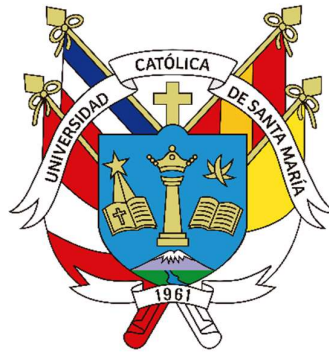


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y
las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en Pacientes
Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional
Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023**

Tesis presentada por la Bachiller:

Mares Zúñiga, Andrea Paola

ORCID: 0009-0002-6817-9310

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Taco Cornejo, Justo Enrique

ORCID: 0009-0007-6121-620X

Arequipa - Perú
2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 12 de Julio del 2024

Dictamen: 011945-C-EPMH-2024

Visto el borrador del expediente 011945, presentado por:

2017100792 - MARES ZUÑIGA ANDREA PAOLA

Titulado:

**ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, Y
LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2021-2023**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**30857055 - LOPEZ TICONA ALDO GERARDO
DICTAMINADOR**



**40526863 - VELASQUEZ FERIA ANA FABIOLA
DICTAMINADOR**



**46093660 - TICONA PEREZ JOSE CARLOS JESUS
DICTAMINADOR**



Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante | 2% |
| 2 | 1library.co Fuente de Internet | 1% |
| 3 | tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 4 | www2.ulpgc.es Fuente de Internet | 1% |
| 5 | www.repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 6 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 1% |
| 7 | www.scielo.org.co Fuente de Internet | 1% |

www.merckmanuals.com

| | | |
|----|--|-----|
| 8 | Fuente de Internet | 1 % |
| 9 | www.revmedmilitar.sld.cu Fuente de Internet | 1 % |
| 10 | docs.com Fuente de Internet | 1 % |
| 11 | www.scielo.org.pe Fuente de Internet | 1 % |

Excluir citas Apagado
Excluir bibliografía Apagado

Excluir coincidencias < 1%

DEDICATORIA

Querida familia y amigos,

Culmino un capítulo significativo de mi vida académica, y quiero expresar mi más profunda gratitud a cada uno de ustedes.

A mis queridos padres, Carlos y Heidy, por su constante cariño, apoyo y sacrificio. Han sido la fuente de mi fuerza y determinación. Gracias por ser mis pilares y mi mayor inspiración.

A mis queridos hermanos, Fabiana y Leonardo, por su complicidad, alegría y lealtad incondicional. Son un regalo invaluable en mi vida. Gracias por ser mi familia, y mi compañía más bonita.

A mis amados abuelos; Leonardo, Vilma, y Eva, por siempre demostrarme su orgullo, y confiar en mí desde el inicio. Gracias por su inmenso amor y aliento.

A mis queridos tíos, Luis y Julissa, por su valiosa compañía y cuidado durante mi último año de internado médico. Gracias por cada conversación y momento compartido.

A mis maestros y mentores, les debo un reconocimiento especial por su sabiduría, guía y dedicación. Sus enseñanzas han dejado una huella imborrable en mi formación académica y personal.

A todos ustedes, mi familia y amigos, les debo este logro y les dedico mi más profundo agradecimiento. Juntos hemos hecho posible este sueño.

*Con cariño y gratitud eterna,
Andrea*

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen María por actuar en mi vida y guiar mi camino, por todas las bendiciones y enseñanzas, por darme la fortaleza, la sabiduría y la salud para formarme al servicio de los demás.

A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, por brindarme una formación académica y humanitaria de excelencia, y por ser el primer lugar que formó mis cimientos como profesional de la salud.

Al Hospital Augusto Hernández Mendoza - Ica, donde realicé mi Internado. Gracias a todo el personal de salud por su calidez y dedicación, por motivarme y permitirme aprender de sus valiosos conocimientos.

A mi asesor y a los miembros del jurado, por su compromiso y orientación para realizar este trabajo.

RESUMEN

La cirrosis hepática es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, que cada vez gana mayor relevancia en nuestro país. Sin embargo, es una de las enfermedades crónicas con mayores complicaciones que no cuenta con suficiente investigación, sobre todo en nuestra localidad.

Objetivo: Determinar la asociación entre el consumo de alcohol, los factores sociodemográficos, y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023.

Metodología: La investigación fue de tipo observacional documental, con un nivel relacional y un diseño no experimental de corte transversal. La muestra del estudio quedó conformada por 84 historias clínicas de pacientes con cirrosis hepática alcohólica durante el lapso 2021-2023. Se aplicó un análisis descriptivo y posteriormente Rho de Spearman ($p < 0.05$) para determinar la dirección y magnitud de la relación entre las variables y sus dimensiones.

Resultados: La mayoría de los pacientes tiene entre 45 y 54 años (32.1%), a predominio del género masculino (66.7%), quienes se caracterizan por tener estado civil separado (27.4%), grado de instrucción primaria (42.9%), bajo nivel socioeconómico (69%), residir en zona urbana (70.2%) y trabajar independientemente (54.8%). El 84.5% presentaban un estado descompensado de cirrosis, la mayoría con 3-4 descompensaciones anuales donde predominaba la presencia de ascitis y/o encefalopatía hepática. El análisis estadístico relacional evidenció que existe una asociación moderada (Rho de Spearman 0.340) entre los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol, una asociación débil (Rho de Spearman 0.192) entre los factores sociodemográficos y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica, y una asociación fuerte (Rho de Spearman 0.683) entre el consumo de alcohol y las características clínicas de la cirrosis hepática. Seguidamente se analizaron las asociaciones existentes entre subvariables.

Conclusiones: Los pacientes con mayor grupo etario, sin pareja y con bajo nivel socioeconómico tienen mayor probabilidad de presentar cirrosis hepática alcohólica en su estado descompensado, y sobre todo aquellos pacientes sin pareja adicionalmente pueden presentar más descompensaciones anuales y en consecuencia mayor severidad (mayor Child Pugh). Por otro lado, los factores más importantes en el desarrollo y pronóstico de esta hepatopatía es la cantidad de alcohol consumido (tanto gramaje mensual como frecuencia), más que los años de consumo y el tipo de bebida consumida.

Palabras clave: Cirrosis hepática alcohólica, consumo de alcohol, factores sociodemográficos, características clínicas

ABSTRACT

Liver cirrhosis is one of the main causes of morbidity and mortality in the world, which is increasingly gaining importance in our country. However, it is one of the chronic diseases with the greatest complications that does not have enough research, especially in our town.

Objective: Determine the association between alcohol consumption, sociodemographic factors, and the clinical characteristics of alcoholic liver cirrhosis in patients hospitalized in the internal medicine service of the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital, Arequipa 2021-2023.

Methodology: The research was documentary observational, with a relational level and a non-experimental cross-sectional design. The study sample was made up of 84 medical records of patients with alcoholic liver cirrhosis during the period 2021-2023. A descriptive analysis and subsequently Spearman's Rho ($p < 0.05$) were applied to determine the direction and magnitude of the relationship between the variables and their dimensions.

Results: The majority of patients are between 45 and 54 years old (32.1%), with a predominance of the male gender (66.7%), who are characterized by having separate marital status (27.4%), level of primary education (42.9%), low socioeconomic level (69%), residing in an urban area (70.2%) and working independently (54.8%). 84.5% had a decompensated state of cirrhosis, the majority with 3-4 annual decompensations where the presence of ascites and/or hepatic encephalopathy predominated. The relational statistical analysis showed that there is a moderate association (Spearman's Rho 0.340) between sociodemographic factors and alcohol consumption, a weak association (Spearman's Rho 0.192) between sociodemographic factors and the clinical characteristics of alcoholic liver cirrhosis, and a strong association (Spearman's Rho 0.683) between alcohol consumption and the clinical characteristics of liver cirrhosis. The existing associations between subvariables were then analyzed.

Conclusions: Patients with a higher age group, without a partner and with a low socioeconomic level are more likely to present alcoholic liver cirrhosis in their decompensated state, and especially those patients without a partner may additionally present more annual decompensations and consequently greater severity (higher Child Pugh). On the other hand, the most important factors in the development and prognosis of this liver disease is the amount of alcohol consumed (both monthly weight and frequency), rather than the years of consumption and the type of drink consumed.

Keywords: Alcoholic liver cirrhosis, alcohol consumption, sociodemographic factors, clinical characteristics

INDICE

| | |
|--|------|
| DEDICATORIA | v |
| AGRADECIMIENTO | vi |
| RESUMEN | vii |
| ABSTRACT | viii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| | |
| CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO | 2 |
| 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 3 |
| 1.1 Determinación del Problema | 3 |
| 1.2 Enunciado del Problema | 3 |
| 1.3 Descripción del Problema | 3 |
| 1.3.1. Área del conocimiento | 3 |
| 1.3.2. Análisis de Variables | 4 |
| 1.3.3. Interrogantes básicas | 7 |
| 1.4. Justificación del problema | 7 |
| 1.4.1 Relevancia científica | 7 |
| 1.4.2. Relevancia Social | 8 |
| 1.4.3. Originalidad | 8 |
| 1.4.4. Actualidad | 8 |
| 1.4.5. Interés Personal | 9 |
| 1.4.6. Viabilidad | 9 |
| 2. OBJETIVOS | 10 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 11 |
| 3.1. Conceptos básicos | 11 |
| 3.2. Revisión de antecedentes investigativos | 26 |
| 3.2.1. A nivel local | 26 |
| 3.2.2. A nivel nacional | 27 |
| 3.2.3. A nivel internacional | 29 |
| 4. HIPÓTESIS | 32 |
| | |
| CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS | 33 |
| 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN | 34 |
| 1.1. Técnica | 34 |
| 1.2. Instrumento | 34 |
| 1.3. Materiales | 34 |

| | |
|--|--------|
| 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN | 34 |
| 2.1. Ámbito | 34 |
| 2.2. Unidades de estudio | 35 |
| 2.2.1. Universo | 35 |
| 2.2.1.1. Criterios de inclusión | 35 |
| 2.2.1.2. Criterios de exclusión | 35 |
| 2.2.2. Tamaño de la muestra | 35 |
| 2.3. Temporalidad | 35 |
| 2.4. Ubicación espacial | 35 |
| 2.5. Tipo de investigación | 35 |
| 2.6. Nivel de investigación | 35 |
| 2.7. Diseño de investigación | 35 |
| 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 36 |
| 3.1. Organización | 36 |
| 3.2. Recursos | 36 |
| 3.2.1. Humanos | 36 |
| 3.2.2. Materiales | 36 |
| 3.2.3. Financieros | 36 |
| 3.3. Plan de procesamiento de datos | 37 |
| 3.3.1. Fase de Clasificación | 37 |
| 3.3.2. Fase de Recuento | 37 |
| 3.3.3. Fase de análisis | 37 |
| CAPÍTULO III RESULTADOS | 38 |
| CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN | 59 |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 71 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 75 |
| ANEXOS | |
| Anexo 1. Permiso institucional | 82 |
| Anexo 2. Ficha de recolección de datos | 83 |
| Anexo 3. Cálculo de Consumo de Alcohol en Gramaje Mensual | 85 |
| Anexo 4. Cálculo de Escala MELD (Modelo para Enfermedades Hepáticas en Etapas) | 86 |
| Anexo 5. Cálculo de Clasificación de Child Pugh | 87 |
| Anexo 6. Matriz Base de Datos | 88 |
| Anexo 7. Matriz Codificación de Datos | 90 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Distribución de pacientes según Grupo Etario | 39 |
| Tabla 2. Distribución de pacientes según Género | 40 |
| Tabla 3. Distribución de pacientes según Estado civil, Grado de Instrucción y Ocupación | 41 |
| Tabla 4. Distribución de pacientes según Zona de Residencia y Nivel Socioeconómico | 42 |
| Tabla 5. Distribución de pacientes según Frecuencia de Consumo de Alcohol | 43 |
| Tabla 6. Distribución de pacientes según Edad de Inicio Consumo Crónico de Alcohol | 44 |
| Tabla 7. Distribución de pacientes según Duración de Consumo Crónico de Alcohol | 45 |
| Tabla 8. Distribución de pacientes según Tipo de Bebida Alcohólica | 46 |
| Tabla 9. Distribución de pacientes según Gramaje de Alcohol Mensual | 47 |
| Tabla 10. Distribución de pacientes según Estado de la Cirrosis Hepática | 48 |
| Tabla 11. Distribución de pacientes según Número de Descompensaciones Anuales | 49 |
| Tabla 12. Distribución de pacientes según Tipo de Descompensaciones Presentadas: Individual | 50 |
| Tabla 13. Distribución de pacientes según Tipo de Descompensaciones Presentadas: Combinaciones | 51 |
| Tabla 14. Distribución de pacientes según Escala MELD | 52 |
| Tabla 15. Distribución de pacientes según Clasificación de Child-Pugh | 53 |
| Tabla 16. Correlación múltiple de Spearman entre los Factores Sociodemográficos, el Consumo de Alcohol y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica | 54 |
| Tabla 17. Análisis estadístico relacional entre subvariables: Factores Sociodemográficos y Consumo de Alcohol | 55 |
| Tabla 18. Análisis estadístico relacional entre subvariables: Factores Sociodemográficos y Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica | 56 |
| Tabla 19. Análisis estadístico relacional entre subvariables: Consumo de Alcohol y Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica | 57 |

INTRODUCCIÓN

La cirrosis alcohólica es una enfermedad hepática progresiva y potencialmente mortal, caracterizada por la sustitución del tejido hepático normal por tejido cicatricial. Esta condición resulta comúnmente del consumo prolongado y excesivo de alcohol. La toxicidad del alcohol y sus metabolitos promueve la inflamación y la muerte celular en el hígado, lo que con el tiempo conduce a la fibrosis y, finalmente, a la cirrosis. Esta última etapa de la enfermedad hepática alcohólica se manifiesta por una disminución significativa de la función hepática, lo que puede provocar consecuencias graves como insuficiencia hepática, hipertensión portal y trastornos hemorrágicos. La cirrosis alcohólica es un claro ejemplo de cómo el abuso de sustancias puede tener consecuencias devastadoras para la salud a largo plazo, por lo que amerita profundizar los estudios como factor etiológico tanto en el ámbito de consumo como en el ámbito sociodemográfico.

La prevención mediante la abstinencia del alcohol es la estrategia más efectiva para reducir el riesgo de desarrollar cirrosis alcohólica. En los casos en que la enfermedad ya está establecida, el manejo se centra en el tratamiento de las complicaciones, la abstinencia de alcohol y, en situaciones avanzadas, puede considerarse el trasplante de hígado como una opción terapéutica.

