

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CIRROSIS ALCOHÓLICA EN
PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO
DE LA CIUDAD DE PASTO EN LOS AÑOS 2020- 2022

DAVID ALEJANDRO ARMERO TAPIA
ISABELLA BASTIDAS BURBANO
KAREN ANDREA CALDERON ESTRADA
SARA VANESSA DORADO BASANTE

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2023

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CIRROSIS ALCOHÓLICA EN
PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO
DE LA CIUDAD DE PASTO EN LOS AÑOS 2020- 2022

DAVID ALEJANDRO ARMERO TAPIA
ISABELLA BASTIDAS BURBANO
KAREN ANDREA CALDERON ESTRADA
SARA VANESSA DORADO BASANTE

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de:

MÉDICO GENERAL

ASESOR METODOLÓGICO E INVESTIGATIVO: LESSLY MUNARES MERA
ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD
ASESOR ESTADÍSTICO: DR. OSCAR JOJOA
ODONTÓLOGO Y ESTADÍSTICO
ASESOR CIENTÍFICO: MARCO ANTONIO SOLARTE PORTILLA ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO

2023

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN

DEDICATORIA

Dedicado a Dios y a mis padres Gonzalo Calderón y Jenny Estrada quienes con su amor, compromiso, responsabilidad, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por enseñarme e inculcarme valores que hoy en día han hecho de mi una persona íntegra y de calidad, por enseñarme a ser una mujer guerrera y que pese a las adversidades siempre poder contar con su apoyo.

A unas de las personas más importantes de mi vida mi hijo Carlos Samuel Hermosa Calderón, el pilar y la razón más importante de seguir adelante cumpliendo mis sueños, a mi novio Camilo Hermosa quien ha estado dispuesto a ayudarme, apoyarme, escucharme y acompañarme durante esta linda etapa llamada universidad.

A mi hermano José David Calderón quien ha estado ahí para escucharme y darme el aliento durante todo este camino, que hoy estoy aún más cerca de poder lograr.

A mi familia que, con sus consejos, sus palabras de aliento y sus oraciones, han estado a mi lado apoyándome, haciendo que no me rindiera en esta etapa a pesar de las dificultades. Infinitas gracias a mis tíos: Andrea Estrada y Jhon Adrián Estrada, a mis abuelitos: Servio Estrada, Miriam Perafan y Belén Aguirre, quienes me han brindado siempre su apoyo, y han inculcado cada uno un valor importante en mi vida.

A mis amigos de la carrera Yannet Benavides, Sara Dorado, Isabella Bastidas, Alejandro Armero con quienes he creado un vínculo de amistad, disfrutando de experiencias gratificantes y de momentos muy especiales, gracias infinitas por acompañarme y dejarme acompañarlos durante esta etapa.

A mis docentes quienes con sus conocimientos han logrado capacitarme y crear en mí un ser humano íntegro, gracias por su dedicación y esfuerzo con nosotros.

Karen Andrea Calderón Estrada

DEDICATORIA

Dedicado a Dios y especialmente a mis padres que con su ejemplo y amor me han ayudado a ser la persona que soy. A mi madre Adriana quien ha sido mi mayor apoyo en todo este proceso, quien siempre me dio la mano y no me dejó caer cuando me enfrentaba a algunas dificultades, a mi Padre Jorge que junto a mi mamá son mis motores para salir adelante y me apoyan en mis metas y sueños. Gracias por enseñarme e inculcarme los valores que me han hecho ser una buena persona y llegar tan lejos, gracias por su paciencia y comprensión en todo este proceso que hoy ha hecho que pueda cumplir mi más grande sueño.

A mi hermana Laura que junto a mis padres me ha brindado su apoyo y me ha dado ánimos para seguir esforzándome en mi carrera y poder llegar a cumplir mis metas.

A mis abuelos Franco e Isabel que desde el inicio han estado muy orgullosos de mí y siempre me ponen en sus oraciones para que el espíritu santo me dé la suficiente sabiduría para triunfar en mi carrera.

A mis mejores amigos Dayanna y Gabriel que han estado desde el inicio de este hermoso proceso y han sido parte fundamental. Gracias por escucharme, darme ánimos cuando más lo necesite y por su apoyo incondicional.

Agradezco a mis perritas Simona y Mila quienes en mis noches de largos desvelos estuvieron a mi lado acompañándome.

A mis compañeros Karen, Sara y Alejandro por brindarme su amistad todos estos años, donde hemos podido disfrutar de momentos que llevaremos siempre en nuestros corazones y que nos han ayudado a enriquecer esta etapa tan linda.

Por último, agradezco a mis docentes que con sus conocimientos me hicieron una persona más íntegra, llena de virtudes y valores. Gracias por su dedicación y esfuerzo con nosotros todos estos años.

Isabella Bastidas Burbano

DEDICATORIA

Principalmente agradezco a Dios por guiarme en cada triunfo de mi vida y a mis padres Maruja y Cristian que han sido mi apoyo en todos los aspectos de mi vida y que me han dedicado cariño, apoyo y comprensión, gracias mami y papi.

A mi hermana Tatiana por ser mi compañera de vida, mi familia que también estuvo llenándome de motivación y alegría a lo largo de mis estudios, especialmente a mi prima Paola por ser un apoyo incondicional para mí.

A mis amigos de la carrera Karen Calderon, Isabella Bastidas, Alejandro Armero con quienes al transcurso de la carrera hemos tenido varias experiencias gratificantes.

A mis docentes quienes compartieron sus conocimientos conmigo y me han dado la capacidad para ejercer mi carrera de medicina y a la Fundación Universitaria San Martín quien me brindó la oportunidad de pertenecer y ser un miembro más de la salud.

Sara Vanessa Dorado Basante

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicar esto a mi madre Monica Tapia, mi tío Dario Tapia, mi abuela Fanny Melo y mi abuelo Tomás Tapia quienes confiaron siempre en mi, a pesar de cada uno de los obstáculos o problemas que se presentaron en el transcurso de la carrera ellos estuvieron apoyándome, aconsejándome y motivándome para seguir adelante. A mi hermano Jacobo quien al poder verlo crecer día a día me llena de alegría y motivación para la culminación de esta carrera. Pero también en general para toda mi familia que siempre me alientan y me ayudan a seguir adelante. Y a mí perrita perla quien me ha acompañado desde mis 11 años y me alegra con su noble e incondicional amor.

Hago una mención especial a las personas más importantes en mi vida como Kamila Acosta quien ha estado a mi lado día, tarde y noche ayudándome en mis momentos más difíciles, gracias a todo su amor y apoyo es que también he podido salir adelante y superarme en toda situación adversa. Igualmente, a mi mejor amigo Fredy Dávalos con quien hemos compartido desde el primer semestre y ha sido una de las amistades más sinceras que he conocido.

A mis compañeras de tesis, Isabella, Karen y Sara con quienes compartimos desde primer semestre, personas con las cuales hemos compartido muchos momentos a lo largo de la carrera y de esa forma hemos podido llevar a cabo este proyecto.

Finalmente, agradezco a los docentes de la Universidad quienes han aportado con todos sus conocimientos y enseñanzas, gracias a eso han contribuido igualmente a la formación como persona, estudiante y médico a futuro.

David Alejandro Armero Tapia

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan agradecimientos a Dios por todas las bendiciones recibidas. A nuestros padres por su eterno amor.

A la Fundación Universitaria San Martín, por guiarnos en el conocimiento médico.

A la Doctora Lessly Munares Mera y al Doctor Oscar Jojoa por guiarnos en el conocimiento metodológico y estadístico de esta investigación.

Al doctor Marco Solarte por aportarnos su conocimiento hacia nosotros y contribuir al desarrollo de nuestro proyecto.

A la Fundación universitaria San Martín, sede Pasto, por permitirnos llevar a cabo esta investigación en la institución

Al Dr. Edgar Villota Decano de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín, por brindarnos la información necesaria.

A todos los docentes de la Facultad de Medicina, por su compromiso educativo y su actitud ética.

David A. Armero
Isabella. Bastidas
Karen A. Calderon
Sara V. Dorado

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	21
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
2. JUSTIFICACIÓN	23
3. MARCO REFERENCIAL	26
3.1. MARCO CONTEXTUAL	26
3.1.1 Departamento de Nariño.	26
3.1.2 San Juan de Pasto	27
3.1.3 Hospital Universitario Departamental de Nariño.	28
3.2 MARCO TEÓRICO	29
3.3 MARCO CONCEPTUAL.....	35
3.4 MARCO LEGAL.....	37
4. OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	41
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	41
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4. METODOLOGÍA	42
5.1 DEFINICIÓN DEL ESTUDIO	42
5.2 ÁREA DE ESTUDIO	43
5.2.1 Población a Estudio	43
5.2.1.1 Población.	43
5.2.1.2 Muestra..	43
5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	43
5.3.1 Criterios de inclusión	43
5.3.2 Criterios de exclusión:	43
5.4 FUENTES DE RECOLECCIÓN.....	43
5.5 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	44
5.6 DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	44

5.7 VARIABLES	44
5.7.1 Sociodemográficas	45
5.7.3. Variables evolución y tratamiento	53
5.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
5.8.1 Instrumento de recolección de datos	59
5.8.2 Técnicas para recolección de la información	59
5.9 PLAN ANÁLISIS ESTADÍSTICO	60
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	61
7. RESULTADOS	62
8. DISCUSIÓN.....	87
9. CONCLUSIONES	89
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
11. ANEXOS.....	100

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Marco Conceptual	35
Tabla 2. características sociodemográficas y antecedentes	45
Tabla 3. Variable signos síntomas y características clínicas	47
Tabla 4. Variable Tratamiento y evolución	53
Tabla 5. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según síntomas.	72
Tabla 6. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Tratamiento.	74
Tabla 7. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Evolución.	75
Tabla 8. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnóstico de cirrosis e IMC.	78
Tabla 9. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnóstico de cirrosis y síntomas.	79
Tabla 10. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnóstico de cirrosis y tratamientos.	82
Tabla 11. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnóstico de cirrosis y evolución	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escala CHILD PUGH	34
------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Edad.	62
Gráfica 2. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Edad agrupada.	63
Gráfica 3. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Sexo.	64
Gráfica 4 Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según tipo de régimen.	65
Gráfica 5. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Departamento.	66
Gráfica 6. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Estancia hospitalaria mayor a 48 horas.	66
Gráfica 7. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, Clasificación del IMC.	67
Gráfica 8. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Presión arterial guía Europea (ESC/ESH) - Americana (ACC/AHA).	68
Gráfica 9. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Frecuencia cardiaca.	69
Gráfica 10. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Frecuencia respiratoria.	70
Gráfica 11. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Temperatura corporal.	71

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. carta de asesor científico	101
Anexo B. Cronograma	102
Anexo C. Presupuesto	104
Anexo D. Artículo	106

IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

DAVID ALEJANDRO ARMERO TAPIA

- alejandroarm@hotmail.es
- 3178226996

ISABELLA BASTIDAS BURBANO

- ibastidasburbano22@gmail.com
- 3152875619

KAREN ANDREA CALDERON ESTRADA

- karencaldero13@hotmail.com
- 3135436874

SARA VANESSA DORADO BASANTE

- doradosara8@gmail.com
- 3173861500

RESUMEN

La OMS define al alcohol como una sustancia psicoactiva que tiene propiedades causantes de dependencia lo cual conlleva una carga social y económica grande para las sociedades, asimismo al alcoholismo se considera uno de los principales problemas en salud pública por la tasa tan alta de mortalidad que tiene al año en el mundo siendo el factor causal de más de 200 enfermedades y representando el 5,3% de todas las defunciones anuales. Estos hábitos excesivos de consumo se desenlazan en cirrosis alcohólica que es una enfermedad ocasionada por el consumo crónico de bebidas alcohólicas, enfermedad la cual es difusa e irreversible en el hígado, provocando fibrosis y nódulos de regeneración que afectan su arquitectura anatómica y fisiológica. Para lograr el objetivo se utilizó como herramienta de recolección de datos la revisión de historias clínicas de pacientes del Hospital Universitario Departamental de Nariño, sistematizando datos encontrados en un cuestionario de Google forms de uso netamente de los investigadores y asesores. Lo anterior permite cumplir con los objetivos de determinar las características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en la ciudad de pasto en los años 2020-2022, investigación estudiada con enfoque cuantitativo encaminado en buscar los hallazgos según las variables establecidas, el tipo de estudio es descriptivo y su diseño es retrospectivo, también se tuvo en cuenta el cumplimiento de los criterios tanto de inclusión como de exclusión. La población total en el estudio fueron 80 pacientes de edades entre los 23 a 96 años, con una mediana de 62 años, el sexo predominante es el masculino con 73 pacientes representado el 91,25% y pacientes de género femenino fueron 7 completando el porcentaje restante de 8,75%. El departamento con mayor porcentaje es Nariño con 75 pacientes representante el 93,75% y un menor porcentaje del 6,25% que compete al departamento de Putumayo siendo de 5 personas. La estancia hospitalaria mayor a 48 horas el mayor porcentaje correspondió al 96,25% que sí permanecieron en el hospital más de 48 horas con un total de 77 personas y el

porcentaje restante siendo el 3,75% no necesitaron estancia hospitalaria mayor de 48 horas. En tanto a la sintomatología se evidenció que la distensión abdominal se encontró en el 70,0% de la población (56 pacientes) siendo el de mayor incidencia, seguido de la ictericia en el 57,5% de la población (46 pacientes), mientras que la coluria fue de los síntomas de menor incidencia el cual representó el 13,75% de la población (11 pacientes). Con respecto al tratamiento dietético fue el más usado en los pacientes con una proporción del 82,50% (66 pacientes), seguido del uso de diuréticos con el 77,50% (62 pacientes) especialmente usados por la evolución de la cirrosis a ascitis, el uso de beta bloqueadores con el 73,75% (59 pacientes) usados por la evolución de las varices esofágicas en los pacientes con cirrosis alcohólica y finalmente la realización de paracentesis con el 57,1% de la población (40 pacientes) relacionada con la evolución de ascitis o peritonitis. En tanto a la evolución se evidenció que la hipertensión portal fue la más encontrada con un 71,4% (56 pacientes), seguida de ascitis con un 73,6% (50 pacientes). En la evolución se evidenció además la clasificación de CHILD PUGH que el 39,6% de la población con cirrosis alcohólica no tenían la clasificación según esta escala, en los pacientes clasificados se encontró el 35,2% (27 pacientes) en una clase C que según la escala indica supervivencia a 1 año del 45%, seguida de la clase B con el 20,3% (12 pacientes) que según la escala indica supervivencia a 1 año del 81% y por último la clase A con el 4,9% (5 pacientes) que según la escala indica supervivencia a 1 año del 100%. Finalmente, la evolución demostró que los pacientes vivos fueron 63 representando un 79,1% y los pacientes que murieron fueron 17 representando el 20,9% faltante.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto denominado “Caracterización Epidemiológica de Cirrosis Alcohólica en Pacientes del Hospital Universitario Departamental de la ciudad de Pasto en los años 2020- 2022”, surge de la necesidad de abordar un conocimiento más a profundidad desde el nivel estadístico de los pacientes que han padecido esta enfermedad y que se encuentran registrados en las historias clínicas en el período e institución seleccionados.

En primera instancia se presenta el planteamiento del problema, abordando la enfermedad de la cirrosis alcohólica desde el nivel global, nacional y regional, analizando sus posibles causas y sus efectos tanto en la persona como en la familia, la sociedad y la institucionalidad dentro del sistema de salud; de igual manera se presenta la formulación del problema a través de la pregunta.

El segundo capítulo muestra los elementos que soportan la justificación de la investigación, referido a la urgente desarrollar la investigación, teniendo su pertinencia como un problema de salud pública y lógicamente que afecta en forma considerable a los pacientes que la padecen; así mismo el grado de innovación del tema a nivel local y regional, ante la escasez de estudios afines o similares. en cuenta asumir.

En el tercer capítulo se retoman una serie de aportes científicos de tipo referencial en cuanto a lo teórico sobre factores tales como el alcoholismo, la cirrosis, la prevalencia, morbilidad y efectos. De igual manera las características del contexto donde sobresalen aspectos de tipo cultural que agudizan la problemática de la ingesta de alcohol en la mayoría de actividades y celebraciones sociales hasta convertirse en hábitos culturalmente aceptados. Finalmente, en este capítulo los marcos legal y conceptual.

Por su parte el cuarto capítulo presenta los objetivos general y específicos buscando analizar las características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica del Hospital Universitario Departamental de la ciudad de Pasto

en los años 2020- 2022 para la toma de decisiones clínicas y de salud pública, para ello se procede a identificar las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica, asociando factores agravantes y atenuantes, estimar la tendencia y prevalencia de dichos pacientes y describir su sintomatología clínica destacando factores críticos.

El capítulo quinto aborda el diseño metodológico, en este caso referido a la investigación cuantitativa con enfoque descriptivo, el tipo de estudio, la población y muestra y los criterios de selección, además las variables, sesgos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, partiendo de la observación y la revisión documental, donde se analiza las historias clínicas, cuya información extractada se somete a un plan de análisis estadístico con su respectiva a la interpretación y resultados.

En el capítulo seis se exponen las consideraciones éticas, aclarando la intencionalidad, fines y alcances de la investigación, cuya contribución se encamina a aportar con conocimientos a abordar médica y administrativamente esta problemática acentuada en el contexto. Finalmente, en los capítulos siete y ocho se presenta el cronograma y presupuesto.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Como indica Solís, D y otros (1) el alcoholismo se considera uno de los principales problemas de salud pública, porque causa cada año 3 millones de muertes en el mundo, lo que representa el 5,3% de todas las defunciones y el factor causal de más de 200 enfermedades.

