo femenino no se encontraron puntuaciones menores a 3, sin embargo, solamente el 8% identificó que puede llevar a cabo todo tipo de actividades (n=6), la puntuación más baja se obtuvo en pacientes de 51 a 60 años. (Tabla 10 y gráfico 9).

Tabla 10. Función física

	Grupo de edad														Total				
	30	A	40	41	A	50	51	A	60	61	A	70	71	A		80	81	A	90
	AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS			AÑOS			
Puntuación 3.00	0		0			1			0			0			2			3	
4.00	2		1			6			6			2			0			17	
5.00	0		0			4			4			1			0			9	
6.00	0		1			5			1			1			1			9	
7.00	0		1			0			2			0			2			5	
8.00	2		4			13			17			9			2			47	
9.00	2		6			9			17			5			0			39	
10.00	0		1			6			6			3			0			16	
Total	6		14			44			53			21			7			145	

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 9. Función física



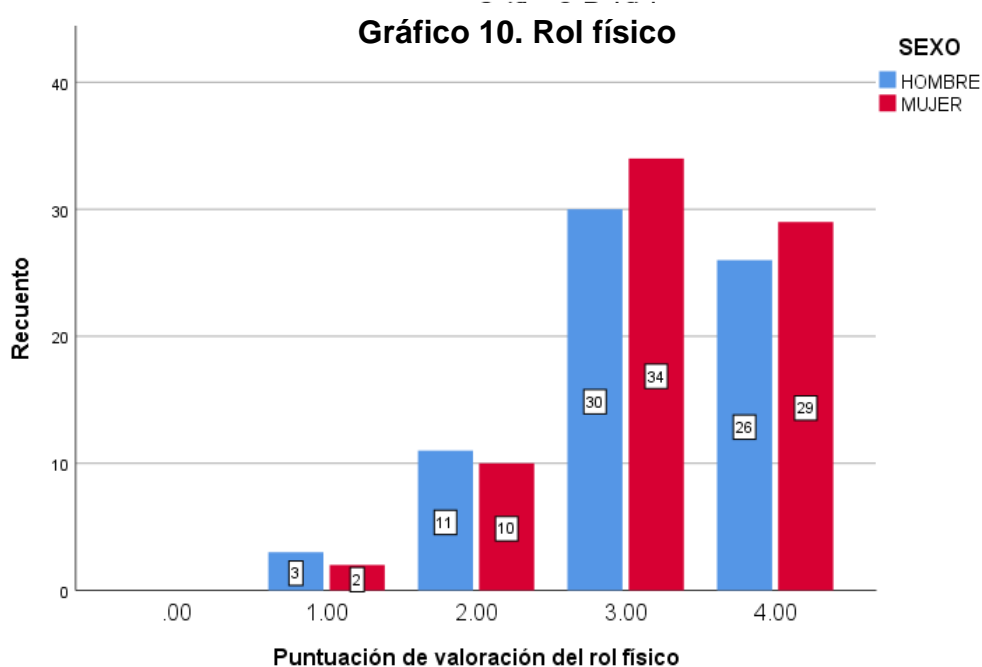
Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

En el mismo tenor, el rol físico se calificó con 0 puntos a aquellos pacientes que tienen problemas con el trabajo, y con 4 puntos a aquellos que no tuvieron ningún problema para realizar sus actividades laborales. No se encontraron casos con problemas en el trabajo derivado de su padecimiento, el 37.67% no ningún problema laboral (n=55). Entre hombres y mujeres que no identificaron ningún problema laboral las frecuencias son parecidas, hombres en 37.14% (n= 26) y las mujeres 38.66% (n=29). (Tabla 11 y gráfico 10).

Tabla 11. Rol físico

	Grupo de Edad							Total
	30 A AÑOS	40 A AÑOS	50 A AÑOS	60 A AÑOS	70 A AÑOS	80 A AÑOS	90 A AÑOS	
Puntuación 1.00	0	1	1	2	1	0	5	
2.00	0	2	8	8	2	1	21	
3.00	4	6	19	21	11	3	64	
4.00	2	5	16	22	7	3	55	
Total	6	14	44	53	21	7	145	

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

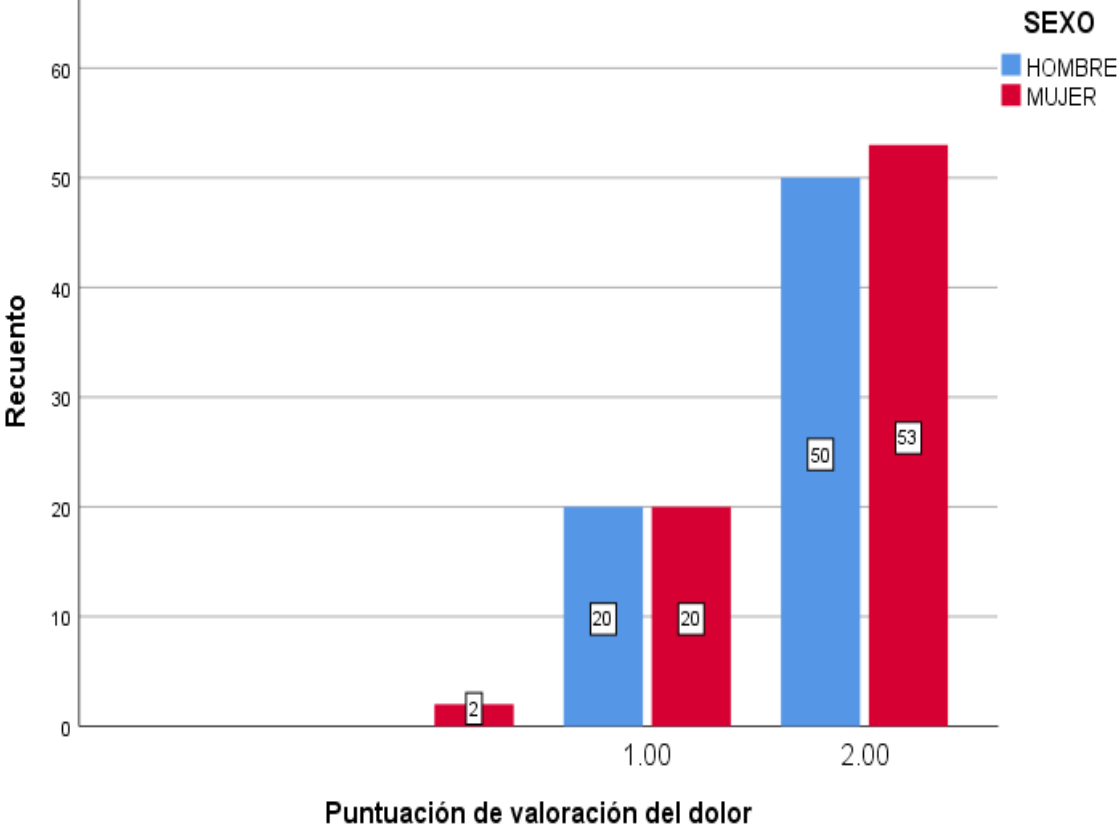
El dolor se midió en una escala numérica donde 0 es igual a dolor muy intenso y 2 ningún problema. El 71.03% consideró que el dolor no representaba ningún problema, mientras que sólo el 1.37% describió dolor muy intenso, característicamente estos pacientes fueron del sexo femenino (n=2), siendo más afectadas por dolor las mujeres de 81 a 90 años de edad. (Tabla 12 y gráfico 11).

Tabla 12. Nivel de dolor corporal

SEXO	DOLOR	EDAD						Total
		30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	
HOMBRE	1.00	2	0	9	3	5	1	20
	2.00	3	9	11	24	2	1	50
	Total	5	9	20	27	7	2	70
MUJER	0.00	0	0	0	0	0	2	2
	1.00	0	0	10	4	4	2	20
	2.00	1	5	14	22	10	1	53
	Total	1	5	24	26	14	5	75
Total	0.00	0	0	0	0	0	2	2
	1.00	2	0	19	7	9	3	40
	2.00	4	14	25	46	12	2	103
	Total	6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 11. Dolor corporal



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

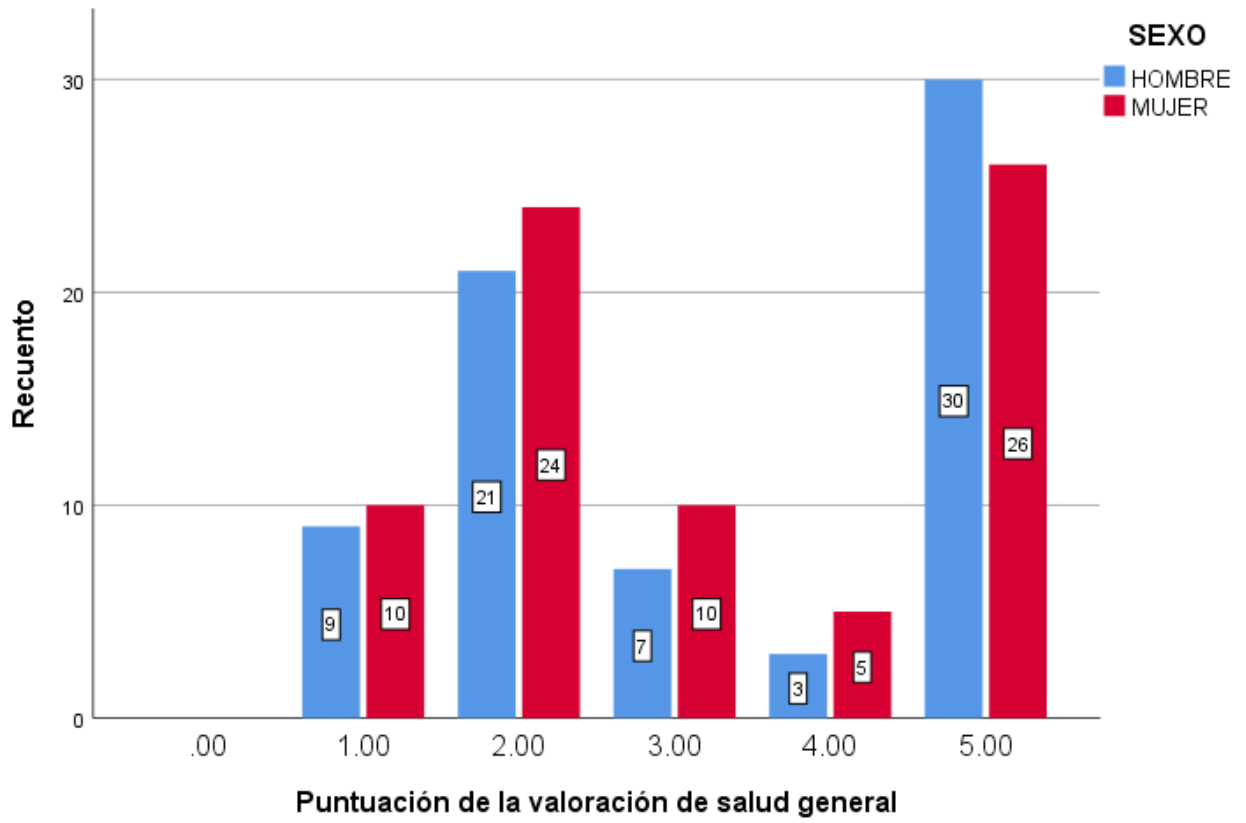
Por su parte, a la salud general se le otorgaron 0 puntos a aquellos que consideren que esta representa un factor de mala calidad de vida y 5 para una excelente calidad de vida. No se identificaron pacientes que se consideraran con mala calidad de vida, el 38.62% señaló contar con excelente calidad de vida (n=56). El grupo con menor puntuación en este rubro fueron los hombres de 71 a 80 años de edad, con 1 punto de salud general en 33.33% de ellos (n=3). (Tabla 13 y gráfico 12).