Por lo tanto, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Resulta necesario conocer a mayor profundidad la asociación entre sus diferentes factores para poder mejorar su gestión desde la prevención primaria hasta la terciaria, facilitando así su adecuado diagnóstico y manejo desde el primer nivel de atención. Por ello, el objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre el consumo de alcohol, los factores sociodemográficos, y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023. De esta manera se espera brindar conocimientos actuales y específicos sobre la etiología y patogenia de esta enfermedad que cada vez abarca mayor relevancia en la salud de nuestra población.



CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del Problema

La cirrosis alcohólica es una enfermedad hepática progresiva y potencialmente mortal, caracterizada por la degeneración del tejido hepático como resultado del consumo prolongado y excesivo de alcohol. Esta enfermedad puede causar la muerte por hipertensión portal y alteraciones circulatorias, así como otras complicaciones secundarias (1). Sin embargo, existe una escasez de estudios sobre la cirrosis alcohólica en nuestra localidad, lo que dificulta conocer la realidad de las personas que la padecen. Se desconocen aspectos como el patrón de consumo de alcohol, la repercusión de los factores sociodemográficos, las consecuentes características clínicas de los pacientes y la asociación entre ellos. Estos datos podrían ayudar a comparar nuestra situación con la de otras regiones y con la evidencia científica disponible sobre la cirrosis hepática (2).

1.2. Enunciado del Problema

¿Existe asociación entre el consumo de alcohol, los factores sociodemográficos, y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023?

1.3. Descripción del Problema

1.3.1. Área del conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Gastroenterología
- **Línea:** Hepatología

1.3.2. Análisis de Variables

| VARIABLE | INDICADOR | UNIDAD/CATEGORÍA | ESCALA |
|----------------------------|---|---|-----------------------------|
| Factores sociodemográficos | Edad-Grup etario | <ul style="list-style-type: none"> • 15 - 24 años • 25 - 34 años • 35 - 44 años • 45 - 54 años • 55 - 64 años • 65 - 74 años • 75 años o más | Intervalo (cuantitativa) |
| | Sexo | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino | Nominal (cualitativa) |
| | Estado Civil | <ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a) • Casado(a) • Unión libre • Separado(a) • Viudo(a) | Nominal (cualitativa) |
| | Nivel de Instrucción | <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto(a) • Primaria • Secundaria • Superior técnica • Superior universitaria • Posgrado | Ordinal (cualitativa) |
| | Ocupación | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajador independiente • Trabajador dependiente • Desempleado(a) • Estudiante • Ama de casa | Nominal (cualitativa) |
| | Zona de Residencia | <ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural | Nominal (cualitativa) |
| | Nivel socioeconómico (NSE) según ingreso promedio | <ul style="list-style-type: none"> • NSE A (S: 12 660) • NSE B (S: 7020) • NSE C (S: 3970) • NSE D (S: 2480) • NSE E (S: 1300) | Ordinal (cualitativa) |

| VARIABLE | INDICADOR | UNIDAD/CATEGORÍA | ESCALA |
|------------------------------|--|--|--------------------------|
| Patrón de consumo de alcohol | Frecuencia de consumo | <ul style="list-style-type: none"> • 1 vez por semana • 2 veces por semana • 3 a 4 veces por semana • 5 a 6 veces por semana • 7 veces por semana | Intervalo (cuantitativa) |
| | Edad de inicio de consumo crónico de alcohol | <ul style="list-style-type: none"> • 14 años o menos • 15 - 24 años • 25 - 34 años • 35 - 44 años • 45 - 54 años • 55 años o más | Intervalo (cuantitativa) |
| | Duración de consumo crónico de alcohol | <ul style="list-style-type: none"> • 9 años o menos • 10 - 14 años • 15 - 19 años • 20 - 24 años • 25 - 29 años • 30 años o más | Intervalo (cuantitativa) |
| | Tipo de alcohol | <ul style="list-style-type: none"> • Fermentado (cerveza, vino, etc.) • Destilado (pisco, ron, etc.) | Nominal (cualitativa) |
| | Gramaje de alcohol mensual (gr/mes) según la unidad de bebida estándar (UBE) | <ul style="list-style-type: none"> • 599 o menos gr/mes • 600 a 1199 gr/mes • 1200 a 1799 gr/mes • 1800 a 2399 gr/mes • 2400 o más gr/mes | Intervalo (cuantitativa) |

| VARIABLE | INDICADOR | UNIDAD/CATEGORÍA | ESCALA |
|--|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| Características clínicas de la cirrosis hepática | Estado | <ul style="list-style-type: none"> • Compensado • Descompensado | Nominal (cualitativa) |
| | Número de descompensaciones anuales | <ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • 3 a 4 • 5 o más | Intervalo (cuantitativa) |
| | Tipo de descompensaciones presentadas | <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Ascitis • Hemorragia digestiva alta variceal • Peritonitis Bacteriana Espontánea • Encefalopatía hepática • Síndrome hepatorenal • Síndrome hepatopulmonar | Nominal (cualitativa) |
| | Escala MELD | <ul style="list-style-type: none"> • < 9 • 10-19 • 20-29 • 30-39 • 40 o más | Intervalo (cuantitativa) |
| | Clasificación de Child Pugh | <ul style="list-style-type: none"> • Clase Child A: 5 - 6 puntos • Clase Child B: 7 - 9 puntos • Clase Child C: 10 - 15 puntos | Nominal (cualitativa) |

1.3.3. Interrogantes básicas.

- ¿Existe asociación entre el consumo de alcohol, los factores sociodemográficos, y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023?
- ¿Se encuentra asociación entre el consumo de alcohol y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023?
- ¿Se presenta asociación entre los factores sociodemográficos y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021- 2023?
- ¿Se evidencia asociación entre los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023?
- ¿Qué patrón clínico de consumo de alcohol, factores sociodemográficos y características clínicas presentan los pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023?

1.4. Justificación del problema

1.4.1. Relevancia Científica

La cirrosis hepática alcohólica es una enfermedad grave y potencialmente mortal que resulta de un daño hepático crónico debido al abuso del alcohol. Su estudio es fundamental ya que el alcohol es una de las sustancias más consumidas a nivel mundial y su abuso representa un problema de salud pública significativo. La investigación en este campo puede contribuir a la

comprensión de los mecanismos sociodemográficos y fisiopatológicos implicados en la enfermedad e identificar patrones clínicos para su diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes.

1.4.2. Relevancia Social

La relevancia social radica en que esta enfermedad crónica del hígado representa un grave problema de salud pública en el Perú y en el mundo, debido a su alta morbimortalidad y a su impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Al analizar el consumo de alcohol y los factores sociodemográficos, se pueden identificar patrones de consumo y grupos de riesgo, lo que facilita el diseño de estrategias de intervención más efectivas y dirigidas. Además, el estudio de las características clínicas ofrece información valiosa sobre la epidemiología y progresión de la cirrosis hepática en Arequipa y genera evidencia que pueda orientar la toma de decisiones en salud pública.

1.4.3. Originalidad

Se busca aportar nuevos conocimientos o perspectivas sobre un tema de interés científico, que afecta a una parte importante de la población peruana, de la cual existe una escasez de estudios. Los resultados permitirán contribuir al conocimiento verídico y específico sobre la etiología y patogenia de esta enfermedad en nuestra localidad.

1.4.4. Actualidad

La cirrosis hepática alcohólica es una enfermedad crónica que afecta al hígado y que se caracteriza por presentar complicaciones graves, como el sangrado variceal, la ascitis, la encefalopatía hepática o el cáncer de hígado. Lamentablemente, con el transcurrir de los años, su incidencia y prevalencia van en aumento y se acompañan de una morbimortalidad significativa en la salud pública actual de nuestro país. Por ello, es importante identificar la asociación existente entre los factores de riesgo, lo cual pretende influir en su diagnóstico, pronóstico y tratamiento oportuno.

1.4.5. Interés Personal

El interés personal por esta investigación surge de la experiencia derivada de las observaciones durante la rotación por el servicio Medicina Interna de diversos establecimientos de salud, donde se ha podido observar la alta prevalencia y mortalidad de la cirrosis hepática. Por lo que se consideró necesario profundizar estudios en esta enfermedad crónica para poder diseñar estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno. Asimismo, se espera que el estudio contribuya al conocimiento científico sobre la cirrosis hepática en el contexto peruano y latinoamericano, y que sirva como base para futuras investigaciones en este campo.

1.4.6. Viabilidad

El estudio es viable debido a la accesibilidad de la población objeto de estudio, y la disponibilidad de herramientas validadas para el análisis estadístico de las variables mencionadas. La metodología de investigación elegida permite comprender mejor cómo el consumo de alcohol y los factores sociodemográficos influyen en la evolución clínica de la cirrosis hepática, lo cual es crucial para la prevención y el tratamiento de estas condiciones. Estos aspectos, posibilitan la ejecución dentro del marco temporal del cronograma trazado para el estudio.

2. OBJETIVOS

General

Determinar la asociación entre el consumo de alcohol, los factores sociodemográficos, y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023.

Específicos

- Evidenciar la asociación entre los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023.
- Establecer la asociación entre los factores sociodemográficos y las características clínicas de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023.
- Comprobar la asociación entre el consumo de alcohol y las características clínicas de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023.
- Identificar el patrón de consumo de alcohol, los factores sociodemográficos y las características clínicas que presentan los pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2021-2023.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Cirrosis hepática:

3.1.1.1. Definición

La cirrosis hepática (CH) es una patología crónica del hígado que se produce por una pérdida extensa y difusa de hepatocitos, con subsecuente desestructuración del estroma que favorece la formación de tejido conectivo fibroso. Este proceso de daño y reparación altera la organización lobular y vascular del hígado (3).

La cirrosis inducida por alcohol representa la manifestación más severa dentro del espectro de patologías hepáticas asociadas al consumo etílico. Esta condición se origina como consecuencia de la ingesta crónica y excesiva de bebidas alcohólicas, lo que eventualmente conduce a la sustitución del tejido hepático sano por tejido cicatricial. A medida que avanza la enfermedad, la capacidad funcional del hígado se ve comprometida, afectando su habilidad para procesar nutrientes, hormonas, fármacos y toxinas, así como para producir proteínas esenciales para la coagulación de la sangre (4).

La regeneración celular es insuficiente y origina la aparición de nódulos de parénquima hepático sin estructura vascular, que junto con los septos fibrosos conforman el aspecto morfológico de la enfermedad (5). Esta modificación radical de la arquitectura hepática ocasiona un aumento de las resistencias vasculares en el sistema portal que dificulta el flujo sanguíneo a través del hígado, lo que conlleva a la presencia de hipertensión en el ámbito vascular de la vena porta (6).

3.1.1.2. Datos epidemiológicos

Los datos epidemiológicos de la cirrosis son muy limitados e incompletos, en los EEUU, el estudio Clearinghouse, estimaba la prevalencia de cirrosis en este país en 16/1000 habitantes y la sitúa como la 12º causa de muerte. La mortalidad en Europa es similar (7). El desarrollo de vacunas contra el

virus B y sobre todo el empleo de material descartable y el control de portadores de infección por virus C en los servicios de transfusión, podría determinar un cambio significativo en la prevalencia de la enfermedad.

La CH es una enfermedad crónica e irreversible que se caracteriza por la fibrosis y la formación de nódulos en el hígado, lo que altera su estructura y función. La cirrosis hepática puede tener diversas causas, entre las que se destacan el consumo excesivo de alcohol, las infecciones virales crónicas por los virus de la hepatitis B y C, y las enfermedades autoinmunes o metabólicas (8). La cirrosis hepática es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2019 se estimó que la cirrosis hepática fue responsable de 1,32 millones de muertes a nivel global, 2.4% de todas las defunciones (9).

En Latinoamérica, la CH también constituye un importante problema de salud pública, con una prevalencia estimada de 4,8 casos por cada 100.000 habitantes y una mortalidad de 6,8 por cada 100.000 habitantes (10). Sin embargo, existe una gran variabilidad entre los países de la región, tanto en la incidencia como en las causas de la cirrosis hepática. Por ejemplo, en México y Brasil, el consumo de alcohol es el principal factor etiológico, mientras que en Colombia y Argentina predominan las infecciones por el virus de la hepatitis C (9). Asimismo, se ha observado una mayor frecuencia de cirrosis hepática de origen criptogénico (sin causa aparente) en algunos países como Chile y Ecuador.

En el caso del Perú, la CH también representa una causa importante de morbilidad y mortalidad, con una mortalidad de 14.5 por cada 100.000 habitantes. En Perú, la prevalencia de la cirrosis alcohólica ha mostrado tendencias fluctuantes, lo que sugiere la necesidad de estrategias de intervención más efectivas y políticas de salud pública bien enfocadas. La carga de la enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), resalta la importancia de abordar el consumo de alcohol como un problema de salud prioritario.

Según los datos del Ministerio de Salud, entre los años 2010 y 2019 se registraron 24.507 casos nuevos de cirrosis hepática y 16.892 muertes por esta causa. Sus principales causas son el abuso de alcohol (42%), las

infecciones virales crónicas por virus de hepatitis B y C (25 %) y la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) en 12%, entre otras (11,12). Además, se ha reportado una mayor prevalencia de cirrosis hepática en las regiones de la costa y la sierra, especialmente en Lima, Arequipa y Cusco (11,13).

En cuanto a Arequipa, la segunda ciudad más poblada del país, la CH también constituye un problema de salud pública. Según reportes de estudios, la prevalencia de esta enfermedad en la población adulta fue del 1,2%, siendo más frecuente en los varones (1,6%) que en las mujeres (0,8%), con una tasa de mortalidad de 19.4 por 100 mil habitantes. Los factores asociados a la cirrosis hepática fueron el consumo de alcohol, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes mellitus. Asimismo, el 40% de los casos presentaron complicaciones como ascitis, encefalopatía hepática o sangrado digestivo (13).

La CH es una enfermedad que requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado para prevenir sus complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Entre las medidas preventivas se recomienda evitar el consumo excesivo de alcohol, vacunarse contra la hepatitis B, realizarse pruebas periódicas para detectar la hepatitis C y otras enfermedades hepáticas, y mantener un estilo de vida saludable que incluya una dieta equilibrada y ejercicio físico regular.