Según Campollo O y otros (2) una de las secuelas más drásticas en el campo de la salud del cuerpo de quienes tienen como hábito el consumo exagerado de alcohol, es la cirrosis hepática que es una enfermedad causada por el alcoholismo crónico, constituyéndose en una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, pues se trata de una enfermedad crónica, difusa e irreversible del hígado, definida a la presencia de fibrosis y nódulos de regeneración que llevan a una modificación de la arquitectura vascular. El pronóstico de la enfermedad es grave y los pacientes fallecieron por hemorragia digestiva, insuficiencia hepatocelular, degeneración neoplásica o procesos intercurrentes, sobre todo infecciosos.

Según la OMS (3) el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia que conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades, se reporta que aproximadamente, entre el 40 - 60% de los casos a nivel mundial son debido al abuso de alcohol. Actualmente se considera que la cirrosis es una enfermedad dinámica y potencialmente reversible en estadios iniciales. Según la OMS cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones.

Como indica Solís, D y otros (1) en Colombia se estableció que 1 de cada 15

personas abusan del alcohol con una mayor proporción entre los hombres que las mujeres.

Según Aguirre MP (4) afirma que el consumo excesivo de alcohol conlleva a la persona inicialmente a la inflamación hepática, luego a una cicatrización generalizada o cirrosis y aunque el 90- 100% de las personas que abusan del alcohol presentan indicios de esteatosis hepática, sólo un 10- 35% tiene hepatitis alcohólica y un 8-10% desarrolla cirrosis.

Según Hoyos BA y otros (5), esta situación, para el caso del departamento de Nariño se refleja en iguales características que obedecen a factores de tipo cultural, donde el alto consumo de licor, se cree hace parte de las celebraciones, el luto y está presente en la mayoría de actos culturales e incluso deportivos, logros o fracasos y tradicionalmente se ha manifestado en un mayor porcentaje en la población de hombres que de mujeres. De tal manera que es importante revisar estadísticamente en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, la prevalencia entre los años 2021 a 2022 de la cirrosis hepática ocasionada por la alta ingesta de alcohol o alcoholismo, la cual deriva en múltiples afectaciones tanto físicas para el consumidor, familiares, sociales y para el mismo sistema de salud por los costos que genera.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se presentan las características epidemiológicas de cirrosis alcohólica en pacientes del Hospital Universitario Departamental de Nariño en la ciudad de Pasto en los años 2020- 2022?

2. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo investigativo acerca de la cirrosis hepática, obedece fundamentalmente por el alto y frecuente consumo de bebidas alcohólicas; según Martínez E y otros (6) dicen que las enfermedades hepáticas crónicas se constituyen en una alerta a nivel mundial, siendo de las enfermedades con mayor prevalencia y mortalidad en la población; y que, en relación a Colombia, el comportamiento de la morbilidad y mortalidad relacionadas a estas patologías, no son menos preocupantes, mencionado al departamento de Nariño dentro de las regiones con altos índices de esta patología.

Para el caso particular de pacientes que fueron hospitalizados en el Hospital Universitario Departamental de Pasto en el lapso de tiempo ubicado entre los años 2021 y 2022, está claro que la información estadística se encuentra en las historias clínicas en el archivo de esta institución, corroborando entre tantas, esta enfermedad, la cual sin lugar a dudas, reviste especial importancia y atención, debido a la gravedad de sus efectos que en su etapa final provoca en la mayoría de casos daños irreversibles para quien la padece y en muchos otros es causa directa de muerte. Para Pérez Flórez M y otros (7) entre las enfermedades que causan mortalidad en el departamento de Nariño dentro de un estudio de la región pacífico, efectivamente se encuentra la cirrosis y otras afectaciones hepáticas, sin embargo, cabe anotar que en varios casos existe además de esta, otras enfermedades correlacionadas con la misma, que finalmente desencadenan en problemas multisistémicos y por consiguiente en la muerte.

Frente a esta morbilidad, es necesario abordar un proceso investigativo, que profundice una serie de aspectos que permitan conocerse, siendo valioso el proceso de revisión y análisis de las historias clínicas. Llerena S y otros (8) plantean que la cirrosis hepática generalmente se manifiesta con una alta morbilidad y mortalidad; tal y como sucede con la fase de cirrosis descompensada, pues puede mostrar diversas complicaciones a partir de una insuficiencia hepática

avanzada, además del desarrollo de hipertensión portal. Así mismo, manifiestan que la ascitis se constituye en una de las complicaciones más frecuentes por cirrosis descompensada, aunque también se encuentran otras complicaciones como la hemorragia digestiva secundaria a hipertensión portal, la peritonitis bacteriana espontánea y la encefalopatía hepática.

De acuerdo a las condiciones antes mencionadas, se requiere adelantar procesos de investigación, debido a su carácter innovador, constituyéndose en una de las investigaciones pioneras en el campo de la salud a nivel departamental y local, como un asunto de tipo médico, de salud pública y de connotaciones a nivel de la persona como para la familia, la sociedad y el sistema de salud en general.

Por lo tanto, la importancia de estudiar algunas historias clínicas y la incidencia de la cirrosis alcohólica en el contexto del Hospital Universitario Departamental de Nariño, surge la necesidad de explorar elementos de conocimiento del por qué se manifiesta el alto consumo de alcohol por factores culturales, habituales y cotidianos en fiestas, reuniones, celebraciones o para el festejo de diversas situaciones, incluso se toma “porque sí”, sin que haya alguna ocasión en especial cuando ha desbordado el consumir alcohol socialmente, por el alcoholismo adictivo. Según Andrade V y otros (9) para el caso del departamento de Nariño en el 2012, la venta de alcohol por persona en litros, se encontraba en 2,30 y la tasa de cirrosis por 100.000 habitantes en 4, 61, cifras que han ido creciendo en los últimos años.

De allí, radica la importancia de dirigir este proyecto a caracterizar los pacientes que están registrados en las historias clínicas con diagnóstico de cirrosis alcohólica en el periodo comprendido entre el año 2020 y 2022; de igual manera revisar estadísticamente otros factores asociados como la edad, el sexo, el nivel de gravedad de la enfermedad, sus efectos de morbilidad y en casos de mortalidad, y algunas complicaciones.

De esta manera la investigación permite responder a una situación de carácter crítico, pues no solo se trata de los actuales pacientes, sino también de los que potencialmente ingieren alcohol y que son susceptibles a desarrollar patologías cuya causa principal obedezca a estos hábitos. Por ello el determinar la relación entre el consumo de alcohol y el desarrollo de esta enfermedad y de la misma manera, conocer la cantidad de pacientes afectados por el consumo excesivo de alcohol junto a los demás factores asociados es de vital importancia y necesidad.

Con el desarrollo de este trabajo y basándose en la población registrada en el archivo de las historias clínicas del Hospital Universitario Departamental, además se podrá tener en claro cuál es la tendencia prevalente en el número de casos viejos o nuevos de pacientes que desarrollaron una enfermedad hepática a causa de la ingesta de alcohol.

Finalmente, se puede afirmar que la investigación es viable y pertinente, de acuerdo a los resultados a alcanzar, la caracterización epidemiológica de la cirrosis alcohólica, junto a los demás criterios que provean las historias clínicas, teniendo en cuenta las disposiciones contempladas en la Resolución No. 866 del 25 de junio de 2021 por la cual se reglamenta el conjunto de datos clínicos para la interoperabilidad de la historia clínica y se dictan otras disposiciones; siendo posible desde la investigación, extractar datos relevantes y a la vez perfilar distintas estrategias de prevención e intervención con grupos poblacionales susceptibles o vulnerables y con nuevos pacientes que inician su tratamiento con sintomatología inicial; además sugerir tratamientos que hayan resultado efectivos, pese a las características individuales y comorbilidades particulares de cada paciente.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. MARCO CONTEXTUAL

3.1.1 Departamento de Nariño: Como dice Martínez AG (10) el departamento de Nariño, es uno de los treinta y dos departamentos que, junto con Bogotá, Distrito Capital, componen el territorio de la República de Colombia. Se localiza en el suroeste del país, en la frontera con la República del Ecuador, haciendo parte de la región Andina. Cuenta con una superficie 33.268 Km², lo que representa el 2.91 % del territorio nacional. Su capital es la ciudad de Pasto y está dividida política y administrativamente en 64 municipios.

Según Martínez AG (10) Nariño limita por el Norte con el departamento del Cauca y el océano Pacífico, al Este con los departamentos del Cauca y Putumayo, al Sur con la República del Ecuador y al Oeste con el océano Pacífico. El departamento de Nariño es un importante productor agrícola y agroindustrial, su actividad turística se ha venido desarrollando con el tiempo y cada vez toma mayor importancia.

Refiere Martínez AG (10) el territorio del departamento de Nariño presenta un relieve bastante accidentado, pues lo cruzan las cordilleras Occidental y Central con muchos ramales. Hay altiplanicies como las de Pasto, Ipiales y Túquerres, y profundos valles como los del Patía y el Guátara. La hidrografía del departamento de Nariño se compone por dos vertientes, la Amazónica y la del Pacífico. La vertiente del Amazonas está compuesta por los ríos San Miguel, Patascoy, Guamuez, Afiladores, la Tola y Churayaco, la vertiente del Pacífico se compone de los ríos Patía, Pasto, Mataje, Mira, Mayo, Iscuandé y Juanambú. El río Patía es tal vez el río más destacable del departamento, es el más largo de la región Pacífica con 400 km de recorrido y el segundo más caudaloso; nace en el Volcán Sotará y desemboca en el océano Pacífico.

Refiere Martínez AG (10) que, en cuanto a sus dimensiones cultural y social, se puede decir que posee una variada gama de manifestaciones reconocidas como patrimonio cultural tanto local, regional, nacional y global; lo cual le posibilita un blindaje variado de oferta turística e identidad. Sin embargo, cabe destacar que el concepto de celebración en la mayoría del territorio regional, ha estado íntimamente ligado con el consumo de licor, aspecto que genera una serie de consecuencias ya conocidas tanto para la salud como para la convivencia y el bienestar personal y social.

3.1.2 San Juan de Pasto: San Juan de Pasto es la capital del departamento de Nariño, localizado en el extremo suroccidental de Colombia, limita al norte con el Cauca, al este con Putumayo, al sur con Ecuador, y al oeste con el océano Pacífico. (11)

Como dice Martínez AG (10) la Capital del Departamento de Nariño, posee una altura de 2.559 metros sobre el nivel del mar y una temperatura media de 14 grados centígrados. Con aproximadamente 400.000 habitantes, quienes en el sector urbano dependen del comercio, los servicios y la industria, destacándose el procesamiento de alimentos y las artesanías, se levanta al pie del volcán Galeras, a 2.527 m.s.n.m. en el frío y fértil valle de Atriz. Es una ciudad donde se siente la presencia del pasado, mostrando un contraste arquitectónico sin igual con edificaciones de la época republicana y casas modernas. Esta bella población se caracteriza por sus bellos paisajes, reservas naturales y centros culturales que acogen al turista con la amabilidad y cordialidad manifiesta de su gente.

3.1.3 Hospital Universitario Departamental de Nariño. En el mes de marzo de 1967, el presidente de la República Dr. Carlos Lleras Restrepo, visita la ciudad de Pasto y es enterado de las precarias condiciones funcionales del entonces Hospital Civil de Pasto, y se compromete a facilitar las gestiones conducentes a la creación del Hospital Departamental de Nariño. En el mes de enero de 1970, se inicia el proceso de construcción y el 15 de diciembre de 1975, se da inicio a la prestación de servicios de salud, con la inauguración del servicio de Consulta Externa. En 1977, se da apertura a los servicios de Hospitalización, con las especialidades básicas de Medicina Interna, Cirugía, Gineco – Obstetricia, y Pediatría; y además se ponen en servicio las unidades de apoyo de Radiología, Laboratorio Clínico, Patología, Rehabilitación, Farmacia y Nutrición. En 1976, el Hospital se convierte en la Sede de la Regional Central No 1 y se coloca bajo su cuidado, al Hospital Infantil Los Ángeles y a 18 organismos más de salud de baja complejidad. (12)

El Hospital Departamental de Nariño está clasificado como un organismo para atención de nivel III. A partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye en una Empresa social del Estado por ordenanza 067 expedida en la Asamblea Departamental de Nariño, proyectándose con los avances de la Ciencia, la Tecnología y la Gerencia Moderna a la comunidad del Sur Occidente del País. (12)

En el año 2004, la Honorable Asamblea del Departamento, modifica los estatutos de la ESE y establece una nueva estructura orgánica, y lo transforma en un Hospital de carácter Universitario. (12)

Su misión es brindar servicios de salud centrados en el paciente y su familia, con criterios de calidad, seguridad, ética, respeto, humanismo, alta capacidad resolutiva y eficiencia de los recursos disponibles, con personal idóneo y competente, comprometidos con la vocación académica e investigación clínica, haciendo la diferencia en la mejora de la calidad de vida de nuestros usuarios y en la mejor experiencia del servicio. (12)

Su visión es líder en la gestión clínica integral y humanizada, altamente resolutive, con plena identificación de las necesidades y expectativas de la población atendida, promueve la innovación en la vocación académica y de servicio y crea esperanza en la mejora de la salud para los usuarios y sus familias. (12)

3.2 MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Según Campollo O y otros (2) la principal causa de la cirrosis en ambos sexos fue el alcoholismo (95% de los hombres y 38% de las mujeres), seguida por virus en 16.7% de las mujeres. Dentro de la población femenina, la cirrosis se consideró criptogénica en 8.3% de los casos. El tipo de bebida que con mayor frecuencia consumían los pacientes que presentaron cirrosis alcohólica fue el tequila, seguido por el alcohol puro. Entre los factores de riesgo para la enfermedad hepática, aparte del alcoholismo, se encontraron transfusiones, cirugías y, en los hombres, tatuajes. Es común aceptar que el alcoholismo podría ser la primera causa de la cirrosis hepática en nuestro país;6-8,16 sin embargo, esta generalización ha llevado a obviar la importancia de otras causas en este padecimiento, así como las diferencias epidemiológicas que pueden existir según el género, los factores de riesgo y los sociodemográficos.

Como plantea Gómez Ayala AE (13) la cirrosis alcohólica se observa fundamentalmente en pacientes con un consumo excesivo y prolongado de alcohol. Se han comunicado cifras de consumo que oscilan entre 40 y 80 g/día, aunque en mujeres con un consumo menor puede originarse también una cirrosis. Al no aparecer síntomas de intoxicación alcohólica o de abstinencia, el paciente puede mantener un elevado consumo alcohólico durante mucho tiempo, retrasando obviamente el diagnóstico. El alcohol etílico o etanol es un líquido volátil, inflamable, que se obtiene como resultado de la fermentación anaerobia microbiana de los hidratos de carbono. El etanol es una molécula pequeña que se difunde fácilmente

a través de las membranas celulares, por lo que una vez que se encuentra en la circulación se distribuye en casi todos los tejidos.

Como plantea Gómez Ayala AE (13) después de su ingestión, el alcohol se metaboliza en pequeñas cantidades por la ADH de la mucosa gástrica, mediante un mecanismo conocido como primer paso. Además, la mucosa del intestino delgado contiene un sistema microsomal de etanol (MEOS) capaz de metabolizar el etanol in vitro (laboratorio), cuya importancia en los seres vivos no ha sido estudiada.

Según Gómez Ayala AE (13) la mayoría del alcohol ingerido se absorbe en el intestino delgado y el estómago. Ya absorbido, se distribuye por los tejidos y posteriormente el 90% es metabolizado por el hígado y solo el 2-10% es excretado sin alteraciones por los pulmones, los riñones y el sudor. El consumo de alcohol a nivel global se ha mantenido tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo y representa una de las principales causas de CH. El 90% del alcohol es metabolizado en el hígado por medio de tres sistemas enzimáticos: ADH, MEOS y catalasa; solo el 2% es excretado sin alteraciones por los pulmones, los riñones y el sudor. El acetaldehído obtenido se convierte en acetato por la ALDH.

Como propone Gómez Ayala AE (13) el daño hepático por el etanol se produce principalmente por acción de los radicales libres que inducen una depleción de los hepatocitos y la liberación de citoquinas, las cuales estimulan la lisis y necrosis de las células hepáticas, además de un aumento del contenido de colágeno y de la matriz extracelular. Actualmente se acepta que el mecanismo por el cual el etanol produce daño hepático es multifactorial, y en él participan los efectos dañinos del alcohol y de su metabolismo junto con factores de susceptibilidad individual. La dependencia alcohólica es difícil de tratar y con frecuencia es necesario un abordaje multidisciplinar que incluya medidas psicológicas y farmacológicas que ayuden a abandonar este hábito y a evitar la recaída.

Definición cirrosis alcohólica

Para Gómez Ayala AE (13) la cirrosis alcohólica se observa fundamentalmente en pacientes con un consumo excesivo y prolongado de alcohol. Se han comunicado cifras de consumo que oscilan entre 40 y 80 g/día, aunque en mujeres con un consumo menor puede originarse también una cirrosis. Al no aparecer síntomas de intoxicación alcohólica o de abstinencia, el paciente puede mantener un elevado consumo alcohólico durante mucho tiempo, retrasando obviamente el diagnóstico. La lesión hepática que caracteriza la cirrosis no guarda relación con el tipo de bebida, sino con su graduación alcohólica: las dosis de mayor riesgo se sitúan por encima de los 80 g de alcohol/ día durante al menos 5 años y de forma continuada. La toxicidad hepática del alcohol tiene lugar por un complejo mecanismo que va desde la hepatotoxicidad directa del acetaldehído, hasta procesos de fibrogénesis mediados por citoquinas. El principal problema que conlleva la cirrosis alcohólica es su irreversibilidad, con independencia de que el enfermo abandone el alcohol. No obstante, no todos los individuos que abusan del alcohol de forma crónica desarrollan irremediablemente una cirrosis, ya que su incidencia sólo se ha demostrado en el 15% de las necropsias realizadas en alcohólicos.

