



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.11  
TAPACHULA, CHIAPAS.**



**TÍTULO:  
“RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE REDES DE APOYO Y LAS  
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°11.”**

**FEBRERO 2022**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER  
EL GRADO DE:  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
DRA. CRUZ VÁZQUEZ ROCELIA**



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TITULO:**

**“RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE REDES DE APOYO Y LAS  
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°11.”**

**FEBRERO 2022**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER**

**EL GRADO DE:**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. CRUZ VÁZQUEZ ROCELIA**

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:**

**DR. RODRÍGUEZ RUIZ BOGAR ARTURO**





**BUAP**

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS**



**IMSS**

**TITULO:**

**“RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE REDES DE APOYO Y LAS  
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DE LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR N°11.”**

**AUTORIZACIONES**

**DR. RICARDO RAMOS MARTÍNEZ  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA  
U.M.F. 11.**

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPRESS  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR**



## AGRADECIMIENTOS

---

*Gracias a Dios por darme la oportunidad de continuar perseverante, con dedicación y fortaleza en este camino profesional y por permitirme cumplir una meta más en mi vida.*

*Gracias a mi esposo Diego Fabián Cruz Ruíz por su amor, apoyo y comprensión incondicional, por estar siempre a mi lado dándome fortaleza y tomando mi mano a cada paso para no caer o desistir, este logro también es tuyo amor.*

*Gracias a mi madre Dolores Vázquez Sandoval por todo su amor y educación brindada, gracias por sentar en mí las bases necesarias para ser una mujer fuerte, independiente y capaz de lograr cada meta que se propone, aprendiendo siempre de ella como mi gran ejemplo a seguir.*

*A mis hermanos Valeria, Edmundo y a toda mi familia gracias por su gran apoyo, por comprender las ausencias y por los consejos brindados.*

*Agradezco a mis maestros, en especial a mi asesor de tesis Dr. Bogar por su ayuda, paciencia y dedicación en esta tesis.*

## ÍNDICE

---

<b>TÍTULO.....</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>21</b>
<b>OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>22</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>22</b>
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>23</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>24</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>25</b>
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN.....</b>	<b>26</b>
<b>VARIABLES DE ESTUDIO.....</b>	<b>27</b>
<b>INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>32</b>
<b>RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y ECONÓMICOS.....</b>	<b>44</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>56</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>61</b>

## TÍTULO

---

**TÍTULO:  
“RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE REDES DE APOYO Y LAS  
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°11.”**

## R E S U M E N

---

**Título.** “Relación entre la presencia de redes de apoyo y las complicaciones en pacientes con cirrosis hepática de la Unidad de Medicina Familiar N°11.”

**Introducción.** Como problema de salud pública la cirrosis hepática ocupa la cuarta causa de muerte en México. En dicha población la prevención de complicaciones y el adecuado tratamiento es prioritario. La presencia de complicaciones de la enfermedad en un miembro de la familia genera un cambio total en la vida familiar, requiriendo cuidados especiales del paciente crónico, ante estas condiciones, la familia sigue siendo el principal soporte para el enfermo.

**Objetivo.** Determinar la relación de redes de apoyo en las complicaciones de cirrosis hepática en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N°11.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo. Universo 117 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática afiliados a la Unidad de Medicina Familiar N°11, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula, Chiapas. Se aplicó una ficha de identificación con variables sociodemográficas y el cuestionario MOS de apoyo social.

**Resultados.** Se encuestaron 87 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática que presentaron complicaciones en el último año, el índice global de apoyo social obtenido es 74.7% con apoyo adecuado y 25.3% con apoyo escaso. En el análisis estadístico se calculó una Chi cuadrada de 1.007 con p de 0.8.

**Conclusiones.** Las redes de apoyo social no están relacionadas con la presencia de complicaciones en la cirrosis hepática, sin embargo para mejora de la calidad de vida del paciente es importante contar con una buena red de apoyo.

**Palabras clave.** Cirrosis hepática, complicaciones, redes de apoyo.

## INTRODUCCIÓN

---

La cirrosis hepática es una patología crónica e irreversible, constituye el último estadio de diferentes procesos que afectan al hígado ya sea en forma aguda o crónica. Es una alteración difusa de la arquitectura del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración, se puede sospechar clínicamente por la historia clínica a documentar.

Los cambios histológicos general una alteración vascular intrahepática y una disminución de la masa funcional hepática, desarrollando consecuentemente hipertensión portal e insuficiencia hepática, resultando complicaciones mayores como ascitis, hemorragia digestiva, ictericia y encefalopatía hepática.

En este proceso la enfermedad y aparición de complicaciones en un miembro de la familia constituye un cambio importante en la vida de dicha familia, requiriendo cuidados especiales del paciente crónico. Ante estas condiciones, la familia sigue siendo el principal soporte para el enfermo. Contar con una red de apoyo podría ayudar al enfermo a incrementar la adherencia al tratamiento, enfrentar situaciones difíciles, dando apoyo emocional, cuidado y protección, contribuyendo así a una disminución en la presentación recurrente de complicaciones de la enfermedad.



## M A R C O T E Ó R I C O

---

La cirrosis hepática como problema de salud pública ocupa la cuarta causa de muerte en México. Es prioritario en dicha población la prevención de complicaciones y el adecuado tratamiento. (Torres, 2014).

La cirrosis hepática es crónica e irreversible, constituye el último estadio de diferentes procesos que afectan al hígado. Es una alteración de la arquitectura del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración, produciendo una alteración vascular intrahepática con disminución de la masa funcional hepática desarrollando consecuentemente hipertensión portal e insuficiencia hepática. (Suarez, Velazquez, Lorenzo, Garcia, & Baez, 2012).

Después del cáncer de colon, la cirrosis hepática representa una mortalidad mayor de las enfermedades relacionadas con el tracto gastrointestinal y es de los diagnósticos principales de egresos hospitalarios, con un incremento en el número de muertes por esta enfermedad. (Suarez, Velazquez, Lorenzo, Garcia, & Baez, 2012)

### **ETIOLOGÍA**

La cirrosis hepática está relacionada con:

- Hepatitis autoinmune
- Excesivo consumo de alcohol
- Hemocromatosis hereditaria
- Colestasis obstructivas crónicas
- Infección por hepatitis B y C
- Enfermedad de Wilson
- Obstrucción crónica del drenaje venoso

- Esteato-hepatitis no alcohólica
- Toxicidad por fármacos (Metotrexato, metildopa, vitamina A, etc.).
- En los niños la anormalidad congénita de la vía biliar (atresia de vía biliar, enfermedad de Alagille, enfermedad de Byler) es la causa más frecuente.
- Cirrosis criptogénica: Cuando no se determina el factor etiológico (5%). (México, s.f.).

## **EPIDEMIOLOGÍA**

En el mundo se calculan unas 800 mil muertes por año debido a la cirrosis hepática, constituyendo una causa importante de morbilidad y mortalidad con incremento de ésta en los últimos años, siendo un problema de salud a nivel mundial. (Sector Salud & Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2015)

La cirrosis hepática representa 1 de las 10 principales causas de muerte en hombres y mujeres en México, a pesar de manifestar un patrón descendente en los últimos 20 años.

En 2013, en México más de 23,000 personas fallecieron a causa de la cirrosis hepática, en donde aproximadamente tres cuartas partes eran del sexo masculino. Con una tasa de 19.6 en 2013 para el total de la población, donde 30.2 corresponde a hombres y 9.6 corresponde a mujeres.

La cirrosis hepática de origen infeccioso es más frecuente en mujeres, mientras que la cirrosis de origen alcohólico se presenta más en hombres.

Las defunciones por cirrosis hepática se presentan con mayor frecuencia a partir de los 30 años predominando en aquellas mayores de 50 años. En México, en el año 2013, 1 de cada 1000 personas de 60 años o más murió por esta causa.

Las muertes en recién nacidos por cirrosis hepática ocurren a consecuencia de una obstrucción congénita del flujo biliar.

En el año 2013 se realizó un análisis por estados, en donde Yucatán Veracruz y Puebla presentaron tasas superiores a 30 fallecimientos por cien mil habitantes. (Xiquez & Chong, 2014).

Ya que ésta enfermedad cursa con un estadio asintomático, es difícil establecer la prevalencia. Un programa de cribado en un estudio francés estimó la prevalencia de la cirrosis en 0,3%, mientras que en un estudio de Reino Unido y Suecia la incidencia anual fue de 15,3 a 132,6 por cien mil personas al año. (Charris & Bal, 2018).

## **CIRROSIS: HISTORIA NATURAL**

En su historia natural, la enfermedad consiste en una fase compensada asintomática generalmente, posteriormente las complicaciones se presentan en una fase descompensada o rápida.

La presión portal es normal en la fase compensada, al desarrollarse las complicaciones se presenta la descompensación; aparecen várices esofágicas, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, etc., determinantes de la sobrevida. La sobrevida es de 12 años en pacientes compensados y 2 años en aquellos pacientes descompensados. (Rangel & Cruz, 2009)

Podemos clasificar la cirrosis en 4 etapas o fases clínicas, éstas se definen por la existencia o ausencia de complicaciones, acordadas en el Baveno IV (consenso metodológico sobre diagnóstico y tratamiento de la hipertensión portal).

1º Etapa: Consiste en la ausencia de várices esofágicas y ascitis. Con una mortalidad <1%. 11.4% de pacientes abandonan esta etapa, 7% por presentar várices y 4.4% por presentar ascitis (con o sin várices).

2ª Etapa: Várices esofágicas existentes sin ascitis y sin sangrado. 3.4% de mortalidad, al presenta hemorragia (6.6%) y presenta ascitis (4%) salen de esta etapa.

3ª Etapa: Con una mortalidad del 20%, presencia de ascitis con o sin várices esofágicas que nunca han sangrado. Abandonan esta etapa por hemorragia 7.6% pacientes.

4ª Etapa: Presencia de Hemorragia gastrointestinal con o sin ascitis. 57% de mortalidad en 1 año, aproximadamente el 50% de estas muertes ocurre 6 semanas después de la presencia de hemorragia inicial.