3.1.1.3. Etiología

La cirrosis hepática es el resultado final de un proceso inflamatorio y fibrosante que afecta al hígado durante un tiempo prolongado. Se produce por diferentes factores etiológicos, entre los que destacan el consumo de alcohol, la infección por el virus de la hepatitis C o B, o las alteraciones inmunológicas como la cirrosis biliar primaria o la colangitis esclerosante primaria, que suelen asociarse a enfermedades inflamatorias intestinales, sobre todo a la colitis ulcerosa (14). Otras causas menos frecuentes de cirrosis son las enfermedades metabólicas y hereditarias, como la hemocromatosis, que se caracteriza por una acumulación excesiva de hierro en el hígado, o la enfermedad de Wilson, que se debe a un depósito

anormal de cobre en el órgano (15). También existen otras enfermedades congénitas del metabolismo que pueden causar cirrosis, como la galactosemia, la fructosemia, la glucogenosis, la α -beta-lipoproteinemia, la tirosinemia o la fibrosis quística del páncreas, que suelen manifestarse en la infancia (16). Por último, hay casos de cirrosis que se relacionan con una esteatofibrosis no alcohólica, una patología cuya etiopatogenia no está bien esclarecida y que se asocia con la intolerancia a los hidratos de carbono y la obesidad. En casos muy raros, la cirrosis puede deberse a un déficit de alfa1-antitripsina (17).

Entre las causas de CH, se pueden distinguir varios grupos según su origen. Uno de ellos es el grupo etiológico que incluye a los fármacos que producen intoxicación crónica por arsenicales, como el Metotrexate, usado como quimioterápico en algunos cánceres, o los alcaloides de la crotávida y senecio, plantas medicinales empleadas en regiones de Asia (18). Otro grupo es el misceláneo, que abarca a las condiciones que provocan obstrucción crónica de la vía biliar, como la atresia biliar, la litiasis coledocal, las estenosis benignas o malignas de la vía biliar principal, los tumores, o la colangitis esclerosante. Estas situaciones pueden generar una Cirrosis Biliar Secundaria (19). Asimismo, la cirrosis puede ser el resultado de un impedimento crónico al flujo venoso del hígado, como sucede en la insuficiencia cardíaca congestiva, la pericarditis constrictiva, o el bloqueo mecánico de la vena cava inferior o de las venas suprahepáticas. Este cuadro se conoce como síndrome de Budd-Chiari (20). Los pacientes con Porfiria Cutánea Tarda pueden desarrollar cirrosis, especialmente si son alcohólicos. En un pequeño porcentaje de pacientes, la causa de cirrosis no se identifica, y se denomina Cirrosis Criptogenética. En este grupo se clasificaron las hepatitis C hasta que se dispuso de un marcador serológico para este virus a principios de esta década (11).

3.1.1.4. Fisiopatología del alcohol en la cirrosis hepática

El etanol, comúnmente conocido como alcohol, es absorbido rápidamente por el estómago y en mayor medida por el intestino delgado, sin embargo, no se almacena en el cuerpo. Una fracción mínima del alcohol es metabolizada en la mucosa gástrica durante su paso, pero es principalmente en el hígado donde se lleva a cabo su catabolismo. Este proceso es efectuado en su mayoría por la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), aunque también intervienen el citocromo P-450 (CYP2E1) y el sistema enzimático de oxidación microsómico.

Dentro del sistema enzimático de oxidación microsómico, la ADH, localizada en el citoplasma, inicia la oxidación del alcohol transformándolo en acetaldehído. La variabilidad genética en la ADH explica las diferencias individuales en los niveles de alcohol en sangre tras consumir cantidades iguales de alcohol, pero no determina la predisposición a desarrollar enfermedades hepáticas relacionadas con el alcohol. Posteriormente, la enzima mitocondrial acetaldehído deshidrogenasa (ALDH) convierte el acetaldehído en acetato, un proceso que se ve incrementado con el consumo crónico de alcohol (4).

Las reacciones oxidativas involucradas en este metabolismo producen hidrógeno, que reduce la nicotinamida-adenina dinucleótido (NAD) a su forma reducida (NADH), incrementando así el potencial redox hepático (relación NADH/NAD). Este aumento del potencial redox tiene como consecuencia la inhibición de la oxidación de ácidos grasos y la gluconeogénesis, favoreciendo la acumulación de lípidos en el hígado y contribuyendo al desarrollo de esteatosis hepática. Este conocimiento es fundamental para comprender las bases bioquímicas de las patologías hepáticas inducidas por el alcohol y para el diseño de estrategias terapéuticas y preventivas.

El consumo prolongado de alcohol puede activar el sistema microsómico encargado del metabolismo del etanol, ubicado principalmente en el retículo endoplasmático, incrementando así su funcionamiento. La enzima más afectada por este proceso es la CYP2E1. Al ser estimulada, esta ruta enzimática microsómica puede llegar a contribuir hasta un 20% en el metabolismo total del alcohol. Como consecuencia de esta inducción, se

producen especies reactivas de oxígeno que son perjudiciales, incrementando el estrés oxidativo y contribuyendo a la alteración del parénquima hepático (21).

De esta manera, la cirrosis hepática es un proceso patológico progresivo caracterizado por la formación de tabiques fibrosos y nódulos parenquimatosos que alteran la arquitectura normal del hígado e interfieren con la adecuada funcionalidad del órgano.

Aparecen tres procesos fundamentales en la fisiopatología de la cirrosis: muerte de los hepatocitos, depósito de la matriz extracelular (MEC) y reorganización vascular.

En el hígado normal, el espacio localizado entre las células endoteliales de los sinusoides y los hepatocitos es denominado Espacio de Disse, el cual contiene una delicada trama de componentes como las células estrelladas perisinusoidales (también llamadas células de Ito o adipocitos hepáticos) y diferentes tipos de colágenos intersticiales. Durante la cirrosis, las especies reactivas de oxígeno anteriormente mencionadas, además de algunas citocinas como el factor de necrosis tumoral (TNF), la interleucina I (IL-1) y las linfotoxinas elaboradas por los hepatocitos lesionados; activan las células estrelladas que pueden elaborar factores de crecimiento y así producir una capa densa de colágeno en la MEC. Este depósito de colágeno (de tipo I y III) bloquea las fenestraciones endoteliales e impide el intercambio libre de materiales de la sangre como la albúmina, factores de coagulación y lipoproteínas).

Por otro lado, la inflamación generada por los radicales libres de oxígeno provocan la trombosis de los vasos sanguíneos hepáticos, lo que puede determinar la aparición de áreas alternantes de hipoperfusión e hiperperfusión del parénquima, con las consecuencias respectivas: atrofia (correspondiente a los tabiques fibrosos) y regeneración compensadora (correspondiente a los nódulos parenquimatosos) (63). En conclusión, las fenestraciones bloqueadas por los depósitos de colágeno y la trombosis de los vasos sanguíneos provocan presiones vasculares anómalas dentro del hígado y contribuyen a la disfunción hepática y a la hipertensión portal.

3.1.1.5. Anatomía patológica

La cirrosis se caracteriza por la formación de bandas de tejido conectivo y nódulos de regeneración hepática, que alteran la arquitectura normal del órgano. El tamaño de los nódulos puede variar, pero no tiene una correlación significativa con la causa o el pronóstico de la cirrosis (3). Las bandas de tejido conjuntivo pueden ser más o menos extensas y fibrosas, y pueden mostrar mayor o menor grado de inflamación según la actividad del proceso. El aspecto macroscópico del hígado cirrótico es el de un órgano irregular, nodular y a menudo aumentado de volumen, sobre todo si hay esteatosis o hepatitis asociadas. Las bandas conectivas pueden incluir varios tractos portaes fusionados, lo que indica una destrucción previa de los lóbulos hepáticos (22).

La cirrosis inducida por alcohol representa una etapa avanzada de enfermedad hepática, caracterizada por una fibrosis extensa que altera la arquitectura hepática normal. La acumulación de grasa en el hígado puede variar y, en ocasiones, esta condición puede presentarse simultáneamente con hepatitis alcohólica. La regeneración hepática, en un esfuerzo compensatorio insuficiente, da lugar a la formación de nódulos de pequeño tamaño (conocidos como cirrosis micronodular), lo que generalmente resulta en una reducción del volumen hepático. A medida que avanza la enfermedad, incluso si el consumo de alcohol se detiene, la fibrosis puede evolucionar hasta formar bandas fibrosas más extensas que dividen el tejido hepático en nódulos de mayor tamaño (21).

3.1.1.6. Cuadro clínico

La cirrosis es una enfermedad que puede afectar a personas de cualquier edad, pero que suele aparecer en la madurez. Es más común en los hombres, debido a que tienen más riesgo de consumir alcohol y de contraer virus que dañan el hígado (23). La cirrosis puede avanzar sin causar síntomas durante mucho tiempo. A veces, se detecta por casualidad en una revisión médica rutinaria, al observar que el hígado o el bazo están agrandados o que hay algún cambio en los análisis de sangre. Aunque se considera que estos pacientes son asintomáticos, un estudio reciente reveló que cerca de un 40% de ellos tienen problemas para dormir y menos

actividad física durante el día. Algunos pacientes solo se sienten cansados como primer indicio de la enfermedad, o presentan síntomas inespecíficos como pérdida de peso, fatiga, anorexia, que luego se empeora cuando se produce una descompensación. En casos de pacientes descompensados estos pueden cursar con hematemesis, melena, ascitis, confusión, fiebre, prurito, calambres musculares.

La ictericia es un signo frecuente en las cirrosis avanzadas y se debe a varios factores. Por un lado, el alcohol puede dañar la médula ósea o aumentar el esplenismo, provocando una hemólisis que libera más bilirrubina de la que el hígado puede procesar. Por otro lado, el daño hepático impide la adecuada captación y conjugación de la bilirrubina, que se acumula en la sangre (24). Además, la fibrosis e inflamación de los conductos biliares pueden obstruir el paso de la bilis hacia el duodeno, causando colestasis.

Al examen físico, además de la ictericia, se puede encontrar Telangiectasias, eritema palmar, ginecomastia, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, cabeza de medusa, atrofia muscular, etc. (25).

3.1.1.7. Fases de la cirrosis hepática

Cuando la CH no ha provocado ningún síntoma o problema médico grave en el paciente se habla de cirrosis compensada; cuando aparecen complicaciones se trata de una cirrosis descompensada (26).

Los estadios de la cirrosis hepática según D'Amico se clasifican en cuatro fases, que reflejan la progresión de la enfermedad y su impacto en la función hepática (27).

- La fase 1 corresponde a la cirrosis compensada sin varices esofágicas ni ascitis.
- La fase 2, los pacientes aún están compensados, pero presentan varices esofágicas
- La fase 3 indica la presencia de descompensación con ascitis
- La fase 4 se caracteriza por la descompensación con hemorragia varicosa.

3.1.1.8. Clasificación de la cirrosis hepática

Los sistemas de clasificación de la cirrosis hepática son importantes porque permite a los médicos evaluar el pronóstico y la supervivencia de los pacientes, así como guiar el tratamiento y la gestión de la enfermedad. Además, la identificación del estadio de la cirrosis puede ayudar a predecir la probabilidad de desarrollar complicaciones graves, como la hemorragia por varices esofágicas, que tiene una alta tasa de mortalidad si no se maneja adecuadamente.

- **Escala Child Pugh**

El modelo Child-Turcotte, establecido en 1964, fue diseñado para clasificar el riesgo quirúrgico en pacientes con insuficiencia portal (28). En 1972, Pugh realizó una modificación significativa al reemplazar el criterio de estado nutricional por el tiempo de protrombina, actualizando así la escala que se utiliza hasta hoy. Este método se aplica en la estadificación de enfermedades hepáticas crónicas, en particular la cirrosis, para pronosticar el resultado clínico. Inicialmente, se utilizaba para estimar la mortalidad probable postoperatoria, pero en la actualidad, su función se ha extendido para evaluar el pronóstico general del paciente y la urgencia de un trasplante hepático (28).

La escala de Child-Pugh se basa en cinco parámetros clínicos de la enfermedad hepática, asignando a cada uno un valor de 1 a 3, donde 3 corresponde al grado más grave de afectación. Estos criterios permiten una valoración objetiva del estado del paciente y facilitan la toma de decisiones médicas pertinentes. La puntuación total se interpreta de la siguiente manera:

- Child-Pugh A (5-6puntos): enfermedad hepática bien compensada sobrevida al año 100% y a los dos años 85%).
- Child-Pugh B (7-9 puntos): compromiso funcional significativo (sobrevida al año 80 % y a los dos años 60%).
- Child-Pugh C (10-15 puntos): enfermedad hepática descompensada (sobrevida al año 45% y a los dos años 35%).

En la siguiente tabla se muestra la escala de Child-Pugh.

| Medición | 1 punto | 2 puntos | 3 puntos |
|-----------------------------|------------|--|---------------------|
| Bilirrubina (total) | <2 mg/dl | 2-3 mg/dl | >3 mg/dl |
| Albúmina sérica | >3.5 g/dl | 2.8-3.5 g/dl | <2.8 g/dl |
| INR / Tiempo de protrombina | <1.7 / >50 | 1.7-2.3 / 30 – 50 | > 2.3 / <30 |
| Ascitis | Ausente | Leve - Moderada, o Suprimida con medicinas | Severa, Refractaria |
| Encefalopatía hepática | Ausente | Grado I-II | Grado III-IV |

Fuente: tomado de escala de Child-Pugh UFM (27)

- **Modelo para Enfermedades Hepáticas en Etapas (Escala MELD)**

El Modelo para Enfermedades Hepáticas en Etapas (Escala MELD) MELD/PELD es una escala que mide la severidad de la enfermedad hepática. Constituye una herramienta de evaluación cuantitativa que oscila entre 6, indicando menor gravedad, y 40, señalando una enfermedad hepática de extrema gravedad (27). Esta escala se determina a través de una fórmula que emplea logaritmos naturales para calcular el grado de afectación hepática. El resultado obtenido se ajusta al entero más cercano, resultando en 35 posibles puntuaciones dentro de la escala MELD. Para su cálculo, se toman en cuenta ciertos parámetros bioquímicos de laboratorio:

- La bilirrubina, que es un indicador de la función hepática
- El INR, que mide la capacidad de coagulación de la sangre
- La creatinina, que refleja la función renal.

Estos valores son indicativos del funcionamiento del hígado y son críticos para evaluar la urgencia de un trasplante hepático en pacientes con enfermedades hepáticas avanzadas, reflejando con mayor precisión el riesgo de mortalidad sin el procedimiento quirúrgico.

Su aplicación permite una asignación más equitativa y objetiva de órganos disponibles, basándose en criterios médicos rigurosos en lugar de factores subjetivo. Así, el MELD se ha convertido en un estándar vital en la

práctica de la hepatología y la medicina trasplantológica.