Patogenia

Gómez Ayala AE (13) especifica que la cirrosis se desarrolla según el siguiente mecanismo patogénico: con independencia del agente etiológico, se produce una inflamación de la íntima endotelial, seguida de estasis en las venas centrales y en las sinusoides; si estos cambios se extienden a las vénulas portales, se genera un cuadro de isquemia acinar. Estas alteraciones conducen a la apoptosis, a la atrofia e hiperplasia nodular regenerativa y, por último, a una fibrosis.

Sintomatología

Gómez Ayala AE (13) recalca que no es raro que, a veces, la cirrosis curse de forma asintomática, en cuyo caso el diagnóstico tiene lugar de modo totalmente casual, ya

sea en un chequeo médico o por hallazgos hematológicos a los que se unen pruebas de imagen. De hecho, es habitual que la cirrosis curse con un período asintomático u oligosintomático, cuya duración es variable y suele conocerse como fase compensada de la enfermedad, siendo típica la aparición de dispepsia, astenia o hiperpirexia. En esta fase puede existir hipertensión portal y varices esofágicas. Como lo refiere Fermín Mearin y otros. (14) La dispepsia se define como un conjunto de síntomas, relacionados o no con la ingesta, localizados en el hemiabdomen superior, siendo estos: a) molestia (como categoría de intensidad) o dolor epigástrico; b) pesadez postprandial; y c) saciedad precoz. Se consideran síntomas asociados: náusea, eructo, distensión abdominal y ardor epigástrico.

Acevedo CH y otros (15) mencionan que la astenia o fatiga puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional o a la falta de sueño, pero también podría ser un signo inespecífico de un trastorno psicológico o fisiológico más grave.

Lifshitz, A (16) define a la hiperpirexia un aumento muy elevado de la temperatura que suele ocurrir más en la hipertermia que en la fiebre.

Complicaciones:

Velázquez Abente S (17) dice que las várices esofágicas y la hipertensión portal son de las complicaciones más comunes en los pacientes con cirrosis. La ascitis es una complicación que se caracteriza por retención anormal de líquidos a nivel abdominal.

La cicatrización (cirrosis) del hígado es la causa más común de várices esofágicas. Esta cicatrización reduce el flujo de sangre a través del hígado. Como resultado, hay más flujo de sangre a través de las venas del esófago. Este flujo sanguíneo extra provoca que las venas en el esófago se ensanchen hacia afuera. Si estas venas se rompen, se puede presentar un sangrado intenso. (18)

Montaño Loza y otros (19) concluyeron que la hipertensión portal se define como un gradiente de presión venoso hepático mayor de 6 mm Hg o también como una presión intra esplénica mayor de 15 mm Hg o una presión directa de la vena porta mayor de 21 mm Hg.

La ascitis es común en personas con cirrosis y generalmente se desarrolla cuando el hígado comienza a fallar. En general, el desarrollo de la ascitis indica una enfermedad hepática avanzada y los pacientes deben ser remitidos para considerar un trasplante de hígado. (20)

Diagnóstico:

Miño Bernal J y otros (21) comenta que, aunque el diagnóstico de certeza en cirrosis hepática es la biopsia hepática (de elección en estadios tempranos), la presencia de alteraciones en los exámenes de laboratorio como trombocitopenia, elevación de nitrogenados y de bilirrubinas, hipoalbuminemia y prolongación de los tiempos de coagulación proveen información.

Las imágenes diagnósticas pueden mostrar el tamaño, la forma, la textura y la rigidez del hígado. La medición de la rigidez del hígado puede mostrar cicatrices. El médico puede usar medidas de rigidez para determinar si la cicatrización está mejorando o empeorando. Las imágenes diagnósticas también pueden mostrar cuánta grasa hay en el hígado (22). El médico puede usar una o más de las siguientes imágenes diagnósticas:

- Imágenes de resonancia magnética (MRI).
- Ultrasonido Enlace externo del NIH (ecografía).
- Rayos x, como escaneos por tomografía computarizada (TC). (22)

La escala Child- Pugh es un sistema de estadificación usado para evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica, principalmente la cirrosis. Aunque

originalmente se usó para predecir la probable mortalidad asociada a la cirugía, se usa ahora para determinar el pronóstico, así como la necesidad de un trasplante de hígado. La escala de Child-Pugh emplea cinco criterios clínicos de la enfermedad hepática, cada criterio medido del 1-3, siendo el número 3 el que indica el daño más severo. (23)

Figura 1. Escala CHILD PUGH

Parámetros	Puntos asignados		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Bilirrubina, mg/dL	</= 2	2-3	>3
Albúmina, g/dL	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Tiempo de protrombina * Segundos sobre el control * INR	1-3 <1,8	4-6 1,8-2,3	>6 >2,3
Encefalopatía	No	Grado 1-2	Grado 3-4

Grado	Puntos	Sobrevida al año (%)	Sobrevida a 2 años (%)
A: enfermedad bien compensada	5-6	100	85
B: compromiso funcional significativo	7-9	80	60
C: enfermedad descompensada	10-15	45	35

FUENTE: WestbladMedical. Cada criterio se puntúa de 1 a 3, siendo el número 3 el que indica el daño más grave. El daño hepático crónico se clasifica en las clases A, B o C según cual sea la puntuación obtenida en la escala Child-Pugh. [pic.twitter.com/acftfwcsh](https://twitter.com/acftfwcsh) [Internet]. Twitter. 2020 [citado el 3 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://twitter.com/MedicalWestblad/status/1290064070817624065>

Tratamiento

Como lo menciona Santos SC y otros (24), la conducta terapéutica cuando la Cirrosis Hepática está compensada y cuando está descompensada. En cualquiera de los casos, la terapia definitiva para la Cirrosis Hepática es el trasplante de hígado. En primera instancia se recomienda reposo y una dieta específica, evitando la desnutrición, ya que este estado es muy usual una pérdida corporal de grasa y de masa magra.

Según Santos SC y otros (24), la malnutrición está íntimamente asociada a la concurrencia de complicaciones como la ascitis, várices esofágicas y síndrome hepatorenal aumentando el índice de mortalidad por esta enfermedad. Los pacientes con CH avanzada tienen un alto riesgo de malnutrición y sus complicaciones asociadas. La ascitis, frecuente en estos pacientes, tiene un impacto desfavorable sobre la nutrición oral y un balance calórico y proteico negativo puede deteriorar la función del hígado cirrótico. Además, la disminuida capacidad del hígado para almacenar glucógeno reduce la tolerabilidad a los episodios hipoglucémicos tan frecuentes en estos pacientes.

Santos SC y otros (24) refieren que la CH descompensada aparece como un deterioro agudo de la función hepática en un paciente con cirrosis, caracterizado por íctero, ascitis, encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal, peritonitis bacteriana espontánea y sangramiento gastrointestinal por várices esofágicas. Se deben tratar las causas precipitantes frecuentes como infecciones, sangramiento gastrointestinal, ingestión de alcohol o fármacos; aunque, en el 50% de los casos no se identifica ningún desencadenante. En el caso de CH alcohólica o viral se debe aplicar terapias específicas como la abstinencia de bebidas alcohólicas o la administración de antivirales para la hepatitis B y C en sus etapas iniciales. Las medidas nutricionales anteriores deben mantenerse en esta etapa.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

Tabla 1. Marco Conceptual

HÍGADO	Según Campollo O y otros (2), el hígado es un órgano de color marrón rojizo oscuro con forma muy similar a un triángulo y pesa en promedio 1,500g, se encuentra situado en la parte superior derecha de la cavidad abdominal, debajo del diafragma y encima del estómago, el riñón derecho y los intestinos. Cabe destacar que el hígado es uno de los órganos más importantes en cuanto a la actividad metabólica del
---------------	--

	organismo, regula la mayoría de los niveles de sustancias químicas de la sangre y secreta una sustancia denominada bilis, que ayuda a transportar los desechos desde el hígado.
CIRROSIS	Como refiere Gomez Ayala AE (13) La cirrosis hepática se refiere a la cicatrización del hígado que da como resultado una función hepática anormal como consecuencia de una lesión hepática crónica (de largo plazo).
CIRROSIS ALCOHÓLICA	Como lo menciona Gomez Ayala AE (13) Se define como una enfermedad del hígado causada por consumir por un tiempo prolongado cantidades excesivas de alcohol lo que provoca que el tejido normal del hígado se cambie por un tejido cicatrizal que evita que este órgano cumpla con sus funciones normales.
ALCOHOLISMO	Enfermedad crónica por la que una persona siente deseo de tomar bebidas alcohólicas y no puede controlar ese deseo. Una persona con esta enfermedad también necesita beber mayores cantidades para conseguir el mismo efecto y tiene síntomas de abstinencia después de interrumpir el consumo de alcohol a esto se le conoce también como dependencia del alcohol. (25)
MORBILIDAD	La morbilidad se define como el estudio de una enfermedad en una población, en el sentido de la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado, permitiendo conocer los padecimientos percibidos de la población y que a través de las estadísticas permite calcular la cantidad de servicios y la demanda de estos. (26)
MORTALIDAD	Término que se refiere a la cualidad o el estado de muerte. En el campo de la medicina, este término también se usa para la tasa de muertes, tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período. Es posible notificar la mortalidad de personas con cierta enfermedad, que viven en un área del país o que son de determinado sexo, edad o grupo étnico. (25)

PREVALENCIA	En el campo de la medicina, una medida del número total de personas en un grupo específico que tienen o tuvieron cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico o durante un período determinado. (25)
EPIDEMIOLOGÍA	<p>Según Gomez Ayala AE (10) se estima que la cirrosis se halla detrás de 800.000 muertes anuales en todo el mundo. En Europa y Estados Unidos tiene una prevalencia de alrededor de 250 casos anuales por cada 100.000 personas. En los varones la prevalencia es dos veces mayor que en las mujeres. En España se estima una prevalencia de entre el 1 y el 2% de la población, y es más frecuente en varones a partir de los 50 años.</p> <p>Gómez Ayala AE (10) dice que, en el mundo occidental, es cierto que la causa más común de cirrosis es el alcoholismo, seguido de las hepatitis virales. No obstante, conviene recalcar que aproximadamente sólo un 12% de los pacientes alcohólicos evolucionan hasta desarrollar cirrosis.</p> <p>Giraldo Montoya AM y otros (27) en Colombia en el grupo de cirrosis alcohólica, el 91,6% de pacientes tenían edades por encima de 50 años, el género masculino tiene gran representación con el 91,6% del total de los casos. El 100% era población urbana. Se observó la presencia importante de comorbilidades como Diabetes mellitus y dislipidemia en 54,4%.</p>

3.4 MARCO LEGAL

El marco legal recoge una serie de normas que abordan el tema de investigación y otra serie de aspectos relacionados con este, especialmente referidas a las políticas públicas de prevención de consumo de alcohol ante las consecuencias que ello genera.

Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social No.780 de 2016, en especial a lo referido a la política pública de salud en cuanto a sus componentes de promoción, prevención, atención y seguimiento. Además, lo concerniente a investigación en la salud, consumo de alcohol, políticas para el control de bebidas alcohólicas, disposiciones relativas a la política de atención integral en salud. (28)

Resolución No. 0866 del 25 de junio de 2021. Mediante la cual se reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país y se dictan otras normas. (29)

Artículo 6°. Políticas de salud pública para el control del consumo abusivo del alcohol. En los términos del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Ministerio de la Protección Social diseñará e incorporará dentro del Plan Nacional de Salud Pública, las estrategias y acciones para identificar y promover la atención y demanda de servicios de rehabilitación, cesación y curación de la población enferma por causas asociadas al consumo abusivo del alcohol. (34)

Artículo 3°. Comisión Intersectorial. Créase la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo del Alcohol como una instancia de asesoría, coordinación y concertación de la política pública sobre alcohol, la cual actuará bajo la coordinación del Ministerio de la Protección Social. (34)

Artículo 4°. Objetivos y funciones. La Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo del Alcohol tendrá los siguientes objetivos y funciones, las cuales serán realizadas a través del análisis de la evolución de los indicadores de accidentalidad, violencia y criminalidad que se asocia al consumo abusivo de alcohol, contemplando el desarrollo de la corresponsabilidad y la responsabilidad social empresarial:

- a) Asegurar la coordinación y la supervisión de las actividades de las entidades públicas para el desarrollo a mediano y largo plazo del control del consumo abusivo del alcohol.
- b) Proponer la adopción de políticas públicas que orienten el control del consumo abusivo del alcohol.
- c) Formular parámetros que orienten a las entidades hacia una coordinada y eficiente gestión administrativa.
- d) Darse su propio reglamento.

Las demás necesarias para el cumplimiento de los objetivos de la Comisión Intersectorial y que sean definidas por el Ministerio de la Protección Social. (30)

Artículo 9°. Programas de educación preventiva en medios masivos de comunicación. En virtud de lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 1098 de 2006, la Comisión Nacional de Televisión facilitará y propiciará la emisión de mensajes de alto impacto sobre prevención del consumo abusivo de alcohol en televisión. De igual manera, se deberán destinar espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales. (30)

Artículo 10. Campañas de prevención para la población en riesgo por consumo abusivo de alcohol. Los Ministerios sectoriales implementarán campañas generales de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo abusivo de alcohol y brindar asesoría y desarrollar programas para evitar el consumo abusivo de esta sustancia. (30)

Parágrafo 1°. Las Empresas Promotoras de Salud –EPS– del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la

Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumo abusivo de alcohol y brindarle al usuario los servicios del POS dirigidos al manejo del factor riesgo. (30)

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS– y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informar a sus usuarios de estos servicios. (30)

4. OBJETIVOS DEL PROYECTO

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica del Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en los años 2020- 2022.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Describir los signos y síntomas de la población objeto de estudio.
- Caracterizar el tratamiento y evolución en pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en el periodo 2020-2022

4. METODOLOGÍA

5.1 DEFINICIÓN DEL ESTUDIO

Esta investigación se estudiará con un enfoque cuantitativo debido al campo de la presente investigación está dirigida a caracterizar epidemiológicamente la cirrosis alcohólica en pacientes del Hospital Universitario Departamental de Nariño en la ciudad de Pasto en los años 2020-2022. En tal sentido que se busca encaminar los hallazgos según las variables establecidas, las cuales permitan a su vez observar, analizar, cuantificar y graficar las características epidemiológicas.

Descriptivo. La problemática que se va a analizar es de tipo descriptivo ya que analiza las características de la población escogida sin adentrarse en las relaciones que haya entre ellas. Se busca entonces con esta investigación definir, clasificar, dividir o resumir lo cual es algo que se va a lograr examinando características del problema a investigar, eligiendo temas y fuentes apropiadas, seleccionando o elaborando técnicas para la recolección de datos, se verificará la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos, realizando observaciones objetivas y exactas para finalmente describir, analizar, interpretar, cuantificar y graficar los datos obtenidos en términos claros y precisos.

Es un estudio retrospectivo en el cual se indagarán hechos ocurridos en el pasado, en este caso recolectando y realizando la revisión de historias clínicas de pacientes con cirrosis alcohólica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en los años 2020-2022.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

5.2.1 Población a Estudio

5.2.1.1 Población. Pacientes registrados en las historias clínicas que cursan cirrosis alcohólica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en el año 2020-2022

5.2.1.2 Muestra. Pacientes atendidos que fueron registrados en historia clínica con cirrosis alcohólica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en el año 2020-2022.

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico previo de cirrosis alcohólica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño los años 2020-2022.
- Pacientes con estancia hospitalaria mayor a 48 horas.

5.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.

5.4 FUENTES DE RECOLECCIÓN

Son el procedimiento o forma particular de obtener datos o información. Los instrumentos son recursos, dispositivos o formatos que se utilizan para obtener, registrar o almacenar datos. En función de los objetivos para este estudio, se emplearon instrumentos y técnicas orientadas a obtener datos, aplicándose como método de elección la encuesta mediante un software apto para la recolección de datos del tema a tratar. (31)

5.5 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Sesgo de selección: Aquí puede existir un error en la elección de los pacientes que participaran en esta investigación. Se controlará por medio de los ítems de inclusión y exclusión, los cuales se tomarán en cuenta para la recolección de datos de las historias clínicas de pacientes con cirrosis alcohólica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto.

Sesgo de información: En esta investigación tomaremos información de la base de datos de las historias clínicas de pacientes con cirrosis alcohólica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto donde se podría encontrar que no hayan diligenciado todos los ítems necesarios en la historia clínica para nuestro estudio es decir sería una historia clínica incompleta.

Para controlar este sesgo se tomarán tan solo historias clínicas completas, tanto en la anamnesis como la clínica que presenta el paciente para la correcta realización de nuestro estudio.

5.6 DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Después de recibir la base de datos por parte del Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto, se obtuvo como resultado un total de 80 pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica, por lo cual se procedió a recopilar las variables a estudio de la investigación.

5.7 VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Antecedentes de lesión hepática por consumo de alcohol.
- Número de pacientes en los cuales la caracterización sociodemográfica influye en el consumo de alcohol.

- Número de pacientes con sintomatología de daño hepático con probabilidad de cirrosis.
- Número de pacientes con evolución a complicaciones por cirrosis hepática alcohólica.
-

VARIABLE DEPENDIENTE

- Número de pacientes que viven y mueren.

5.7.1 Sociodemográficas

Tabla 2. características sociodemográficas y antecedentes

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO Y NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	FUENTE
EDAD	La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. La edad biológica es considerada como un indicador del estado real del cuerpo. (32)	Cuantitativa discreta.	18-28 29-35 35-45 45-55 55-65 >65	Historias clínicas.
SEXO	El sexo se refiere a las características físicas, orgánicas y biológicas que diferencian a los seres vivos. En principio, los seres	Cualitativa nominal	Hombre Mujer Otro	Historia clínica

	humanos nacemos como XX o XY, es decir, nuestro sexo es mujer u hombre. (33)			
ESTANCIA HOSPITALARIA MAYOR A 48 HORAS	La estancia hospitalaria indica el tiempo en el que un paciente utilizó un servicio ya sea de urgencias, hospitalización, UCE o UCI, los recursos que consumió y si fue en el tiempo que se estipulaba. (34)	Cualitativa nominal	Lugar en donde está hospitalizado el paciente. Periodo de tiempo mayor a 48 horas	Historias clínicas.
TIPO DE VINCULACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los(as) colombianos(as), de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993,	Cualitativa nominal	Régimen contributivo Régimen subsidiado Vinculado (a)	Historias clínicas.