La 1ª y 2ª etapa la constituyen los pacientes compensados, y la 3ª y 4ª etapas a aquellos pacientes descompensados. (Suarez, Velazquez, Lorenzo, Garcia, & Baez, 2012) (Rangel & Cruz, 2009)

## **CLÍNICA**

La presencia de arañas vasculares, telangiectasias y eritema palmar constituyen los signos cutaneos; disminución de la libido, atrofia testicular, trastornos del ciclo menstrual, trastornos de la distribución del vello corporal y ginecomastia son alteraciones endocrinas. Estos se presentan debido a trastornos metabólicos hormonales, como el incremento de estrógenos debido a la disminución del aclaramiento hepático; hiperinsulinemia, hiperglucagonemia y resistencia periférica a la insulina.

También existen alteraciones ungueales: estriación longitudinal, fragilidad ungueal, opacidad blanquecina e inversión en vidrio de reloj.

La toxicidad alcohólica que genera hemolisis excesiva, alteraciones inmunitarias o el incremento de la degeneración esplénica de hematíes generan hepatoesplenomegalia e ictericia. La hipertrofia parotídea, la contractura de Dupuytren, la pérdida progresiva de peso con desaparición del panículo adiposo, más en miembros pelvicos y torácicos, son otros síntomas, de igual forma presentan astenia y anorexia, estos últimos son por efecto alcohólico. Existen alteraciones cardiovasculares con decremento de las resistencias vasculares sistémicas, incremento del gasto cardíaco y reducción de la tensión arterial; el síndrome



hepatopulmonar por vasodilatación pulmonar y/o anastomosis arteriovenosas pulmonares: hipoxemia que aumenta en ortostatismo. (Espinosa., 2004).

## **COMPLICACIONES**

### **HIPERTENSIÓN PORTAL**

El proceso que marca el paso de cirrosis compensada a descompensada es la hipertensión portal, principalmente complicaciones como ascitis, várices esofagogástricas y encefalopatía hepática. Un tercio de las muertes en personas con cirrosis hepática es debido al sangrado de várices esofagogástricas, siendo una complicación más temida y letal en la hipertensión portal. Para un óptimo manejo es necesario comprender la fisiopatología de la hipertensión portal y de las várices, tanto los factores de riesgo que se asocian a la hemorragia. Los factores de riesgo que provocan la hemorragia por várices esofagogástricas deberían disminuir al prevenir la aparición de hipertensión portal y la aparición de várices bloqueando la producción de colágeno que contribuye a la resistencia vascular sinusoidal. (Martin Tagle, 2007).

### **GASTROPATÍA**

La gastropatía como complicación de la hipertensión portal habitualmente relacionada a la cirrosis hepática. La etiopatogenia no esta bien definida; sin embargo, se concidera que la hipertensión portal es un factor desencadenante para su desarrollo. La gastropatía de la hipertensión portal puede ser asintomática o manifestarse en forma de anemia ferropénica o hemorragia digestiva. La localización más característica de las lesiones endoscópicas es el fundus y van desde un patrón en mosaico hasta en los casos más graves manchas rojas difusas. En caso de hemorragia, aguda o crónica como profilaxis secundaria el tratamiento está indicado.

No existen suficientes datos para implementar la profilaxis primaria en aquellos que no han presentado hemorragia. Se utilizan betabloqueantes no

cardioselectivos y/o tratamientos endoscópicos ablativos, como el argón, fármacos que reducen la presión portal. No ha sido suficientemente analizado el papel del shunt intrahepático-portosistémico (tips) o la cirugía derivativa. La ectasia vascular antral por su parte, es una entidad poco frecuente en la cirrosis hepática y la cual su fisiopatología todavía se desconoce. Clínicamente, su comportamiento es igual a la gastropatía de la hipertensión portal y se presenta como manchas rojas en el antro a nivel endoscópico. Generalmente, será prioritario efectuar biopsia para diferenciar de la gastropatía en la hipertensión portal. Es recomendable el tratamiento ablativo endoscópico en aquellos pacientes con síntomas, ya que no se dispone de tratamiento médico efectivo y valorar antrectomía en casos graves. (Merixell, y otros, 2015)

## ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

Se puede definir como una alteración en la función del sistema nervioso central debido a insuficiencia hepática, produciendo alteraciones neuromusculares, neuropsiquiátricas y conductuales, relacionadas con diferentes mecanismos fisiopatológicos y que obedecen a múltiples causas existentes tanto en la enfermedad aguda y crónica, potencialmente reversibles. (Mesejo, Juan, & Serrano, 2008)

En la encefalopatía hepática, los mecanismos fisiopatológicos involucrados son: hiperamonemia, falsos neurotransmisores, citocinas inflamatorias, estrés nitrosativo, estrés oxidativo, receptores de benzodiazepinas, neuroesteroides, hiponatremia, productos bacteriano, neuroinflamación e infección bacteriana.

Los componentes etiopatogénicos principales de la encefalopatía hepática son la respuesta inflamatoria y la hiperamonemia. Como un subproducto de las proteínas ingeridas el principal productor de amonio son las bacterias intestinales. Actuando como neurotóxina la hiperamonemia afecta la síntesis de serotonina y dopamina y la producción de falsos neurotransmisores. (Salud, 2003)

Factores desencadenantes establecidos:

- Infecciones.
- Uremia.
- Hemorragia gastrointestinal.
- Hiponatremia.
- Hipokalemia.
- Tratamiento diurético.
- Deshidratación.
- Uso de antihistamínicos.
- Uso de psicofármacos.
- Exceso de ingesta de proteínas en la dieta.
- Estreñimiento.
- Derivación portosistémica quirúrgica o espontánea.
- Insuficiencia hepática aguda (hepatitis alcohólica, tóxica o viral).

Factores posiblemente implicados:

- Hipernatremia.
- Déficit de zinc.
- Anemia.
- Metionina oral.
- B-bloqueantes.
- (Cortés & Cordova, 2010)

## MALNUTRICIÓN

La malnutrición constituye un signo frecuente en pacientes con cirrosis hepática. Estudios han documentado que llegan a presentar malnutrición aproximadamente el veinticinco por ciento de las personas con cirrosis compensada y más del ochenta por ciento de pacientes con cirrosis hepática descompensada. Se presenta comúnmente como malnutrición calórico-proteica, lo que quiere decir, es una pérdida corporal progresiva de masa magra y tejido adiposo. La malnutrición

asociada a la presencia de ascitis y síndrome hepatorenal podría predecir la aparición de hemorragia en aquellos pacientes que presenten várices esofágicas.

La malnutrición en la hepatitis alcohólica está relacionada directamente al deterioro de la función hepática, aumentando así la mortalidad. El compromiso de la función inmune, el deterioro en la función respiratoria, incremento de la masa muscular, demora en recuperación, retraso en la curación y cicatrización de heridas también se asocian con un aumento de la morbimortalidad. De igual forma tienen hospitalizaciones más prolongadas aquellos pacientes con cirrosis hepática malnutridos. (aceves-martins, 2014)

## **DIAGNÓSTICO**

Laboratoriales:

- Transaminasas normales o aumentadas.
- Hiperbilirrubinemia directa e indirecta.
- GGT aumentada (colestasis e ingesta de alcohol).
- Fosfatasa alcalina aumentada (colestasis).
- Hipergammaglobulinemia contra los Ag de origen intestinal no depurados.
- Hipo-protrombinemia.
- Colesterol disminuido.
- Hipo-albuminemia.
- Por déficit de la síntesis de factores de coagulación: Trastornos de la coagulación.
- Anemia: Microcítica hipocrómica (por pérdidas hemáticas del tubo digestivo) macrocítica (déficit de ácido fólico o por acción tóxica del alcohol) y normocítica (si hay hemólisis).
- Trombocitopenia.
- En caso de hiperesplenismo: Leucopenia.



Exploraciones complementarias:

- La ecografía abdominal es útil y mejor costo-eficacia. Muestra el tamaño del hígado y del bazo, ascitis, colaterales portosistémicas, aumento del diámetro de la vena porta y esplénica en caso de hipertensión portal (HTP).
- La fibrogastroscofia muestra la existencia de várices esofágicas.
- La biopsia hepática instaura el diagnóstico con seguridad. (Espinosa., 2004).

## PRONÓSTICO

En aquellos pacientes que no han presentado ascitis, sangrado del tubo digestivo o encefalopatía hepática, es decir, personas con cirrosis hepática compensada la supervivencia es prácticamente prolongada.

La clasificación Child-Turcotte modificada por Pugh, utiliza parámetros clínicos y de laboratorio, ésta determina el pronóstico de los pacientes con cirrosis hepática. (Alfredo Rodríguez, 2008)

	A	B	C
ASCITIS	NO	CONTROLABLE	NO CONTROLABLE
ENCEFALOPATÍA	NO	I II	III IV
ALBÚMINA	>3.5	2.8-3.5	<2.8
T. PROTROMBINA	>50%	35-50%	<35
BILIRRIBUNAS	>2	2-3	<2

Cuadro 1. Clasificación de Child Pugh modificada.

A: 5-7 pts.

B: 8-9 pts.

C: Más de 9 pts.

## **TRATAMIENTO**

Dirigido principalmente a prevenir los factores etiológicos, y después el manejo integral:

- No bebidas alcohólicas.
- Reposo.
- Dieta para hepatopata con 0.5 grs. de proteínas de origen animal por Kg de peso, líquidos restringidos a 1200 ml en 24 hrs, restricción de Na<sup>+</sup> de acuerdo a los electrolitos urinarios.
- Doble esquema de diurético (por ascitis: espironolactona y furosemida, ajustando de acuerdo a la respuesta) a dosis de 100 mgs - 40 mgs en DU por las mañanas.
- Betabloquadores como Propanolol y Nadolol (con ajuste de dosis acorde a la reducción basal de la frecuencia cardiaca: menor a 25%), logrando evitar la bradicardia sintomática (<55x') o la hipotensión diastólica <60 torr.
- Poli-vitaminicos y suplemento alimenticios.
- Tratamiento endoscópico: de varices esofagogástricas (escleroterapia o ligadura) (Salud, 2003).

## **REDES DE APOYO EN EL PACIENTE CON CIRROSIS HÉPÁTICA**

Las redes de apoyo las podemos definir como lazos que surgen entre las personas para brindarse apoyo entre sí, en casos de crisis o necesidad las redes formadas con lazos de parentesco, amistad y vecindad, constituyen la principal fuente de apoyo. (Como funcionan las redes de apoyo familiar y social en México.)