Para calcular la puntuación MELD se aplica la siguiente fórmula:

$$\text{Puntuación MELD} = 10 * ((0.957 * \ln(\text{Creatinina})) + (0.378 * \ln(\text{Bilirrubina})) + (1.12 * \ln(\text{INR}))) + 6.43$$

La interpretación del puntaje se indica de la siguiente manera:

- < 9: 1.9% de mortalidad a los 3 meses
- 10-19: 6.0% de mortalidad a los 3 meses
- 20-29: 19.6% de mortalidad a los 3 meses
- 30-39: 52.6% de mortalidad a los 3 meses
- 40 o más: 71.3% de mortalidad a los 3 meses

3.1.1.9. Complicaciones

En la fase de descompensación, las principales complicaciones que aparecen son: Ascitis. Encefalopatía hepática (EH), hemorragia digestiva alta (HDA), peritonitis bacteriana espontánea (PBE), síndrome hepatorenal (SHR), Síndrome hepatopulmonar (SHP), hipertensión portal (HTP) y, hepatocarcinoma (HCC) y ascitis.

- La ascitis es la presencia patológica de líquido libre dentro de la cavidad abdominal. Esta se manifiesta en alrededor del 50% de los pacientes con CH en un lapso de 10 años (26,48). El examen físico es poco sensible para su detección, sobre todo si la cantidad es pequeña, el paciente es obeso, o existe meteorismo. El volumen para su detección al examen físico debe ser mayor de 1 litro o incluso, 2 litros para algunos. La ultrasonografía, en cambio, puede detectar cantidades tan pequeñas como 100 mL y es considerada la prueba de referencia para establecer su presencia (26,48,49).
- La encefalopatía hepática (EH) puede definirse como una alteración en la función del sistema nervioso central (SNC), potencialmente reversible, debido a una insuficiencia hepática, reflejando una serie de manifestaciones neuropsiquiátricas, neuromusculares y de conducta que obedecen a múltiples causas (12,34–36). En el cuadro agudo, parece influir el aumento del

amoníaco en sangre, que altera la función neuronal y facilita el edema cerebral generalizado. En los cuadros crónicos, la disfunción neuronal podría estar relacionada con una alteración de la producción de neurotransmisores, sobre todo el ácido gamma-aminobutírico (GABA) monoaminérgico opioidérgico y el sistema de endocannabinoides (63).

En el primer estadio del espectro de la EH se encuentra la encefalopatía hepática mínima (EHm), que afecta hasta a un 30% a un 50% de los enfermos con cirrosis hepática, las alteraciones del funcionamiento cerebral no son detectables clínicamente por lo que, para detectar y cuantificar la EHm, se requieren pruebas diagnósticas neuropsicométricas y neurofisiológicas (37).

Existe una clasificación clínica de la Encefalopatía Hepática según los criterios de West Haven:

- Grado I: Euforia o ansiedad. Leve falta de atención. Deterioro del desempeño de adición.
 - Grado II: Letargia o apatía. Desorientación mínima en tiempo o lugar. cambio sutil de personalidad. Comportamiento inapropiado. Deterioro del desempeño de sustracción.
 - Grado III: Somnolencia o semiestupor, pero respuesta verbal a estímulo. Confusión. Desorientación grosera.
 - Grado IV: Coma (37).
- La ruptura de várices esofágicas desencadena una hemorragia digestiva alta que se define como toda pérdida hemática de cantidad suficiente como para producir hematemesis o melena (28,29).

La causa principal de la HDA es el sangrado variceal, que se produce por la hipertensión portal secundaria a la cirrosis hepática descompensada (30). Dichas hemorragias constituyen un problema clínico observado en los centros encargados de la atención de emergencias en todo el mundo. Aunque puede presentarse en cualquier grupo demográfico, aumenta progresivamente con la edad y resulta más común en los hombres (29). Constituye la complicación más grave, con mayor tasa de

mortalidad de la cirrosis hepática y con un riesgo de resangrado en el 70% de casos. Cabed mencionar algunos signos predictivos de sangrado, como: Aumento de la presión portal > 12 mmhg, tamaño de las varices, presencia de signos rojos sobre las varices y el grado de insuficiencia hepática.

- La hipertensión portal. En 1902, se utilizó por primera vez el término en pacientes que tenían el síndrome de ascitis, esplenomegalia y hemorragia digestiva por várices esofágicas. Al continuar la investigación acerca de los mecanismos fisiopatológicos del proceso, se conceptuó como un síndrome clínico caracterizado por un aumento patológico de la presión en el sistema portal por el cual circula la sangre desde el aparato digestivo y sus glándulas anexas hasta la circulación general (29). Desde un punto de vista hemodinámico es definida como la existencia de un gradiente de presión que oscila entre 10 - 12 mmHg entre el sistema venoso portal y el sistémico, lo que predispone el desarrollo de várices esofágicas, esplenomegalia, circulación colateral, ascitis y hemorroides (29).
- La peritonitis bacteriana espontánea es una complicación infecciosa relativamente frecuente, que afecta a pacientes con cirrosis hepática y ascitis descompensadas. Esta enfermedad se caracteriza por una infección del líquido ascítico sin evidencia de una perforación visceral, ni foco inflamatorio intraabdominal (31). Existen 3 factores importantes en este proceso: hipomotilidad intestinal que facilita el desarrollo de un sobrecrecimiento bacteriano; alteración de la mucosa intestinal que facilita el paso de bacterias al espacio intersticial submucoso y disminución de la actividad antibacteriana de los linfocitos, así como de los macrófagos intestinales (31).
- El síndrome hepatorenal (SHR) es definido como una insuficiencia renal funcional reversible en ausencia de daño del parénquima renal, es la forma de disfunción renal que complica a los pacientes con enfermedad hepática avanzada. En él se presentan alteraciones notables en la circulación renal arterial por

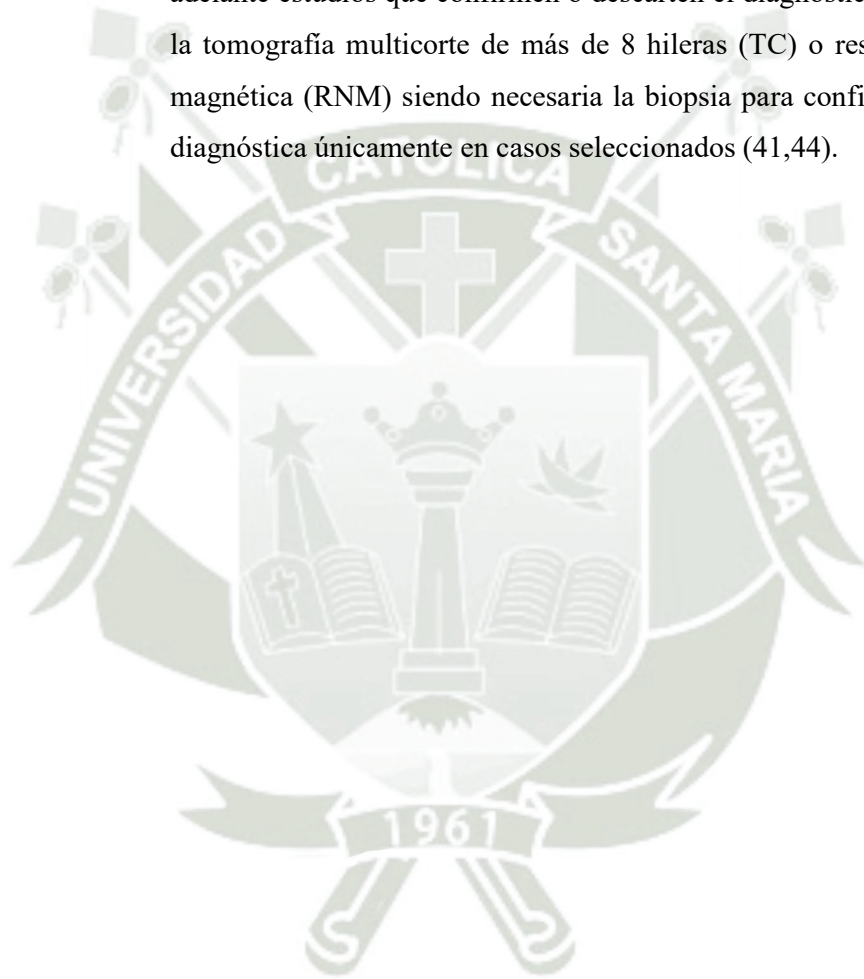
una vasodilatación esplácnica con vasoconstricción sistémica, lo cual conlleva a una reducción del del flujo sanguíneo renal, provocando elevación progresiva de los niveles de creatinina y nitrógeno ureico (32). La función renal mejora con rapidez cuando se revierte la insuficiencia hepática (63).

Entre los principales factores de riesgo para el desarrollo de SHR se encuentran la peritonitis bacteriana espontánea, hepatitis alcohólica, insuficiencia hepática fulminante, diuresis excesiva, paracentesis de gran volumen en ausencia de expansores de volumen tipo albúmina, hemorragia gastrointestinal, administración de medios de contraste, antibióticos nefrotóxicos y antiinflamatorios no esteroideos (32).

- El síndrome hepatopulmonar hace referencia a un defecto de oxigenación en presencia de enfermedad hepática, el cual es causado por dilatación vascular intrapulmonar debido a la liberación de sustancias vasodilatadoras, en particular óxido nítrico (33). Dicha dilatación anómala de los vasos sanguíneos intrapulmonares se acompaña de un aumento del flujo de sangre. Como consecuencia, la desviación y desorganización del flujo sanguíneo a través de estas dilataciones ocasiona un desequilibrio entre la ventilación y la perfusión, con reducción de la difusión de oxígeno, lo que determina una grave hipoxemia arterial con disnea y cianosis (63).
- El carcinoma hepatocelular, también llamado hepatocarcinoma (HCC) es el tumor primario hepático maligno más frecuente en el mundo. El 85% se desarrolla en el contexto de la enfermedad hepática crónica y cirrosis de cualquier etiología, especialmente la asociada con infección por los virus de la hepatitis B y C (VHB y VHC). Solo un 15% se desarrolla en hígados no cirróticos. Es de pobre pronóstico y constituye la segunda causa de muerte relacionada con cáncer en hombres y la sexta en mujeres (38-41). Los factores de riesgo más identificados son el VHB, el VHC y el alcohol, los cuales predisponen al desarrollo de hígados cirróticos donde se forman nódulos hiperplásicos, los cuales progresan a

nódulos con cambio displásico de bajo grado, luego de alto grado, hasta HCC tempranos y HCC con mayor grado de desdiferenciación. Estos cambios dependen de una compleja interacción entre el huésped, la enfermedad de base y los factores ambientales (41-43).

La primera prueba diagnóstica es el hallazgo ecográfico, el cual determina características sospechosas, pero que es necesario llevar adelante estudios que confirmen o descarten el diagnóstico, como la tomografía multicorte de más de 8 hileras (TC) o resonancia magnética (RNM) siendo necesaria la biopsia para confirmación diagnóstica únicamente en casos seleccionados (41,44).



3.2. Revisión de antecedentes investigativos.

3.2.1. A nivel local

- Autor: Pacheco-Cáceres, Lizbeth Miriam

Título: “Estudio multicéntrico de las características clínico-epidemiológicas y factores de descompensación en pacientes con cirrosis hepática. Arequipa – 2018”

Año: 2018

Resumen: El objetivo de este estudio fue describir las características clínico-epidemiológicas y los factores que provocan la descompensación en pacientes con cirrosis hepática en dos hospitales de Arequipa entre 2015 y 2017. Se realizó un estudio de cohorte multicéntrico, de tipo descriptivo, transversal y prospectivo. Se utilizó la observación clínica y documental como técnica y la ficha de recolección de datos como instrumento. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes con cirrosis hepática tenían entre 40 y 79 años, con una media de 57,29 años; el 55,70% eran hombres; y los antecedentes patológicos más frecuentes fueron el consumo de alcohol, la hipertensión arterial, la obesidad, las enfermedades biliares y la diabetes mellitus. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 4,69 años y las manifestaciones clínicas más comunes fueron el aumento del volumen abdominal, el dolor abdominal, los edemas, la astenia, la circulación colateral, la anorexia y la alteración de la conciencia. Las complicaciones más frecuentes fueron la ascitis, la encefalopatía y la hemorragia digestiva. La etiología principal de la cirrosis hepática fue el alcoholismo en el 51,90% de los casos. El 51,9% de los pacientes presentaron cirrosis hepática descompensada. Los factores que se asociaron con la descompensación fueron: la hipertensión portal en el 51,90%, el sangrado variceal en el 17,72% y la encefalopatía en el 17,72%. La mortalidad por cirrosis hepática en los dos hospitales fue del 8,86% (45).

- Autor: Tintaya-Urure, Herbert Ivan

Título: “Cirrosis hepática en pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa 2022”.

Año: 2023 - Arequipa

Resumen: El objetivo principal del proyecto de investigación "Cirrosis hepática en pacientes adultos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa 2022" es describir las características epidemiológicas, clínicas y ecográficas de esta enfermedad en dicha población. Se trata de un estudio observacional documental, descriptivo, no experimental y transversal, que utilizará como fuente de datos las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con cirrosis hepática que ingresaron al servicio de medicina interna durante el año 2022. El estudio pretende aportar información relevante sobre la cirrosis hepática en los pacientes adultos hospitalizados, para mejorar el conocimiento y el manejo de esta patología en el ámbito médico (46).

3.2.2. A nivel nacional

- Autor: Calderón-Gerstein Walter et al.

Título: Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.)

Año: 2020 - Huancayo

Resumen: El objetivo de estudio fue describir la presentación clínica, la etiología y las complicaciones de los pacientes con cirrosis hepática en una zona de altura del Perú. Se realizó un análisis retrospectivo de 108 historias clínicas de pacientes con cirrosis hepática ingresados en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Ramiro Prialé de Huancayo entre el 2010 y el 2012. La edad media de los pacientes fue de 60,50 años (rango 12-82 años) y el 62,90 % eran hombres. La causa más frecuente de cirrosis fue el consumo de alcohol (63,00 %), seguida por las infecciones crónicas por los virus de la hepatitis B y C (7,40 % y 2,80 %, respectivamente). El 58,30 % de los pacientes se clasificó en el estadio B de Child-Pugh y el 31,30 % en el estadio C. La distensión abdominal

fue el síntoma más común (87,00 %). Las complicaciones más frecuentes fueron la ascitis (56,00 %), la encefalopatía hepática (47,20 %) y el síndrome hepatorenal (8,30 %). Se concluye que la cirrosis alcohólica fue la principal etiología y que la ascitis y la encefalopatía hepática fueron las complicaciones más habituales (12).

- Autor: Álvarez Agüero, Esther Alina

Título: “Factores de riesgo asociados a las complicaciones de pacientes con cirrosis hepática en el servicio Gastroenterología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión”.