	1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y desarrollan. (35).			
--	--	--	--	--

5.7.2 variables signos y síntomas

Tabla 3. Variable signos síntomas y características clínicas

SIGNOS SINTOMAS Y CARACTERISTICAS CLINICAS				
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO Y NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	FUENTE
PESO	El peso corporal humano se refiere a la masa o el peso de una persona el cual se mide en kilogramos. (36)	Cuantitativa continua	Kg	Historias clínicas.
TALLA	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie	Cuantitativa continua	Cm	Historias clínicas.

	hasta el vértice de la cabeza. (37)			
IMC	Es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. (38)	Cuantitativa continua	<18.5 18.5- 24.9 25- 25.9 30- 34.9 35- 39.9 >40	Historias clínicas.
PRESIÓN ARTERIAL	Fuerza que ejerce contra la pared arterial la sangre que circula por las arterias. (39)	Cuantitativa continua	<120- 80 120- 80 >120- 80	Historias clínicas.
FRECUENCIA CARDIACA	Es el número de veces que el corazón late durante un minuto. (40)	Cuantitativa continua	<60 60-90 >90	Historias clínicas.
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Es el número de respiraciones que la persona hace por minuto. (41)	Cuantitativa continua	<16 16-20 >20	Historias clínicas.

TEMPERATURA CORPORAL	Es el grado de calor corporal humano. (42)	Cuantitativa continua	<36.5 36.5- 37.5 >37.5	Historias clínicas.
ASTENIA	Estado de cansancio, debilidad y agotamiento general, físico y psíquico, que su clínica se caracteriza por la falta de energía vital necesaria para la realización de las actividades diarias más habituales. (43)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias .
ADINAMIA	Dificultad o ausencia de la iniciación de una acción o de un movimiento. (44)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
HIPOREXIA	Es la disminución persistente del apetito, muy común en las personas mayores. No se trata de un capricho sino de una manifestación de un trastorno alimentario que puede originar	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.

	importantes consecuencias. (45)			
NÁUSEAS	Sensación de enfermedad o malestar en el estómago que puede aparecer con una necesidad imperiosa de vomitar. (46)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
VÓMITO	Expulsión fuerte de alguno o todos los contenidos del estómago por la boca. (46)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
PÉRDIDA DE PESO	Es una disminución del peso corporal, cuando no se está buscando bajar de peso. (47)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO	Es un dolor que se localiza en la parte superior o cuadrante superior derecho del abdomen. (48)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
EDEMA	El edema es la inflamación de los tejidos blandos	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.

	secundaria a la acumulación de líquido intersticial. El líquido es predominantemente agua, pero en presencia de infección u obstrucción linfática puede acumularse líquido rico en proteínas y células. (49)			
COLURIA	Es la coloración oscura de la orina debida a la excreción de bilirrubina por vía urinaria. (50)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
ICTERICIA	Es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al aumento de la concentración de la bilirrubina en la sangre. (51)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
CEFALEA	Las cefaleas caracterizadas por dolores de cabeza recurrentes son uno	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.

	<p>de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes. También puede ser causada por muchos otros trastornos, de los cuales el consumo excesivo de analgésicos es el más común. (52)</p>			
DISTENSIÓN ABDOMINAL	<p>Existe un aumento visible del perímetro abdominal, que es la sensación de distensión percibida por el paciente, que implica la sensación de pesadez abdominal, no perceptible visualmente, que implica una molestia que los pacientes</p>	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.

	refieren sentir ante la presencia de gas a nivel intestinal. (53)			
CONSUMO DE ALCOHOL	El consumo de alcohol se refiere a la ingestión de bebidas alcohólicas que contienen etanol, una sustancia psicoactiva que tiene efectos en el sistema nervioso central. (54)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.

5.7.3. Variables evolución y tratamiento

Tabla 4. Variable Tratamiento y evolución

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN				
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO Y NATURALEZA DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	FUENTE
INGURGITACIÓN YUGULAR	La excesiva distensión de las venas yugulares es el signo de una enfermedad que provoca el aumento de la presión venosa. Las	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.

	<p>causas de este aumento, es decir del estancamiento de la sangre en las venas, pueden ser generales y deberse a anomalías en el sistema circulatorio, o locales, si existe una obstrucción que hace que la sangre no puede fluir hacia el corazón y queda atrapada en las venas yugulares. (55)</p>			
ASCITIS	<p>La ascitis es la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, causada por una amplia variedad de afecciones, la más común es la hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática. (56)</p>	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
VARICES ESOFÁGICAS	<p>Las vórices esofágicas son venas agrandadas en el esófago, que se</p>	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.

	desarrollan principalmente en personas con enfermedad hepática grave, como la cirrosis del hígado. (57)			
HIPERTENSIÓN PORTAL	La hipertensión portal se define como la alteración patológica en el gradiente de presión a nivel del sistema portal, es decir, la diferencia entre la presión de la vena porta y la vena cava inferior. (58)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
CLASIFICACIÓN DE CHILD PUGH	La clasificación de Child-Pugh es un sistema utilizado para evaluar la gravedad de la enfermedad hepática crónica. Se basa en cinco criterios: la bilirrubina sérica, la albúmina sérica, el tiempo de protrombina, la presencia de ascitis y la encefalopatía	Cualitativa nominal	A B C NO TIENE	Historias clínicas.

	<p>hepática. Cada criterio se puntúa del 1 al 3, y se suman los puntos para obtener una puntuación total. Esta puntuación se utiliza para clasificar a los pacientes en tres categorías: A (puntuación de 5-6 y predice la supervivencia 1 año del 100%), B (puntuación de 7-9 que predice la supervivencia a 1 año del 81%) y C (puntuación de 10-15 9 que predice la supervivencia a 1 año del 45), que representan diferentes grados de gravedad de la enfermedad hepática. (59)</p>			
PERITONITIS	Es la inflamación del peritoneo, membrana que recubre la pared interna del abdomen y	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.

	protege los órganos. (60)			
DESNUTRICIÓN	Es un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes. (61)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	Es un deterioro de la función cerebral que afecta a personas con enfermedad hepática grave producido por la llegada al cerebro de sustancias tóxicas acumuladas en la sangre que normalmente deberían haber sido eliminadas por el hígado. (62)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
PACIENTE VIVO/MUERTO	La biología define la vida como la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir. La muerte entendida como el cese de la homeostasis (equilibrio) en un ser	Cualitativa nominal dicotómica.	SI NO	Historias clínicas.

	vivo; es decir, el término de la vida. (63)			
REALIZACION PARACENTESIS	La paracentesis es la extracción de líquido peritoneal (ascitis o líquido ascítico) del abdomen mediante aspiración percutánea con aguja. (64)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas.
TRATAMIENTO DIETÉTICO	Entre los dietéticos está la reducción de la sal, para prevenir la retención de líquidos, y la de proteínas (carne, pescados) para la encefalopatía hepática. Además, adicionar suplementos de vitaminas y minerales (65)	Cualitativa nominal	SI NO	Historias clínicas
DIURÉTICOS	Los diuréticos del asa son un grupo de medicamentos diuréticos que se utilizan principalmente para tratar la sobrecarga de volumen en condiciones edematosas como la	Cualitativa nominal	Si NO	Historias clínicas

	insuficiencia cardíaca y la cirrosis. (66)			
BETA BLOQUEADORES	Los medicamentos betabloqueantes se utilizan para prevenir un episodio de hemorragia digestiva por rotura de várices esofágicas al reducir la presión en las venas dilatadas (várices). (67)	Cualitativa nominal	Si NO	Historias clínicas

5.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.8.1 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se tomará en cuenta la revisión exhaustiva de historias clínicas del Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto de los años 2020 – 2022, las cuales permitan recolectar los datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos planteados en esta investigación, esto mediante la sistematización por medio de un cuestionario de Google forms de uso netamente de los investigadores y asesores.

Los investigadores declaran que previo a la recolección de datos se hará una prueba piloto para corroborar si las variables que tenemos en el estudio coinciden en la historia clínica.

5.8.2 Técnicas para recolección de la información

La técnica y el proceso de recolección de datos se desarrolla por medio de los cuatro estudiantes de la presente investigación, que después de la sustentación y aprobación del proyecto de investigación *“Caracterización epidemiológica de cirrosis alcohólica en pacientes del Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en los años 2020- 2022”* después se enviará una carta para solicitar los permisos respectivos en el Hospital Universitario Departamental de

Nariño para la revisión de historias clínicas de pacientes con cirrosis alcohólica en el periodo 2020-2022. Posteriormente a la aprobación del permiso por parte del Hospital Universitario Departamental de Nariño se extraerá la información necesaria de las historias clínicas de pacientes con cirrosis alcohólica, de acuerdo al número de participantes registrados y que hacen parte de la muestra los cuales serán sometidos a un estudio descriptivo, en el cual se hace lo propuesto en objetivos, criterios de inclusión y variables, que posteriormente son sistematizados (codificados), en un cuestionario de Google forms, graficados e interpretados en herramientas informáticas como Excel y Word.

5.9 PLAN ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a escoger las historias clínicas suficientes para cumplir con los objetivos de la presente investigación se procede a recolectar los datos pertinentes de cada una de ellas y pasando toda esa información a una base de datos que será Excel en donde se va a pasar directamente todo lo que las variables requieran como edad, sexo, estancia hospitalaria mayor a 48 horas, tipo de vinculación al sistema de seguridad social en salud, peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal, astenia, adinamia, hiporexia, náuseas, vomito, pérdida de peso, dolor en hipocondrio derecho, edema, coluria, ictericia, cefalea, distensión abdominal, consumo de alcohol, ingurgitación yugular, ascitis, varices esofágicas, hipertensión portal, clasificación de child-pugh, peritonitis, desnutrición, encefalopatía hepática y paciente vivo/muerto.

Con base a esto se podrá analizar las características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica, se identificará las características sociodemográficas, se determinará una muestra representativa de estos pacientes, se describirá la sintomatología clínica de los pacientes con cirrosis alcohólica y finalmente se determinará la evolución y tratamiento de los pacientes que están siendo atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño. Una vez aplicados los instrumentos y diligenciados los formatos establecidos, se procede a graficar estadísticamente los criterios que hacen parte del desarrollo investigativo, de tal manera que permite el proceso de análisis estadístico.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio será puesto a consideración de los Comités de Investigaciones del Programa de Medicina de la FUSM para su respectiva aprobación y también se presentará ante el Comité de Bioética del Hospital Universitario Departamental, para recibir el respectivo aval. Esta investigación estará regida bajo los principios bioéticos que rigen la investigación en ciencias biomédicas, contempladas internacionalmente en El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas de la Conferencia de Helsinki, y a nivel nacional lo postulado en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, que propone dar cumplimiento a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

De acuerdo con dicho artículo se considera la presente investigación como un estudio sin riesgo, debido a que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y según Prieto J y otros (68) aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre lo que se considera: revisión de historias clínicas. Es importante acotar, que el manejo de la información se hará en términos de confidencialidad, salvaguardando la identidad de los participantes.

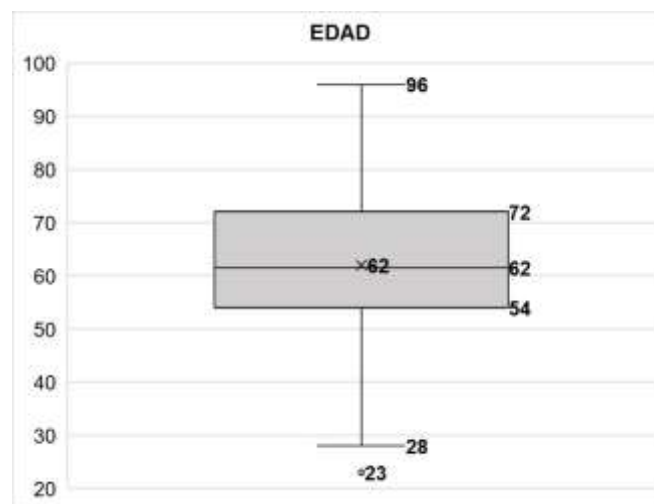
De acuerdo con dicho artículo se considera la presente investigación como un estudio sin riesgo, debido a que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y según Prieto J y otros (68) aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre lo que se considera: revisión de historias clínicas. Es importante acotar, que el manejo de la información se hará en términos de confidencialidad, salvaguardando la identidad de los participantes.

7. RESULTADOS

Para dar cumplimiento al objetivo número 1 “Identificar las características sociodemográficas y antecedentes de la población objeto de estudio.” se presenta las siguientes tablas y gráficas:

Gráfica 1. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Edad.

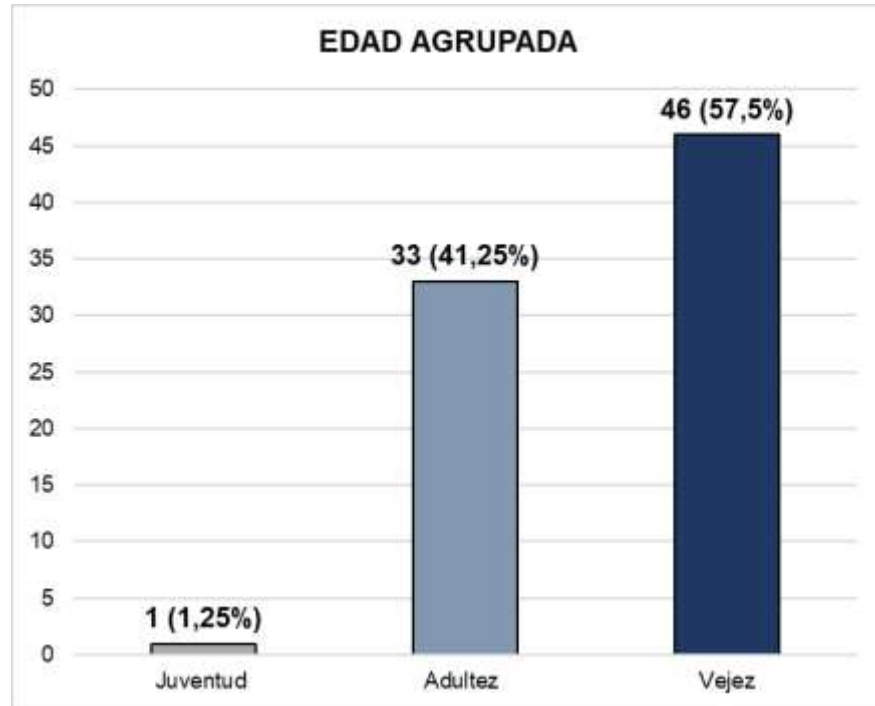
N: 80



Fuente: Propia de la investigación.

Se evidencia en la variable edad según la distribución de la población con cirrosis alcohólica del hospital universitario Departamental de Nariño con un total de 80 usuarios que, el rango mínimo de edad es de 23 años y el máximo de 96 años. La mediana y media se sitúa en 62 años. La mayor dispersión se encuentra en el cuartil 4 abarcando edades desde los 72 hasta los 96 años, seguido del primer cuartil de 28 a 54 años, el rango de 62 a 72 años como tercer cuartil y finalmente el segundo cuartil en las edades de 54 a 62 años.

Gráfica 2. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Edad agrupada.

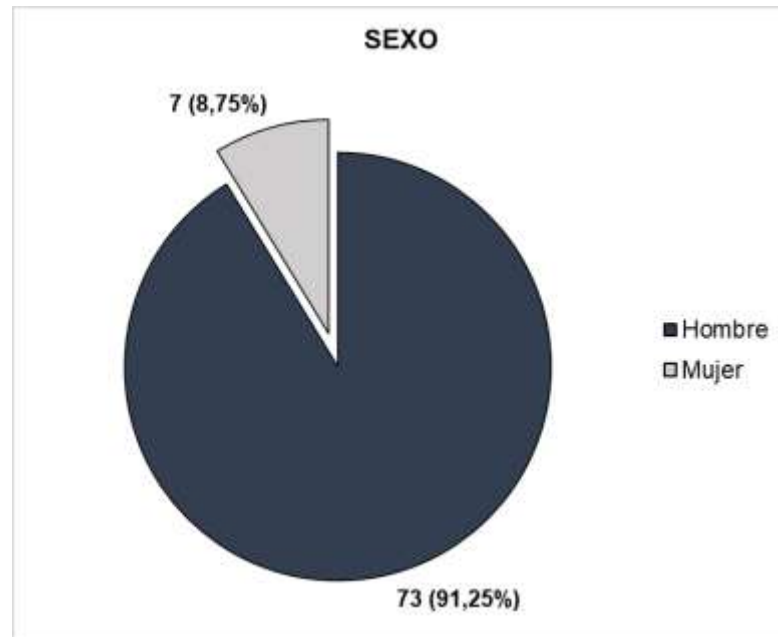


N: 80

Fuente: Propia de la investigación.

Según la variable edad agrupada de la distribución de la población con cirrosis alcohólica en el hospital universitario departamental de Nariño de 80 usuarios, se evidencia que el mayor porcentaje corresponde al 57,5% en la etapa de la vejez según ciclo de vida con un total de 46 pacientes, por otra parte 41,25% viene de la etapa de la adultez de 33 personas y el 1,25% siendo el menor porcentaje en la etapa de la juventud.

Gráfica 3. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Sexo.