Litman dice: «la familia es el contexto más importante dentro del cual la enfermedad se presenta y se resuelve». De los cuidados para la salud el 75% ocurre en el contexto informal de la familia extensa.

El curso de ésta enfermedad resulta ser permanente, obligando a la familia a los cuidados constantes del paciente; progresivamente, la familia se encuentra

sometida a demandas que van incrementando a lo largo del desarrollo de la enfermedad; al presentarse reagudizaciones, obliga a la familia a estar en un estado de alerta permanente para detectarlas. (Blanca, 2013).

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que puede provocar limitaciones. Estas limitaciones también pueden condicionar al estado anímico (Guía de cuidados para pacientes con cirrosis hepática y sus familiares.) Del enfermo y de la evolución de la enfermedad, aquellos con cirrosis hepática crónica presentan más riesgo de readmisión hospitalaria (Alexander Malpica-Castillo, 2013).

Las transformaciones sociales podrían afectar la resistencia de las personas ante la enfermedad, por las alteraciones metabólicas que se originan, debido a las pocas señales o información importante en las relaciones sociales (principalmente las personas significativas y próximas para el paciente), puede provocar el origen de la enfermedad, esto según J. Cassel (1974).

G. Caplan (1974) refiere la relevancia que tienen los recursos originados de las diferentes relaciones sociales establecidas como apoyo emocional e instrumental para el bienestar de los individuos. Sobresale lo necesario para realizar actividades que deberían afectar los profesionales y así mejorarr el desarrollo de contactos sociales, siendo proveedores de apoyo en una determinada comunidad. (Fernandéz, 2005)

## J U S T I F I C A C I Ó N

---

La cirrosis hepática es crónica e irreversible, con un índice alto de morbimortalidad.

Es un problema de salud pública dentro de las principales causa de muerte por lo que es importante conocer su evolución, manejo y como evitar la presencia de complicaciones.

Es una enfermedad multifactorial, que cursa con complicaciones graves como hemorragia digestiva, ascitis, encefalopatía hepática e ictericia, siendo permanentes aquellos cuidados que requieren las personas con la enfermedad.

Repercute en aquellos aspectos de la vida en familia, transformando permanentemente las actividades familiares. En la enfermedad crónica quienes soportan la mayor parte de los cuidados es la familia, siendo crucial para la evolución de la enfermedad.

Las redes constituyen la forma en que los individuos forman uniones entre sí y darse apoyo y la influencia de estas redes en el proceso de la enfermedad puede repercutir en la forma en que los individuos enfrenan dicha enfermedad y por consiguiente influir en su evolución.

Al realizar el presente estudio se pretende determinar la presencia de redes de apoyo en pacientes con cirrosis hepática y la relación con las complicaciones, que si bien son inevitables en esta patología, podría influir en la recurrencia de las apariciones y de igual forma entre menos frecuencia de complicaciones conlleva a menos costo institucional debido al ahorro en hospitalizaciones.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que representa un grave problema de salud, debido a la presentación de sus complicaciones y a su elevada morbi-mortalidad.

La aparición de complicaciones en esta enfermedad en un miembro de la familia constituye un cambio importante en la vida familiar, requiriendo cuidados especiales del paciente crónico. Ante estas condiciones, la familia sigue siendo el principal soporte para el enfermo.

Diariamente complicaciones como sangrado del tubo digestivo, encefalopatía hepática, ascitis entre otras, llenan las salas de urgencias hospitalarias, si bien la enfermedad cursa por fases asintomáticas o compensadas, la rápida evolución a una fase descompensada podría estar no solo relacionada a una fase avanzada de la enfermedad, si no a un rápido deterioro secundario a la falta de redes de apoyo familiares que ayuden al paciente a enfrentar dicha enfermedad.

Surgiendo la siguiente duda de investigación:

¿Cuál es la relación entre la presencia de redes de apoyo y las complicaciones en pacientes con cirrosis hepática de la Unidad de Medicina Familiar N°11?

## **OBJETIVO GENERAL**

---

Relacionar la presencia de redes de apoyo en pacientes con complicaciones de cirrosis hepática de la Unidad de Medicina Familiar N°11.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

---

1. Identificar factores sociodemográficos de los pacientes con cirrosis hepática de la Unidad de Medicina Familiar N° 11.
2. Identificar la presencia de complicaciones de la cirrosis hepática en el último año en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N° 11.
3. Identificar la existencia de redes de apoyo en pacientes con cirrosis hepática de la Unidad de Medicina Familiar N° 11.

## HIPÓTESIS

---

**HIPOTESIS DE TRABAJO.** Los pacientes con cirrosis hepática que cuentan con redes de apoyo familiar han presentado menos complicaciones en el último año que los pacientes que no la tienen.

**HIPOTESIS NULA.** No hay relación existente entre la red de apoyo familiar y la presencia de complicaciones en pacientes con cirrosis hepática en el último año.

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

**DISEÑO DE ESTUDIO:** Se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo, analítico.

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** Paciente diagnosticados con cirrosis hepática afiliados a la Unidad de Medicina Familiar N° 11, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula, Chiapas.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** 117 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática afiliados a la Unidad de Medicina Familiar N° 11 de Tapachula, Chiapas.

**TIEMPO DE ESTUDIO:** Noviembre de 2019 a enero de 2021.

**PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** Marzo de 2020 a mayo de 2020.

**UNIVERSO:** Corresponde a pacientes diagnósticos con Cirrosis Hepática afiliados a la Unidad de Medicina Familiar N° 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas.

**LUGAR DE ESTUDIO:** El estudio se realizará en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar N° 11, del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas.

**TIPO DE MUESTREO:** Probabilístico aleatorio simple. Mediante entrevistas y aplicación del cuestionario MOS de redes apoyo.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** No se calcula el tamaño de la muestra debido a que el presente estudio se realizará en el total de paciente diagnosticados con Cirrosis Hepática afiliados a la Unidad de Medicina Familiar N°11, del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas.



## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

---

El presente estudio se realizará en la infraestructura de la Unidad de Medicina Familiar N°11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se entrevistará a pacientes diagnosticados con cirrosis hepática adscritos a la unidad antes mencionada.

Como herramienta de medición se aplicará el cuestionario MOS de apoyo social el cual es autoadministrado, de fácil comprensión y breve; instrumento con el que se investiga el apoyo global y sus 4 dimensiones: a) afectiva (demostración de empatía, amor y cariño), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informacional (posibilidad de información, asesoramiento y consejo).

Lo constituyen veinte ítems, el 1º evalúa el tamaño de la red social, dimensionando el nº de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el paciente; los otros se presentan de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre).

El instrumento es validado con una consistencia interna medida con el  $\alpha$  de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, que permite conocer la red familiar y extra-familiar. Se realizará medición de medidas de tendencia central: Media, mediana y moda, porcentajes y cálculos de correlación usando la correlación de Pearson y  $\chi^2$ , lo obtenido se presentarán en gráficos y tablas de frecuencia.

Una vez realizado el análisis de la recolección de datos se procederá a canalizar al servicio de trabajo social aquellos pacientes que resulten con apoyo social escaso.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

---

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática con presentación de al menos una complicación en el año.
- Que estén afiliados a la Unidad de Medicina Familiar N° 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Que libremente acepten y por escrito su participación en el estudio a través de una carta de consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Pacientes que no tengan la enfermedad.
- Pacientes que no estén adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Paciente con cirrosis que no hayan presentado complicaciones.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

- Encuestas mal requisitadas.
- Pacientes que deseen abandonar el estudio.

## VARIABLES DE ESTUDIO

---

### VARIABLES DEPENDIENTES:

- Complicaciones de la cirrosis hepática

### VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Género
- Religión
- Ocupación
- Redes de apoyo

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>MEDICIÓN</b>	<b>ESCALA</b>
Complicación de la cirrosis hepática.	Evolución clínica de la cirrosis hepática avanzada.	Cualitativa nominal	Politómica	-Hipertensión portal -Gastropatía -Encefalopatía hepática -Malnutrición
E d a d	Tiempo de vida de una persona u ser vivo, iniciando desde el nacimiento.	Cuantitativa Discontinua	Dicotómica	A ñ o s
G é n e r o	Referente al tipo, clase, estirpe o linaje al que pertenece un grupo de cosas o seres de la misma naturaleza, que comparten génesis, forma y/o características.	Cualitativa nominal	Dicotómica	-Femenino -Masculino
R e l i g i ó n	Creencias, costumbres y	Cualitativa nominal	Politómica	- Católica -Cristiana

	símbolos entorno a una idea de la divinidad o lo sagrado.			-Evangélica -Otras.
Ocupación	Del verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). Sinónimo de trabajo-labor-quehacer.	C u a l i t a t i v a n o m i n a l	Politómica	- Campesino - Empleado - Desempleado -Ama de casa -Jubilado
Redes de apoyo	Lazos que surgen entre las personas para brindarse apoyo entre sí, aquellas formadas por lazos de parentesco, vecindad y amistad, son la principal fuente de apoyo en crisis o necesidad.	C u a l i t a t i v a n o m i n a l	politómica	-Índice global de apoyo social -Apoyo emocional -Ayuda material -Relaciones sociales de ocio y distracción -Apoyo afectivo

## I N S T R U M E N T O   D E   E V A L U A C I Ó N

---

### CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Instrumento realizado por Sherbourne y cols. en participantes del *Medical Outcomes Study (MOS)*, con un  $\alpha$  de Cronbach de 0.97 de consistencia interna para la puntuación total, mostrando la red familiar y extra-familiar. Cada estructura del instrumento fue elegido cuidadosamente procurando ser de fácil entendimiento, breves y limitados a una idea única.

Es un test muy empleado en la evaluación del apoyo social en personas con enfermedades crónicas, demostrando adecuadas propiedades psicométricas al evaluar diferentes dimensiones del apoyo social.

Caracterizado por ser autoadministrado, fácil de comprender y breve; investiga el apoyo global y sus 4 dimensiones: 1) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), 3) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y 4) informacional (posibilidad de información, asesoramiento y consejo).