Tabla 13. Puntuación de salud general

SEXO		Grupo de edad						Total	
		30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS		
HOMBRE	Salud	1.00	1	0	2	2	3	1	9
	General	2.00	1	1	4	14	0	1	21
		3.00	0	3	2	0	2	0	7
		4.00	0	1	1	1	0	0	3
		5.00	3	4	11	10	2	0	30
	Total	5	9	20	27	7	2	70	
MUJER	Salud	1.00	0	0	3	1	3	3	10
	General	2.00	1	3	4	14	0	2	24
		3.00	0	0	3	0	7	0	10
		4.00	0	0	5	0	0	0	5
		5.00	0	2	9	11	4	0	26
	Total	1	5	24	26	14	5	75	
Total	Salud	1.00	1	0	5	3	6	4	19
	General	2.00	2	4	8	28	0	3	45
		3.00	0	3	5	0	9	0	17
		4.00	0	1	6	1	0	0	8
		5.00	3	6	20	21	6	0	56
	Total	6	14	44	53	21	7	145	

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 12. Salud General



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

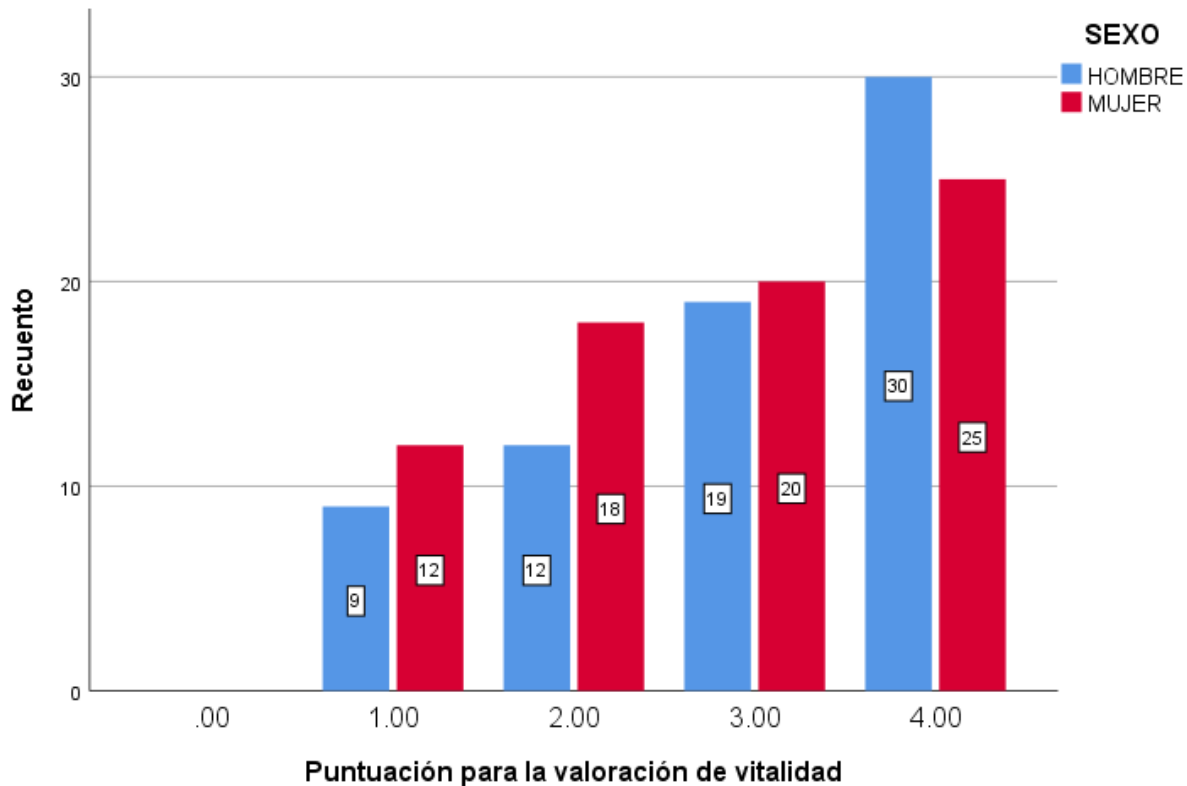
La vitalidad se calificó con una escala de 0 a 4 puntos, los casos con 0 puntos se sintieron cansados todo el tiempo, en contraste con los pacientes con 4 puntos que se sintieron llenos de energía. Se encontró que el 37.93% se sintió lleno de energía (n=55). La calificación más baja que se reportó fue de 1 punto, en el 33.33% de los hombres de 71 a 80 años de edad (n=3), con el mismo porcentaje de casos en mujeres de 51 a 60 años (n=4) y de 81 a 90 años (n=4). (Tabla 14 y gráfico 13).

Tabla 14. Nivel de vitalidad

SEXO	VITALIDAD	Grupo de Edad						Total
		30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	
HOMBRE	1.00	1	0	2	2	3	1	9
	2.00	0	3	3	3	2	1	12
	3.00	1	2	4	12	0	0	19
	4.00	3	4	11	10	2	0	30
	Total	5	9	20	27	7	2	70
MUJER	1.00	0	0	4	1	3	4	12
	2.00	1	1	4	4	7	1	18
	3.00	0	2	7	10	1	0	20
	4.00	0	2	9	11	3	0	25
	Total	1	5	24	26	14	5	75
Total	1.00	1	0	6	3	6	5	21
	2.00	1	4	7	7	9	2	30
	3.00	1	4	11	22	1	0	39
	4.00	3	6	20	21	5	0	55
	Total	6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 13. Vitalidad



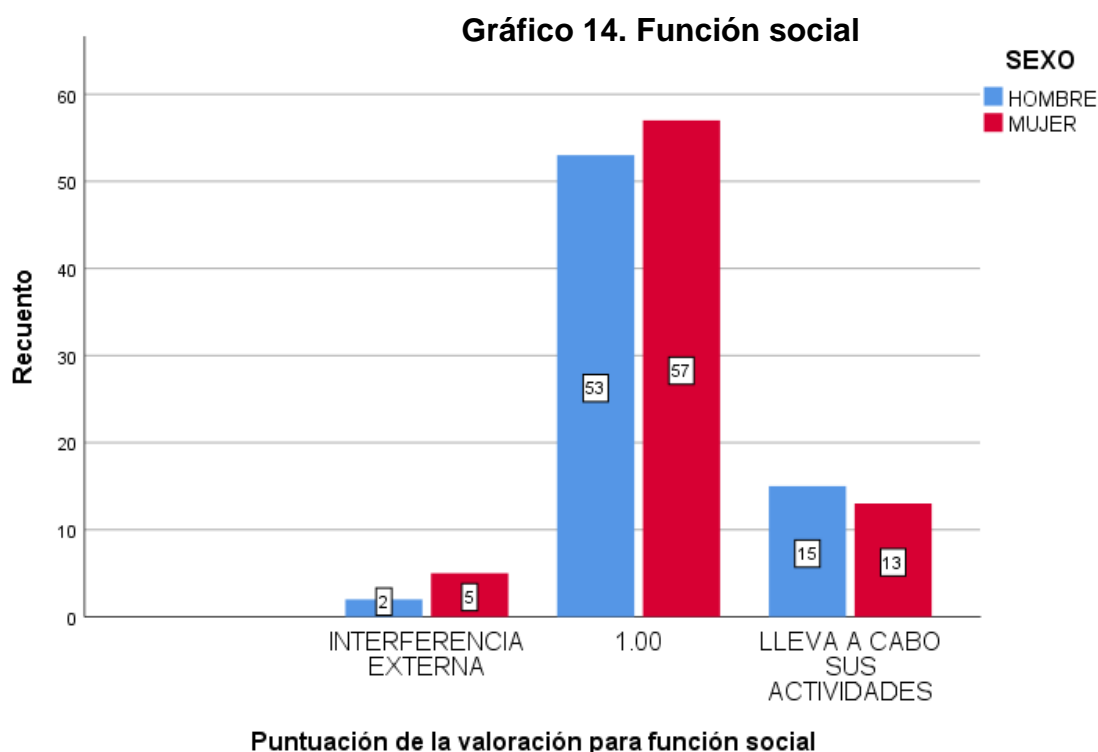
Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

La función social se midió en términos de interferencia externa para realizar actividades sociales derivado de la enfermedad asignando 0 puntos, y 2 puntos para pacientes que conservaron sus funciones sociales a pesar del padecimiento. Solamente el 4.82% de los pacientes describió que la enfermedad fue causa de interferencia de sus actividades sociales (n=7), siendo el grupo más afectado el de mujeres de 81 a 90 años, de las cuales el 100% obtuvo una calificación de 0 (n=5). (Tabla 15 y gráfico 14).