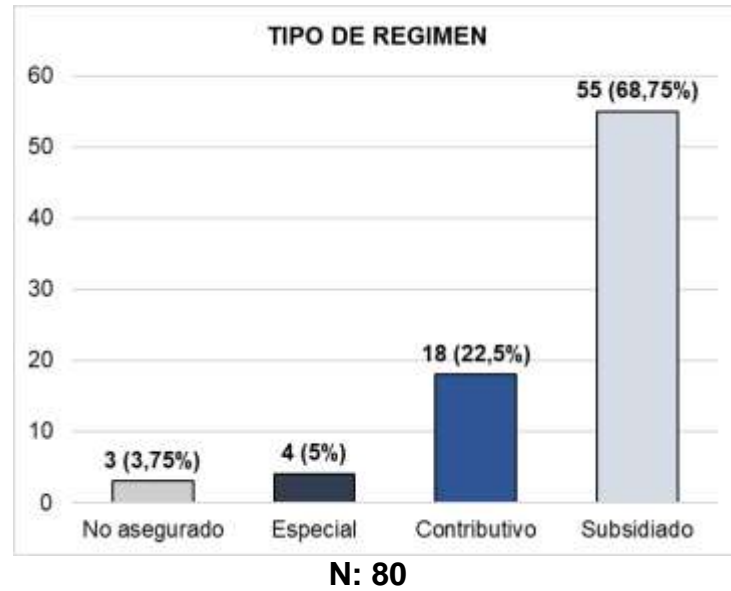


N: 80

Fuente: Propia de la investigación.

Se evidencia en la distribución de la población con cirrosis alcohólica de 80 usuarios según el sexo que el 91,25% representa al sexo masculino siendo 73 pacientes y el porcentaje restante de 8,75% corresponde al sexo femenino con 7 personas.

Gráfica 4 Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según tipo de régimen.



Fuente: Propia de la investigación.

Se observa en la variable tipo de régimen de la distribución de la población con cirrosis alcohólica del Hospital Universitario Departamental de Nariño de 80 usuarios, el mayor porcentaje de 68,75% pertenece al régimen subsidiado siendo 55 personas; continuando con el 22,5% correspondiente a régimen contributivo de 18 pacientes y por otro lado un porcentaje pequeño del 8,75% representando a los regímenes especial y no asegurado.

Gráfica 5. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Departamento.

Variable		F.a (#)	F.r (%)
Departamento	Nariño	75	93,75%
	Putumayo	5	6,25%
Total		80	100%

Fuente: Propia de la investigación.

En la variable distribución de la población según departamento de 80 usuarios del Hospital Universitario Departamental de Nariño, se evidencia que el mayor porcentaje corresponde al 93,75% del departamento de Nariño con un total de 75 pacientes, y un menor porcentaje del 6,25% que compete al departamento de Putumayo siendo de 5 personas.

Gráfica 6. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Estancia hospitalaria mayor a 48 horas.

Variable		F.a (#)	F.r (%)
Estancia hospitalaria mayor a 48 horas	No	3	3,75%
	Si	77	96,25%
Total		80	100%

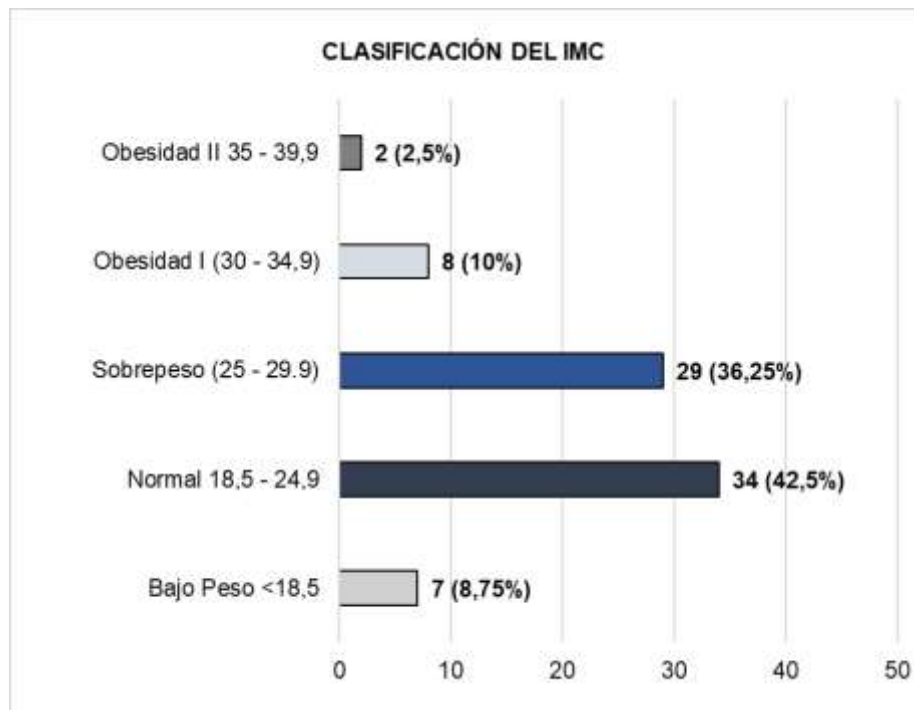
Fuente: Propia de la investigación.

En la variable distribución de la población con cirrosis alcohólica según estancia hospitalaria mayor a 48 horas de 80 usuarios, se observa que el mayor porcentaje correspondió al 96,25% si permanecieron en el hospital más de 48 horas con un

total de 77 personas. El porcentaje restante siendo el 3,75% no necesitaron estancia hospitalaria mayor de 48 horas.

Para dar cumplimiento al objetivo número 2 “Describir los signos y síntomas de la población objeto de estudio” se presenta las siguientes tablas y gráficas:

Gráfica 7. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, Clasificación del IMC.



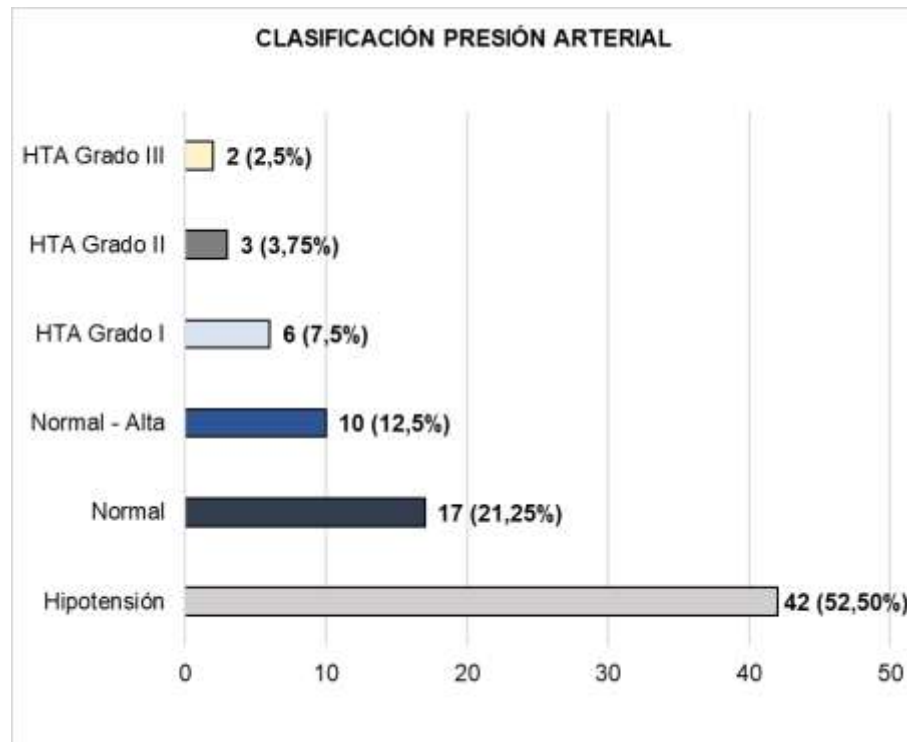
N: 80

Fuente: Propia de la investigación.

Se evidencia en la clasificación del IMC en la población con cirrosis alcohólica del hospital universitario departamental de Nariño con población total de 80, que el mayor porcentaje de 42,5% corresponde a un IMC normal de 34 pacientes, seguido de sobrepeso con un porcentaje de 36,35% siendo de 29 personas. Por otra parte

el 10% viene de 8 usuarios con obesidad y 8,75% con bajo peso y un mínimo porcentaje de 2,5% tiene obesidad grado II.

Gráfica 8. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Presión arterial guía Europea (ESC/ESH) - Americana (ACC/AHA).

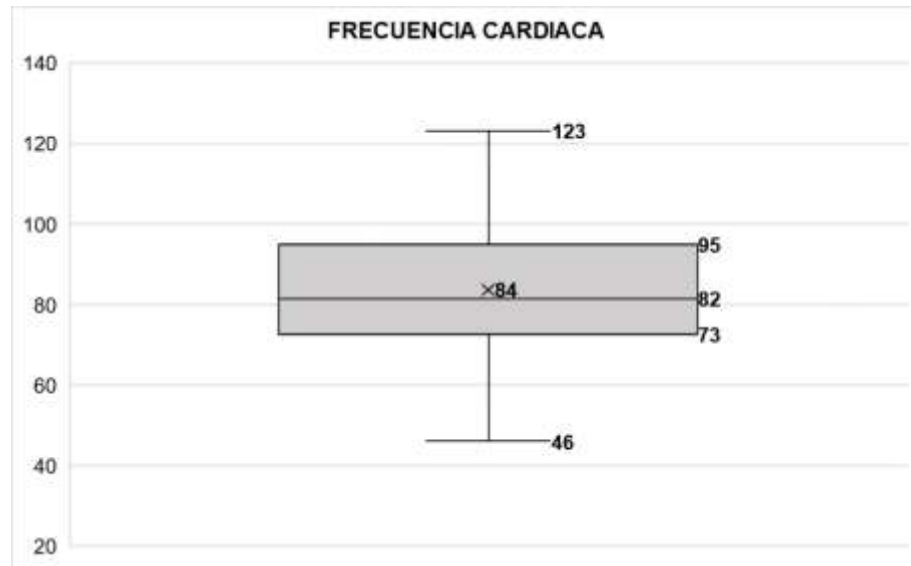


N: 80

Fuente: Propia de la investigación.

Se evidencia en la variable de presión arterial en la población con cirrosis alcohólica del hospital universitario departamental de Nariño de 80 pacientes que, el mayor porcentaje corresponde a un 52,50% siendo 42 personas presentando hipotensión, seguido de 21,25% tienen la presión normal siendo de 17 pacientes, por otra parte, el 12,5% está en el valor normal-alto representando a 10 usuarios. Cabe resaltar que el 7,5% viene de HTA grado I, y por último HTA grado II y III con un total de 5 pacientes representando el 6,25% de la población

Gráfica 9. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Frecuencia cardiaca.

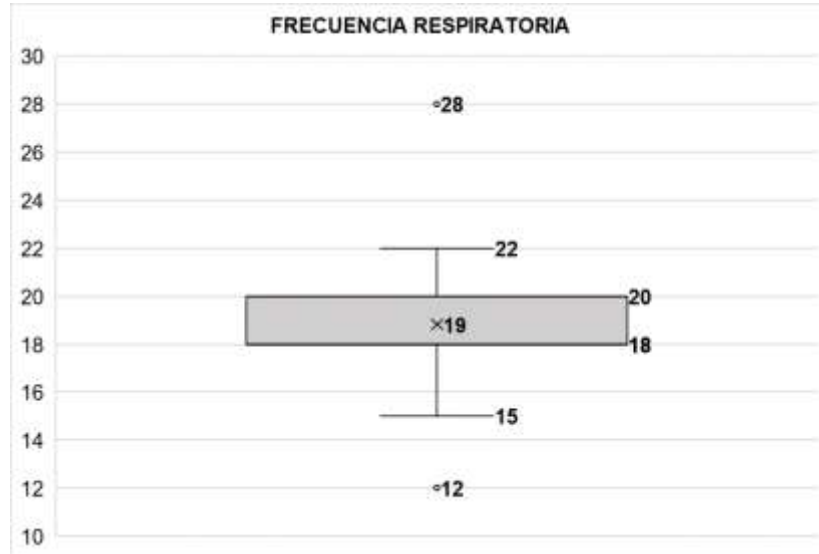


N: 80

Fuente: Propia de la investigación.

En la variable frecuencia cardiaca según la población con cirrosis alcohólica del Hospital Universitario Departamental de Nariño con 80 usuarios investigados, se puede evidenciar que su rango mínimo de frecuencia cardiaca registrada es de 46lpm y su rango máximo de 123lpm. La media se posiciona en 84lpm y su mediana en 82lpm. Se observa que la mayor distribución está en el cuartil 4 abarcando frecuencias cardiacas entre 95lpm a 123lpm. Seguido del primer cuartil con frecuencias cardiacas de 46lp a 73lpm; continuando con el cuartil 3 con frecuencias cardiacas de 82lpm a 95lpm, y el último cuartil siendo el segundo con frecuencias cardiacas entre 73lpm a 82lpm.

Gráfica 10. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Frecuencia respiratoria.

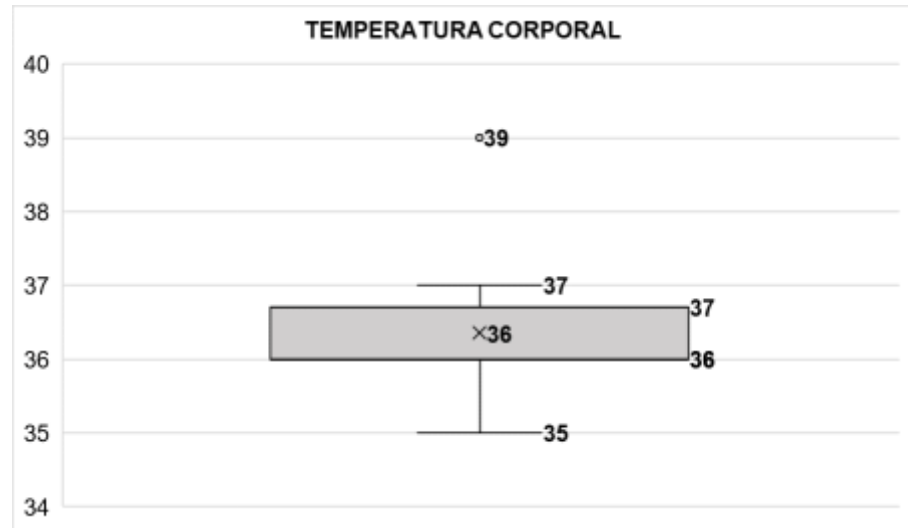


N: 80

Fuente: Propia de la investigación.

En la variable frecuencia respiratoria según la población con cirrosis alcohólica del hospital universitario departamental de Nariño con 80 usuarios investigados, se puede evidenciar que su rango mínimo de frecuencia respiratoria registrada es de 15rpm y su rango máximo de 22rpm. La mediana y media se posiciona en 19rpm. Se observa que la mayor distribución está en el cuartil 1 entre 15rpm a 18rpm; seguido de los cuartiles 3 y 4 teniendo frecuencias cardíacas entre 18rp a 20rpm y entre 20rpm a 22rpm.

Gráfica 11. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Temperatura corporal.



N: 80

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la población según la variable temperatura, se evidencio un rango mínimo de 35 °C y un rango máximo de 37 °C, se encontró además en su límite superior 1 dato atípico correspondiente a 39 °C y su media la cual fue 36 °C.

Tabla 5. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según síntomas.

Variable		F.a (#)	F.r (%)
Astenia	No	36	45,0%
	Si	44	55,0%
Total		80	100%
Adinamia	No	36	45,0%
	Si	44	55,0%
Total		80	100%
Hiporexia	No	48	60,0%
	Si	32	40,0%
Total		80	100%
Náuseas	No	40	50,0%
	Si	40	50,0%
Total		80	100%
Vómito	No	44	55,0%
	Si	36	45,0%
Total		80	100%
Pérdida de peso	No	37	46,25%
	Si	43	53,75%
Total		80	100%
Dolor en hipocondrio derecho	No	37	46,25%
	Si	43	53,75%
Total		80	100%
Distensión abdominal	No	24	30,0%

	Si	56	70,0%
Total		80	100%
Coluria	No	69	86,25%
	Si	11	13,75%
Total		80	100%
Cefalea	No	64	80,0%
	Si	16	20,0%
Total		80	100%
Ictericia	No	34	42,5%
	Si	46	57,5%
Total		80	100%
Edema	No	41	51,25%
	Si	39	48,75%
Total		80	100%

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la variable de síntomas, se evidenció que la distensión abdominal se encontró en el 70,0% de la población (56 pacientes) siendo el de mayor incidencia, seguido de la ictericia en el 57,5% de la población (46 pacientes), mientras que la coluria fue de los síntomas de menor incidencia el cual representó el 13,75% de la población (11 pacientes).

Para dar cumplimiento al objetivo número 3 “Caracterizar el tratamiento y evolución en pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica” se presenta las siguientes tablas y gráficas:

Tabla 6. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Tratamiento.

Variable		F.a (#)	F.r (%)
Tratamiento dietético	No	14	17,50%
	Si	66	82,50%
Total		80	100%
Diuréticos	No	18	22,50%
	Si	62	77,50%
Total		80	100%
Beta bloqueadores	No	21	26,25%
	Si	59	73,75%
Total		80	100%
Realización paracentesis	No	40	42,9%
	Si	40	57,1%
Total		80	100%

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la variable tratamiento, el tratamiento dietético fue el más usado en los pacientes con una proporción del 82,50% (66 pacientes), seguido del uso de diuréticos con el 77,50% (62 pacientes) especialmente usados por la evolución de la cirrosis a ascitis, el uso de beta bloqueadores con el 73,75% (59 pacientes) usados por la evolución de las varices esofágicas en los pacientes con cirrosis alcohólica y finalmente la realización de paracentesis con el 57,1% de la población (40 pacientes) relacionada con la evolución de ascitis o peritonitis.

Tabla 7. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Evolución.