Instrumento constituido por veinte ítems, el 1º mide el tamaño de la red social dimensionando el núm. de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el paciente; los otros ítems están conformados acorde a la escala de Likert del 1 al 5 (nunca-siempre) [Anexo 1]. Cada anexo equivale a una dimensión de las estudiadas por el instrumento, al lado del número de ítem está una letra correspondiendo a:

(E)	Apoyo	emocional/informacional,	(I)
instrumental,	(A) afectivo	e(IS) interacción social	positiva.

El índice global de apoyo social es la suma de las puntuaciones de los 19 ítems (del 2 al 20). Se considera un apoyo social escaso si el resultado es

menor de 57 de la puntuación propia del índice global y falta de apoyo en cada dimensión cuando la dimensión Emocional sea  $< 24$ , Interacción Social positivo  $< 12$ , Instrumental  $< 12$  y dimensión Afectiva si es  $< 9$ .

Este instrumento es fiable y válido que nos deja establecer una visión multidimensional del apoyo social. Al utilizarlo observamos situaciones de riesgo social alto y así poder intervenir en el individuo y su entorno social. (Cuba, 2011)



## CONSIDERACIONES ÉTICAS

---

La investigación realizada cuenta con apego acorde a lo planteado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en investigación para la salud en México (Secretaría de Salud 1986); En su título 2º “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. Acorde a lo estipulado en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, esta investigación se considera sin riesgo.

Tratándose de una investigación que como fuente de información tendrá a seres humanos, se protegerá la confidencialidad y la dignidad de los participantes conservando la integridad individual en la recolección de datos, por medio del consentimiento informado.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento que no plasma nombre ni dirección protegiendo así la privacidad de los participantes, antes de aplicar el instrumento se explicará la justificación y objetivos de la investigación, se aclararán dudas del procedimiento, beneficios y puntos relacionados al estudio.

Los participantes cuentan con la libertad de retirar su consentimiento y culminar su participación en el estudio en el momento deseado según las fracciones I, VI, VII y VIII.

En cuanto al consentimiento informado, se establece acorde el Artº 23 de dicho reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

La presente investigación tendrá base en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia en Junio 1964 y enmendada por la XXIX Asamblea Médica Mundial de Tokio Japón en Octubre 1975, la XXXV Asamblea Médica Mundial de Venecia Italia en Octubre 1983 y la IVI Asamblea Médica Mundial de Hong Kong en Septiembre 1989.

El presente estudio médico está acorde los lineamientos de la Secretaria del Trabajo y previsión Social, en el Diario Oficial de la Federación con fecha de 13 de noviembre 2014.

1.- La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración deberá considerarse como un todo y un párrafo debe aplicarse considerando los otros párrafos pertinentes.

2.- Declaración destinada en su principio a los médicos conforme al mandato de la AMM. La AMM exhorta a otras investigaciones médica realizadas en seres humanos a seguir estos principios.

3.- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a: “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4.- El médico deberá promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluyendo los que participan en el estudio médico. Deberán subordinarse al cumplimiento de ese deber la conciencia y los conocimientos médicos.

5.- En la investigación esta el progreso de la medicina que, en último término, debe incluir estudios en humanos.

6.- El principal propósito de la investigación médica en seres humanos es entender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Las mejores injerencias probadas deben ser calificadas persistentemente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, de calidad y accesibles.

7.- Sometida a normas éticas se encuentra el estudio médico, sirviendo para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales.

8.- 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.

9.- En el estudio médico, es deber del médico proteger la vida, dignidad, salud, autodeterminación, integridad, intimidad y confidencialidad de la información personal proporcionada de los participantes en la investigación. La responsabilidad que toman parte en la investigación respecto a la protección de los participantes recae en el médico u otro profesional de la salud y no en los participantes del estudio, aunque se cuente con el consentimiento.

10.- Se deberán considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para el estudio en seres humanos, en sus propios países, de igual forma a las vigentes normas y estándares internacionales. No es permitido que un requisito legal, ético, jurídico nacional o internacional disminuya o elimine las medidas de protección para los participantes en el estudio establecido en dicha declaración.

11.- El estudio médico debe efectuarse de tal forma que disminuya al mínimo el daño al medio ambiente.

12.- La investigación médica en humanos deberá realizarse por personal con formación, educación y apropiada calificación científica y ética. En la investigación en aquellos voluntarios sanos o pacientes deberá supervisarse por un médico u competente y debidamente calificado profesional de la salud.

13.- En la investigación médica aquellos grupos sub-representados deben contar con un acceso apropiado a la participación en el estudio.

14.- Aquel médico que mezcla la atención y la investigación médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo cuando se justifique un valor preventivo potencial, diagnóstico o terapéutico y si se tienen adecuadas razones para considerar que la participación en la investigación no afectará adversamente la salud de los participantes de la investigación.

15.- Deberá verificarse la adecuada compensación y tratamiento para los participantes que pudieran resultar dañados en la participación del estudio de investigación.

## RIESGOS, COSTOS Y BENEFICIOS:

16.- Como práctica de la investigación médica y medicina, implican algunos costos y riesgos la mayoría de las intervenciones. Sólo se deberá realizar la investigación médica en seres humanos cuando es mayor que el riesgo y los costos para el participante del estudio la importancia de su objetivo.

17.- Se deberá preceder de una cuidadosa comparación de riesgos y costos para las personas y grupos participantes. Esto en toda investigación médica con seres humanos, en comparación con los probables beneficios para ellos y otras personas o grupos afectados por la enfermedad estudiada. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. El investigador debe continuamente monitorear, evaluar y documentar los riesgos.

18.- Los médicos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido correctamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera adecuada no deben involucrarse en investigaciones en humanos. Cuando los beneficios esperados son menos importantes que los riesgos que conlleva o al existir pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deberán evaluar si se continúa, modifica o suspende inmediatamente la investigación.

## GRUPOS Y PERSONAS VULNERABLES:

19.- Algunas personas y grupos sometidos al estudio pueden ser particularmente vulnerables y por lo tanto tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Deben recibir protección específica todas las personas y grupos vulnerables.

20.- El estudio médico en grupos vulnerables únicamente se justifica si la investigación responde a las prioridades de salud o necesidades de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

## REQUISITOS CIENTÍFICOS Y PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN:

21.- Debe conformarse el estudio médico en seres humanos con los principios científicos regularmente aceptados y deberán sustentarse en un amplio conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información adecuadas, de igual forma en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, de forma oportuna. De igual forma se debe proteger el bienestar de los animales participantes en los experimentos.

22.- En un protocolo deben ser justificados y describirse claramente el proyecto y el método de todo estudio en seres humanos. El protocolo siempre deberá referirse a las consideraciones éticas del caso, señalando cómo lo considerado a los principios enunciados en esta declaración. Deberá incluir información sobre patrocinadores, financiamiento, posibles conflictos de interés, afiliaciones institucionales e incentivos para las personas del estudio y las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en el estudio.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las disposiciones después del ensayo.

## COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN:

23.- Antes de comenzar el estudio el protocolo de investigación se deberá enviar a consideración, comentario, consejo y aprobación del adecuado comité de ética de investigación. El comité debe estar debidamente calificado, debe ser transparente en su funcionamiento, deberá ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Este comité debe tomar en cuenta las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, así también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que se minimecen o eliminen ninguna de las protecciones para los participantes del estudio determinadas en esta declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador debe brindar información del control al comité, principalmente sobre todo incidente adverso grave. No deberá realizarse ninguna corrección en el protocolo sin la consideración y autorización del comité. Al terminar la investigación, se deberá presentar un informe final al comité, con un resumen de los resultados y conclusiones de la investigación.

#### PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

24.- Se debe implementar las debidas precauciones para resguardar la intimidad de los participantes del estudio y la confidencialidad de su información personal.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

25.- En la investigación médica debe ser voluntaria la participación de personas capaces de dar su consentimiento informado. Aunque pudiera ser conveniente consultar a líderes de la comunidad o familiares, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado deberá ser incluida en un estudio, deberá aceptar libremente.

26.- En todo estudio con humanos que pueden dar su consentimiento informado, cada probable participante debe recibir información pertinente sobre objetivos, métodos, posibles conflictos de intereses, beneficios calculados, fuentes de financiamiento, afiliaciones institucionales del investigador, incomodidades y riesgos probables derivados, estipulaciones post estudio y todo aspecto referente al estudio. El potencial participante recibirá información del derecho de participar o no en el estudio y en cualquier momento poder retirar su consentimiento, sin represalias. Deberá poner especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, así también a los métodos implementados para entregar la información.

Posterior a confirmar que la persona ha entendido la información, el médico u otra persona calificada adecuadamente deberá solicitar, de preferencia por escrito, el consentimiento informado y voluntario del participante. De no poder obtener por escrito el consentimiento, deberá ser documentado y atestiguado formalmente dicho proceso. Todos los participantes en el estudio médico deberán tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27.- Al solicitar el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado al potencial participante cuando esté vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En este tipo de situaciones, el consentimiento informado debe ser solicitado por personal adecuadamente calificado y que nada tenga que ver en dicha relación.

28.- Cuando el potencial participante presente incapacidad para otorgar su consentimiento informado, deberá solocitarse por medio del médico al representante legal el consentimiento informado. Las personas que no tenga posibilidades de beneficio en la investigación no deben ser incluidas, solo que se tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el potencial participante y éste estudio no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y si la investigación implica mínimo costo y riesgo.

29.- Si un participante potencial que forma parte del estudio se concidera incapaz de dar su consentimiento informado, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe solicitarlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

30.- El estudio en personas no capaces mentalmente o físicamente de brindar su consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición mental/física que impide brindar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En esta situación, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si el representante no está disponible y al no poderse retrasar la investigación, el estudio puede realizarse sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a personas con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado

hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y la investigación haya sido autorizada por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en el estudio se solicitará lo antes posible de la persona participante o de un representante legal.

31.- El médico informará claramente al individuo los puntos de la atención que tienen relación con el estudio. La negativa del individuo a participar en una investigación o la decisión de retirarse no debe afectar de manera contraproducente la relación médico-paciente.