Tabla 15. Función social

	Grupo de edad							Total
	30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS		
FUNCION SOCIAL	0.00	0	0	0	0	7	7	
	1.00	5	13	34	42	16	110	
	2.00	1	1	10	11	5	28	
Total		6	14	44	53	21	145	

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

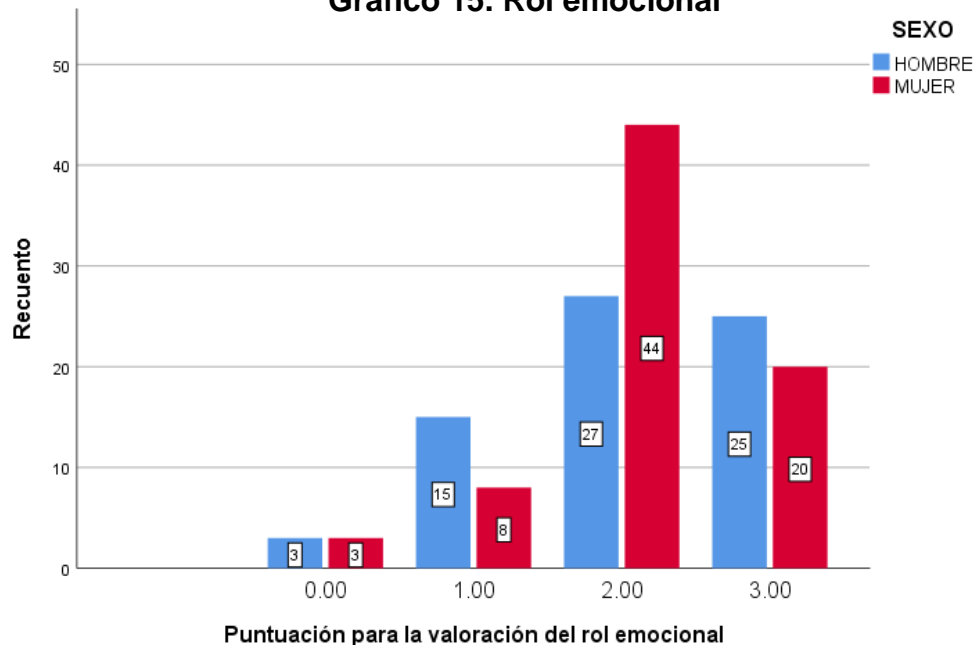
Se estudió el rol emocional calificando con 0 puntos a aquellos que se encontraron con problemas emocionales que interfieren en su vida diaria y 3 puntos para aquellos que consideran que la cirrosis hepática no significó un factor que repercutiera negativamente en su estado emocional. El 4.13% de todos los participantes obtuvo una puntuación de 0, siendo las mujeres de 51 a 60 años de edad en quienes se presentó la mayor proporción con un 33.33% de afectadas (n=2). (Tabla 16 y gráfico 15).

Tabla 16. Rol emocional

	Grupo de edad							Total
	30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS		
ROL EMOCIONAL	0.00	0	1	2	1	1	1	6
	1.00	2	3	8	7	2	1	23
	2.00	2	8	18	28	12	3	71
	3.00	2	2	16	17	6	2	45
Total		6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 15. Rol emocional



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

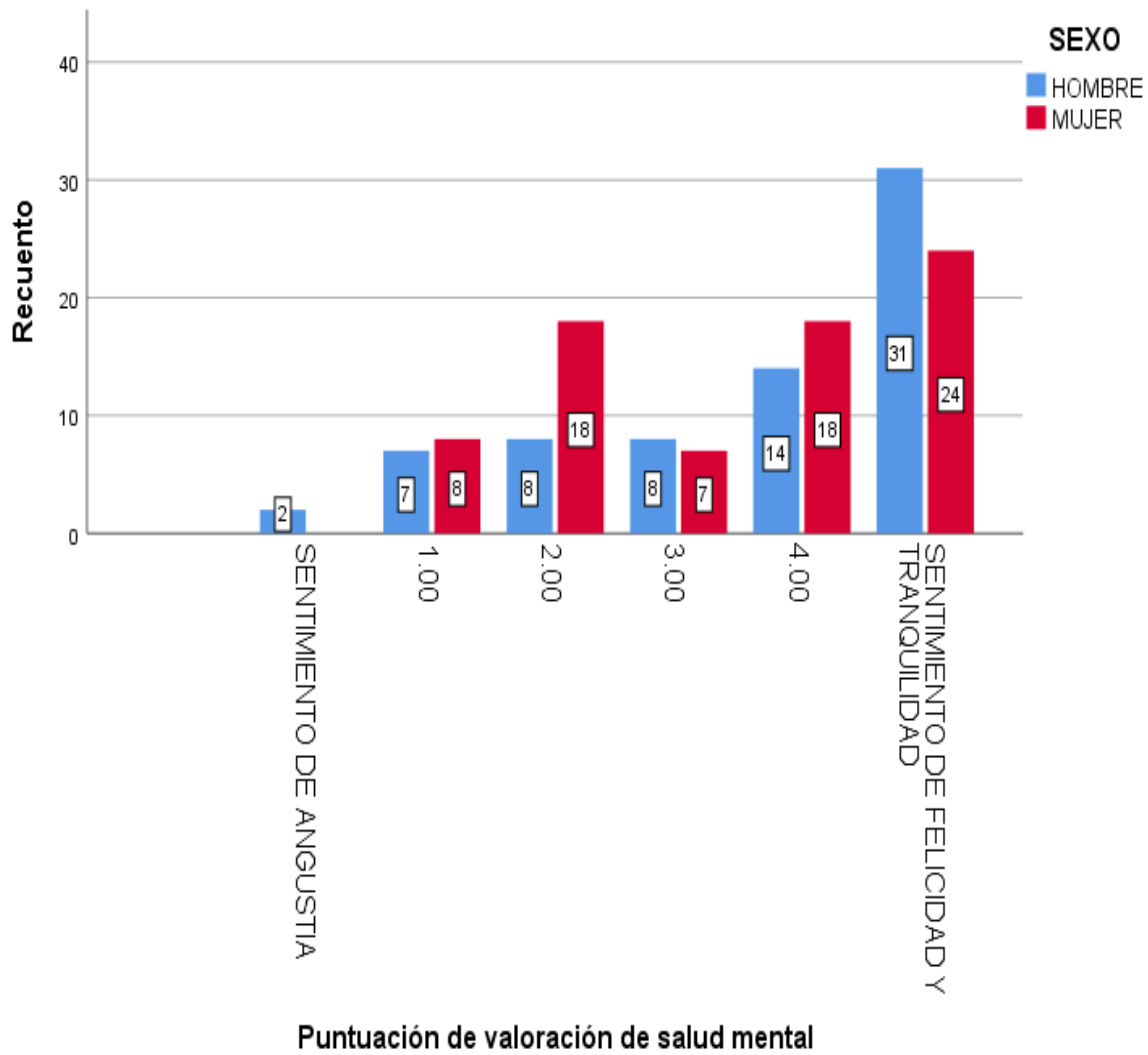
La salud mental fue calificada en una escala donde 0 puntos significó presencia de angustia en contraste con 5 puntos, que fue igual a presentar felicidad y tranquilidad a pesar de la enfermedad. Apenas el 1.37% de los participantes presentaron angustia, todos los casos que se identificaron con esta puntuación fueron del sexo masculino (n=2). (Tabla 17 y gráfico 16).

Tabla 17. Salud mental

SEXO	Puntuación	Grupo de edad						Total	
		30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS		
HOMBRE	Puntuación 0	0	0	1	0	1	0	2	
	1.00	1	2	1	1	2	0	7	
	2.00	2	0	4	2	0	0	8	
	3.00	0	0	0	7	1	0	8	
	4.00	0	3	5	5	0	1	14	
	5.00	2	4	9	12	3	1	31	
	Total		5	9	20	27	7	2	70
MUJER	Puntuación 1.00	0	1	3	0	4	0	8	
	2.00	0	2	4	5	4	3	18	
	3.00	0	0	4	0	1	2	7	
	4.00	1	2	6	9	0	0	18	
	5.00	0	0	7	12	5	0	24	
	Total		1	5	24	26	14	5	75
	Total	Puntuación 0	0	0	1	0	1	0	2
1.00		1	3	4	1	6	0	15	
2.00		2	2	8	7	4	3	26	
3.00		0	0	4	7	2	2	15	
4.00		1	5	11	14	0	1	32	
5.00		2	4	16	24	8	1	55	
Total			6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 16. Salud mental