Año: 2021 - Huancayo

Resumen: El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre los factores de riesgo de la cirrosis hepática y las complicaciones de los pacientes con esta enfermedad en el servicio de Gastroenterología del HRDCQ Daniel Alcides Carrión de Huancayo. Se realizó un estudio aplicado, correlacional y no experimental de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 54 historias clínicas de pacientes con cirrosis hepática del servicio de Gastroenterología del HRDCQ Daniel Alcides Carrión de Huancayo. Los resultados principales mostraron que el 3.7% y el 9.3% de los pacientes evaluados tenían hepatitis B y C, respectivamente. El 51.9% presentó consumo de alcohol; en cuanto al hígado graso no alcohólico, el 31.5% lo tenía y el 68.2% no. Las pruebas de hipótesis mediante Chi – cuadrado revelaron una relación significativa entre la hepatitis viral crónica y la presencia de várices esofágicas (sig. 0.038) y alteraciones de la coagulación (sig. 0.046); asimismo, el consumo de alcohol se asoció con las alteraciones de la coagulación (sig. 0.012). En las demás complicaciones no se encontró evidencia estadísticamente significativa (sig. > 0.05). Se concluyó que los factores de riesgo de la cirrosis hepática, solos o combinados, influyen significativamente en el desarrollo de las complicaciones de los pacientes con cirrosis hepática en el servicio de Gastroenterología del HRDCQ Daniel Alcides Carrión de Huancayo (47).

- Autor: Álvarez-Agüero Rocío Del Pilar

Título: “Factores de riesgo para mortalidad por cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión 2018-2021”.

Año: 2023

Resumen: El objetivo de este estudio fue “analizar la asociación entre los factores de riesgo y la mortalidad por cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión entre 2018 y 2021. Se empleó un enfoque correlacional, una investigación aplicada y un diseño no experimental de cohorte. La población consistió en 565 historias clínicas de pacientes con cirrosis hepática, de las cuales se seleccionaron 230 mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizó una ficha de acopio de datos para recoger la información. Los resultados indicaron que los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el periodo mencionado tenían entre 46 y 75 años, predominando el sexo masculino. El 84,4 % de los pacientes presentaron un peso normal o sobrepeso. Además, solo el 15,2 % de los pacientes con cirrosis hepática tenían diabetes mellitus tipo I o II, y el 89,1 % no padecían de hipertensión arterial. El 81,3 % mostraron un hemograma anormal. Se encontró una relación significativa entre los factores de riesgo y la mortalidad por cirrosis hepática ($\text{sig.} < 0,05$). Los factores de riesgo más frecuentes fueron el sexo masculino, los antecedentes patológicos de diabetes mellitus, insuficiencia renal, tuberculosis y alcoholismo, y la etiología de la cirrosis hepática (48).

3.2.3. A nivel internacional

- Autor: Mayorga, Alejandro et al.

Título: “Caracterización de los pacientes cirróticos atendidos en el Hospital Eugenio Espejo durante el año 2018”.

Año: 2019 - Ecuador

Resumen: El estudio se orientó a describir las características sociodemográficas, la etiología y las complicaciones de los pacientes con cirrosis, atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Eugenio Espejo, durante el año 2018. Materiales y métodos: Estudio descriptivo -

transversal, realizado en 94 pacientes adultos con diagnóstico de cirrosis durante el año 2018. Resultados: La causa más frecuente de cirrosis fue la esteatosis hepática no alcohólica (29 %), seguida por el alcohol y las infecciones virales. La mayoría de los pacientes tenía entre 36 y 64 años (57 %). El grado de severidad más común fue Child B (46 %) y el estadio clínico 4 (38 %). La complicación más habitual fue la ascitis (72 %). Conclusiones: La esteatosis hepática no alcohólica se ha convertido en la principal etiología de la cirrosis; por lo tanto, es necesario desarrollar programas para el control del síndrome metabólico, así como facilitar el acceso a la atención por un especialista en Gastroenterología o Hepatología (49).

- Autor: Roesch-Dietlen, Federico et al.

Título: “Influencia de factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis del hígado”

Año: 2021 - México

Resumen: El objetivo de este estudio fue describir los factores socio/culturales y económicos de los pacientes con cirrosis en Veracruz, México. Se realizó un análisis retrospectivo, multicéntrico y relacional de 182 expedientes clínicos de pacientes con cirrosis atendidos en 5 instituciones de salud de Veracruz. Se evaluaron las variables: etiología, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y remuneración económica. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial para obtener el valor de χ^2 , con un nivel de significancia de 0.05. Se utilizó el programa IBM-SPSS, versión 25.0 para Windows. Los resultados mostraron que la etiología más frecuente fue el consumo crónico de alcohol (47.8%), seguida de la infección viral (28.5%), la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) (8.79%), la autoinmunidad (4.40%), la colestasis (1.64%) y la criptogenia (8.8%). La edad promedio fue 66.14 ± 13.91 años y hubo predominio del sexo masculino (58.79%). Al comparar los factores socio/culturales y económicos según la etiología, se encontró que los pacientes alcohólicos eran mayoritariamente hombres, solteros y con educación media o superior ($p < 0.05$). Las mujeres se asociaron con las infecciones virales, la EHGNA y la cirrosis criptogénica, así como con la falta de ingreso económico ($p < 0.05$). No se halló asociación significativa entre los factores socio/culturales y

económicos y la cirrosis por colestasis o autoinmunidad. Se concluye que los factores socioeconómicos y culturales influyen en la etiología y el curso de la cirrosis en Veracruz (60).

- Autor: Díaz Daniela et al.

Título: Cirrosis hepática alcohólica: actualización epidemiológica de la tasa de mortalidad entre los años 2017-2021 en Chile.

Año: 2023 - Chile

Resumen: Introducción: La cirrosis hepática inducida por alcohol (CHA) representa la culminación del daño hepático asociado al consumo de alcohol. Ante la escasez de estudios epidemiológicos actualizados en Chile, este trabajo tiene como finalidad la comparación descriptiva de la tasa de mortalidad (TM) asociada a CHA durante el periodo 2017-2021 en dicho país. Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional y transversal, basado en 2.551 defunciones atribuidas a CHA en Chile entre 2017 y 2021, analizando variables de sexo y edad. Los datos fueron recabados del Departamento de Estadística e Información en Salud, aplicando métodos de estadística descriptiva y cálculo de TM. El estudio se realizó sin la necesidad de aprobación ética. Resultados: La TM calculada para el intervalo estudiado fue de 3,98 por cada 100.000 habitantes. Los hombres mostraron una TM superior, con un índice de 7,05, mientras que el grupo de 65 a 79 años registró la TM más elevada, con 9,08 por cada 100.000 habitantes. A nivel regional, Los Lagos presentó la TM más alta con 39,84 por cada 100.000 habitantes, contrastando con Coquimbo que tuvo la más baja, con 10,03 por cada 100.000 habitantes. Discusión: La TM por CHA predominó en el género masculino, posiblemente vinculado a patrones de consumo de alcohol socialmente más extendidos. El rango de edad de 65 a 79 años concuerda con las mayores TM reportadas en estudios internacionales. Se sugiere que la ruralidad podría influir en el consumo de alcohol y, por ende, en el incremento de la TM por CHA en zonas más rurales. La prevención emerge como un elemento clave para contrarrestar la CHA, subrayando la importancia de implementar programas de salud pública que mitiguen el consumo de alcohol en Chile. La investigación resalta la necesidad de actualizar y ampliar los datos epidemiológicos sobre CHA en el país (4).

4. HIPÓTESIS

Dado que, el consumo de alcohol es uno de los factores etiológicos más comunes en el desarrollo de la cirrosis hepática y que los factores sociodemográficos repercuten significativamente en las hepatopatías crónicas.

Es probable que, haya una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol, los factores sociodemográficos, y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023.





CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Para esta investigación, se utilizó la técnica de la observación documental, que consiste en analizar fuentes escritas o audiovisuales relacionadas con el tema de estudio (53). En este caso se utilizó una fuente escrita como son las historias clínicas.

1.2. Instrumento

Para facilitar la documentación de las historias clínicas, se utilizó una ficha de recolección de datos (Anexo 2) que permitió efectuar una revisión del contenido excluyendo la información redundante o irrelevante, y organizando la información de forma clara y precisa.

1.3. Materiales

- Historias clínicas y bases de datos del hospital que contengan información sobre los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica.
- Equipos de computación y herramientas necesarios para la organización y análisis de la información clínica.
- Instrumentos para la sistematización y archivo de la información como Google Forms para guardar digitalmente la información recolectada y analizada.
- Instrumentales informáticos para el análisis de datos, que incluyen software para la gestión de bases de datos y análisis estadístico, como Excel y SPSS.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Perú

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Universo

Para este estudio, se revisó el total de 208 expedientes médicos de pacientes hospitalizados en el departamento de Medicina Interna desde enero 2021 hasta diciembre 2023, que presentaban diagnóstico de Cirrosis Hepática, de las cuales se seleccionaron aquellas de etiología alcohólica.

2.2.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de Cirrosis Hepática de etiología alcohólica
- Sexo masculino o femenino

2.2.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes con diagnóstico de Cirrosis Hepática No Alcohólica
- Historias clínicas incompletas.

2.2.2. Tamaño de la Muestra

De las 208 historias clínicas de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, diagnosticados con cirrosis hepática durante el lapso 2021-2023, se seleccionaron 84 historias clínicas de etiología alcohólica que cumplieran con los criterios de inclusión.

2.3. Temporalidad:

Estudio coyuntural en el año 2024.

2.4. Ubicación espacial:

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Perú.

2.5. Tipo de investigación:

Estudio fue de Campo.

2.6. Nivel de investigación:

Relacional.

2.7. Diseño de investigación:

Estudio transversal, retrospectivo y observacional.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

- Se remitió una solicitud formal a través de la Mesa de Partes del hospital en la cual se anexó el proyecto de tesis y su dictamen de aprobación.
- Dicha solicitud posteriormente fue dirigida al Departamento de Estadística y Archivos donde se realizó una lista según número de historia clínica, con aquellos pacientes que presentaban el diagnóstico de cirrosis hepática dentro del tiempo correspondiente (2021-2023)
- Los datos obtenidos de las historias clínicas fueron transcritos a las fichas de recolección de datos (Anexo 2).

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Tesista, quien tuvo a su cargo la delineación del estudio, la recolección de los datos, el procesamiento estadístico y la elaboración del informe final.
- Asesor, quien es un experto en metodología de investigación y orientó el adecuado desarrollo del proyecto.

3.2.2. Materiales

- Formularios estandarizados (Ficha de Recolección de Datos) que permitan recabar información homogénea y relevante al tema de investigación.
- Computadoras equipadas con software estadístico (SPSS 26) para realizar el procesamiento y el análisis de los datos, así como para elaborar los informes y las publicaciones correspondientes.
- Materiales de oficina, tales como papelería, impresoras y dispositivos de almacenamiento seguro, para favorecer la adecuada documentación y organización de los archivos generados durante la investigación.

3.2.3. Financieros

Autofinanciado

3.3. Plan de Procesamiento de Datos

Para asegurar la calidad y la validez de la información requerida para el estudio, el plan de procesamiento de datos se desarrolló en fases.

3.3.1. Fase de Clasificación:

Los datos recogidos se sometieron a un tratamiento que consistió en:

- Verificar que los datos recogidos estén legibles y completos.
- Codificar las respuestas para permitir sus análisis estadístico.
- Digitar los datos codificados en una base de datos informática.
- Revisar los datos introducidos para identificar y corregir errores.

3.3.2. Fase de Recuento:

Los datos procesados se sometieron a un procedimiento que consistió en:

- Conteos frecuenciales: Estimación de la frecuencia absoluta y relativa en cada una de las dimensiones.
- Producción de tablas para mostrar la distribución de cada dimensión.

3.3.3. Fase de Análisis:

Para analizar las relaciones entre variables y subvariables. Se aplicó:

- Coeficiente de Correlación de Spearman: Permite establecer la dirección e intensidad de la relación entre dos variables (se considera estadísticamente significativo cuando $p < 0.05$). Su valor oscila entre -1 y +1, donde:
 - +1 significa relación positiva (directa), es decir valores mayores de la variable "X" con valores mayores de la variable "Y".
 - -1 significa relación negativa (inversa), es decir valores mayores de la variable "X" con valores menores de la variable "Y".

| Coeficiente de Spearman | Interpretación |
|-------------------------|----------------|
| 0 | Nula |
| 0 – 0.20 | Débil |
| 0.20 – 0.40 | Moderada baja |
| 0.40 – 0.60 | Moderada alta |
| 0.60 – 0.80 | Fuerte |
| 0.80 – 1 | Muy fuerte |
| 1 | Perfecta |



CAPÍTULO III RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 1. *Distribución de pacientes según Grupo Etario*

| Grupo Etario | Frecuencia absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|---------------|-----------------------------|----------------------------|
| 15 a 24 años | 0 | 0 % |
| 25 a 34 años | 6 | 7,1 % |
| 35 a 44 años | 10 | 11,9 % |
| 45 a 54 años | 27 | 32,1 % |
| 55 a 64 años | 22 | 26,2 % |
| 65 a 74 años | 11 | 13,1 % |
| 75 años o más | 8 | 9,5 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

Los resultados presentados en la tabla 1 respecto a la distribución por grupos etarios, muestra una concentración significativa en las edades medias con una edad promedio de 53.6 años. El grupo de 45 a 54 años representa el porcentaje más alto (32.10%), seguido por el grupo de 55 a 64 años (26.2%). La presencia de grupos más jóvenes y más ancianos es menos frecuente, lo que se refleja en los porcentajes más bajos para los grupos de 25 a 34 años (7.10%) y de 75 años o más (9.50%).

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 2. *Distribución de pacientes según Sexo*

| Sexo | Frecuencia absoluta (N°) | Frecuencia relativa (%) |
|--------------|-----------------------------|----------------------------|
| Masculino | 56 | 66,7 % |
| Femenino | 28 | 33,3 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

Los resultados exhibidos en la tabla 2 respecto a la distribución por Sexo, indican una predominancia del sexo masculino, representando dos tercios de los pacientes (66.7%). Mientras que el sexo femenino representa el 33.3% de la muestra.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 3. Distribución de pacientes según Estado Civil, Grado de Instrucción y Ocupación

| | N = 84 | |
|-----------------------------|--------|--------|
| | n | % |
| Estado Civil | | |
| Soltero/a | 22 | 26,2 % |
| Casado/a | 5 | 6,0 % |
| Conviviente | 14 | 16,7 % |
| Separado/a | 23 | 27,4 % |
| Viudo/a | 20 | 23,8 % |
| Grado de Instrucción | | |
| Analfabeta | 6 | 7,1 % |
| Primaria | 36 | 42,9 % |
| Secundaria | 30 | 35,7 % |
| Superior técnica | 7 | 8,3 % |
| Universitaria | 5 | 6,0 % |
| Post grado | 0 | 0 % |
| Ocupación | | |
| Trabajador Independiente | 46 | 54,8 % |
| Trabajador Dependiente | 3 | 3,6 % |
| Desempleado | 16 | 19,0 % |
| Ama de casa | 19 | 22,6 % |

Fuente: Elaboración propia

La distribución del Estado Civil muestra que la categoría con la mayor proporción es 'Separado/a' con un 27.4%, seguida muy de cerca por 'Soltero/a' con un 26.2% y 'Viudo/a' con un 23.8%. Por otro lado, 'Casado/a' representa solo el 6.0% de los pacientes.