32.- Para el estudio médico que utilice datos o materiales humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe solicitar el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que puede ser imposible recabar el consentimiento para el estudio. En dicha situación, el estudio se puede realizar sólo posterior a considerarse y aprobarse por un comité de ética de investigación.

#### USO DEL PLACEBO:

33.- Aquellos beneficios, riesgos, costos y eficacia posibles de toda nueva intervención necesitan ser evaluados mediante su comparación con las mejores probadas intervenciones, A excepción de las circunstancias siguientes:

Al no existir una probada intervención, el placebo, o ninguna intervención, es aceptable; debido a científicamente sólidas y convincentes razones metodológicas, será requerido para comprobar la eficacia y seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Aquellos individuos al presentar cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada. Se deberá tener especial cuidado en evitar abusar de esta opción.



## ESTIPULACIONES POST - ENSAYO:

34.- Previo al ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben anticipar el acceso post-ensayo aquellos participantes que todavía necesitan una intervención que en el ensayo ha sido identificada como beneficiosa. Durante el proceso del consentimiento informado ésta información también deberá proporcionarse a los participantes.

## INSCRIPCIÓN Y PUBLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS:

35.- Deberá ser inscrito en una base de datos disponible al público todo estudio con seres humanos previo aceptar al 1º participante.

36.- Tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de la investigación los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores. Los investigadores deberán tener a la disposición del público los resultados de la investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o por lo contrario deberá estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no esten acorde a los principios descritos en esta declaración no deben ser aceptados para su publicación.

## INTERVENCIONES NO PROBADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:

37.- Cuando en la atención de un paciente las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de solicitar consejo de experto, con el consentimiento informado del participante o de un representante legal autorizado, puede dejarse usar

intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Posteriormente dichas intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su eficacia y seguridad. En todas las situaciones, esa nueva información debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

\*Los párrafos 26, 27, 28 y 29 han sido revisados editorialmente por el Secretariado de la Asociación Médica Mundial (AMM) el 5 de mayo de 2015.

## PRINCIPIOS BÁSICOS:

1. Todo ensayo clínico debe realizarse acorde a los principios éticos expresados en la Declaración de Helsinki, las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) y los correspondientes requisitos regulatorios.

2. Previo de iniciar un ensayo clínico, se deben evaluar riesgos vs beneficios esperados para el individuo y sociedad. Un ensayo debe iniciarse y continuarse sólo si los beneficios justifican los riesgos.

3. La seguridad, el bienestar y los derechos del individuo son esenciales y sobresalen de los intereses de la ciencia y la sociedad.

4. La información clínica y no clínica disponible acerca de una investigación deben ser adecuadas y suficientes, y así justificar el ensayo clínico propuesto.

5. El protocolo debe ser científicamente sólido y presentado en un formato escrito.

6. El estudio debe ser conducido de acuerdo con el protocolo que ha sido aprobado previamente por el comité de ética correspondiente.

7. Las atenciones y decisiones médicas deben ser siempre realizadas por un profesional médico calificado.

8. Cada individuo involucrado en la conducción de un estudio debe tener la calificación, entrenamiento y experiencia necesaria para su función.

9. Consentimiento informado libremente entregado por todos los sujetos participantes, antes de cualquier procedimiento del estudio.

10. El manejo, registro y almacenamiento de toda la información clínica debe ser de tal manera que proporcionen su reporte, interpretación y verificación.

11. Confidencialidad de la identidad de los sujetos.

12. Los productos de investigación deben ser producidos de acuerdo con Buenas Prácticas de Manufactura

(GMP, de acuerdo con su sigla en inglés) y manejados acorde al protocolo autorizado.

13. Debe implementarse sistemas que garanticen la calidad de los aspectos de un estudio clínico.

## RESPONSABILIDADES DE LOS PARTICIPANTES EN UNA INVESTIGACIÓN CLÍNICA:

- **INVESTIGADOR:** responsable de conducir la investigación en un centro. Si esta es realizada por un equipo, es responsable del equipo.
- **COMITÉ DE ÉTICA:** responsable de asegurar la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos participantes, revisa y aprueba el protocolo, la capacidad de los investigadores e instalaciones y los materiales y métodos para obtener el consentimiento informado.
- **PATROCINADOR:** Es el responsable de iniciar, administrar y/o financiar la investigación.

## DEFINE DOCUMENTOS BÁSICOS:

- a. Protocolo

b. Folleto del investigador; contiene toda la información pre-clínica y clínica que es relevante para conducir el ensayo clínico.

c. Documentos esenciales; son los que individual y colectivamente proporcionan la evaluación de un ensayo y la calidad de los resultados obtenidos.

Estos permiten mostrar el cumplimiento del investigador, patrocinador y monitor con las normas de BPC y con cada uno de los requisitos reglamentarios aplicables.

# RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y ECONÓMICOS

---

## HUMANOS .

- Asesor metodológico y contenido de la investigación.
- Investigador: Residente de Medicina Familiar.
- Colaboradores: Residentes de Medicina Familiar.

## MATERIALES .

- Una computadora
- Una memoria USB
- Una impresora
- Un tóner de impresora
- Bolígrafos
- Hojas de papel
- Lápices

## ECONÓMICOS .

- Los datos utilizados son archivos y sistemas correspondientes al IMSS. El investigador sufragará los costos de la investigación.

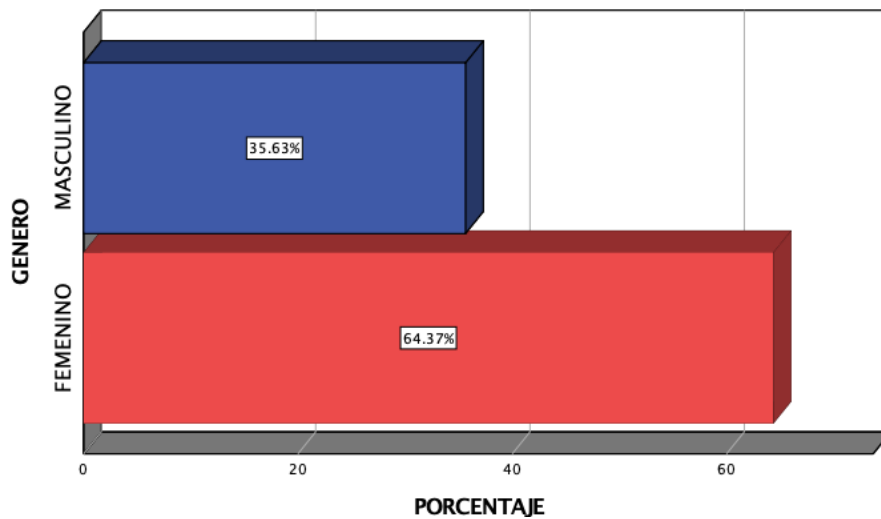
## R E S U L T A D O S

Se encuestaron 87 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática con complicaciones en el último año y que están afiliados a la UMF N°11, en el lapso establecido: marzo a mayo del año 2020. Se utilizó una ficha de identificación con variables sociodemográficas como edad, género, religión y ocupación y si presentaron complicaciones por cirrosis hepática en el último año y que complicación, así como el cuestionario MOS de apoyo social. Se excluyeron 30 pacientes al no cumplir con los criterios de inclusión, teniendo como total 87 pacientes, en donde la población femenina fue la más afectada con 56 pacientes que presentaron complicaciones, representando el 64.4%.

TABLA 1.- GÉNERO

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	56	64.4
MASCULINO	31	35.6
TOTAL	87	100.0

GRÁFICA 1.- DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



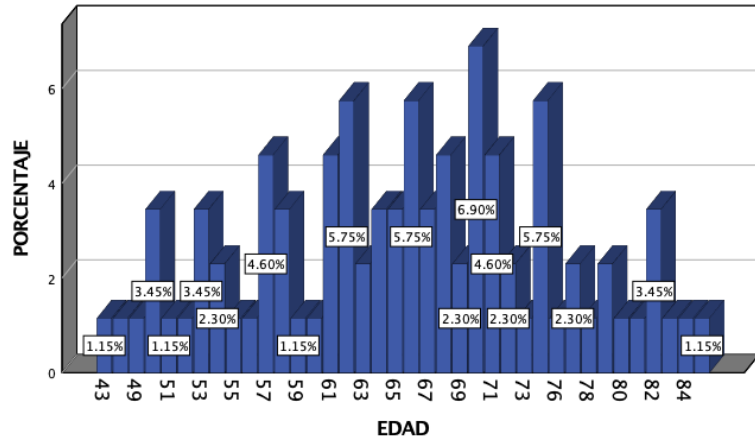
FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN .- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.

La edad de los entrevistados oscilo entre los 43 y 84 a ñ o s. Media de 65 a ñ os, una mediana de 66 y una moda de 70 a ñ os.

T A B L A 2.- EDAD

MEDIDA DE TENDENCIA CENTRAL	EDAD
MEDIA	65 AÑOS
MEDIANA	66 AÑOS
MODA	70 AÑOS

GRÁFICA 2.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD



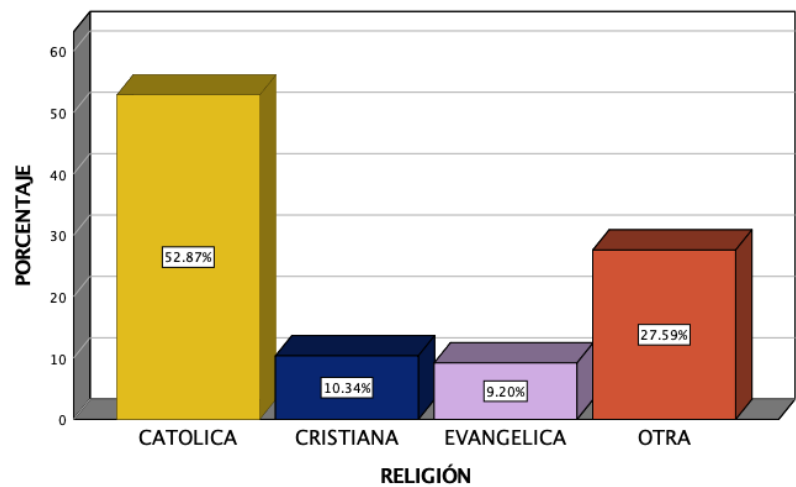
FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.