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

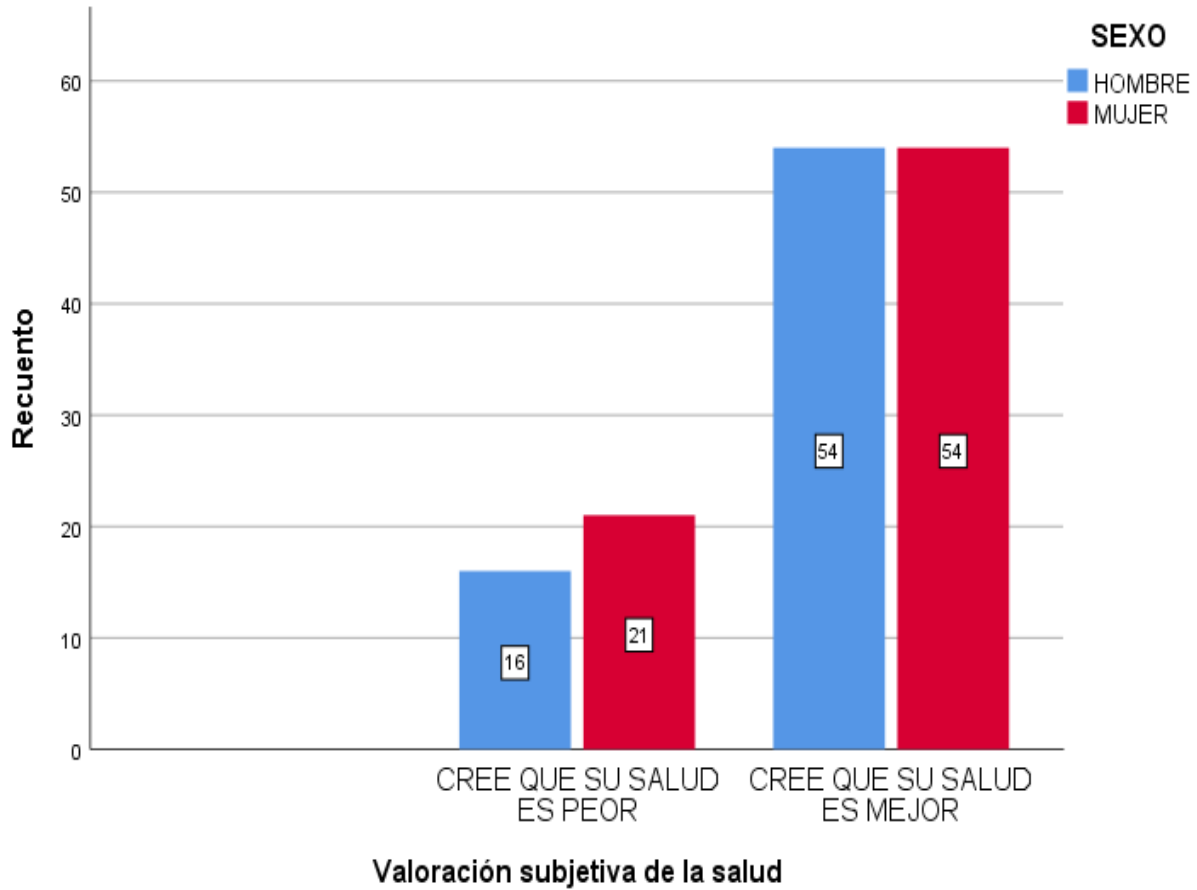
Asimismo, se determinó la percepción de salud del paciente, tomando como parámetro la transición de salud según el cuestionario SF-36, que mide la misma en términos de mejora o empeoramiento subjetivo. El 25.51% de los encuestados creen que su salud ha empeorado (n=37), el grupo más afectado fue el de hombres de 61 a 70 años, donde el 50% se identificó con esta característica (n=8). (Tabla 18 y gráfico 17).

Tabla 18. Transición de salud

SEXO	Perspectiva	Grupo de edad	Grupo de edad						Total
			30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	
HOMBRE	Perspectiva Cree que su salud es peor	Cree que su salud es peor	0	1	4	8	3	0	16
		Cree que su salud es mejor	5	8	16	19	4	2	54
	Total	5	9	20	27	7	2	70	
MUJER	Perspectiva Cree que su salud es peor	Cree que su salud es peor	1	0	8	5	5	2	21
		Cree que su salud es mejor	0	5	16	21	9	3	54
	Total	1	5	24	26	14	5	75	
Total	Perspectiva Cree que su salud es peor	Cree que su salud es peor	1	1	12	13	8	2	37
		Cree que su salud es mejor	5	13	32	40	13	5	108
	Total	6	14	44	53	21	7	145	

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 17. Transición de salud



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

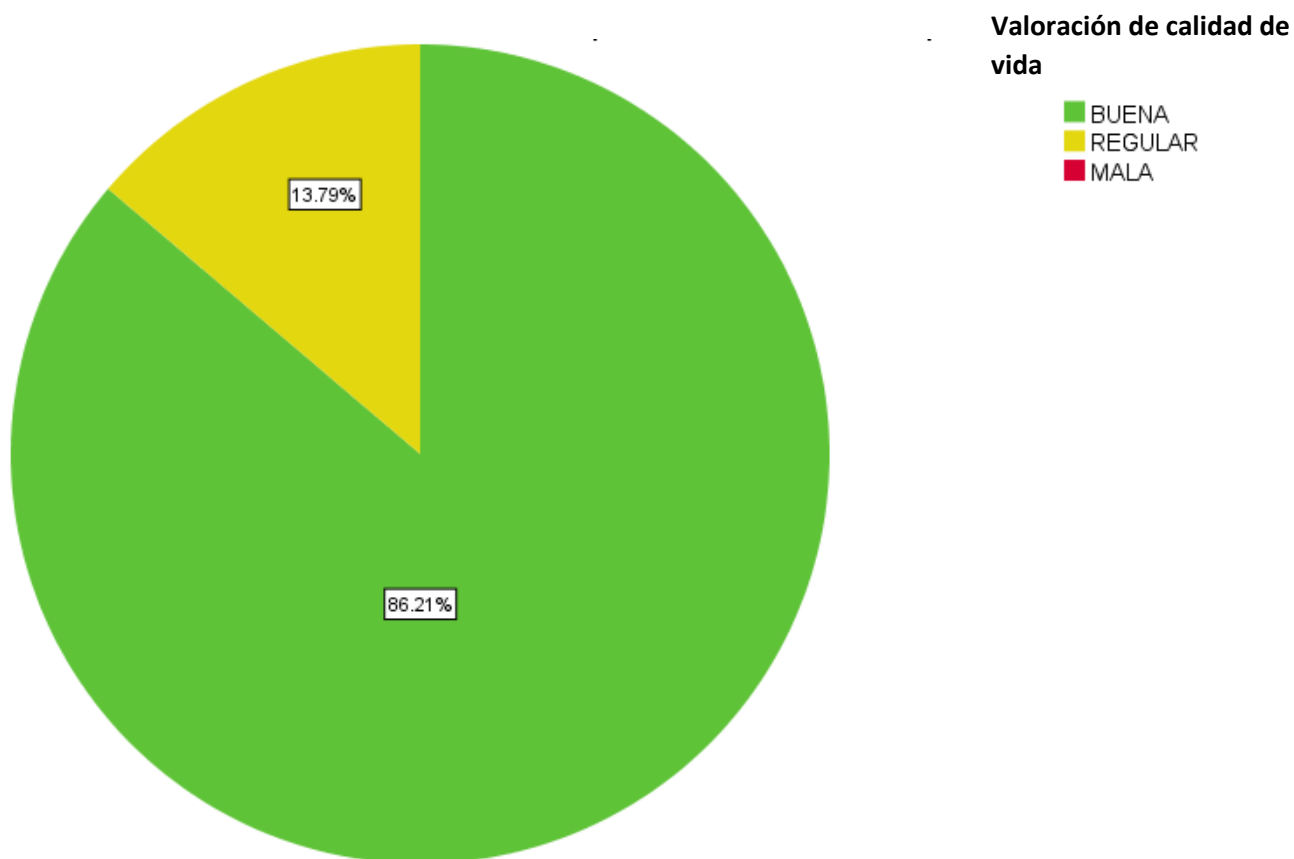
Por último, se encontró que el 86.20% de los encuestados (n=125) cuenta con una calidad de vida buena, mientras que el 13.79% (n=20) se encontró con una calidad de vida regular, no se identificaron pacientes con mala calidad de vida. (Tabla 19 y gráfico 18).

Tabla 19. Calidad de vida

		SEXO		Total
		HOMB RE	MUJER	
Valoración de calidad de vida	BUENA	62	63	125
	REGULAR	8	12	20
Total		70	75	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 18. Calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

3. Análisis Bivariado

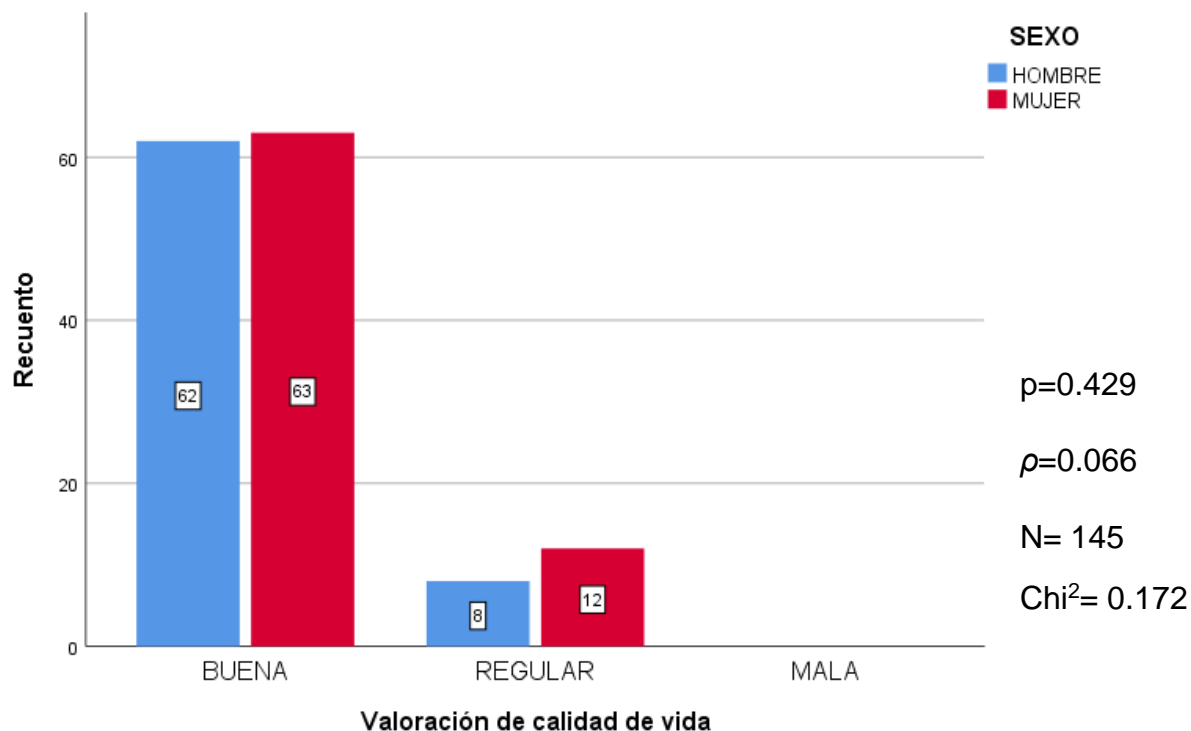
El 88.57% de los hombres tuvieron una buena calidad de vida (n=62), al igual que el 84.0% de las mujeres (n=63). Se observó que no hay correlación estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes y la calidad de vida (p=0.429). (Tabla 20 y gráfico 19).