La distribución del grado de instrucción muestra que la mayoría de los pacientes tienen un nivel de educación entre primaria (42.9%) y secundaria (35.7%). Por otro lado, el 7.1% es analfabeta, y solo un 8.3% alcanzó educación superior técnica y un 6% universitaria.

La distribución según la ocupación de los pacientes revela una predominancia de trabajadores independientes, que constituyen más de la mitad de la muestra con un 54.8%. Por otro lado, los trabajadores dependientes representan solo un 3.6%. Los desempleados y las amas de casa representan un 19% y un 22.6% respectivamente.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 4. *Distribución de pacientes según Zona de Residencia y Nivel socioeconómico*

| | N = 84 | |
|-----------------------------------|--------|--------|
| | n | % |
| Zona de Residencia | | |
| Urbana | 59 | 70,2 % |
| Rural | 25 | 29,8 % |
| Nivel Socioeconómico (NSE) | | |
| NSE A (12660 soles) | 0 | 0,0 % |
| NSE B (7020 soles) | 0 | 0,0 % |
| NSE C (3970 soles) | 4 | 4,8 % |
| NSE D (2480 soles) | 22 | 26,2 % |
| NSE E (1300 soles) | 58 | 69,0 % |

Fuente: Elaboración propia

La distribución de la zona de residencia, indican una predominancia de pacientes provenientes de zonas urbanas con un 70.2%, en comparación con un 29.8% de zonas rurales.

La distribución de los niveles socioeconómicos (NSE), revela una concentración significativa en los estratos más bajos. Con un 69.0% de los pacientes clasificados en el NSE E, el más bajo, y un 26.2% en el NSE D. Es evidente la ausencia de pacientes en los NSE A y B.

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 5. *Distribución de pacientes según Frecuencia de Consumo de Alcohol*

| Frecuencia de Consumo de Alcohol | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1 vez por semana | 2 | 2,4 % |
| 2 veces por semana | 7 | 8,3 % |
| 3 a 4 veces por semana | 35 | 41,7 % |
| 5 a 6 veces por semana | 18 | 21,4 % |
| 7 veces por semana | 22 | 26,2 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

La tabla 5 presenta la frecuencia de consumo de alcohol en la población estudiada. Indican que la mayoría de los pacientes consumen alcohol tres a cuatro veces por semana (41.7%), seguido por aquellos que lo hacen diariamente (26.2%). Según la codificación de datos, donde 1 es 1 vez/semana y 5 es 7 veces/semana, la media de 3.61 sugiere que el consumo promedio es superior a 3-4 veces por semana.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 6. *Distribución de pacientes según la Edad de Inicio de Consumo Crónico de Alcohol*

| Edad de Inicio de Consumo de alcohol | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 14 años o menos | 1 | 1,2 % |
| 15 a 24 años | 12 | 14,3 % |
| 25 a 34 años | 19 | 22,6 % |
| 35 a 44 años | 25 | 29,8 % |
| 45 a 54 años | 21 | 25,0 % |
| 55 años o más | 6 | 7,1 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

La tabla 6 muestra que la edad de inicio de consumo crónico de alcohol se concentra principalmente en las edades medias de la vida adulta. La mayor prevalencia se encuentra en el grupo de 35 a 44 años con un 29.8%, seguido por el grupo de 45 a 54 años con un 25.0%. Estos datos sugieren que el inicio del consumo crónico en edades más tempranas es menos común, con solo un 1.2% que comienza a los 14 años o menos.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 7. *Distribución de pacientes según Duración de Consumo Crónico de Alcohol*

| Duración de Consumo Crónico de Alcohol | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|--|--------------------------|-------------------------|
| 9 años o menos | 5 | 6,0 % |
| 10 a 14 años | 31 | 36,9 % |
| 15 a 19 años | 24 | 28,6 % |
| 20 a 24 años | 9 | 10,7 % |
| 25 a 29 años | 9 | 10,7 % |
| 30 años o más | 6 | 7,1 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

Los resultados mostrados en la tabla 7 indican una distribución variada en la duración del consumo crónico de alcohol entre los pacientes estudiados. La mayoría de los pacientes (36.9%) consumieron alcohol crónicamente durante un período de 10 a 14 años, seguido por un 28.6% que lo hizo durante 15 a 19 años. Es notable que un menor porcentaje (6.0%) corresponde a aquellos con un consumo de 9 años o menos.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 8. *Distribución de pacientes según Tipo de Bebida Alcohólica*

| Tipo de Bebida Alcohólica | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Fermentadas (cerveza, vino, etc.) | 26 | 31,0 % |
| Destiladas (pisco, ron, cañazo, etc.) | 58 | 69,0 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

Los datos exhibidos en la tabla 8 indican una predominancia en el consumo de bebidas destiladas (69%) sobre las fermentadas (31%) entre los pacientes estudiados. Dentro de las bebidas destiladas destaca el consumo de licor a granel como pisco (30/58), ron (22/58) y cañazo (6/58) respectivamente, mientras que dentro de las bebidas fermentadas destaca el consumo de cerveza (21/26) y vino (5/26).

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 9. Distribución de pacientes según Gramaje de Alcohol Mensual

| Gramaje de Alcohol Mensual según UBE | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 599 o menos gr/mes (< 2 UBE/día) | 1 | 1,2 % |
| 600 a 1199 gr/mes (2-4 UBE/día) | 17 | 20,2 % |
| 1200 a 1799 gr/mes (4-6 UBE/día) | 24 | 28,6 % |
| 1800 a 2399 gr/mes (6-8 UBE/día) | 21 | 25,0 % |
| 2400 o más gr/mes (> 8 UBE/día) | 21 | 25,0 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en la tabla 9 exteriorizan una distribución notable en el gramaje de alcohol mensual consumido entre los pacientes estudiados. La minoría (1.2%) consumió 599 gramos o menos de alcohol por mes, lo que sugiere un consumo bajo. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentaron un consumo significativamente más alto, con un 20.2% consumiendo entre 600 y 1199 gr/mes, un 28.6% entre 1200 y 1799 gr/mes, y un 50% consumiendo 1800 gr/mes o más, lo que indica un patrón de consumo elevado.

3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 10. *Distribución de pacientes según Estado de la Cirrosis Hepática*

| Estado de la Cirrosis Hepática | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Compensada | 13 | 15,5 % |
| Descompensada | 71 | 84,5 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

La tabla 10 presenta la distribución del estado de la cirrosis hepática en la población estudiada. Los resultados indican que un 84.5% de los pacientes se encuentran en un estado descompensado de la enfermedad. Mientras que solo un 15.5% de los pacientes están compensados. Según la codificación de datos, la media de 1.85 y la desviación típica de 0.364 apunta a una homogeneidad en el estado de los pacientes.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 11. Distribución de pacientes según Número de Descompensaciones Anuales

| Número de descompensaciones anuales | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| 0 | 13 | 15,5 % |
| 1 | 9 | 10,7 % |
| 2 | 24 | 28,6 % |
| 3 a 4 | 35 | 41,7 % |
| 5 o más | 3 | 3,6 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

Los resultados presentados en la tabla 11 indican que la mayoría de los pacientes (41.7%) experimentaron entre 3 a 4 descompensaciones al año, seguido por un 28.6% que tuvieron 2 descompensaciones anuales. Es notable que un 15.5% no tuvo descompensaciones, mientras que un pequeño porcentaje (3.6%) tuvo 5 o más eventos.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 12. Distribución de pacientes según Tipo de Descompensaciones Presentadas: Perspectiva individual

| Tipo de descompensaciones presentadas: individual | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|---|--------------------------|-------------------------|
| Ninguna | 13/84 | 15.5 % |
| Ascitis | 64/84 | 76.2% |
| Encefalopatía Hepática | 35/84 | 41.6 % |
| HDA Variceal | 20/84 | 23.8 % |
| Peritonitis Bacteriana Espontánea | 15/84 | 17.8 % |
| Síndrome hepatorenal | 18/84 | 21.4 % |
| Síndrome hepatopulmonar | 3/84 | 3.6 % |

Fuente: Elaboración propia

Los resultados presentados en la tabla 12 muestran la distribución de los tipos de descompensaciones presentadas en la población estudiada, independientemente de si se acompañan de una o más descompensaciones. Por lo tanto, la presencia de ascitis en un 76.2% de casos (64 de 84) y encefalopatía hepática en un 41.6% (35 de 84) refleja las complicaciones más comunes asociadas con la progresión de la cirrosis. Mientras que el síndrome hepatopulmonar en un 3.6% (3 de 84) se cataloga como la complicación menos común en la población estudiada. Además, se evidencia la ausencia de descompensaciones en un 15.5% de los pacientes.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 13. Distribución de pacientes según Tipo de Descompensaciones Presentadas: Perspectiva combinada

| Tipo de descompensaciones presentadas: combinaciones | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| Ninguna | 13 | 15.5 % |
| Ascitis | 15 | 17.9 % |
| Encefalopatía hepática | 3 | 3.6 % |
| Ascitis, Encefalopatía hepática | 8 | 9.5 % |
| Ascitis, Encefalopatía hepática, HDA variceal | 5 | 6.0 % |
| Ascitis, Encefalopatía hepática, Sd hepatorrenal | 10 | 11.9 % |
| Ascitis, Encefalopatía hepática, HDA variceal, Sd hepatorrenal | 1 | 1.2 % |
| Ascitis, Encefalopatía hepática, PBE, Sd hepatorrenal | 1 | 1.2 % |
| Ascitis, Encefalopatía hepática, PBE | 3 | 3.6 % |
| Ascitis, HDA variceal | 8 | 9.5 % |
| Ascitis, HDA variceal, PBE | 2 | 2.4 % |
| Ascitis, HDA variceal, Sd hepatopulmonar | 1 | 1.2 % |
| Ascitis, PBE | 5 | 6.0 % |
| Ascitis, PBE, Sd hepatorrenal | 3 | 3.6 % |
| Ascitis, Sd hepatorrenal, Sd hepatopulmonar | 2 | 2.4 % |
| Encefalopatía hepática, HDA variceal | 3 | 3.6 % |
| Encefalopatía hepática, PBE, Sd hepatorrenal | 1 | 1.2 % |
| Total | 84 | 100 % |

Los resultados presentados en la tabla 13 muestra los tipos de descompensaciones según las combinaciones encontradas en la muestra. La ascitis como única descompensación se presentó en el 17.9% del total de pacientes. Sin embargo, en la mayoría de los casos la ascitis suele combinarse con otros tipos de descompensaciones. Dentro de estas resalta la combinación de ascitis, encefalopatía hepática, y síndrome hepatorrenal en un 11.9%, junto con la prevalencia de ascitis y HDA variceal en un 9.5%.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 14. *Distribución de pacientes según Escala MELD*

| Escala MELD | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|--------------|--------------------------|-------------------------|
| <9 | 11 | 13,1 |
| 10 a 19 | 34 | 40,5 |
| 20 a 29 | 32 | 38,1 |
| 30 a 39 | 5 | 6,0 |
| 40 o más | 2 | 2,4 |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

La distribución según la escala MELD evidencia que la mayoría de los pacientes (91.7 %) tienen una puntuación MELD de menos de 29, lo que sugiere que la cirrosis está en una etapa menos avanzada en la mayoría de los casos estudiados. Sin embargo, un 8.4% de los pacientes presentan una puntuación superior a 30, indicando un estado más grave de la enfermedad.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 15. *Distribución de pacientes según Clasificación de Child-Pugh*

| Clasificación de Child-Pugh | Frecuencia Absoluta (N°) | Frecuencia Relativa (%) |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Clase A: 5 a 6 puntos | 12 | 14,3 % |
| Clase B: 7 a 9 puntos | 14 | 16,7 % |
| Clase C: 10 a 15 puntos | 58 | 69,0 % |
| Total | 84 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia

La distribución de la clasificación de Child-Pugh indica una prevalencia significativa de casos severos. La Clase C, que corresponde a los casos más graves con 10 a 15 puntos, representa el 69% de la muestra. Por otro lado, las clases A y B, que reflejan grados menos severos de la enfermedad, representan un 14.3% y 16.7%

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELACIONAL ENTRE VARIABLES Y SUBVARIABLES

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 16. Correlación múltiple de Spearman entre los Factores Sociodemográficos, el consumo de alcohol y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica

| | Rho de Spearman |
|--|-----------------|
| Factores Sociodemográficos y Consumo de Alcohol | 0,340 (0.002) |
| Factores Sociodemográficos y Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica | 0,192 (p 0.041) |
| Consumo de alcohol y Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica | 0,683 (p 0.001) |

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La tabla 16 muestra que entre los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol existe una relación positiva moderadamente baja (Rho de Spearman 0.340). Entre los factores sociodemográficos y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica existe una relación positiva débil (Rho de Spearman 0.192). Y entre el consumo de alcohol y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica se presenta una relación positiva fuerte (Rho de Spearman 0.683). Todas estas relaciones presentan una $p < 0.05$, por lo que son estadísticamente significativas.