La frecuencia de religión en la ficha de identificación del cuestionario se graficó de la siguiente manera:

TABLA 3.- RELIGIÓN

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	46	52.9
CRISTIANA	9	10.3
EVANGELICA	8	9.2
OTRA	24	27.6
TOTAL	87	100.0

GRÁFICA 3.- DISTRIBUCIÓN POR RELIGIÓN



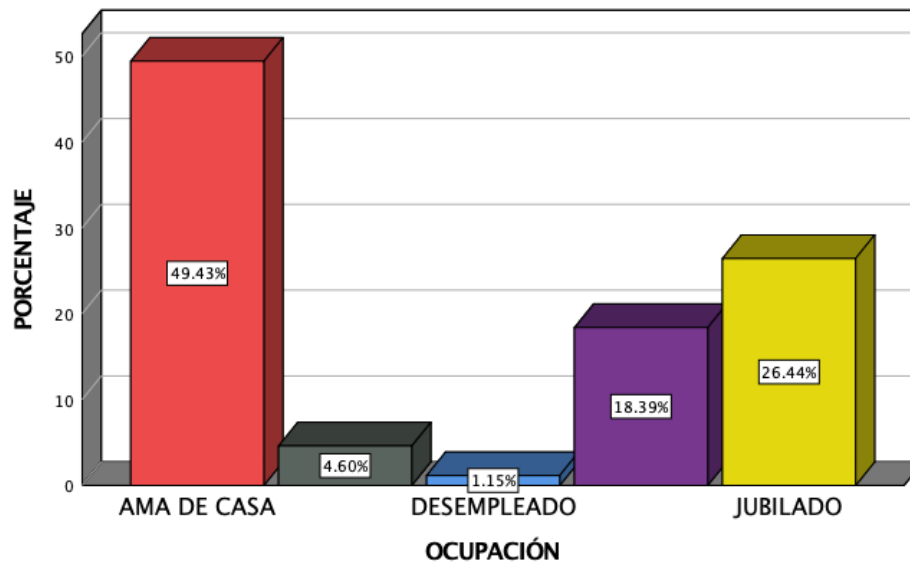
FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.

TABLA 4.- TIPOS DE OCUPACIÓN

En relación a la ocupación encontramos que el 49.4% son amas de casa, 4.6% son campesinos, desempleados con un 1.1%, empleado un 18.4% y jubilados un 26.4%.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	43	49.4
CAMPESINO	4	4.6
DESEMPLEADO	1	1.1
EMPLEADO	16	18.4
JUBILADO	23	26.4
TOTAL	87	100.0

GRÁFICA 4.- TIPOS DE OCUPACIÓN



FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.

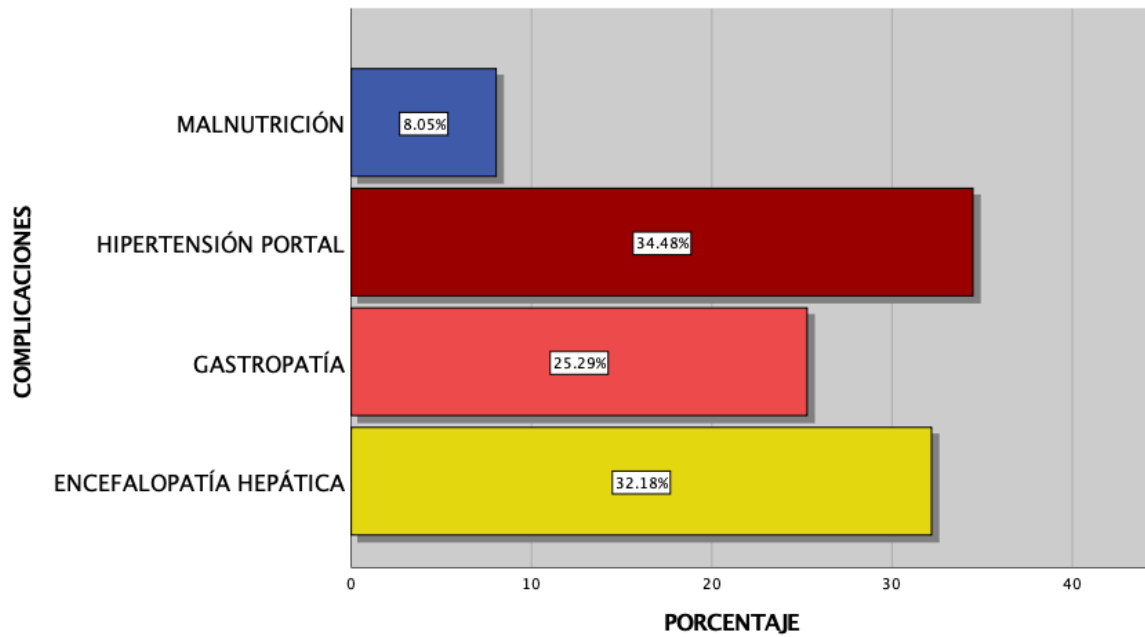


La presencia de complicaciones presentadas por los individuos con cirrosis hepática fueron encefalopatía hepática en un 32.2%, 34.5% presentó hipertensión portal, gastropatía en un 25.3% y malnutrición en un 8%.

**TABLA 5.- FRECUENCIA DE COMPLICACIONES.**

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	28	32.2
GASTROPATÍA	22	25.3
HIPERTENSIÓN PORTAL	30	34.5
MALNUTRICIÓN	7	8.0
TOTAL	87	100.0

**GRÁFICA 5.- FRECUENCIA DE COMPLICACIONES**



FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

En el análisis de los resultados obtenidos en la Escala MOS, fueron los siguientes:

El encuestado registra la cantidad de familiares o amigos con los que cuenta en un rango de 0 a 10, media de 3, una mediana de 3 y una moda de 2.

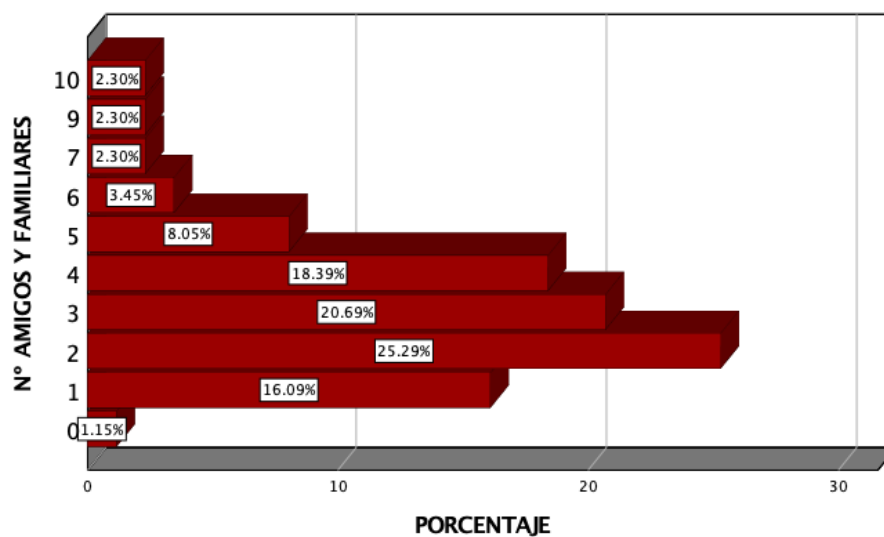
**TABLA 6. NÚMERO DE AMIGOS O FAMILIARES**

Nº AMIGOS Y FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	1	1.1
1	14	16.1
2	22	25.3
3	18	20.7
4	16	18.4
5	7	8.0
6	3	3.4
7	2	2.3
9	2	2.3
10	2	2.3
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>

**TABLA 7.- MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL:  
NÚMERO DE AMIGOS O FAMILIARES CON LOS QUE  
CUENTA EL PACIENTE**

MEDIDA DE TENDENCIA CENTRAL	NÚMERO DE AMIGOS Y FAMILIARES
<b>MEDIA</b>	<b>3</b>
<b>MEDIANA</b>	<b>3</b>
<b>MODA</b>	<b>3</b>

**GRÁFICA 6.- NÚMERO DE AMIGOS O FAMILIARES**



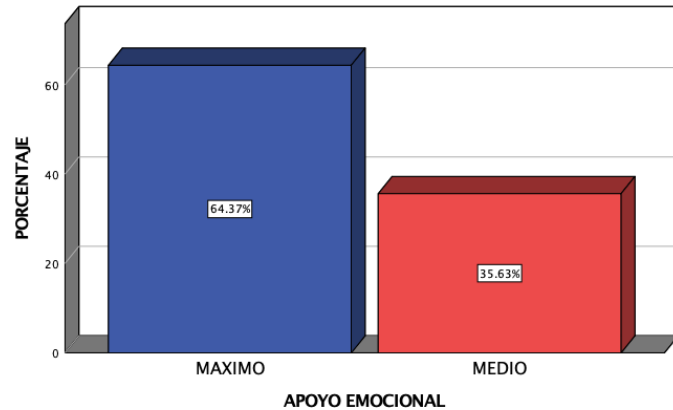
FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.- CUESTIONARIO DE MOS.

Respecto al apoyo emocional plasmado, con más de 24 puntos fueron 87 personas, en donde presentaron apoyo emocional medio 31 personas (35.6%) y 56 personas refirieron un apoyo emocional máximo (64.4 %).

TABLA 8.- APOYO EMOCIONAL

APOYO EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAXIMO	56	64.4
MEDIO	31	35.6
TOTAL	87	100.0

GRÁFICA 7.- APOYO EMOCIONAL



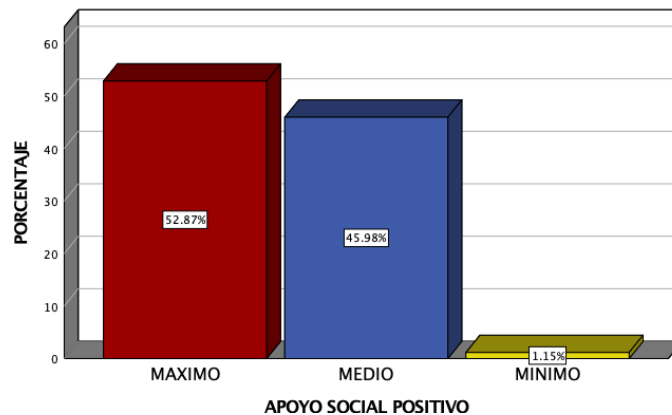
FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.- CUESTIONARIO DE MOS.