Tabla 20. Calidad de vida por sexo

Valoración final		SEXO		Total
		HOMBRE	MUJER	
	BUENA	62	63	125
	REGULAR	8	12	20
Total		70	75	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 19. Comparativa de calidad de vida por sexos



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

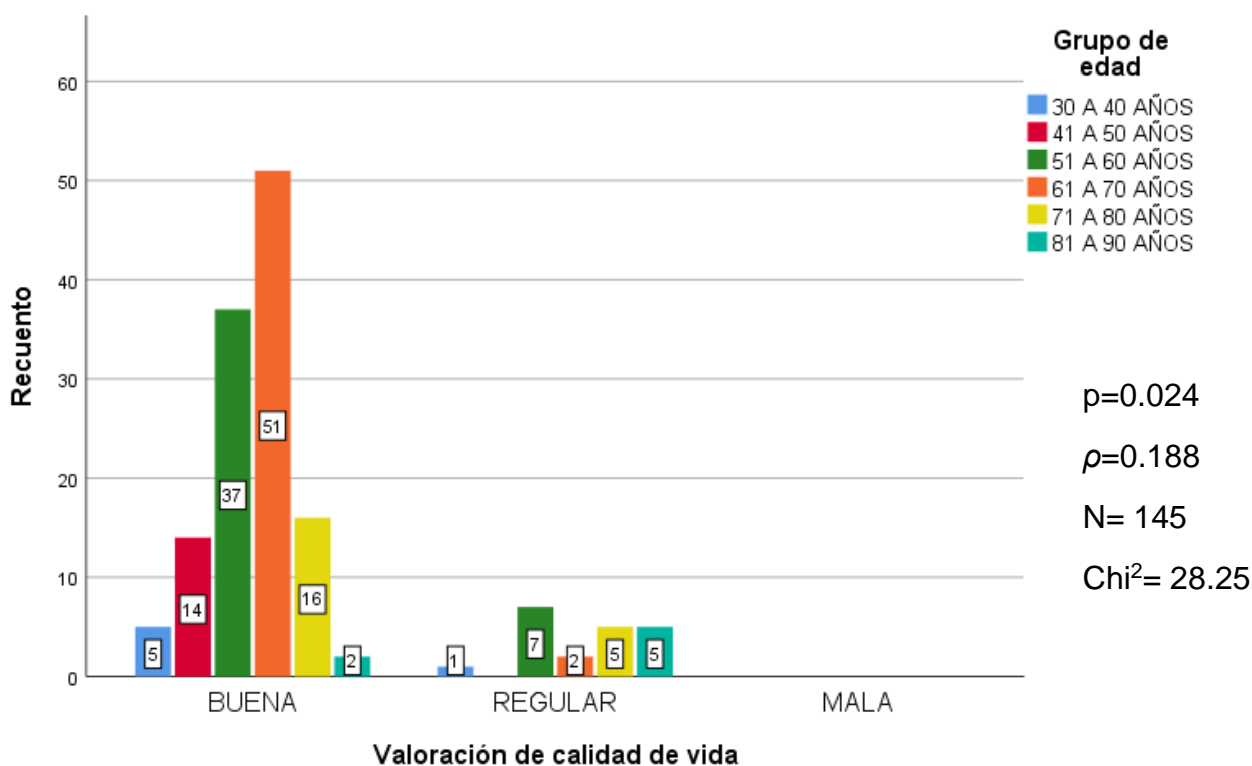
Se identificó que el 80% de las mujeres entre 81 a 90 años presentaron con mayor frecuencia una calidad de vida regular, por lo tanto, son el grupo con menor calidad de vida en este estudio. A su vez, existe correlación débil entre la edad y el nivel de calidad de vida observado. Esta relación es directa, es decir, los pacientes con mayor edad obtuvieron un mayor puntaje, lo que se traduce en peor calidad de vida. (Tabla 21 y gráfico 20).

Tabla 21. Calidad de vida por grupos de edad

Valoración final		Grupo de edad						Total
		30 A 40 AÑOS	41 A 50 AÑOS	51 A 60 AÑOS	61 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	
BUENA		5	14	37	51	16	2	125
REGULAR		1	0	7	2	5	5	20
Total		6	14	44	53	21	7	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 20. Calidad de vida por edades



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

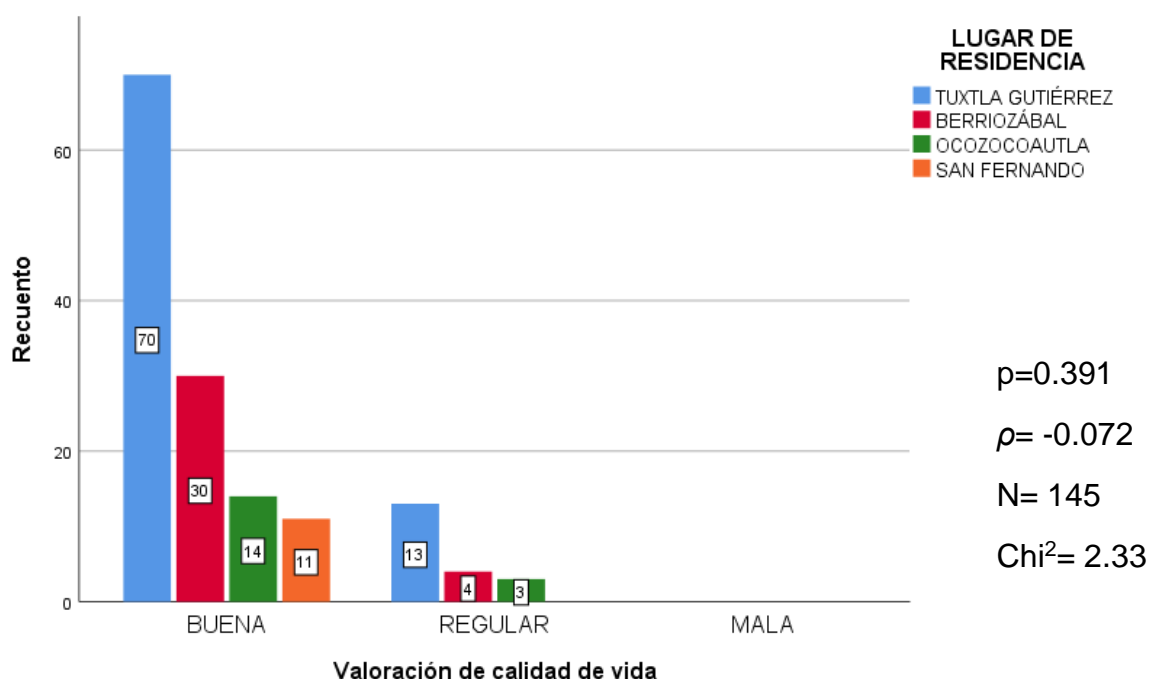
Los habitantes de Tuxtla Gutiérrez tuvieron una buena calidad de vida en 84.33% (n=70), en Berriozábal tuvieron buena calidad de vida en 88.23% (n=30), Ocozocoautla en 82.35% (n=14) y en San Fernando el 100% obtuvo buena calidad (n=11), sin embargo, no se observó que el lugar de residencia de los pacientes fuera estadísticamente significativo ($p= 0.391$). (Tabla 22 y gráfico 21).

Tabla 22. Calidad de vida por lugar de residencia

		LUGAR DE RESIDENCIA				Total
		TUXTLA GUTIÉRREZ	BERRIOZÁBAL	OCOZOCAUTLA	SAN FERNANDO	
Valoración final	BUENA	70	30	14	11	125
	REGULAR	13	4	3	0	20
Total		83	34	17	11	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 21. Calidad de vida por lugar de residencia



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

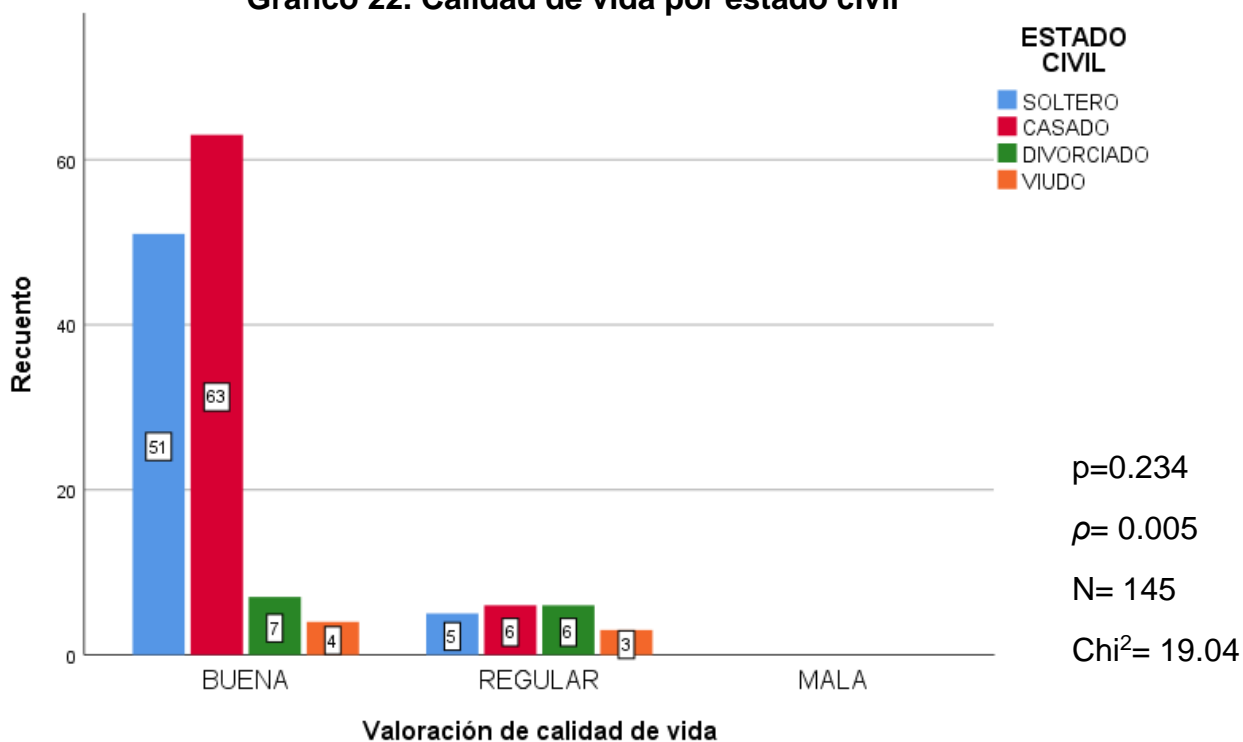
En cuanto a estado civil, se observó que el 91.07% de los solteros obtuvieron una buena calidad de vida (n=51), al igual que el 91.30% de casados (n=63), el 53.84% de los divorciados (n=7) y 57.14% de los viudos. La correlación entre el estado civil del paciente y su nivel de calidad de vida es estadísticamente significativa ($p=0.005$) sin embargo con fuerza de relación débil ($\rho=0.234$). (Tabla 23 y gráfico 22).