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 17. Análisis estadístico relacional entre subvariables: Factores Sociodemográficos y Consumo de Alcohol

| Correlación de Spearman | Frecuencia de consumo | Edad de inicio de consumo crónico | Duración de consumo crónico | Tipo de bebida | Gramaje de alcohol mensual |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------|
| Grupo Etario | 0.085 (p 0.441) | *0.790 (p 0.01) | *0.429 (0.01) | -0.083 (p 0.452) | -0.015 (p 0.891) |
| Sexo | -0.072 (p 0.516) | 0.194 (p 0.078) | -0.034 (p 0.758) | *-0.291 (p 0.007) | *-0.188 (p 0.046) |
| Estado Civil | 0.040 (p 0.715) | *0.405 (0.001) | 0.233 (p 0.330) | 0.018 (p 0.871) | *0.149 (p 0.007) |
| Grado de Instrucción | 0.106 (p 0.336) | *0.461 (p 0.001) | *-0.109 (p 0.034) | 0.058 (p 0.597) | *-0.180 (p 0.040) |
| Ocupación | -0.077 (p 0.486) | 0.251 (p 0.122) | -0.002 (p 0.988) | -0.285 (p 0.079) | -0.171 (p 0.120) |
| Zona de Residencia | 0.061 (p 0.581) | 0.197 (p 0.072) | 0.312 (p 0.104) | 0.098 (p 0.376) | -0.042 (p 0.707) |
| Nivel Socioeconómico | 0.073 (p 0.508) | *-0.314 (p 0.004) | 0.222 (p 0.104) | 0.063 (p 0.569) | 0.050 (p 0.654) |

*Los resultados señalados también evidencian asociación estadísticamente significativa según la prueba de Chi - Cuadrado

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se evidencia una asociación estadística significativa ($p < 0.05$) entre las siguientes subvariables:

- La Edad de Inicio de Consumo Crónico de Alcohol depende estadísticamente del Grupo Etario con una relación directa de intensidad fuerte entre ellas (Rho de Spearman 0.790), del Estado Civil y del Grado de Instrucción con una relación directa de intensidad moderadamente alta (Rho de Spearman 0.405 y 0.461 respectivamente), y del Nivel Socioeconómico con una relación inversa moderadamente baja (Rho de Spearman -0.314).
- La Duración del Consumo Crónico de Alcohol es estadísticamente dependiente del Grupo Etario con una relación directa moderadamente alta entre ellas (Rho de Spearman 0.429), y del Grado de Instrucción con una relación inversa débil (Rho de Spearman -0.109).
- El Tipo de Bebida es estadísticamente dependiente del Sexo del paciente con una relación inversa de intensidad moderadamente baja entre ellas (Rho de Spearman -0.291).
- El Gramaje de Alcohol Mensual es estadísticamente dependiente del Sexo y del Grado de Instrucción con una relación inversa de intensidad débil entre ellas (Rho de Spearman -0.188 y -0.180 respectivamente), y del Estado Civil con una relación directa de intensidad débil (Rho de Spearman 0.149).

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 18. Análisis estadístico relacional entre subvariables: Factores Sociodemográficos y Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica

| Correlación de Spearman | Estado | N° de Descompensaciones | Tipo de Descompensaciones | Escala MELD | Clasificación Child Pugh |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------------|
| Grupo Etario | *0.350 (p 0.001) | 0.187 (p 0.089) | - 0.042 (0.706) | 0.111 (p 0.315) | 0.213 (p 0.152) |
| Sexo | 0.093 (p 0.400) | 0.003 (p 0.976) | -0.090 (p 0.415) | -0.004 (p 0.968) | 0.064 (p 0.563) |
| Estado Civil | *0.133 (p 0.026) | *0.142 (p 0.002) | -0.054 (p 0.625) | 0.159 (p 0.149) | *0.176 (p 0.041) |
| Grado de Instrucción | -0.171 (p 0.119) | 0.066 (p 0.551) | 0.003 (p 0.976) | -0.062 (p 0.575) | -0.017 (p 0.878) |
| Ocupación | 0.077 (p 0.484) | -0.039 (p 0.723) | -0.120 (p 0.278) | -0.003 (p 0.978) | 0.105 (p 0.341) |
| Zona de Residencia | 0.063 (p 0.572) | -0.057 (p 0.609) | -0.039 (p 0.722) | -0.002 (p 0.983) | 0.045 (p 0.686) |
| Nivel Socioeconómico | *0.230 (p 0.035) | 0.087 (p 0.430) | -0.144 (p 0.191) | 0.209 (p 0.057) | 0.157 (p 0.153) |

*Los resultados señalados también evidencian asociación estadísticamente significativa según la prueba de Chi - Cuadrado

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se evidencia una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las siguientes subvariables:

- El Estado de la enfermedad es estadísticamente dependiente del Grupo Etario y del Nivel Socioeconómico con una relación directa de intensidad moderadamente baja entre ellas (Rho de Spearman 0.350 y 0.230 respectivamente) y del Estado Civil con una relación directa de intensidad débil entre ellas (Rho de Spearman 0.133).
- El Número de Descompensaciones anuales es estadísticamente dependiente del Estado Civil con una relación directa de intensidad débil entre ellas (Rho de Spearman 0.142).
- La Clasificación de Child Pugh es estadísticamente dependiente del Estado Civil con una relación directa de intensidad débil entre ellas (Rho de Spearman 0.176).

“Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023”

Tabla 19. Análisis estadístico relacional entre subvariables: Patrón de Consumo de Alcohol y Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica

| Correlación de Spearman | Estado | N° de Descompensaciones | Tipo de descompensaciones | Escala MELD | Clasificación Child Pugh |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------------|
| Frecuencia de consumo | *0.385 (p 0.001) | *0.596 (p 0.001) | -0.046 (p 0.681) | *0.477 (p 0.001) | *0.426 (p 0.001) |
| Edad de inicio de consumo crónico | 0.172 (p 0.118) | -0.021 (p 0.851) | -0.072 (p 0.513) | -0.126 (p 0.255) | 0.000 (p 0.988) |
| Duración de consumo crónico | *0.419 (p 0.001) | *0.347 (p 0.001) | 0.040 (p 0.716) | *0.328 (p 0.002) | *0.404 (p 0.001) |
| Tipo de bebida | -0.002 (p 0.988) | *0.214 (p 0.001) | -0.003 (p 0.981) | *0.244 (p 0.025) | 0.080 (p 0.472) |
| Gramaje de alcohol mensual | *0.490 (p 0.001) | *0.875 (0.001) | 0.002 (0.988) | *0.732 (p 0.001) | *0.668 (p 0.001) |

**Los resultados señalados también evidencian asociación estadísticamente significativa según la prueba de Chi - Cuadrado*

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se evidencia una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las siguientes subvariables:

- El Estado de la enfermedad es estadísticamente dependiente de la Frecuencia de Consumo de Alcohol con una relación directa de intensidad moderadamente baja entre ellas (Rho de Spearman 0.385), y de la Duración del Consumo Crónico y del Gramaje de Alcohol Mensual con una relación directa de intensidad moderadamente alta (Rho de Spearman 0.419 y 0.490 respectivamente).
- El Número de Descompensaciones Anuales es estadísticamente dependiente de la Frecuencia de Consumo con una relación directa de intensidad moderadamente alta entre ellas (Rho de Spearman 0.596), de la Duración de Consumo Crónico y del Tipo de Bebida consumida con una relación directa de intensidad moderadamente baja (Rho de Spearman 0.347 y 0.214 respectivamente), y sobre todo del Gramaje de Alcohol Mensual consumido con una relación directa de intensidad muy fuerte (Rho de Spearman 0.875).

- La Escala MELD es estadísticamente dependiente de la Frecuencia de Consumo de Alcohol con una relación directa de intensidad moderadamente alta entre ellas (Rho de Spearman 0.477), de la Duración de Consumo Crónico y del Tipo de Bebida consumida con una relación directa de intensidad moderadamente baja (Rho de Spearman de 0.328 y 0.244 respectivamente), y del Gramaje de Alcohol Mensual consumido con una relación directa de intensidad fuerte entre ellas (Rho de Spearman 0.732).
- La Clasificación de Child Pugh es estadísticamente dependiente de la Frecuencia de Consumo de Alcohol y la Duración del Consumo Crónico con una relación directa de intensidad moderadamente alta entre ellas (Rho de Spearman 0.426 y 0.404 respectivamente), y del Gramaje de Alcohol Mensual consumido con una relación directa de intensidad fuerte (Rho de Spearman 0.668).



CAPÍTULO IV DISCUSIÓN



El presente trabajo de investigación resalta la complejidad de la relación entre los factores sociodemográficos, el consumo de alcohol y el progreso de la cirrosis hepática. Es por tal motivo, que tuvo como principal objetivo determinar la asociación estadística entre estas 3 grandes variables, especificando la magnitud de su relación, analizándolas con subvariables específicas y conociendo individualmente cómo cada una influye en las demás. Es así como los resultados ofrecen un nivel de comprensión y análisis detallado de esta enfermedad crónica que cada vez gana mayor relevancia en nuestra salud pública.

Respecto a la variable Factores Sociodemográficos, en la subvariable Edad, el mayor porcentaje (32.1%) se ubicó en el grupo etario entre 45 y 54 años seguido de un 26.2% entre 55 y 64 años con un promedio de 54.5 años. Estos resultados coinciden con lo planteado por Pacheco-Cáceres (45) quien en su estudio reveló que la mayoría de los pacientes con cirrosis hepática tenían entre 40 y 79 años, con una media de 57,2 años; y Mayorga (49) quien en su estudio reveló que la mayoría de los pacientes tenía entre 36 y 64 años. Por lo tanto, la información presentada sugiere una tendencia en la cual la cirrosis hepática afecta predominantemente a individuos en la mediana edad, con un pico significativo entre los 45 y 64 años. Por otro lado, debemos tener en cuenta la repercusión de la edad en la historia de enfermedad de la cirrosis hepática, donde el análisis estadístico relacional, muestra que el grupo etario influye en el estado de la enfermedad de una manera moderadamente baja (Rho de Spearman 0.350), en la edad de inicio del consumo crónico con una relación estadísticamente fuerte (Rho de Spearman 0.790) y en la duración del consumo crónico de alcohol con una relación estadística moderadamente alta (Rho de Spearman 0.429). Según la codificación de datos donde 1 es compensado y 2 descompensado, se puede interpretar que a mayor edad es más probable que el paciente presente una enfermedad descompensada, y que haya iniciado el consumo crónico de alcohol en edades más tardías y/o que la duración de consumo crónico de alcohol abarque más años de alcoholismo. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Suarez Alonso (64), quien expresa que el grupo de pacientes cirróticos juveniles presentaba más casos de enfermedad compensada a comparación del grupo de cirróticos ancianos.

En cuanto a la dimensión Sexo, predominó el masculino con un 66.7%, lo cual es similar a lo hallado por Pacheco-Cáceres (45) quien en su estudio encontró que el 55,7% eran hombres. Caso contrario ocurrió en el estudio de Escorcía-Charris y Marrugo Balceiro (7) en el que la mayor prevalencia observada de cirrosis hepática se encontró en el sexo femenino, en una población colombiana donde predominaba la etiología viral por virus de la hepatitis C, seguida

del hígado graso no alcohólico. Sin embargo, la prevalencia del sexo masculino (>50%) en la cirrosis hepática de etiología alcohólica es un fenómeno que se ha observado en múltiples estudios. No obstante, es importante aclarar que las mujeres son dos veces más sensibles y pueden desarrollar enfermedad hepática alcohólica grave con dosis más bajas y con menor duración del consumo de alcohol en comparación con los hombres (65). Esto se evidencia en el análisis estadístico obtenido, donde el sexo influye inversamente de manera débil en el tipo de bebida (Rho de Spearman -0.291) y en el gramaje de alcohol mensual (Rho de Spearman -0.188). Según la codificación de datos en la subvariable sexo donde 1 es masculino y 2 femenino, y en la subvariable tipo de bebida donde 1 es fermentado y 2 destilado; se puede interpretar que el sexo femenino suele consumir más bebidas fermentadas (como la cerveza) que presentan menor gramaje de alcohol, a comparación del sexo masculino que se inclina hacia las bebidas destiladas (como el pisco) que contienen mayor gramaje de alcohol.

Con relación a la dimensión Estado Civil, la categoría con la mayor proporción es 'Separado/a' con un 27.4%, seguida muy de cerca por 'Soltero/a' con un 26.2% y 'Viudo/a' con un 23.8%. Por otro lado, 'Casado/a' representa solo el 6% de los pacientes, lo cual es notablemente menor en comparación con las otras categorías. Estos resultados coinciden con Roesch-Dietlen et al. (52) en el cual el 77% de los cirróticos por consumo crónico de alcohol no tenían pareja, y son contrarios a lo topado por Velázquez-Abente (55) en el que el 52% de los encuestados estaban casados. Por lo tanto, en nuestra población de estudio se revela una tendencia interesante hacia el estado civil sin pareja. El análisis estadístico relacional muestra que el estado civil repercute en la edad de inicio del consumo crónico de alcohol (Rho de Spearman 0.405) de manera moderadamente alta y en el gramaje de alcohol mensual (Rho de Spearman 0.149) de manera débil; por lo cual, en una escala donde soltero es 1, casado 2, conviviente 3, separado 4 y viudo 5, se puede inferir que los pacientes con estado civil sin pareja (separado o viudo) suelen iniciar el consumo crónico de alcohol a una edad más tardía y con mayores gramajes de alcohol mensual. Además, se encontraron asociaciones estadísticas de magnitud débil, entre el estado civil con el estado de la enfermedad (Rho de Spearman 0.133), con el número de descompensaciones anuales (Rho de Spearman 0.142) y con la Clasificación de Child Pugh (Rho de Spearman 0.176). Por lo tanto, se interpreta que los pacientes con estado civil sin pareja (separado o viudo) tienen mayor probabilidad de presentar cirrosis hepática alcohólica en su estado descompensado, acompañado de más descompensaciones anuales y consecuentemente mayor severidad (traducido en mayores puntajes de la clasificación de Child Pugh).

Al examinar la dimensión Nivel de Instrucción, es evidente que la mayoría de los pacientes tienen un nivel de educación entre primaria (42.9%) y secundaria (35.7%). En contraste, la proporción de individuos con educación superior es notablemente baja (8.3%). Estos resultados coinciden con Roesch-Dietlen et al. (52) quien encontró en su estudio mexicano que los pacientes con cirrosis de etiología alcohólica cursaron educación primaria en un 39.1% y educación secundaria en 40.2% y con Lozano-Bellido y Macías-Rodríguez (54) quienes en su investigación en Chile encontraron que el rango de grado cursado se ubicó desde sexto a undécimo grado. Por lo tanto, la distribución del nivel educativo en la población estudiada refleja una concentración en los estratos de educación básica. Por otro lado, a pesar de que en la muestra estudiada no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre el nivel de instrucción y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica; sí se evidencia asociación entre el nivel de instrucción y algunas subvariables del Patrón de Consumo de Alcohol como la edad de inicio de consumo crónico de alcohol con un impacto moderadamente alto (Rho de Spearman 0.461), la duración de consumo crónico y el gramaje de alcohol mensual con un impacto inverso y débil (Rho de Spearman -0.109 y -0.180 respectivamente). Según la codificación de datos donde 1 es analfabetismo y 6 postgrado, se puede interpretar que a menor nivel de instrucción es más probable que el inicio del consumo crónico de alcohol sea a una edad más temprana, que abarque más años de consumo crónico de alcohol y que consuma mayor gramaje de alcohol mensual.