En apoyo social, refieren un apoyo social positivo máximo de 52.9%, con apoyo medio un 46% y un apoyo social mínimo de 1%. Lo que se traduce en que la mayoría de los pacientes cuentan con apoyo social favorable y únicamente el 47.1% reciben apoyo social en forma escasa.

TABLA 9.- APOYO SOCIAL POSITIVO

APOYO SOCIAL POSITIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAXIMO	46	52.9
MEDIO	40	46.0
MINIMO	1	1.1
TOTAL	87	100.0

GRÁFICA 8.- APOYO SOCIAL POSITIVO



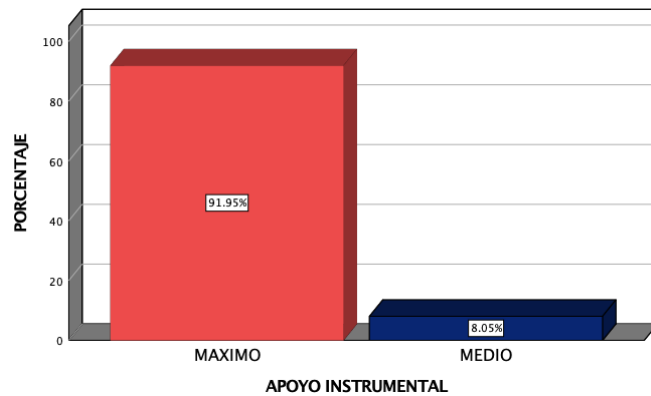
FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.- CUESTIONARIO DE MOS.

Respecto al apoyo instrumental se obtuvo que 92% refirió un apoyo máximo, mientras que el 8% un apoyo medio.

TABLA 10.- APOYO INSTRUMENTAL

APOYO INSTRUMENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAXIMO	80	92.0
MEDIO	7	8.0
TOTAL	87	100.0

GRÁFICA 9.- APOYO INSTRUMENTAL



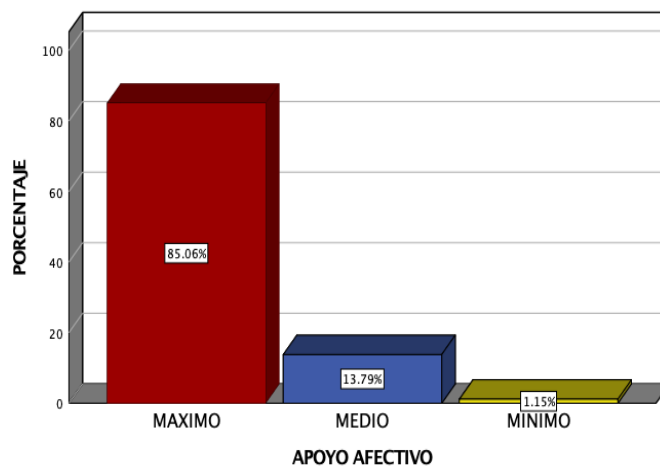
FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN .- CUESTIONARIO DE MOS.

De los encuestados, 85.1% de los pacientes cuentan con un apoyo afectivo máximo, lo que se considera un apoyo adecuado, mientras que un 13.8% y un 1.1% refiere un apoyo afectivo medio y mínimo, lo que se traduce en un apoyo escaso.

TABLA 11.- APOYO INSTRUMENTAL

APOYO AFECTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAXIMO	74	85.1
MEDIO	12	13.8
MINIMO	1	1.1
TOTAL	87	100.0

GRÁFICA 10.- APOYO AFECTIVO



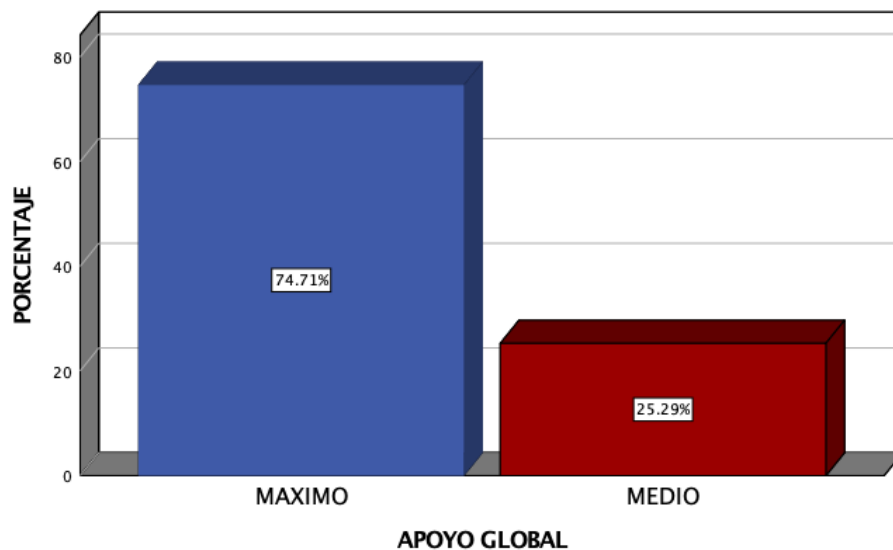
FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.- CUESTIONARIO DE MOS.

Respecto al índice global de apoyo social obtenido: 65 pacientes cuentan con apoyo máximo y 22 pacientes con apoyo medio, lo que se traduce en un 74.7% de apoyo adecuado y un 25.3% con apoyo escaso en individuos con cirrosis hepática y complicaciones. En el análisis estadístico se calculó Chi cuadrada de 1.007 y 3 grados de libertad, con P de 0.8, aceptandose así la hipótesis nula.

**TABLA 12.- APOYO ÍNDICE GLOBAL**

ÍNDICE GLOBAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAXIMO	65	74.7
MEDIO	22	25.3
TOTAL	87	100.0

**GRÁFICA 11.- APOYO ÍNDICE GLOBAL**



FUENTE: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.- CUESTIONARIO DE MOS.

TABLA 13.- TABLA CRUZADA DE COMPLICACIONES E ÍNDICE GLOBAL/CHI-CUADRADA.

TABLA CRUZADA COMPLICACIONES*ÍNDICE GLOBAL					
			ÍNDICE GLOBAL		TOTAL
			MAXIMO	MEDIO	
COMPLICACIONES	ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	RECuento	21	7	28
		% DENTRO DE COMPLICACIONES	75.0%	25.0%	100.0%
		% DENTRO DE ÍNDICE GLOBAL	32.3%	31.8%	32.2%
		% DEL TOTAL	24.1%	8.0%	32.2%
	GASTROPATÍA	RECuento	15	7	22
		% DENTRO DE COMPLICACIONES	68.2%	31.8%	100.0%
		% DENTRO DE ÍNDICE GLOBAL	23.1%	31.8%	25.3%
		% DEL TOTAL	17.2%	8.0%	25.3%
	HIPERTENSIÓN PORTAL	RECuento	23	7	30
		% DENTRO DE COMPLICACIONES	76.7%	23.3%	100.0%
		% DENTRO DE ÍNDICE GLOBAL	35.4%	31.8%	34.5%
		% DEL TOTAL	26.4%	8.0%	34.5%
	MALNUTRICIÓN	RECuento	6	1	7
		% DENTRO DE COMPLICACIONES	85.7%	14.3%	100.0%
		% DENTRO DE ÍNDICE GLOBAL	9.2%	4.5%	8.0%
		% DEL TOTAL	6.9%	1.1%	8.0%
TOTAL	RECuento	65	22	87	
	% DENTRO DE COMPLICACIONES	74.7%	25.3%	100.0%	
	% DENTRO DE ÍNDICE GLOBAL	100.0%	100.0%	100.0%	
	% DEL TOTAL	74.7%	25.3%	100.0%	
CHI-CUADRADO DE PEARSON		1.007			
Df		3			
VALOR DE P		0.800			

FUENTE: RELACIÓN COMPLICACIONES Y RED DE APOYO SOCIAL EN BASE DE DATOS SPSS V. 25.

## DISCUSIÓN

---

Las variables sociodemográficas utilizadas en la ficha de identificación se obtuvo que los entrevistados presentaron los siguientes resultados; frecuencia por género siendo mayor en mujeres representando un 64.4%, contrario al estudio realizado por Castellanos Suarez y cols., en donde se observó un predominio masculino en un 82.9% de 41 pacientes estudiados, en el rubro edad este mismo estudio reportó en promedio edades de 51.9 +/- 9.2 años, parecido a lo observado en este estudio donde la edad predominante fue de pacientes con 70 años de edad representando el 6.9%, a diferencia del estudio realizado por Torreblanca y Cols. en 2014 donde el grupo de edad predominante es de 50 y 59 años de edad al estudiar 55 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática.

La religión católica fue la más representativa con un 52.9%, en el área ocupación fue ama de casa fue el rubro con mayor porcentaje con un 49.4%.

La complicación más presentada fue hipertensión portal con un 34.5% coincidiendo a lo reportado por Rodríguez y cols. En donde reportaron un 54% al igual que el estudio realizado por Malpica Castillo y Cols. En 2013 donde reportaron la hipertensión portal con un 29.2%.

A través del cuestionario de apoyo social MOS, el cual cuando el índice es inferior a 57 puntos determina un apoyo global escaso, se podrá clasificar como ausencia de apoyo emocional, instrumental, de interacción social y afectivo con una puntuación por debajo de 24 - 12 - 12 y 9, respectivamente, obteniendo que el encuestado identifica el número de familiares o amigos con los que cuenta, en un rango de 0 a 10, donde el apoyo por 2 personas representa un 25.3%.

Respecto al apoyo emocional se obtuvo que 64.4% refirió un apoyo adecuado, mientras que un 35.6% presentó un apoyo escaso. Un 52.9% de los

pacientes encuestados refiere apoyo social positivo adecuado y un 47.1% de forma escasa. El 92% presenta un apoyo instrumental adecuado, de igual forma el apoyo afectivo es adecuado con un 85.1 %. El índice global arrojó un resultado de apoyo social adecuado en un 74.4%.