Tabla 21. Calidad de vida por estado civil

		Calidad de vida		Total
		BUENA	REGULAR	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	51	5	56
	CASADO	63	6	69
	DIVORCIADO	7	6	13
	VIUDO	4	3	7
Total		125	20	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 22. Calidad de vida por estado civil



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

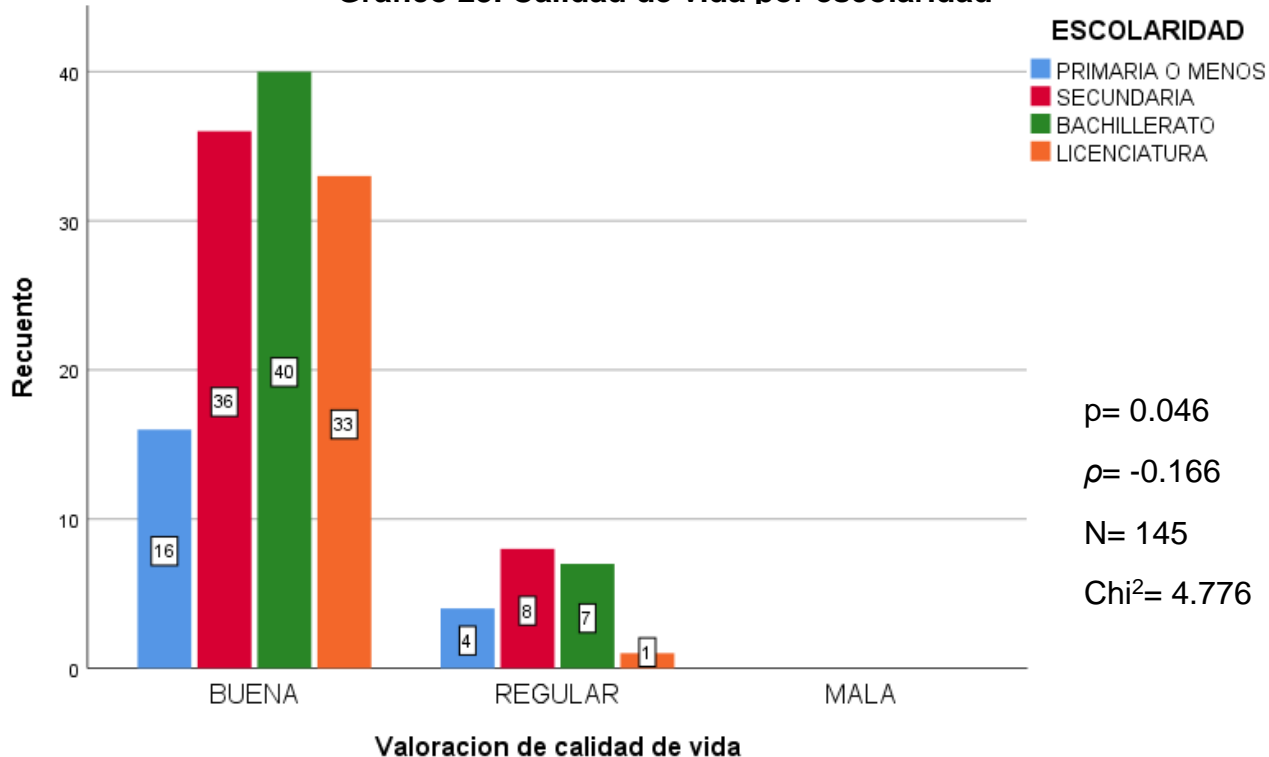
Al agrupar a los pacientes de acuerdo a su escolaridad, se encontró que 80% de aquellos con primaria o menos tuvieron una buena calidad de vida (n=16), al igual que el 81.81% de aquellos con educación secundaria (n=36), el 85.10% de los pacientes con bachillerato (n=40), por último, el 97.05% de los pacientes con licenciatura obtuvieron una vida de buena calidad (n=33). Existe correlación entre el nivel de estudios y la calidad de vida ($p=0.046$). (Tabla 22 y gráfico 23).

Tabla 22. Calidad de vida por escolaridad

		Calidad de vida		Total
		BUENA	REGULAR	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA O MENOS	16	4	20
	SECUNDARIA	36	8	44
	BACHILLERATO	40	7	47
	LICENCIATURA	33	1	34
Total		125	20	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 23. Calidad de vida por escolaridad



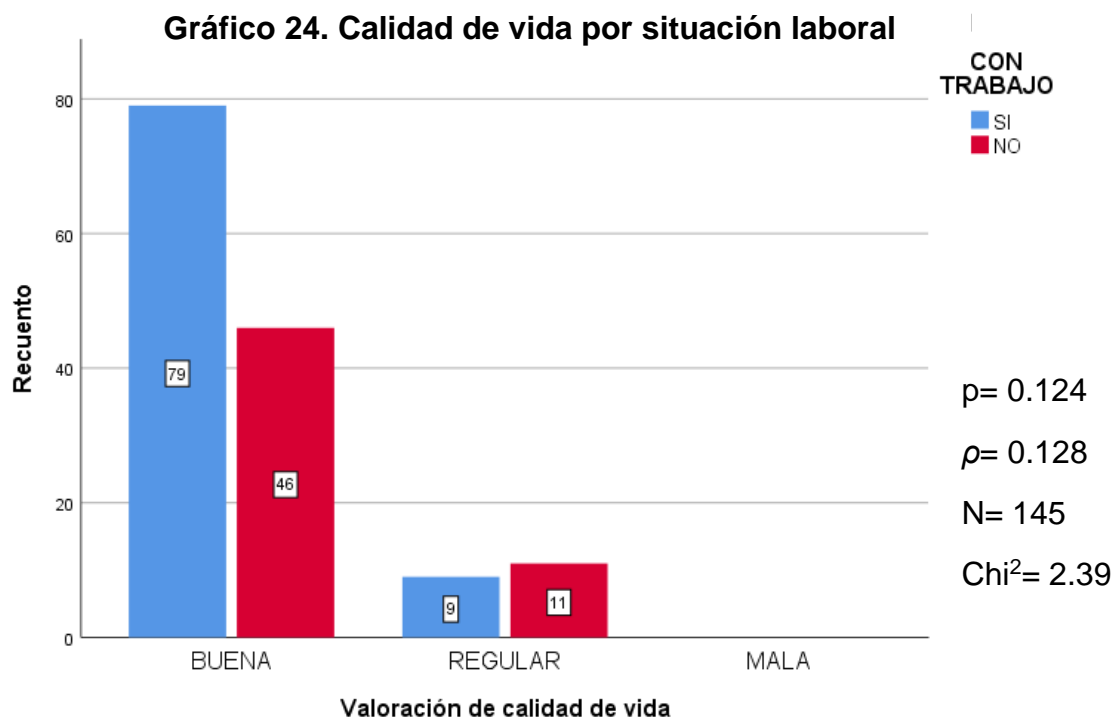
Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Por otro lado, se comparó el nivel de calidad de vida entre los pacientes que se encontraban laborando en el momento del estudio, y aquellos que no desempeñaban alguna actividad económica. Los primeros obtuvieron una buena calidad en 89.77% (n=79), al mismo tiempo que el 80.70% de los pacientes que no se encontraban con un trabajo (n=46). No se encontró correlación entre el ejercicio de una actividad económica y el nivel de calidad de vida. (Tabla 23 y gráfico 24).

Tabla 23. Calidad de vida por situación laboral

		Calidad de vida		Total
		BUENA	REGULAR	
TRABAJO	SI	79	9	88
	NO	46	11	57
Total		125	20	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

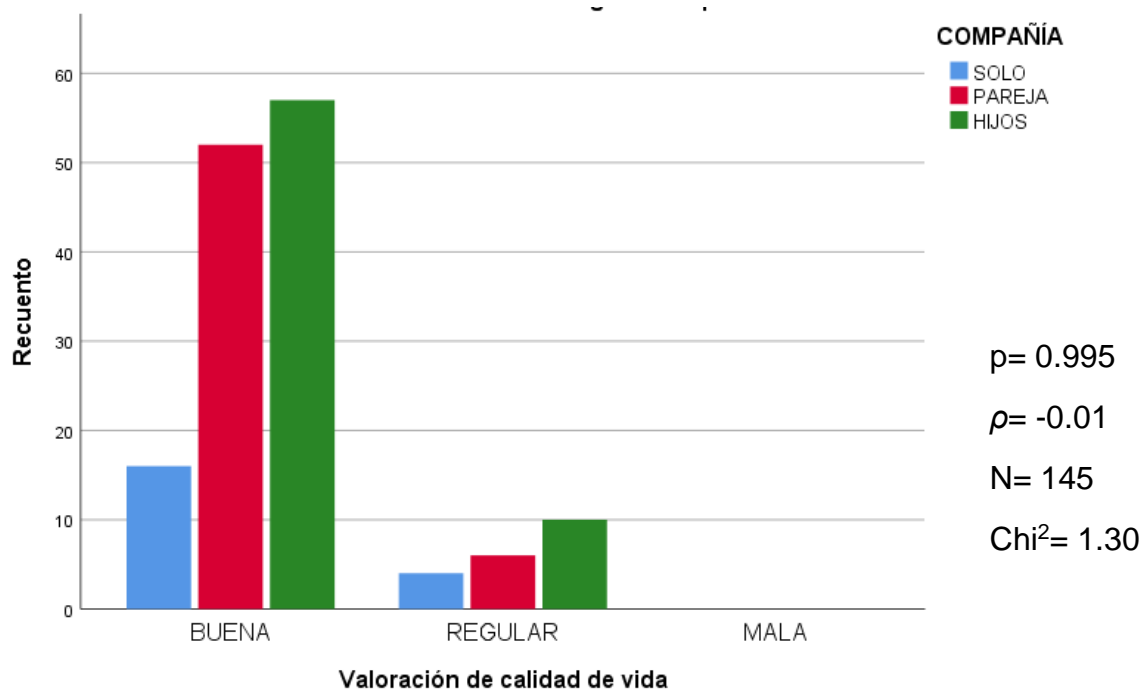
Se indagó el nivel de calidad de vida de acuerdo a las personas que viven en el mismo lugar que los pacientes, se encontró que el 80% de las personas que vivían solas tuvieron una buena calidad en 80% (n=16), al igual que el 89.65% de las personas que vivían con su pareja (n=52) y el 85.07% de aquellos que vivían con sus hijos (n=57). No obstante, no se observó una correlación significativa con esta variable ($p=0.995$). (Tabla 24 y gráfico 25).