Variable		F.a (#)	F.r (%)
Ascitis	No	30	26,4%
	Si	50	73,6%
Total		80	100%
Ingurgitación yugular	No	70	87,9%
	Si	10	12,1%
Total		80	100%
Hipertensión portal	No	24	28,6%
	Si	56	71,4%
Total		80	100%
Varices esofágicas	No	32	36,8%
	Si	48	63,1%
Total		80	100%
Clasificación CHILD PUGH	A	5	4,9%
	B	12	20,3%
	C	27	35,2%
	No tiene	36	39,6%
Total		80	100%
Paciente vivo/muerto	Muerto	17	20,9%
	Vivo	63	79,1%
Total		80	100%
Peritonitis	No	68	80,8%
	Si	12	18,7%
Total		80	100%
Desnutrición	No	51	67,0%
	Si	29	33,0%
Total		80	100%

Encefalopatía hepática	No	46	57,1%
	Si	34	42,9%
Total		80	100%

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la variable de evolución se logró evidenciar que la hipertensión portal con un 71,4% (56 pacientes) fue la evolución de la cirrosis alcohólica con mayor incidencia encontrada en la población, seguida de la evolución a ascitis con un 73,6% (50 pacientes) en la que una de sus causas es por una combinación de presión elevada en las venas que recorren el hígado (hipertensión portal) la cual fue la primera variable con mayor incidencia, mientras que la ingurgitación yugular fue la de menor incidencia con un 12,1% (10 pacientes), seguida de la evolución a peritonitis con 18,7% (12 pacientes).

En la evolución se evidenció además la clasificación de CHILD PUGH, usada para evaluar el pronóstico de cirrosis alcohólica en la que se encontró que el 39,6% de la población con cirrosis alcohólica no tenían la clasificación según esta escala, en los pacientes clasificados se encontró el 35,2% (27 pacientes) en una clase C que según la escala indica supervivencia a 1 año del 45%, seguida de la clase B con el 20,3% (12 pacientes) que según la escala indica supervivencia a 1 año del 81% y por último la clase A con el 4,9% (5 pacientes) que según la escala indica supervivencia a 1 año del 100%.

Finalmente, en su evolución se encontró que los pacientes vivos fueron del 79,1% (63 pacientes) y los pacientes que murieron por cirrosis alcohólica fueron el 20,9% (17 pacientes) al momento del estudio.

Tabla # 10: Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnostico de cirrosis y edad/sexo.

Variable		Muerto	Vivo	Total	Valor prueba p valor	Riesgo IC 95%
Edad cat	Juventud	0	1	1	0,650	N/A
		0,0%	1,3%	1,3%		
	Adultez	6	27	33	0,678	
		7,5%	33,8%	41,3%		
	Vejez	11	35	46		
		13,8%	43,8%	57,5%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Sexo	Hombre	17	56	73	2,070	0,767 (0,676 – 0,870)
		21,3%	70,0%	91,3%		
	Mujer	0	7	7	0,335	
		0,0%	8,8%	8,8%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la distribución según edad, se encontró que la mayoría de los pacientes que cursaron con cirrosis alcohólica están en la vejez representando el 57,5% (46 pacientes), seguido de la adultez con el 41,3% (33 pacientes) y que en la juventud solo se diagnosticó a 1 paciente que representa el 1,3%.

Según la variable sexo, se encontró que el diagnostico de cirrosis alcohólica es mayor en hombres 91,3% (73 pacientes) y en mujeres representa el 8,8% (7 pacientes), lo que nos da a entender que el consumo de alcohol a lo largo del ciclo de vida es mayor en hombres.

Finalmente, en las muertes de los pacientes se evidencio que los pacientes que fallecieron solo fueron hombres y representaron el 21,3% (17 pacientes).

Tabla 8. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnóstico de cirrosis e IMC.

Variable		Muerto	Vivo	Total	Valor prueba p valor	Riesgo IC 95%
IMC	Bajo peso <18,5	3 3,8%	4 5,0%	7 8,8%	5,484 0,241	N/A
	Normal 18,5 – 24,9	9 11,3%	25 31,3%	34 42,5%		
	Sobrepeso 25 – 29,9	5 6,3%	24 30,0%	29 36,3%		
	Obesidad I 30 – 34,9	0 0,0%	8 10,0%	8 10,0%		
	Obesidad II 35 - 39,9	0 0,0	2 2,5%	2 2,5%		
	Total	17 21,3%	63 78,8%	80 100,0%		

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la variable de IMC, se encontró que la mayoría de los pacientes cursaron con un peso normal representando el 42,5% (34 pacientes) y de igual

manera los pacientes con peso normal representaron el 11.3% de muertes (9 pacientes).

Los pacientes con sobrepeso fueron los segundos con la mayor incidencia representado el 36,3% (29 pacientes) y ocuparon el segundo lugar en muertes representando el 6,3% (5 pacientes).

También se identificó que los pacientes con bajo peso que representaron el 8,8% (7 pacientes) fueron los terceros y últimos en muertes y representaron el 3,8% (3 pacientes).

Tabla 9. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnóstico de cirrosis y síntomas.

Variable		Muerto	Vivo	Total	Valor prueba p valor	Riesgo IC 95%
Astenia	No	6	30	36	0,822	0,600 (0,198 – 1,822)
		7,5%	37,5%	45,0%		
	Si	11	33	44	0,420	
		13,8%	41,3%	55,0%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Adinamia	No	6	30	36	0,822	0,600 (0,198 – 1,822)
		7,5%	37,5%	45,0%		
	Si	11	33	44	0,420	
		13,8%	41,3%	55,0%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Hiporexia	No	8	40	48	1,506	0,511 (0,173 – 1,508)
		10,0%	50,0%	60,0%		
	Si	9	23	32		

		11,3%	28,7%	40,0%	0,269	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Náuseas	No	10	30	40	0,672	1,571
		12,5%	37,5%	50,0%		(0,531 –
	Si	7	33	40		4,651)
		8,8%	41,3%	50,0%	0,586	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Vómito	No	12	32	44	2,119	2,323
		15,0%	40,0%	55,0%		(0,733 –
	Si	5	31	36		7,374)
		6,3%	38,8%	45,0%	0,177	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Pérdida de peso	No	8	29	37	0,006	1,042
		10,0%	36,3%	46,3%		(0,356 –
	Si	9	34	43		3,049)
		11,3%	42,5%	53,8%	1,000	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Dolor del hipocondrio derecho	No	9	28	37	0,389	1,406
		11,3%	35,0%	46,3%		(0,480 –
	Si	8	35	43		4,117)
		10,0%	43,8%	53,8%	0,591	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Distensión abdominal	No	6	18	24	0,288	
		7,5%	22,5%	30,0%		

	Si	11	45	56		1,364
		13,8%	56,3%	70,0%	0,766	(0,438 –
Total		17	63	80		4,243)
		21,3%	78,8%	100,0%		
Coluria	No	13	56	69	1,741	0,406
		16,3%	70,0%	86,3%		(0,103 –
	Si	4	7	11		1,597)
		5,0%	8,8%	13,8%	0,234	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Cefalea	No	15	49	64	0,915	2,143
		18,8%	61,3%	80,0%		(0,437 –
	Si	2	14	16		10,513)
		2,5%	17,5%	20,0%	0,500	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Ictericia	No	5	29	34	1,513	0,489
		6,3%	36,3%	42,5%		(0,154 –
	Si	12	34	46		1,550)
		15,0%	42,5%	57,5%	0,275	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Edema	No	7	34	41	0,877	0,597
		8,8%	42,5%	51,2%		(0,202 –
	Si	10	29	29		1,768)
		12,5%	36,3%	48,8%	0,418	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la variable de síntomas, se evidencio que los pacientes con ictericia fueron la mayor representación en muertes con el 15% de la población (12 pacientes), seguido de astenia, adinamia y distensión abdominal que representaron cada uno el 13,8% de muertes (11 pacientes cada uno) y en conjunto el 41.4% de las muertes (33 pacientes), mientras que la cefalea fue la que menos relación con muertes tuvo, representando únicamente el 2,5% de las muertes (2 pacientes).

Tabla 10. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnóstico de cirrosis y tratamientos.

Variable		Muerto	Vivo	Total	Valor prueba p valor	Riesgo IC 95%
Tratamiento dietético	No	3	11	14	0,000	1,013 (0,248 – 4,134)
		3,8%	13,8%	17,5%		
	Si	14	52	66	1,000	
		17,5%	65,0%	82,5%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Diuréticos	No	7	11	18	4,318	3,309 (1,033 – 10,603)
		8,8%	13,8%	22,5%		
	Si	10	52	62	0,052	
		12,5%	65,0%	77,5%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Beta bloqueadores	No	8	13	21	4,828	3,419 (1,103 – 10,595)
		10,0%	16,3%	26,3%		
	Si	9	50	59	0,036	
		11,3%	62,5%	73,8%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		

Realización de paracentesis	No	10	30	40	0,672	1,571 (0,531 – 4,651)
		12,5%	37,5%	50,0%		
	Si	7	33	40	0,586	
		8,8%	41,3%	50,0%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la variable tratamiento, el tratamiento dietético fue el más relacionado a muertes con una proporción del 17,5% (14 pacientes), seguido por muertes en pacientes en los que se usó diuréticos con el 12,5% (10 pacientes), en pacientes que se usó beta bloqueadores se relacionaron con muertes con el 11,3% (9 pacientes) y finalmente pacientes a los que se les hizo paracentesis se relacionaron con el 8,8% de muertes (7 pacientes).

Tabla 11. Distribución de la población con cirrosis alcohólica, según Diagnóstico de cirrosis y evolución

Variable		Muerto	Vivo	Total	Valor prueba	Riesgo IC 95%
					p valor	
Ascitis	No	7	23	30	0,124	1,217 (0,408 – 3,634)
		8,8%	28,7%	37,5%		
	Si	10	40	50	0,781	
		12,5%	50,0%	62,5%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
ingurgitación yugular	No	17	53	70	3,084	0,757 (0,663 – 0,865)
		21,3%	66,3%	87,5%		
	Si	0	10	10		

		0,0%	12,5%	12,5%	0,109	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Hipertensión portal	No	9	15	24	5,410	3,600
		11,3%	18,8%	30,0%		
	Si	8	48	56	0,035	10,978)
		10,0%	60,0%	70,0%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Varices esofágicas	No	9	23	32	1,506	1,957
		11,3%	28,7%	40,0%		
	Si	8	40	48	0,269	5,771)
		10,0%	50,0%	60,0%		
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Clasificación CHILD PUG	A	0	5	5	3,478	N/A
		0,0%	6,3%	6,3%		
	B	1	11	12	0,336	
		1,3%	13,8%	15,0%		
	C	6	21	27		
		7,5%	26,3%	33,8%		
No tiene	10	26	36			
	12,5%	32,5%	45,0%			
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Peritonitis	No	14	54	68	0,119	0,778
		17,5%	67,5%	85,0%		

	Si	3	9	12		(0,186 –
		3,8%	11,3%	15,0%	1,000	3,259)
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Desnutrición	No	9	42	51	1,091	0,563
		11,3%	52,5%	63,7%		(0,190 –
	Si	8	21	29		1,668)
		10,0%	26,3%	36,3%	0,395	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		
Encefalopatía hepática	No	5	41	46	6,969	0,224
		6,3%	51,2%	57,5%		(0,070 –
	Si	12	22	34		0,717)
		15,0%	27,5%	42,5%	0,012	
Total		17	63	80		
		21,3%	78,8%	100,0%		

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto a la variable de evolución se logró evidenciar que los pacientes con encefalopatía hepática representaron el mayor porcentaje de muertes con el 15% (12 pacientes), seguida de la evolución a ascitis representando un 12,5% de relación con muertes (10 pacientes), mientras que la peritonitis representó uno de los menores porcentajes en relación con muertes con el 3,8% (3 pacientes) y la ingurgitación yugular fue la que no tuvo relación con ninguna muerte 0% (0 pacientes).

Con respecto a la clasificación de CHILD PUGH, usada para evaluar el pronóstico de cirrosis alcohólica en la que se encontró que el 12,5% de la población a la que no se le realizó la clasificación según esta escala, estuvieron con mayor porcentaje de relación a muertes, en los pacientes clasificados como clase C el 7,5% (6

pacientes) estuvieron relacionados con muertes y es la que según la escala indica supervivencia a 1 año del 45%, seguida de la clase B con el 1,3% (1 pacientes) relacionados con muertes, que según la escala indica supervivencia a 1 año del 81% y por último la clase A que no representó ninguna muerte 0% (0 pacientes) la cual según la escala indica supervivencia a 1 año del 100%.

8. DISCUSIÓN

La cirrosis hepática alcohólica es una enfermedad que afecta generalizadamente al organismo, pero fundamentalmente se enfoca en el hígado, siendo el etanol el que juega un papel principal produciendo daño hepático, conllevando a ser la cirrosis hepática alcohólica una enfermedad que tiene una alta tasa de mortalidad, lo cual motivó a realizar esta investigación.

Al analizar las variables sociodemográficas de la investigación se evidencio que el sexo masculino es el más afectado por la cirrosis hepática de tipo alcohólica siendo la población total de 80 pacientes donde el sexo masculino representa a un 91.25%, dato que coincide con la investigación de (Candas, Valdés y Cabrera, La Habana, Cuba) (69) en donde demuestra que, de los 50 pacientes estudiados en relación con el sexo, el 82% pertenecía al sexo masculino.

Al realizar el análisis de las variables respecto al grupo etario se demostró que el grupo más afectado es el de la vejez representando un 57,5% de la población, caso contrario en la investigación de (Candas, Valdés y Cabrera, La Habana, Cuba) (69) donde demuestra que el grupo etario más afectado es el de la adultez con un 51.2% de la población.

Al realizar el análisis acerca de las manifestaciones clínicas en la investigación se encontró que el signo más frecuente es la distensión abdominal representando un 70,0% de la población dato que se asemeja con la investigación de (Calderon, Ascanio, Yarinsueca, Huancayo, Perú) (70) en donde el signo más frecuente que presentaron los pacientes fue la distensión abdominal con un 81,30% perteneciendo a 87 pacientes del estudio.

Al analizar sobre los resultados tratamiento y evolución de la cirrosis alcohólica en la investigación se evidencio que la ascitis como complicación se presentó en un 73,6% que corresponde a una población de 50 pacientes, dato que difiere con la investigación de (Delgado, Delgado y otros, Guayaquil, Ecuador) (71) en donde se

demuestra que de los 275 pacientes que participaron en el estudio solo el 31% presentaron ascitis como complicación.

Al analizar la escala CHILD PUGH que es usada para evaluar el pronóstico de los pacientes con cirrosis alcohólica en la investigación se encontró que el 35,2% de los pacientes estaban en una clase C que corresponde a 27 pacientes del total de la población, un 20,3% que corresponde a 12 pacientes se encontraban en clase B y 4,9% correspondiente a 5 pacientes se encontraban en la clase A, lo que difiere con la investigación de (Escocia, Marrugo, Barranquilla, Colombia) (72) en donde se evidencia que de los 284 pacientes en estudio el 5,3% correspondiente a 15 pacientes estaban en clase C, 28,5% que corresponde a 81 pacientes se encontraban en clase B y un 66,2% correspondiente a 188 pacientes se encontraban en clase A.

Al analizar los resultados de la evolución de la cirrosis hepática alcohólica en la investigación donde hacen parte 80 pacientes se evidencio que la mayoría de las muertes con un 15% correspondiente a 12 pacientes murieron por encefalopatía hepática dato que se asemeja con la investigación de (Bohórquez, Guayaquil Ecuador) (73), encontrando una similitud donde se evidencio que la causa de mayor mortalidad es la encefalopatía hepática con un 54% .

9. CONCLUSIONES

- En el presente estudio se determinó que el sexo masculino fue el más afectado por la cirrosis alcohólica con un 91,25%.
- El grupo etario que se vio más afectado por la enfermedad hepática de tipo alcohólica fue la vejez con un 57,5% de la población correspondiente a la edad mayor de 65 años respectivamente.
- Con respecto a los síntomas en la investigación se evidencio que la distensión abdominal fue la que más se presentó con un 70%, seguido de la ictericia con un 57,5% de la población y el síntoma que menos se presentó fue la coluria con un 13,75%.
- En tanto al tratamiento, el tratamiento dietético fue el más relacionado a muertes, habiendo 14 pacientes los cuales representan un 17,5% seguido por 10 pacientes que usaban diuréticos representado un 12,5%, pacientes que usaban beta bloqueadores fueron 9 representando un 11,3% y 7 pacientes a los cuales les realizaron paracentesis siendo estos el 8,8%
- Sobre la evolución, los pacientes con encefalopatía hepática representaron el mayor porcentaje de muertes con 12 pacientes siendo el 15%, seguido de ascitis con 10 pacientes representando el 12,5% y la peritonitis representó el menor porcentaje con 3,8% siendo 3 pacientes únicamente. Por otra parte, la ingurgitación yugular no se relaciona con muertes.
- En la escala de Child-Pugh el mayor porcentaje no tuvo clasificación de esta escala representando el 12,5%, seguido de 6 pacientes clasificados con Child-Pugh clase C representando el 7,5% y finalmente 1 paciente clasificado con Child-Pugh clase B representando el 1,3%. El Child Pugh clase A no representó ninguna muerte. 89556

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solís Alcívar Diana Carolina, Bermúdez Garcell Alejandro Jesús, Serrano Gámez Nilvia Bienvenida, Teruel Ginés Rolando, Castro Maquilón Andrea Geraldine. Efectos del alcohol en la aparición de cirrosis hepática. *ccm*. 2020 Jun [citado 2023 Feb 04]; 24(2): 743-763. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000200743&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
2. Campollo O, Valencia-Salinas JJ, Berumen-Arellano A, Pérez-Aranda MA, Panduro-Cerda A, Segura-Ortega J. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. *Salud Publica Mex*. 1997 [citado el 2 de marzo de 2023];39(3):9–9. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-202329>.
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. (2022). Alcohol. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
4. Aguirre Toca M. Enfermedad hepática por alcohol en pacientes de 25 a 54 años Hospital General Docente Riobamba 2010. [Tesis] Riobamba: Escuela superior politécnica de Chimborazo; 2010. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1904/1/94T00083.pdf>.
5. Hoyos BA, Rodríguez Rodríguez F, Rodríguez FG, Torres Melo MY, Romero Díaz MY, Análisis del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de las ciudades de Tunja, Guachavez y Pasto [Tesis] Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD; 2011 Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/2797/21062402.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
6. Martínez Vargas EL, Cuervo Moreno AF, Distribución de las principales enfermedades hepáticas crónicas en Colombia desde 2015 hasta 2019 para determinar si es necesaria una estrategia de salud pública. [Doctoral dissertation] Bogotá D.C. Fundación

- Universitaria Juan N. Corpas; 2021 Disponible en: <https://repositorio.juanncorpas.edu.co/handle/001/121>.
7. Perez Florez M, Buitrago Ruiz IC, Achcar JA, Tendencias de la mortalidad en los departamentos de la región del Pacífico de Colombia 2002-2014. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2019 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2020000100103.
 8. Llerena S, Cuadrado A, Rodriguez de Lopez C, Crespo J, Complicaciones de la cirrosis hepática. El Sevier Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13(6), 316-326.: 2020 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300731>.
 9. Andrade V, Mosos JD, Pacheco B, Polania MJ, Yucuma D, Rosselli D, Venta de alcohol y tasa de enfermedad hepática alcohólica por departamentos de Colombia. Revista Colombiana de Gastroenterología Bogota DC ; 2015 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000400004&lng=en
 10. Martínez AG. Departamento de Nariño [Internet]. todacolombia.com. 2010 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/narino/index.html>.
 11. San Juan de Pasto [Internet]. CIDEU. CIDEU. Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico Urbano; 2019 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cideu.org/miembro/san-juan-de-pasto/>.
 12. Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E [Internet]. Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hosdenar.gov.co/>.
 13. Gómez Ayala AE. Cirrosis hepática. Actualización. ELSEVIER [Internet]. 2012;26(4):45-51. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272>.