## CONCLUSIÓN

---

La cirrosis hepática resulta como etapa avanzada de enfermedades hepáticas crónicas, es progresiva y una de las patologías que más afecta a la población, definido por los estilos de vida, siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad.

Actualmente las redes de apoyo son reconocidas como un variado sistema estructural, psicológico y cultural interpersonal, centrándose en los vínculos con que cuenta un individuo, relacionadas con el proceso salud-enfermedad.

En el presente estudio se concluyó que la presencia de redes de apoyo no está relacionado con la presencia de complicaciones en la enfermedad, ya que a pesar de recibir un apoyo social adecuado, este no determina la presencia o ausencia de complicaciones, debido al factor progresivo de la enfermedad. Sin embargo contar con una buena red de apoyo es importante para mejorar la calidad de vida del paciente ayudando a sobrellevar las complicaciones de esta enfermedad, ya que los pacientes con apoyo escaso al ser entrevistados presentaban labilidad emocional con tendencia al llanto fácil.

## RECOMENDACIONES

---

- Es importante brindar asesoría e intervención multidisciplinaria para los individuos con enfermedad de cirrosis hepática para mejorar la calidad de vida tanto en el aspecto médico, psicológico y nutricional.
- Implementar en la UMF N°11 un programa de red de apoyo a los paciente con este diagnóstico, para ayudar y guiar a los pacientes y familiares sobre los cuidados para pacientes con cirrosis hepática.
- Promover control adecuado de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática en los consultorios de Medicina Familiar, para llevar estricto seguimiento como se lleva con los pacientes que padecen diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.
- Informar por medio de trípticos, folletos y carteles a las personas con diagnóstico de cirrosis hepática y sus familiares sobre las complicaciones presentadas por la enfermedad.

## C R O N O G R A M A   D E   A C T I V I D A D E S

ACTIVIDAD	ABRIL/MAYO 2019	JUNIO/JULIO 2019	AGOSTO/ SEPTIEMBRE 2019	OCTUBRE/NO VIEMBRE 2019	DICIEMBRE/ ENERO 2019-2020	FEBRERO/MA RZO 2020	ABRIL/MAYO 2020	JUNIO/JULIO 2020	AGOSTO/ SEPTIEMBRE 2020	OCTUBRE/NO VIEMBRE 2020	DICIEMBRE/E NERO 2020- 2021
DELIMITACIÓN DEL TEMA	X										
RECUPERACIÓN, REVISIÓN Y SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA		X	X								
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO				X	X						
PRESENTACIÓN AL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN						X					
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN						X	X				
ANÁLISIS DE RESULTADOS								X	X		
ESCRITURA DE REPORTE FINAL										X	
OTRAS ACTIVIDADES (DIFUSIÓN, PUBLICACIÓN, ETC).											X

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Charris, E. E., & Bal, W. M. (2018, Enero-Junio). *Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017*. Retrieved 2019, from <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2242/1711>.
- Como funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. (n.d.). *Instituto Nacional de las Mujeres*.
- Cortés, L., & Cordova, J. (2010). *Encefalopatía hepática*. Retrieved from [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/63\\_Encefalopatia\\_hepatica.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/63_Encefalopatia_hepatica.pdf).
- Cuba, D. M. (2011). IDENTIFICACIÓN Y UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL AL PACIENTE Y AL CUIDADOR INFORMAL . *Rev. Méd. La Paz v.17 n.1 La Paz*, 60-67.
- aceves-martins, M. (2014). Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. . *Nutr. Hosp.*, Vol. 29 nº2 .
- Alexander Malpica-Castillo, R. T.-Q.-Z.-G.-M. (2013). Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. *Rev. Gastroenterol Perú*, 33 (4):30 1-5.
- Alfredo Rodríguez, H. S. (2008). Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el hospital Juárez de México. *Rev. Hosp. Mex*, 75(4):257-263.
- Blanca, J. M. (2013). *En la enfermedad crónica ¿la familia ayuda?* Retrieved from [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1185](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1185).
- Espinosa., Z. (2004). *Patología hepática*. Retrieved 2019, from <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-patologia-hepatica-S1138359304743713>.
- Fernández, R. (2005). *Redes sociales, apoyo social y salud*. Retrieved from [http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia\\_3\\_3.pdf](http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf).
- Guía de cuidados para pacientes con cirrosis hepática y sus familiares. (n.d.). *Grupo de trabajo de la asociación española de enfermería de patologíaa digestiva*.
- M. C., X. C., M. V., M. R., F. J., & Martinez, B. E. (2015). *Lesiones vasculares gástricas en la cirrosis: gastropatía y ectasia vascular antral*. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-lesiones-vasculares-gastricas-cirrosi-gastropatia-S0210570514002957>.
- Martin Tagle. (2007, Enero-Abril). *Complicaciones frecuentes de la cirrosis*. Retrieved from [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000100001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100001).

- Mesejo, A., Juan, M., & Serrano, A. (2008, Mayo). *Cirrosis y encefalopatía hepática: consecuencias clínico-metabólicas y soporte nutricional*. Retrieved 2019, from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112008000600003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000600003).
- Mèxico, H. G. (n.d.). *Cirrosis Héptica*. Retrieved from <http://hgm.salud.gob.mx>: [http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gastro/cirrosis\\_heptica.pdf](http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/cirrosis_heptica.pdf)
- Rangel, A., & Cruz, M. (2009). *Actualización en Cirrosis*. *Asociación Mexicana de Gastroenterología*. Retrieved from <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=63894&pagina=1>.
- Salud, S. d. (2003). *Diagnóstico y tratamiento de Encefalopatía Hepática en el adulto*. Retrieved from <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>.
- Sector Salud, S., & Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos*. Retrieved from [www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html).
- Suarez, J. C., Velazquez, M. I., Lorenzo, M. P., Garcia, I. U., & Baez, A. F. (2012, nov-dic). *Caracterización clínica de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz, de Matanzas*. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242012000600001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000600001).
- Torre, A. (2014). Complicaciones de la cirrosis hepática: ascitis, encefalopatía, síndrome hepatorenal y estado nutricional. *Revista de gastroenterología de México.*, 5-7.
- Torre, A. (Revista de gastroenterología de México, 2014). complicaciones de la cirrosis hepática: ascitis, encefalopatía, síndrome hepatorenal y estado nutricional. 79(supl 1)5-7.
- Torres, A. (2014, Agosto). *Complicaciones de la cirrosis hepática: Ascitis, Encefalopatía, Síndrome hepatorenal y estado nutricional*. Retrieved 2019, from <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-complicaciones-cirrosis-hepatica-ascitis-encefalopatia-articulo-X0375090614691173>.
- Xiquez, A. T., & Chong, L. F. (2014, Diciembre). *Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en Las Tunas*. Retrieved from <http://revzoiomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/121>.

## ANEXOS

### ANEXO I.- CUESTIONARIO MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. Dispone

1. Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

Las personas buscan a otras personas como compañía, asistencia u otro tipo de ayuda. Cada ítem corresponde a una dimensión estudiada en el cuestionario, a lado del ítem está una letra correspondiendo a: (E) Apoyo emocional/informacional, (I)instrumental, (A)afectivo, (IS)interacción social positiva. El índice global de apoyo social es la suma de los puntos de los 19 ítems (del 2 al 20).

	ÍTEM	NUN C.A. (1)	POCAS VECES. (2)	ALGUNA S VECES. (3)	LA MAYOR ÍA DE VEC ES. (4)	SIEM PRE. (5)
I	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama.					
E	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
E	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
I	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
A	Alguien que le demuestre amor y afecto.					
IS	Alguien con quien pasar un buen rato.					
E	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
E	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
A	Alguien que le abrace.					
IS	Alguien con quien pueda relajarse.					

I	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo.					
E	Alguien cuyo consejo realmente desee.					
IS	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
I	Alguien que le ayude con sus tareas domésticas si enferma.					
E	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
E	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
IS	Alguien con quien divertirse.					
E	Alguien que comprenda sus problemas.					
A	Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.					

Valores	Máximo	Mínimo	Media
<b>Emocional</b>	40	8	24
<b>Instrumental</b>	20	4	12
<b>Int. Social (+)</b>	20	4	12
<b>Afectivo</b>	15	3	9
<b>I. GLOBAL</b>	94	19	57

### Apoyo escaso:

< 57 de la puntuación correspondiente al índice global.

### Falta de apoyo 4 dimensiones:

Emocional: < 24

Int. Social positivo: < 12

Instrumental: < 12

Afectivo: < 9

## ANEXO II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
Nombre del estudio:	"Relación entre la presencia de redes de apoyo y las complicaciones en pacientes con cirrosis hepática de la Unidad de Medicina Familiar N°11".
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	UMF N°11, Tapachula De Córdoba Y Ordoñez, Chiapas.
Núm. De registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Al realizar el presente estudio se pretende determinar la presencia de redes de apoyo en pacientes con cirrosis hepática y la relación con las complicaciones, que si bien son inevitables en esta patología, podría influir en la recurrencia de las apariciones y de igual forma entre menos frecuencia de complicaciones conlleva a menos costo institucional debido al ahorro en hospitalizaciones. Con el objetivo de determinar la relación de redes de apoyo en las complicaciones de cirrosis hepática en pacientes de la UMF N°11.
Procedimientos:	El presente estudios se realizará en las instalaciones que ocupa la UMF N°11 del IMSS, donde se entrevistará a paciente diagnosticados con cirrosis hepática adscritos a la unidad antes mencionada. Se aplicará como instrumento de medición el cuestionario Mos de apoyo social el cual se caracteriza por ser breve, autoadministrado y de fácil comprensión.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Una vez realizado el análisis de la recolección de datos se procederá a canalizar al servicio de trabajo social aquellos pacientes que resulten con apoyo social escaso.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte mi desempeño laboral en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	Total confidencialidad a la información proporcionada.
En caso de recolección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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.
Beneficios al término del estudio:	Difusión de resultados y en caso de un nivel de aptitud bajo se proporcionara sesiones clinicas a travez de un médico especialista en la materia.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	Dra. Cruz Vázquez Rocelía.      Teléfono: 9626096383
Colaboradores:	
En caso de aclaraciones o dudas 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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	