Tabla 24. Calidad de vida de acuerdo a acompañantes en la vivienda

		Calidad de vida		Total
		BUENA	REGULAR	
COMPAÑÍA	SOLO	16	4	20
	PAREJA	52	6	58
	HIJOS	57	10	67
Total		125	20	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 25. Calidad de vida por compañía



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

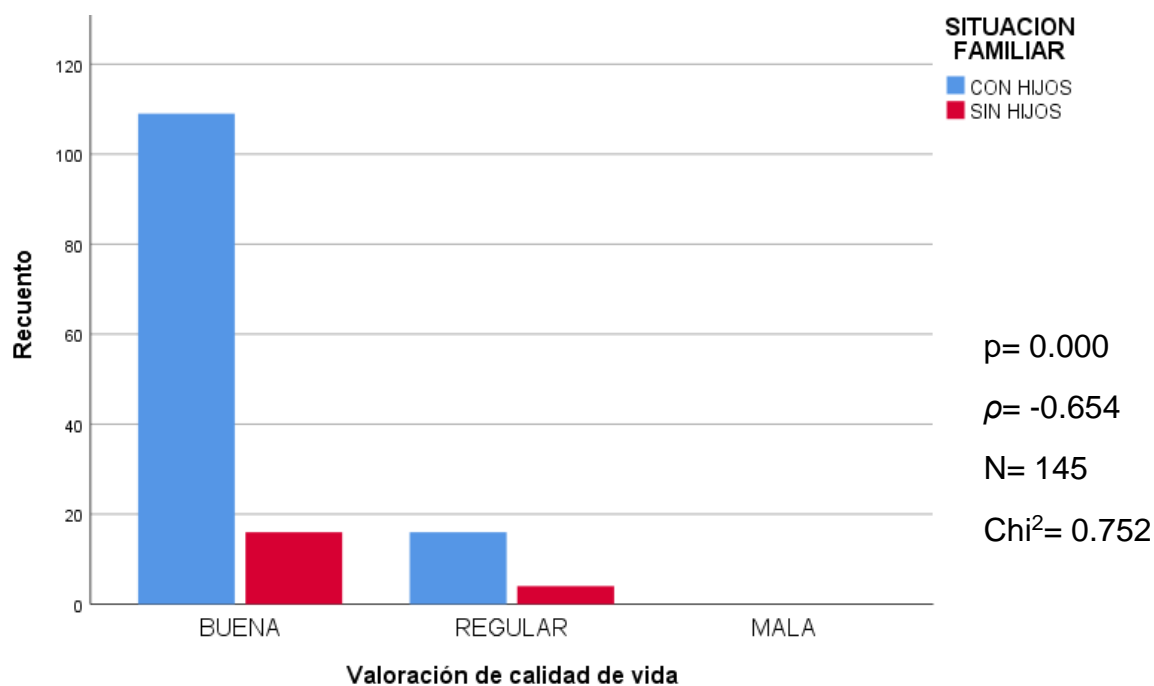
La calidad de vida de acuerdo a la situación familiar fue buena en un 87.2% de las personas que tenían hijos (n=109), mientras que las personas que no los tenían tuvieron una buena calidad en 80.0% (n=16). La correlación entre la existencia de hijos en el núcleo familiar y la calidad de vida es estadísticamente significativa (p=0.00) con un nivel alto de relación ($\rho=-0.654$), por lo tanto, los pacientes que tienen hijos tienen una mejor calidad. (Tabla 25 y gráfico 26).

Tabla 25. Calidad de vida por situación familiar

		Calidad de vida		Total
		BUENA	REGULAR	
SITUACION FAMILIAR	CON HIJOS	109	16	125
	SIN HIJOS	16	4	20
Total		125	20	145

Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

Gráfico 26. Calidad de vida situación familiar



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionarios aplicados.

XV. DISCUSIÓN

Para la realización del presente estudio se contó con la participación de 145 pacientes, de los cuales 70 fueron hombres y 75 mujeres con diagnóstico de cirrosis hepática. Se comprobó la hipótesis de que la mayoría de los pacientes tendría más de 40 años de edad, ya que la edad media fue de 61 años, el rango de edad con mayor número de casos fue entre 61 a 70 años de edad con el 36.55% observado, que es similar a los datos demográficos obtenidos por un estudio realizado en Italia por Gazineo *et al* (2021) con una población homogénea de pacientes con cirrosis compensada de más de 5 años de evolución. De la misma forma, se propuso que los pacientes mayores de 50 años de edad tendrían menor calidad de vida, situación que concuerda con los resultados de este estudio donde se concluyó que a mayor edad habría mayor puntuación en el cuestionario SF-36, y por lo tanto, menor calidad de vida ($p=0.024$), lo que contrasta con el estudio citado, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significantes entre la calidad de vida de los grupos incluidos.

Contrario a lo que se propuso con anterioridad, el 86.20% de los participantes tuvieron una buena calidad de vida, y no se reportaron pacientes con mala calidad de vida cuando se esperaba que estos pacientes representaran al 10% de la muestra, como se observó en el estudio de calidad de vida en pacientes pre-trasplante hepático efectuado por Mejía *et al* (2020).

Asimismo, se refutó la hipótesis de que el sexo masculino tendría menor calidad de vida, puesto que el 88.57% de ellos tuvieron una buena calidad de vida contra el 84.0% de las mujeres con esta valoración, aparentemente estos resultados serían parecidos a los encontrados por Yepes *et al* (2017) que identificaron al sexo femenino como un factor predisponente a mala calidad de vida en cirrosis hepática,

no obstante, en el estudio de las paciente de la UMF n.23, el sexo no estuvo relacionado con el nivel de calidad de vida ($p=0.429$).

Una revisión sistemática realizada por Rabiee *et al* (2020) donde incluyó pacientes evaluados de forma genérica al mismo tiempo que personas estudiadas con instrumentos especializados en cirrosis hepática encontró que la edad y sexo de estos, incluso la etiología de la enfermedad no se asocian con una mala calidad de vida, pero concluyó que una red de apoyo social deficiente sí tendría impacto, al igual que lo que se obtuvo en el presente estudio, donde los pacientes que tenían hijos mostraron una mejor calidad de vida ($p=0.00$).

XVI. CONCLUSIONES

De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología en México la tasa de incidencia de cirrosis hepática fue de 3.2 por cada 100 mil habitantes en 2020, mayormente en pacientes de más de 60 años, con una distribución homogénea entre ambos sexos. En este estudio se encontraron más casos de cirrosis hepática en mujeres que en hombres, sin embargo, esto no significó que las mujeres tuvieran una menor calidad de vida, asimismo, la edad promedio de los participantes se vio dentro de lo esperado para nuestro medio.

La Secretaría de Salud afirma que la cirrosis hepática es un problema de salud pública, que afecta grandemente la vida de personas en edad productiva debido a las complicaciones que conlleva. A pesar de que la literatura ha descrito a esta enfermedad como factor para una mala calidad de vida, para los pacientes de la UMF n.23 se concluye que tienen una buena calidad de vida. Los factores que influyen en dicha calidad son similares a los observados en la literatura, como la edad y el nivel de estudios, sin olvidar la importancia de una adecuada red de apoyo, que para términos de este trabajo se describieron el estado civil, la compañía en el hogar y tener hijos, de los cuales los primeros dos tuvieron significancia estadística.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) acepta que existen diferencias entre las características de los pacientes con cirrosis influenciadas por el sitio geográfico, que van desde la causa primaria de la enfermedad, la probabilidad de desarrollar complicaciones y la sobrevivencia de dichos sujetos. Según lo reportado al Sistema Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) en 2020, la incidencia de cirrosis en Chiapas es ligeramente más baja al promedio nacional (2.29 a 3.04 casos por 100 mil habitantes), está relacionada con el consumo desmedido de bebidas alcohólicas y por los virus de hepatitis B y C en la mayor parte de los casos, así como es descrito para los países en desarrollo según la OMS. Por ende, se reconoce que es una patología frecuente en nuestra población, consecuencia de factores prevenibles, que significa un gran impacto

socioeconómico para las familias mexicanas de las que forman parte estos pacientes.

A pesar de que la calidad de vida ha sido diferente a lo esperado según lo concluido a partir de la bibliografía revisada, este estudio aporta una pequeña luz en el camino para descubrir cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes con cirrosis, haciendo énfasis en que el factor que tuvo mayor significancia fue la presencia de los hijos en el contexto de la enfermedad, representando la red de apoyo principal y quienes deben incluirse en el entendimiento de la génesis, pronóstico, tratamiento y prevención de potenciales complicaciones que acechan a sus familiares.

XVII. PROPUESTAS

- Concientizar a las personas sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol.
- Identificar a las personas con riesgo laboral por manipulación de productos biológicos, capacitándolos de forma permanente en pro de prevenir accidentes y por lo tanto, de infectarse con virus con potencial carcinogénico.
- Educar a la derechohabiente sobre los peligros del uso de drogas paraenterales, así como la manipulación de agujas, navajas y objetos punzocortantes de uso doméstico.
- Identificar la red de apoyo familiar una vez que se ha concluido el diagnóstico de cirrosis hepática, cerciorándose de que entienden la enfermedad, su causa y pronóstico.
- Trabajar en conjunto el médico familiar y la red de apoyo del paciente con cirrosis para asegurar correcto apego terapéutico y seguimiento.
- Prevenir el síndrome del cuidador quemado en la red de apoyo del paciente con cirrosis, a fin de evitar el abandono social y empeoramiento de la calidad de vida del mismo y de las personas de las que depende.