14. Mearin Fermín, Calleja José Luis. Definiendo la dispepsia funcional. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2011 Dic [citado 2023 Mar 10] ; 103(12): 640-647. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011001200006&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082011001200006>.
15. Acevedo Carmen Helena, González Yibirín María, Rocha Aleida, Castellano Antonio, Linco Antonio, Morales Aries et al . Astenia en pacientes que asisten a la consulta externa: Valoración a través de la escala de intensidad de fatiga (FSS). AVFT [Internet]. 2012 Sep [citado 2023 Mar 10] ; 31(3): 56-60. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642012000300004&lng=es.
16. Lifshitz*, A. (2007). Fiebre y otras formas de elevación térmica. Revista de investigación clínica, 59(2).
17. Velázquez Abente Sebastián, Giralá Salomón Marcos. Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2018 Sep [cited 2023 Mar 10] ; 5(2): 53-61. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932018000200053&lng=en. Epub Sep 01, 2018. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05\(02\)53-061](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05(02)53-061).
18. Varices esofagicas sangrantes: MedlinePlus enciclopedia médica. (s.f.). MedlinePlus - Health Information from the National Library of Medicine. [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000268.htm#:~:text=La%20cicatrización%20\(cirrosis\)%20del%20hígado,esófago%20se%20ensanchen%20hacia%20afuera](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000268.htm#:~:text=La%20cicatrización%20(cirrosis)%20del%20hígado,esófago%20se%20ensanchen%20hacia%20afuera).
19. Montaña-Loza Aldo, Meza-Junco Judith. Patogénesis de la hipertensión portal. Rev. invest. clín. [revista en Internet]. 2005 Ago [citado 2023 Mar 10] ; 57(4): 596-607. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000400013&lng=es.
20. Ascitis: Un problema común en personas con cirrosis - American College of Gastroenterology. (s.f.). American College of Gastroenterology.

<https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/ascitis-un-problema-comun-en-personas-con-cirrosis/#:~:text=La%20ascitis%20es%20común%20en,considerar%20un%20trasplante%20de%20hígado.>

21. Miño Bernal J, López Morales E, Sandino N J, Molano Franco D. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. *Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud -FUCS* 2022; 31(2): 112-122 disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1052/2111>.
22. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. Cirrosis en Español - NIDDK; [consultado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-higado/cirrosis/>.
23. Escala de Child-Pugh - Facultad de Medicina. (s.f.). Facultad de Medicina. Disponible en: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/escala-de-child-pugh/>.
24. Santos SC, Blanco MV, Cabrera A, Candás S. Caracterización de pacientes con cirrosis hepática por alcoholismo. *Medigraphic.com*. [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20277j.pdf>.
25. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Diccionario de cáncer del NCI; [consultado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prevalencia>.
26. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social [Internet]. Morbilidad; [consultado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dssa.gov.co/index.php/morbilidad-estadisticas>.
27. Giraldo Montoya AM, Barraza Amador M, Villa Velásquez H, Martínez JW, García Castro G. Caracterización epidemiológica de pacientes con cirrosis en una consulta de gastroenterología en Pereira, Colombia, 2009-2012. *Revista médica Risaralda* 2014; 20(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000200004.

28. Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 [Internet]. Gov.co. [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx>.
29. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [Internet]. Gov.co. [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-866-de-2021.pdf>.
30. DECRETO 120 DEL 2010 Bvsalud.org. [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/leisref/2017/12/24/alcohol-decreto-120-de-2010.pdf>.
31. Belloso, R. Marco Metodológico. [Internet]. 2016 [Consultado 3 de junio de 2023]. Disponible en: <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0094733/cap03.pdf>.
32. Definición de Edad. (s.f.). Definición ABC. <https://www.definicionabc.com/general/edad.php#:~:text=La%20edad%20es%20el%20periodo,de%20desarrollo%20de%20una%20nación>.
33. ¿Qué es el sexo biológico y la identidad de género? | ¿Qué es el género? | Planned Parenthood. (s.f.). Planned Parenthood | disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/identidad-de-genero/sexo-e-identidad-de-genero>.
34. Zapata Goez LJ, Restrepo Hernández Y. Factores asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de pacientes mayores de 18 años en una institución de III nivel de complejidad en el municipio de Rionegro [Tesis doctoral administración y gestión en salud] Medellín: universidad ces; 2019. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4692/factores;jsessionid=F882F497D2E91A164B7030E6D68F0FD6?sequence=2#:~:text=La%20estancia%20hospitalaria%20indica%20el,mide%20con%20los%20GRD%20o>.
35. Información sobre afiliación al sistema general de seguridad social en salud. (s.f.). Bogota.gov.co. <https://bogota.gov.co/servicios/guia-de-tramites-y-servicios/informacion-sobre-afiliacion-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud>

36. Definición de peso corporal [Internet]. Definición.de. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://definicion.de/peso-corporal/>
37. Talla [Internet]. Cun.es. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/talla>
38. Índice de masa corporal [Internet]. Cdc.gov. 2022 [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index.html>
39. Ramos María Victoria. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2019 Abr [citado 2023 Dic 03] ; 34(1): 131-152. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202019000100131&lng=es. <https://doi.org/10.29277/cardio.34.1.10>.
40. Maset DJ, de Cinfa M. Frecuencia cardíaca [Internet]. Cinfasalud. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/frecuencia-cardiaca/>
41. Frecuencia Respiratoria. En: STABLE Learner Manual 5E - Spanish. American Academy of Pediatrics; 2005. p. 67–9.
42. Definición de Temperatura corporal [Internet]. Definición ABC. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/temperatura-corporal.php>
43. Cathébras P, Koenig M. Astenia. EMC - AKOS - Trattato Med [Internet]. 2009 [citado el 10 de marzo de 2023];11(4):1–6. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/astenia>
44. Adinamia [Internet]. Cun.es. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/adinamia>
45. Centroalayon. LA HIPOREXIA UN TRASTORNO QUE AFECTA A OCHO MILLONES DE PERSONAS [Internet]. Santa Cruz de Tenerife – Tenerife: Centro Neurológico Antonio Alayón; Mar 5, 2020 [citado 02/12/2023]. Disponible en: <https://www.antonioalayon.com/hiporexia/>

46. Náusea y vómito [Internet]. American College of Gastroenterology. 2011 [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/nausea-y-vomito/>
47. Pérdida de peso involuntaria [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003107.htm>
48. Revistasanitariadeinvestigacion.com. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/dolor-en-hipocondrio-derecho-espasmos-y-colicos-caso-clinico/>
49. Retención de líquidos o edema [Internet]. Cancer.net. 2012 [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-conc%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-f%C3%ADsicos/retenci%C3%B3n-de-l%C3%ADquidos-o-edema>.
50. Picand Y, Dutoit D. Coluria [Internet]. sensagent. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://diccionario.sensagent.com/Coluria/es-es/>
51. OCPL. Cómo reconocer la ictericia [Internet]. OCPL NIH. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://salud.nih.gov/articulo/como-reconocer-la-ictericia/>
52. World Health Organization (WHO) [Internet]. Cefaleas; [consultado el 3 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
53. García-Jiménez Édgar S., Velarde-Ruiz Velasco José A., Rangel-Orozco María F., BrionesGovea David, Morel-Cerda Eliana C., Barba-Orozco Elizabeth. Distensión abdominal. Revista Medica, Hospital Civil de Guadalajara: 2019, febrero 1; 10(2):164-173pp. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2018/md182s.pdf>.
54. CDC centro para el control y diagnostico de enfermedades. el consumo del alcohol y la salud pública. [Online]; 2023. Acceso 2 de 12 de 2023. Disponible en: <https://www.cdc.gov/alcohol/hojas-informativas/consumo-alcohol-salud.html>.

55. Medycyna Praktyczna [Internet]. Distensión de las venas yugulares; [consultado el 3 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mp.pl/manualmibe/para-pacientes/303064,distension-de-las-venas-yugulares>
56. Vidal D, Moreno L, Perez K, Vera S, Ascitis [Internet]. México 2022. [Citado 02/12/23]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/mim226j.pdf>.
57. MAYO CLINIC. varices esofágicas. [Online]; 2023. Acceso 2 de 12 de 2023. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/esophageal-varices/symptoms-causes/syc-20351538>.
58. Ruiz Ponce de Leon I, Rodríguez Cárdenas EA, Villarreal Cortes VH, Guarín Rojas R, Gomez Urrego JF. Hipertensión portal secundario a trombosis de la vena porta y varices esofágicas. Rev. Médica Risaralda [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 3 de diciembre de 2023];26(2). Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/23981>.
59. Universidad Francisco Marroquin. Escala de Child-Pugh. [Online]; 2023. Acceso 2 de 12 de 2023. Disponible en: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/escala-de-child-pugh/>.
60. Peritonitis [Internet]. Middlesex Health. 2019 [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/peritonitis>.
61. Gómez F. Desnutrición. Salud Pública Mex [Internet]. 2003 [citado el 10 de marzo de 2023];45:576–82. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001000014
62. Tholey D. Encefalopatía hepática [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-las-ves%C3%ADcula-biliar/manifestaciones-cl%C3%ADnicas-de-las-enfermedades-hep%C3%A1ticas/encefalopat%C3%ADa-hep%C3%A1tica>.

63. Fuente historias clínicas: Madrid SU. De vida y muerte [Internet]. Amigos del Hígado. [citado el 3 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://amhigo.com/amhiblog/expertos/69-amhi-blog/expertos/443-de-vida-y-muerte>.
64. Paracentesis: datos sobre la correcta utilización. [citado el 3 de diciembre de 2023]; Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-1%20\(2018-I\)/231054404008/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-1%20(2018-I)/231054404008/).
65. Bravo-Coello JR, Monar-Goyes MC, Pacheco-Moreira VA, Chunchu-Romero JC. Manejo clínico y terapéutico en pacientes con cirrosis hepática. 2021 [citado el 7 de junio del 2023]; 7(4):90-112.
66. Ellison DH. Mechanistic Insights into Loop Diuretic Responsiveness in Heart Failure. Clin J Am Soc Nephrol 2019 May 7;14(5):650.
67. Cigna Healthcare | Health Insurance, Dental Plans & Medicare [Internet]. Cirrosis: Betabloqueantes para la hipertensión portal y várices | Cigna; [consultado el 8 de junio de 2023]. Disponible en: [https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/cirrosis-aa80216#:~:text=Los%20medicamentos%20betabloqueantes%20se%20utilizan,las%20venas%20dilatadas%20\(várices\)](https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/cirrosis-aa80216#:~:text=Los%20medicamentos%20betabloqueantes%20se%20utilizan,las%20venas%20dilatadas%20(várices)).
68. Prieto J, Sanchez S, Prieto R, Rojas E, González L, Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. RCG. 2016 enero 26; 31(1): 1-8.
69. Candas - Santos S, Valdés - Blanco M , Cabrera - Nico A. Caracterización de pacientes con cirrosis hepática por alcoholismo 16 de Abril [Internet]. 2020 [fecha de citación]; 59 (277): e867 Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/867.
70. Calderón Gerstein Walter, Ascanio Paredes Maritza, Yarinsueca Mata Pilar Rocío. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horiz. Med. [Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Dic 03] ; 20(2): e1186. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.08>.

71. Delgado-López MF, Chamaidan-Moreno JY, Labanda-Jaramillo KL, Delgado-Suárez DP, Echeverría-Gia DG, Matute-Ortiz SG. Estudio de casos sobre la cirrosis hepática y sus complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2015. *Dominio Cienc* [Internet]. 15 de enero de 2019 [consultado el 3 de diciembre de 2023];5(1):759. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7155114.pdf>
72. Escorcia Charris EJ, Marrugo Balceiro WR. Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017. *Biociencias* [Internet]. 27 de enero de 2018 [consultado el 3 de diciembre de 2023];13(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6769284.pdf>
73. Bohorquez N. Enfermedad hepática por alcohol y factores de riesgo en pacientes de 35-65 años del hospital IESS de milagro "Federico Bolaños Moreira 2014" [Trabajo de grado en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015 [consultado el 2 de diciembre de 2023]. 80 p. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/5c4a11ce-93b9-4abb-a474-7ec70dc0bacb/content>

11. ANEXOS

Anexo A. Carta de Asesor Científico

Septiembre 2023, San Juan de Pasto

Estimados estudiantes:

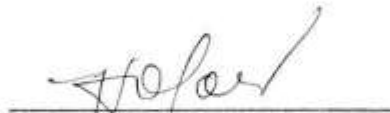
DAVID ALEJANDRO ARMERO TAPIA
ISABELLA BASTIDAS BURBANO
KAREN ANDREA CALDERÓN ESTRADA
SARA VANNESSA DORADO BASANTE

Cordial saludo

Me dirijo a ustedes con el fin de expresar mi interés en ser su asesor científico para su proyecto de investigación denominado "**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA CIRROSIS ALCOHÓLICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN LA CIUDAD DE PASTO NARIÑO EN LOS AÑOS 2021-2022**". Me complace informarles que acepté su propuesta y estoy entusiasmado de colaborar con ustedes en este importante proyecto. Desde mi experiencia como especialista en Medicina Interna cuento con amplia experiencia en el tema a tratar en la investigación y servirles a ustedes como apoyo académico y orientador, por lo cual considero que mi experiencia será una aportación valiosa para su equipo. También informarles que los objetivos planteados tienen una estructura adecuada y definida en cuanto al contexto donde se va a llevar a cabo dicha.

La investigación propuesta tiene potencial en el campo médico como epidemiológico porque puede servir de apoyo a la identificación de enfermedad natural de la cirrosis alcohólica. Estoy seguro de que puedo contribuir significativamente a este esfuerzo como **asesor científico**. Por favor, háganme saber los detalles específicos sobre el trabajo que realizaré como **asesor científico**, incluyendo las expectativas y responsabilidades. Además, estaré disponible para discutir cualquier otra necesidad que pueda surgir a lo largo del proyecto previa organización.

Atentamente:



Marco Antonio Solarte Portilla
Médico Especialista en Medicina Interna
Docente de Medicina Interna Fundación Universitaria San Martín

Anexo B. Cronograma

ACTIVIDADES	AÑO 2023									
	PERIODO I					PERIODO II				
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Elaboración del proyecto de investigación.										
Presentación del proyecto de investigación										
Ajustes al proyecto										
Solicitud de avales										

Anexo C. Presupuesto

Presupuesto talento humano	Dedicación Horas	Costo	
		Unitario	Total
Asesor metodológico Lessly Munares Mera	130	\$ 20.000	\$ 2.600.000
Asesor científico Marco Antonio Solarte Portilla	130	\$ 30.000	\$ 3.900.000
Asesor estadístico Oscar Jojoa	130	\$ 20.000	\$ 2.600.000
Investigador 1 David Alejandro Armero Tapia	430	\$ 5.000	\$ 2.150.000
Investigador 2 Isabella Bastidas Burbano	430	\$ 5.000	\$ 2.150.000
Investigador 3 Karen Andrea Calderón Estrada	430	\$ 5.000	\$ 2.150.000
Investigador 4 Sara Vanessa Dorado Basante	430	\$ 5.000	\$ 2.150.000
SUBTOTAL			\$ 17.700.000

Presupuesto transporte, refrigerio.	Cantidad x mes x año	Vr. Unitario	Vr. Total
Transporte público para 4 personas	5 veces x 1 mes x 2 años	\$ 9000	\$ 720.000
Refrigerio para 4 personas	5 veces x 1 mes x 2 años	\$ 8.000	\$ 640.000
Alimentación para 4 personas	5 veces x 1 mes x 2 años	\$ 15.000	\$ 1.200.000
SUBTOTAL			\$ 2.560.000
Presupuestos materiales	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
Material bibliográfico (fotocopias)	400	\$ 200	\$ 80.000
Lapiceros, marcadores	30	\$ 1.000	\$ 30.000
USB	2	\$ 19.000	\$ 38.000
Portatil	1	\$ 900.000	\$ 900.000
SUBTOTAL			\$ 1.048.000
TOTAL			\$ 21.308.000

Anexo D. Artículo

Caracterización epidemiológica de cirrosis alcohólica en pacientes del Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en los años 2020-2022.