XVIII. BIBLIOGRAFÍA

1. México social, cirrosis hepática, cd de México 2015, encontrada en <https://www.mexicosocial.org/cirrosis-hepatica/>
2. Guías Diagnostica De Gastroenterología, México, hospital general de México, sin fecha de publicación. página 1-4
3. Guía de práctica clínica Diagnóstico y Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática c tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México; Instituto Mexicano del Seguro Social año de autorización para publicación 2009
4. Artículo de investigación, Carlos Meléndez G., José Meléndez G. Medwave 2012, Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México, agosto, 2012
5. Secretaría De Salud, Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1995. Principales causas de mortalidad general. México, D.F.: SSA, 1995:69
6. Artículo De Revisión de Misael Uribe, Epidemiología, fisiopatología y diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en el cirrótico, Gaceta Médica de México. 2012; 148:153-61
7. Artículo de revisión, Octavio Campollo, Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara, revista de gastroenterología, Guadalajara, Jalisco, México, 9 de mayo de 1997
8. Narro-Robles J, Gutiérrez-Avila JH, López-Cervantes M, Borges G, Rosovsky H. La mortalidad por cirrosis hepática en México I. Características epidemiológicas relevantes. Salud Pública Mex 1992; 34:378-387.
9. Rodríguez H, Guerrero J, Jacobo J, Rodríguez M. Análisis de sobrevida en pacientes cirróticos (resumen). Rev. Gastroenterología México 1993; 58:330.

10. Mas C, Manrique A, Varela C, Rosovsky H. Variables médicas y sociales relacionadas con el consumo de alcohol en México. *Salud Pública Mex* 1986; 28:473-479.
11. Guía De Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México, secretaria de salud año de autorización de publicación 2009.
12. Robbins y Cotran, "Patología Estructural y Funcional", 9ª Edición, Elsevier Saunders
13. Berenguer, Gastroenterología y hepatología, Editorial: Elsevier, 2002 p. 507
14. ASS-CAT, cirrosis hepática, Barcelona España, 20 septiembre del 2019 disponible en <https://asscat-hepatitis.org/consecuencias-hepaticas/cirrosis/>
15. Julio Ponce, Elsevier 2011, tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas, asociación de gastroenterología 3era edición, Madrid España, 2011
16. Gines P. Quintero E. Arroyo V. Compensated cirrhosis: Natural history and prognostic factors. *Hepatology* 1987; 7: 122-128.
17. Dirección De Encuestas, por Encuesta Nacional de Adicciones 2011, publicada en 2011, certificada por la secretaria de salud y se puede encontrar en <https://encuestas.insp.mx/ena/ena2011.php>
18. Artículo de investigación, Gilberto Mejía, Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud pre y post trasplante hepático, en pacientes de un hospital de alta complejidad, *psychol*, Bogota Colombia, pág. 53-63 Vol. 13 Núm. 1 (2019)
19. Baider, Lea, Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 2003;3(3):505-520. disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730306>
20. Garassini, María Elena, Narrativas de familiares de pacientes con cáncer. *CES Psicología* [Internet]. 2015;8(2):76-102. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417005>

21. Armando Rangel, m. c. (2010). cirrosis hepática. asociación mexicana de gastroenterología del dolor, 7 vol.1.
22. Alfredo Rodríguez Magallan, h. s. (2008). etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el hospital Juárez de México. hospital Juárez de México, 257-263.
23. Artículo Médico, Adela-Emilia Gómez Ayala Cirrosis hepática. Actualización, México. Vol. 26. Núm. 4. páginas 45-51, Julio 2012
24. Velasco, J. V.-R. (septiembre 2020). consenso mexicano de hepatitis alcohólica. gastroenterología de México, 332-353 vol. 85 núm. 3.
25. María Esther Quiroz, Y. N. (2010). estimación de costos de atención de pacientes con cirrosis hepática, en el instituto mexicano del seguro social. salud pública México, 52, 493-501.
26. Mayo Clinic, cirrosis hepática, Barcelona España, Feb. 06, 2021, disponible en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cirrhosis/symptoms-causes/syc-20351487>
27. Gazineo, D., Godino, L., Bui, V. et al. Health-related quality of life in outpatients with chronic liver disease: a cross-sectional study. BMC Gastroenterol 21, 318 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12876-021-01890-7>
28. Yepes Barreto IDJ, Meza ZC, Contreras MNM. Calidad de vida en pacientes con hepatitis C crónica en Colombia. Rev Colomb Gastroenterol. 2017;32(2):112–9 <https://doi.org/10.22516/25007440.139>
29. Rabiee, A, Ximenes, RO, Nikayin, S, et al. Factors associated with health-related quality of life in patients with cirrhosis: a systematic review. Liver Int. 2021; 41: 6–15. <https://doi.org/10.1111/liv.14680>

XIX. Anexos

Anexo 1: Cronograma de actividades

N°	ACTIVIDAD	2021							2022												
		MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	
1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																				
2	ANTECEDENTES																				
3	REVISION DE BIBLIOGRAFIAS Y PROTOCOLOS																				
4	REVISIÓN DE PROTOCOLO POR COMITÉ LOCAL																				
5	APLICACIÓN PRUEBA PILOTO																				
6	RECOLECCIÓN DATOS																				
7	TABULACIÓN DE RESULTADOS																				
8	ANALISIS DE DATOS ESTADISTICOS																				
9	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS																				

Anexo 2. Cuestionario de salud SF-36

Datos Del Paciente:

NSS_____EDAD_____ SEXO: MASCULINO_____
FEMENINO_____

ESTADO CIVIL:

SOLTERO_____CASADO_____VIUDO_____UNIÓN
LIBRE_____SEPARADO_____

LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA:

DIRECCIÓN: _____

¿CON QUIEN VIVE?

SOLO_____ CON PAREJA_____ FAMILIA_____

¿SITUACIÓN FAMILIAR?

CON HIJOS_____ SIN HIJOS_____

ESCOLARIDAD:

PRIMARIA_____SECUNDARIA_____BACHILLERATO_____TECNI
CO_____ PREGRADO____POSTGRADO_____

¿ACTUALMENTE SE ENCUENTRA LABORANDO?

SI _____ NO _____

Marque una sola respuesta

1) En general, usted diría que su salud es:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco

c. No, no me limita nada

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Si, mucho
- f. Sí, muchísimo

22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34) Estoy tan sano como cualquiera

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

Anexo 3: Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 23 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2021
Número de registro:	EN TRAMITE
Justificación y objetivo del estudio:	El siguiente estudio tiene la finalidad de buscar y clasificar la calidad de vida por la que cursan los pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática,
Procedimientos:	se procederá al llenado de una encuesta, la cual se realizará el procesamiento correspondiente después de recabar los datos obtenidos.
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Que el familiar y el paciente identifique la calidad de vida por la que cursa su familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará si el participante lo solicita.
Participación o retiro:	Participarán en el estudio los derechohabientes, que acuden a consulta externa en la UMF clínica 23, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y que cursan con el diagnóstico de cirrosis hepática, la cual se respetara su tipo de decisión para la participación o no, y en caso de querer retirarse del estudio puede hacerlo en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	Existe, conforme a los códigos éticos de investigación en humanos y en base a la Ley General de Salud.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DR. EVGRAF RUIZ LEÓN, RESIDENTE DE 1ER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR, CON SEDE EN LA UMF No 23, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Colaboradores:

DRA. LILIANA DEL CARMEN MELCHOR RUIZ

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

DR. EVGRAF RUIZ LEÓN

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 4: Autorizaciones de estudio



GOBIERNO DE
MÉXICO



IMSS DE CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 23/UMAA
DIRECCIÓN



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 23 de Julio del 2021
Oficio No. 072403200200/DIR-4242021

PRESENTA:
EVGRAF RUIZ LEÓN
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO
DRA. LILIANA DEL CARMEN MELCHOR RUIZ
MÉDICO FAMILIAR

Por medio del presente informo a ustedes que NO existe inconveniente alguno para que se realice dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 23/UMAA el proyecto de investigación titulado "Valoración de la calidad de vida en los pacientes con Cirrosis Hepática adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 en 2021."

Le recuerdo que antes de iniciar la recolección de la información deberá someter su trabajo a consideración de los comités de Investigación Número 703 y ética en Investigación N. 7008 para su autorización.

Agradeciendo la atención a la presente y sin más por el momento reciba saludos cordiales.

ATENTAMENTE
"Seguridad y Solidaridad Social"


Dra. Lucila Lopez Pablo
Directora UMF23/UMAA



PROCESADO POR EL CENTRO DE SERVICIOS AL PACIENTE DEL IMSS
C/PO BOX 7-7000 TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS
TEL: 961 240 3200 EXT. 7000

Anexo 5: Dictamen de aprobado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **703**.
U MED FAMILIAR NUM 13

Registro COFEPRIS **18 CI 07 101 059**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 07 CEI 001 2018102**

FECHA **Miércoles, 24 de noviembre de 2021**

Lic. Evgraf Ruiz León

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-703-102

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. francisco ricardo escobar diaz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 703

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS

Tuxtla Gutierrez, Chiapas a 18 Diciembre del 2023

Dra. Raquel Alfaro Pon
Coord. Clínico de Educación e Investigación en Salud.
Unidad de Medicina Familiar No. 23

Con Atención:

Dra. América Fabiola Benítez Rendón
Profesora titular del Curso de Especialización En Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 23

Por este medio informo a usted que el trabajo de Investigación denominado “**VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 23**” elaborado por **EVGRAF RUIZ LEON** para obtener el título de Especialista en Medicina Familiar, ha sido realizado bajo mi asesoría y considero que ha sido concluido satisfactoriamente y se encuentra listo para ser impreso.

Sin otro particular, quedo a disposición para cualquier aclaración adicional.

ATENTAMENTE


DRA LILIANA DEL CARMEN MELCHOR RUIZ
ASESOR METODOLOGICO