Epidemiological characterization of alcoholic cirrhosis in patients of the Hospital Universitario Departamental de Nariño in the city of Pasto in the years 2020-2022.

David Alejandro Armero Tapia
Isabella Bastidas Burbano
Karen Andrea Calderón Estrada
Sara Vanessa Dorado Basante

Fundación Universitaria San Martín, Facultad de Ciencias de la Salud – Programa de Medicina – Sede Pasto.

Resumen

El estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño se enfocó en la cirrosis alcohólica, una enfermedad hepática irreversible con graves implicaciones. Basándose en datos recopilados entre 2020 y 2022, se observó que el 91.25% de los casos eran hombres, principalmente de Nariño. La estancia hospitalaria mayor a 48 horas fue necesaria para el 96.25% de los pacientes. Entre los síntomas destacados, la distensión abdominal (70%), ictericia (57.5%), y coluria (13.75%) fueron prominentes.

En cuanto al tratamiento, se encontró que el 82.50% recibió tratamiento dietético, seguido por el uso de diuréticos (77.50%) y beta bloqueadores (73.75%). La evolución de la enfermedad reveló la prevalencia de hipertensión portal (71.4%) y ascitis (73.6%). La clasificación CHILD PUGH mostró que el 39.6% no tenía clasificación, mientras que el 35.2% estaba en la clase C (supervivencia a 1 año del 45%), el 20.3% en la clase B (supervivencia al 81%), y el 4.9% en la clase A (supervivencia al 100%)

PALABRAS CLAVE: Cirrosis Alcohólica, Morbilidad hepática, Prevalencia de hepatopatía alcohólica, mortalidad hepática.

Abstract

The study conducted at the Departmental University Hospital of Nariño focused on alcoholic cirrhosis, an irreversible liver disease with serious implications. Based on data collected between 2020 and 2022, it was observed that 91.25% of the cases were men, mainly from Nariño. Hospital stay longer than 48 hours was necessary for 96.25% of patients. Among the prominent symptoms, abdominal distension (70%), jaundice (57.5%), and choluria (13.75%) were prominent.

Regarding treatment, 82.50% were found to receive dietary treatment, followed by the use of diuretics (77.50%) and beta-blockers (73.75%). The evolution of the disease revealed the prevalence of portal hypertension (71.4%) and ascites (73.6%). The CHILD PUGH classification showed that 39.6% had no classification, while 35.2% were in class C (1-year survival of 45%), 20.3% in class B (81% survival), and 4.9% in class A (100% survival).

KEYWORDS: Alcoholic Cirrhosis, Liver morbidity, Prevalence of alcoholic liver disease, liver mortality

1. INTRODUCCIÓN

El alcoholismo se considera uno de los principales problemas de salud pública, porque causa cada año 3 millones de muertes en el mundo, lo que representa el 5,3% de todas las defunciones y el factor causal de más de 200 enfermedades.

Una de las secuelas más drásticas en el campo de la salud del cuerpo de quienes tienen como hábito el consumo exagerado de alcohol, es la cirrosis hepática que es una enfermedad causada por el alcoholismo crónico, constituyéndose en una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, pues se trata de una enfermedad crónica, difusa e

irreversible del hígado, definida a la presencia de fibrosis y nódulos de regeneración que llevan a una modificación de la arquitectura vascular. El pronóstico de la enfermedad es grave y los pacientes fallecieron por hemorragia digestiva, insuficiencia hepatocelular, degeneración neoplásica o procesos intercurrentes, sobre todo infecciosos.

Según la OMS el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia que conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades, se reporta que aproximadamente, entre el 40 - 60% de los casos a nivel mundial son debido al abuso de alcohol. Actualmente se considera que la

cirrosis es una enfermedad dinámica y potencialmente reversible en estadios iniciales.

MATERIALES Y MÉTODOS

El enfoque de la investigación es Cuantitativa, porque se recogieron y analizaron datos sobre variables obtenidos mediante la revisión de historias clínicas.

La investigación es descriptiva ya que analiza las características de la población escogida sin adentrarse en las relaciones que haya entre ellas. Además, es retrospectiva porque se indaga sobre hechos del pasado que en este caso fue recolectando y realizando la revisión de las historias clínicas.

En el caso de la investigación, el estudio se basó en la revisión de historias clínicas, analizando las características sociodemográficas, los signos y síntomas de la cirrosis alcohólica y el tratamiento y evolución de la enfermedad. Por medio de una base de recolección de datos en Google forms.

La población fue constituida por pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño registrados en la historia clínica con cirrosis alcohólica en los años 2020-2022 con un total de 80 pacientes. Población final para el presente estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión: Historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico previo de cirrosis alcohólica en el Hospital Universitario Departamental de Nariño los años 2020-2022.

Pacientes con estancia hospitalaria mayor a 48 horas.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 18 años.

SESGOS: Sesgo de selección e información.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE DATOS:

Para la recolección de la información se tomará en cuenta la revisión exhaustiva de historias clínicas del Hospital Universitario Departamental de Nariño de los años 2020 – 2022, las cuales permitan recolectar los datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos planteados en esta investigación, esto mediante la sistematización por medio de un cuestionario de Google forms de uso netamente de los investigadores y asesores.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar las características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica del Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en los años 2020- 2022.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Describir los signos y síntomas de la población objeto de estudio.
- Caracterizar el tratamiento y evolución en pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño de la ciudad de Pasto en el periodo 2020-2022

3. DISCUSIÓN

La cirrosis hepática alcohólica es una enfermedad que afecta generalizadamente al organismo, pero fundamentalmente se enfoca en el hígado, siendo el etanol el que juega un papel principal produciendo daño hepático, conllevando a ser la cirrosis hepática alcohólica una enfermedad que tiene una alta tasa de mortalidad, lo cual motivó a realizar esta investigación.

Al analizar las variables sociodemográficas de la investigación se evidencio que el sexo masculino es el más afectado por la cirrosis hepática de tipo alcohólica siendo la población total de 80 pacientes donde el sexo masculino representa a un 91.25%, dato que coincide con la investigación de (Candas, Valdés y Cabrera, La Habana, Cuba) (1) en donde demuestra que, de los 50 pacientes estudiados en relación con el sexo, el 82% pertenecía al sexo masculino. Al realizar el análisis de las variables respecto al grupo etario se demostró que el grupo más afectado es el de la vejez representando un 57,5% de la población, caso contrario en la investigación de (Candas, Valdés y Cabrera, La

Habana, Cuba) (1) donde demuestra que el grupo etario más afectado es el de la adultez con un 51.2% de la población.

Analizando acerca de las manifestaciones clínicas en la investigación se encontró que el signo más frecuente es la distensión abdominal representando un 70,0% de la población dato que se asemeja con la investigación de (Calderon, Ascanio, Yarinsueca, Huancayo, Perú) (2) en donde el signo más frecuente que presentaron los pacientes fue la distensión abdominal con un 81,30% perteneciendo a 87 pacientes del estudio.

Al analizar sobre los resultados tratamiento y evolución de la cirrosis alcohólica en la investigación se evidencio que la ascitis como complicación se presentó en un 73,6% que corresponde a una población de 50 pacientes, dato que difiere con la investigación de (Delgado, Delgado y otros, Guayaquil, Ecuador) (3) en donde se demuestra que de los 275 pacientes que participaron en el estudio solo el 31% presentaron ascitis como complicación.

Al analizar la escala CHILD PUGH que es usada para evaluar el pronóstico de los pacientes con cirrosis alcohólica en la investigación se encontró que el 35,2% de los pacientes estaban en una clase C que corresponde a 27 pacientes del total de la población, un 20,3% que corresponde a 12 pacientes se encontraban en clase B y 4,9% correspondiente a 5 pacientes se encontraban en la clase A, lo que difiere con la investigación de (Escocia, Marrugo, Barranquilla, Colombia)

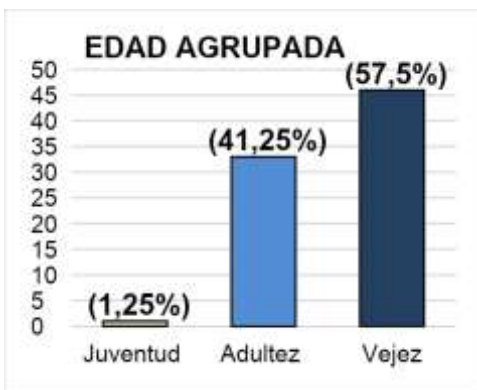
(4) en donde se evidencia que de los 284 pacientes en estudio el 5,3% correspondiente a 15 pacientes estaban en clase C, 28,5% que corresponde a 81 pacientes se encontraban en clase B y un 66,2% correspondiente a 188 pacientes se encontraban en clase A.

Al analizar los resultados de la evolución de la cirrosis hepática alcohólica en la investigación donde hacen parte 80 pacientes se evidencio que la mayoría de las muertes con un 15% correspondiente a 12 pacientes murieron por encefalopatía hepática dato que se asemeja con la investigación de (Bohorquez, Guayaquil Ecuador) (5) ,encontrando una similitud donde se evidencio que la causa de mayor mortalidad es la encefalopatía hepática con un 54%.

4. RESULTADOS

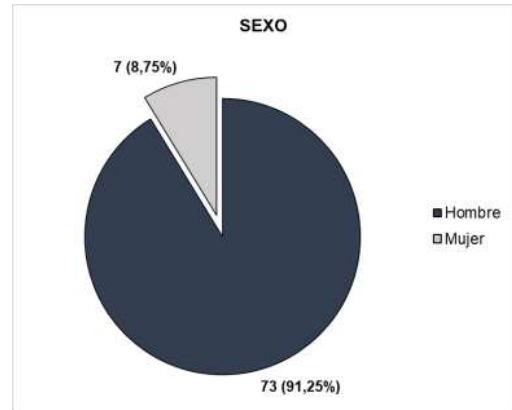
Para dar cumplimiento al objetivo N°1

“Identificar las características sociodemográficas y antecedentes de la población objeto de estudio.” se presenta las siguientes tablas y gráficas”:



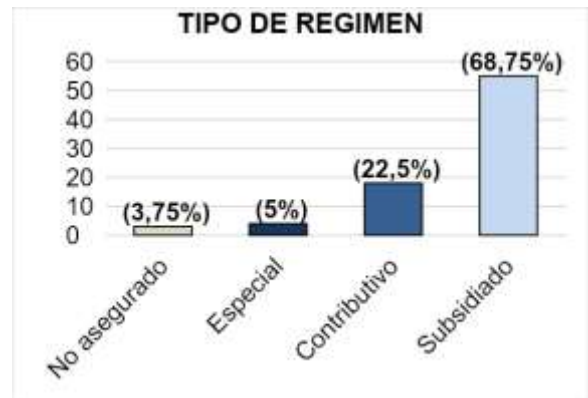
Fuente: Propia de la investigación

En la edad agrupada la juventud representa el 1,25%, la adultez el 41,25% y la vejez un 57,5%.



Fuente: Propia de la investigación

Respecto al sexo, el masculino fue el que más se presentó con un 91,25% y el sexo femenino solo representa el 8,75%.



Fuente: Propia de la investigación

Se observó que la mayor población estudio estaba en el régimen subsidiado con un 68,75%, seguido del régimen contributivo con

22,5% y el menos representativo es no asegurado con el 3,75%

Fuente: Propia de la investigación.

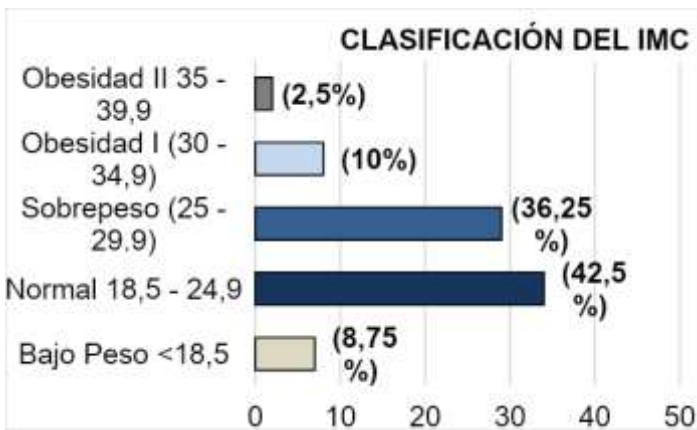
Se observó en la investigación que el mayor porcentaje correspondió al 96,25% donde si

Variable		F.a (#)	F.r (%)
Estancia hospitalaria mayor a 48 horas	No	3	3,75%
	Si	77	96,25%
Total		80	100%

estuvieron más de 48 horas en el hospital. El porcentaje restante al 3,75% donde no estuvieron más de 48 horas en el hospital.

Para dar cumplimiento al objetivo N°2

“Describir los signos y síntomas de la población objeto de estudio”



Se evidencio en la clasificación de IMC que el mayor porcentaje corresponde al 42,5% que es el IMC normal, seguido de sobrepeso con un 36,35%, el 10% que corresponde a sobrepeso, 8,75% a bajo peso y un mínimo porcentaje de 2,5% tiene obesidad grado II.

Variable	F.a (#)	F.r (%)
Astenia	No	36
	Si	44
Total	80	100%
Adinamia	No	36
	Si	44
Total	80	100%
Hiporexia	No	48
	Si	32
Total	80	100%
Nauseas	No	40
	Si	40
Total	80	100%
Vomito	No	44
	Si	36
Total	80	100%
Pérdida de peso	No	37
	Si	43
Total	80	100%
Dolor en hipocondrio derecho	No	37
	Si	43
Total	80	100%
Distensión abdominal	No	24
	Si	56
Total	80	100%
Coluria	No	69
	Si	11
Total	80	100%
Cefalea	No	84
	Si	16
Total	80	100%
Ictericia	No	34
	Si	46
Total	80	100%
Edema	No	41
	Si	39
Total	80	100%

Fuente: Propia de la investigación.

Se evidenció que la distensión abdominal se encontró en el 70,0% de la población siendo el de mayor incidencia, seguido de la ictericia en el 57,5% de la población, mientras que la coluria fue de los síntomas de menor incidencia el cual represento el 13,75% de la población.

Para dar cumplimiento al objetivo N°3

“Caracterizar el tratamiento y evolución en pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica”

Variable	F.a (#)	F.r (%)
Tratamiento dietético	No	14
	Si	66
Total	80	100%
Diuréticos	No	18
	Si	62
Total	80	100%
Beta bloqueadores	No	21
	Si	59
Total	80	100%
Realización paracentesis	No	40
	Si	40
Total	80	100%

Fuente: Propia de la investigación.

Con respecto al tratamiento, el tratamiento dietético fue el más usado en los pacientes con una proporción del 82,50%, seguido del uso de diuréticos con el 77,50%, el uso de beta bloqueadores con el 73,75% y finalmente la realización de paracentesis con el 57,1%.

Variable		Ea (n)	Ea (%)
Ascitis	No	30	26,4%
	Si	50	73,6%
Total		80	100%
Ingurgitación yugular	No	70	87,5%
	Si	10	12,5%
Total		80	100%
Hipertensión portal	No	24	28,8%
	Si	56	71,2%
Total		80	100%
Varices esofágicas	No	32	36,8%
	Si	48	63,2%
Total		80	100%
Clasificación CHILD PUGH	A	5	4,9%
	B	52	29,3%
	C	27	35,2%
	No tiene	36	39,6%
Total		80	100%
Paciente vivo/muerto	Muerto	17	20,9%
	Vivo	63	79,1%
Total		80	100%
Peritonitis	No	68	80,8%
	Si	12	18,7%
Total		80	100%
Desnutrición	No	51	67,8%
	Si	29	33,0%
Total		80	100%
Encefalopatía hepática	No	46	57,1%
	Si	34	42,9%
Total		80	100%

Fuente: Propia de la investigación.

Respecto a la evolución se logró evidenciar que la hipertensión portal con un 71,4% fue la evolución de la cirrosis alcohólica con mayor incidencia encontrada en la población, seguida de la ascitis con un 73,6%, mientras que la ingurgitación yugular fue la de menor incidencia con un 12,1%, seguida de la evolución a peritonitis con 18,7%.

REFERENCIAS

Candas - Santos S, Valdés - Blanco M, Cabrera - Nico A. Caracterización de pacientes con cirrosis hepática por alcoholismo 16 de Abril [Internet]. 2020 [fecha de citación]; 59 (277): e867 Disponible en:

http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/867.

Calderón Gerstein Walter, Ascanio Paredes Maritza, Yarinsueca Mata Pilar Rocío. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horiz. Med. [Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Dic 03]; 20(2): e1186. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.08>.

Delgado-López MF, Chamaidan-Moreno JY, Labanda-Jaramillo KL, Delgado-Suárez DP, Echeverría-Gia DG, Matute-Ortiz SG. Estudio de casos sobre la cirrosis hepática y sus complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2015. Dominio Cienc [Internet]. 15 de enero de 2019 [consultado el 3 de diciembre de 2023];5(1):759. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7155114.pdf>

Escorcia Charris EJ, Marrugo Balceiro WR. Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017. Biociencias [Internet]. 27 de enero de 2018 [consultado el 3 de diciembre de 2023];13(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6769284.pdf>

Bohorquez N. Enfermedad hepática por alcohol y factores de riesgo en pacientes de 35-65 años del hospital IESS de milagro "Federico Bolaños Moreira 2014" [Trabajo de grado en Internet].

Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015
[consultado el 2 de diciembre de 2023]. 80 p.
Disponible

en: <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/5c4a11ce-93b9-4abb-a474-7ec70dc0bacb/content>