En la dimensión ocupación, se evidencia la predominancia de trabajadores independientes (54.8%) donde sobresalen los trabajadores ambulantes y agricultores. Además, una porción significativa de la población estudiada era ama de casa (22.6%), seguido de desempleado (19%). Estos datos coinciden en menor cuantía con Roesch-Dietlen et al. (52) quien encontró en su investigación que el consumo crónico de alcohol estaba relacionado de manera significativa con las amas de casa y con los desempleados (36.8 y 31%, respectivamente), lo cual podría reflejar factores de riesgo asociados a la falta de empleo formal y a las responsabilidades del hogar, explicando el incremento de la adicción al alcohol en las mujeres. Aunque llama la atención esta distribución en la ocupación, el análisis estadístico relacional no muestra asociaciones estadísticamente significativas entre la ocupación y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica, ni entre la ocupación y el patrón de consumo de alcohol. Entonces, es probable que la ocupación tenga influencia en la incidencia de consumidores crónicos de alcohol, mas no en la evolución y pronóstico de la enfermedad cuando ya está establecida.

En cuanto a la dimensión Zona de Residencia, se evidenció una predominancia de pacientes provenientes de zonas urbanas con un 70.2%, en comparación con un 29.8% de zonas rurales. Este porcentaje coincide, aunque en menor cuantía con el estudio de Giraldo-Montoya et al (56) quienes encontraron que el 85% de pacientes con cirrosis, era población urbana. Esta distribución de pacientes entre zonas urbanas y rurales revela una tendencia significativa hacia la urbanización, con más del doble de pacientes urbanos que rurales. Respecto al análisis estadístico relacional no se observa ninguna asociación estadísticamente significativa entre la zona de residencia y el patrón de consumo de alcohol, ni entre las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica. Por lo tanto, estos datos solo podrían reflejar una tendencia de mayor acceso o utilización de servicios de salud por parte de la población urbana, lo que plantea interrogantes sobre la existencia de casos subdiagnosticados en las zonas rurales, para lo cual podría ser útil expandir estudios en estas poblaciones.

En la dimensión Nivel Socioeconómico se revela una concentración significativa en los estratos más bajos. Con un 69% de los pacientes clasificados en el NSE E, el más bajo, y un 26.2% en el NSE D. La ausencia de pacientes en los NSE A y B sugiere que el acceso a los servicios de salud para los grupos de mayor ingreso podría estar ocurriendo en otros establecimientos o que tienen la capacidad de optar por servicios de salud privados. Estos datos concuerdan con lo indicado por Roesch-Dietlen et al. (52) quien en su estudio también predominó la condición de bajo ingreso económico. La información presentada destaca una realidad preocupante en la distribución del nivel socioeconómico dentro de la población estudiada, ya que la mayoría se encuentra en el nivel más bajo. Respecto al análisis estadístico se encuentra una asociación significativa de intensidad moderadamente baja entre el nivel socioeconómico y el estado de enfermedad (Rho de Spearman 0.230), en una escala donde 1 es NSE A y 5 NSE E, se puede interpretar que los pacientes con bajo nivel socioeconómico (NSE D o E) tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad en su estado descompensado. Este dato coincide con Icaza Gloria et al. (67) quienes hallaron en una población chilena que el menor nivel económico se asociaba a mayor riesgo de mortalidad por cirrosis. Por otro lado, se ha observado una relación inversa de intensidad moderadamente baja entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de consumo crónico de alcohol (Rho de Spearman -0.314), con la cual se interpreta que los pacientes con bajo nivel socioeconómico (NSE D o E) suelen iniciar el consumo crónico de alcohol a edades más tempranas.

Dentro de la variable Patrón de Consumo de Alcohol, se encuentra la subvariable Frecuencia de consumo de alcohol, en la cual los resultados indican que la mayoría de los pacientes consumen alcohol tres a cuatro veces por semana (41.7%), seguido por aquellos que lo hacen diariamente (26.2%). Esto es coincidente en menor cuantía con Solís-Alcívar (24) quien señala en su población que el mayor número de pacientes (32%) presentaba hábitos de 3 cruces (más de tres veces en una semana), a comparación del 12% que presentaba 2 cruces (hasta dos veces por semana) y el 5% con 1 cruz (menos de 1 vez por mes). Respecto al análisis estadístico relacional se observa que los factores sociodemográficos no repercuten significativamente en la frecuencia de consumo de alcohol, pero sí se observa que la frecuencia de consumo de alcohol repercute significativamente en la progresión clínica de la cirrosis hepática alcohólica. Se evidencia una relación directa con magnitud moderadamente alta entre la frecuencia de consumo y el estado de enfermedad (Rho de Spearman 0.385), el número de descompensaciones anuales (Rho de Spearman 0.596), la escala MELD (Rho de Spearman 0.477) y la clasificación de Child Pugh (Rho de Spearman 0.426). En consecuencia, se puede deducir que, a mayor frecuencia de consumo de alcohol, aumenta la probabilidad de presentar enfermedad descompensada, tener más descompensaciones anuales y mayor severidad clínica (evidenciado en mayores puntajes en MELD y Child Pugh). Estos datos posicionan la frecuencia de consumo de alcohol, como la segunda subvariable con mayor influencia en la progresión clínica de la cirrosis hepática alcohólica, después del gramaje de alcohol mensual, el cual se describirá posteriormente.

Respecto a la distribución de la dimensión Edad de Inicio del Consumo Crónico de Alcohol que se concentra principalmente en las edades medias de la vida adulta. La mayor prevalencia se encuentra en el grupo de 35 a 44 años con un 29.8%, seguido por el grupo de 45 a 54 años con un 25%. Estos resultados sugieren que el inicio del consumo crónico en edades más tempranas es menos común, con solo un 1.2% que comienza a los 14 años o menos. Por lo tanto, los datos presentados reflejan una tendencia preocupante hacia el inicio del consumo crónico de alcohol en la adultez media, con un pico significativo entre los 35 y 44 años. Esta información resalta la importancia de enfocar las estrategias de prevención en este rango etario, donde parece haber una mayor susceptibilidad al inicio de patrones de consumo perjudiciales. Adicionalmente, el análisis estadístico obtenido evidencia que la edad de inicio de consumo crónico de alcohol depende estadísticamente del grupo etario del paciente con una relación directa de intensidad fuerte (Rho de Spearman 0.790), del estado civil y del grado de instrucción con una relación directa de intensidad moderadamente alta (Rho de Spearman 0.405 y 0.461

respectivamente) y del nivel socioeconómico con una relación inversa de intensidad moderadamente baja (Rho de Spearman -0.314), por lo cual se espera que el inicio del consumo crónico de alcohol sea a una edad más temprana en aquellos pacientes con estado civil casado o conviviente, con menor grado de instrucción, y bajo nivel socioeconómico. No obstante, no se evidencia que la edad de inicio del consumo crónico de alcohol repercuta estadísticamente en la progresión clínica de la cirrosis hepática.

Respecto a la distribución variada en la dimensión Duración del Consumo Crónico de Alcohol entre los pacientes estudiados. La mayoría de los pacientes (36.9%) consumieron alcohol crónicamente durante un período de 10 a 14 años, seguido por un 28.6% que lo hizo durante 15 a 19 años. Es notable que un menor porcentaje (6%) corresponde a aquellos con un consumo de 9 años o menos. Tal como lo señalan Fuster y Same (60) la asociación causal entre el consumo de alcohol y la hepatopatía alcohólica ha sido bien documentada sobre todo en aquellos pacientes que sostuvieron un consumo crónico por más de 10 años; sin embargo, la cirrosis hepática se desarrolla en sólo el 10-20% de los bebedores crónicos. Se debe tener en cuenta que, aunque la duración de consumo crónico de alcohol es un factor importante en el desarrollo de la enfermedad hepática, varios cofactores también favorecen el daño hepático (cantidad de alcohol consumido, comorbilidades, coinfecciones, etc.). Esto resalta la complejidad de la relación entre el alcohol y la enfermedad hepática, donde factores adicionales más allá de los años de consumo en sí, juegan roles críticos en la progresión hacia enfermedades hepáticas graves. El correspondiente análisis estadístico muestra que la duración de consumo crónico de alcohol depende de manera moderadamente alta, pero significativa del grupo etario del paciente (Rho de Spearman 0.429), y de manera débil, pero inversamente significativo del grado de instrucción (Rho de Spearman -0.109), por lo cual se puede interpretar que a mayor edad es más probable que la duración de consumo crónico abarque más años de alcoholismo, y que a menor grado de instrucción es más probable que la duración de consumo crónico sea mayor. Complementariamente, la mayor duración de consumo crónico de alcohol se asocia estadísticamente a estados descompensados de la enfermedad (Rho de Spearman 0.419), a mayor número de descompensaciones anuales, y mayores puntajes en MELD y Child Pugh (Rho de Spearman 0.328 y 0.404), pero con una influencia moderada, lo cual coincide con la subvariable anteriormente expuesta, donde se muestra que estadísticamente los factores más significativos en el desarrollo y pronóstico de la enfermedad es la cantidad de alcohol consumido (tanto gramaje como frecuencia), más que la duración del hábito consumidor y el tipo de bebida consumida.

Respecto a la dimensión Tipo de Bebida, los datos indican una predominancia en el consumo de bebidas destiladas (69%) sobre las fermentadas (31%) entre los pacientes estudiados, donde destaca el consumo de licor a granel como pisco, ron y cañazo respectivamente. Estos resultados podrían sugerir que el tipo de bebida alcohólica consumida, en este caso destiladas, tienen una repercusión significativa con la incidencia de cirrosis hepática alcohólica en la población estudiada. Esto coincide con Velázquez-Albente (55) quien expresa que la bebida más consumida por los pacientes que desarrollan cirrosis de etiología alcohólica es la caña (destilada) seguida por la cerveza; y que la correlación entre el consumo de destilados y la incidencia de cirrosis hepática sugiere un riesgo potencial asociado con estas bebidas de mayor graduación alcohólica. Según el análisis estadístico obtenido, se evidencia que el tipo de bebida depende estadísticamente del sexo con una relación inversa de magnitud moderadamente baja; lo cual expresa que las bebidas alcohólicas fermentadas generalmente predominan en el sexo femenino, mientras que las bebidas alcohólicas destiladas predominan en el sexo masculino. Por otro lado, se observa que existe una asociación estadísticamente significativa de magnitud moderadamente baja entre el tipo de bebida y el número de descompensaciones (Rho de Spearman 0.214), y entre el tipo de bebida y la escala MELD (Rho de Spearman 0.244), según la codificación de datos donde 1 es bebida fermentada y 2 destilada, se puede interpretar que el consumo de bebidas destiladas puede aumentar el número de descompensaciones y el puntaje MELD (mayor severidad). Estos datos siguen coincidiendo con Velázquez-Albente (55) quien también expresa que las bebidas que contienen mayor grado de alcohol, como el tequila que tiene similar grado etílico como el pisco, podrían ocasionar mayores lesiones al hígado en menor tiempo, en comparación con las bebidas que contienen menos alcohol, como la cerveza y el vino. Por lo tanto, los datos apuntan a que las bebidas con mayor contenido alcohólico podrían tener un impacto más acelerado en la salud hepática.

En la subvariable Gramaje de Alcohol Mensual, la minoría (1.2%) consumió 599 gramos o menos de alcohol por mes, lo que sugiere un consumo de muy bajo riesgo. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentaron un consumo significativamente más alto, con un 20.2% consumiendo entre 600 y 1199 gr/mes, un 28.6% entre 1200 y 1799 gr/mes, y un 50% consumiendo 1800 gr/mes o más, lo que indica un patrón de consumo muy alto. Esto corresponde con Asscat (59) quien manifiesta que, en el desarrollo de una enfermedad hepática, es esencial un consumo diario de alcohol que oscile entre 30 a 60 gramos diarios en hombres (900 a 1800 gramos mensuales) y 20 a 40 gramos en mujeres (600 a 1200 gramos mensuales), mantenido durante un lapso superior a los 10 años. Es importante aclarar que estos umbrales no

son absolutos y pueden variar según la susceptibilidad individual y otros factores de riesgo concurrentes. Respecto al análisis estadístico, se observa que existe una dependencia significativa, pero débil, entre el gramaje de alcohol mensual y el sexo (Rho de Spearman - 0.188), el estado civil (Rho de Spearman 0.149) y el grado de instrucción (Rho de Spearman - 0.180); lo cual expresa que se evidencia mayor gramaje de alcohol mensual consumido en aquellos pacientes de sexo masculino, con estado civil sin pareja (separado o viudo) y con menor grado de instrucción. Por otro lado, se evidencia que el aumento del gramaje de alcohol mensual repercute significativamente en el estado de enfermedad (Rho de Spearman 0.490), en el número de descompensaciones anuales (Rho de Spearman 0.875), en el puntaje MELD (Rho de Spearman 0.732) y en la clasificación de Child Pugh (Rho de Spearman 0.668), por lo cual se deduce que a mayor gramaje de alcohol mensual consumido existe mayor probabilidad de presentar una enfermedad descompensada, mayor número de descompensaciones anuales, y mayor severidad (traducido en mayores puntajes en MELD y en Child Pugh). Estos datos sugieren una asociación significativa entre la cantidad de alcohol consumido y las características clínicas de la enfermedad, con una relación directa de magnitud fuerte, notablemente mayor al resto de subvariables, por lo tanto, se puede afirmar que la subvariable más significativa en la progresión clínica de la cirrosis hepática alcohólica es el gramaje de alcohol mensual consumido. Esto coincide con Raúl Lazarte (66) quien también expone que el factor más importante para el desarrollo de una enfermedad hepática avanzada es la cantidad de alcohol consumido, independientemente del resto de su patrón de consumo. El análisis de estos datos revela una preocupante tendencia hacia el consumo excesivo en la mayoría de los pacientes estudiados. Solo un pequeño porcentaje muestra un consumo moderado, pero es la alta ingesta que supera los umbrales recomendados, la que potencia el desarrollo de complicaciones hepáticas severas, y por lo cual es probable que la mayoría de nuestra población estudiada presente una enfermedad descompensada (84.5%) y un Child Pugh tipo "C" (69%).

Una vez analizadas las variables Factores Sociodemográficos y Patrón de Consumo de Alcohol, es importante mencionar las repercusiones de cada una de ellas en la variable Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica, la cual expresa la condición y progresión clínica que presenta nuestra población de estudio.

En cuanto a la subvariable Estado de la cirrosis, los resultados indican que un 84.5% de los pacientes se encuentran en un estado descompensado de la enfermedad, lo cual sugiere una prevalencia alta de casos avanzados de cirrosis en el hospital mencionado. Por otro lado, solo

un 15.5% de los pacientes están compensados. Estos resultados discrepan a los de Sánchez-Torrijos et al (57) quienes al examinar la condición de la cirrosis en un hospital de Sevilla-España, revelaron que los pacientes con cirrosis descompensada representaban un 23.6% y con cirrosis compensada un 76.4%. Por lo tanto, la situación de nuestra población de estudio en cuestión refleja una realidad alarmante: la mayoría de los pacientes con cirrosis están en una fase descompensada de la enfermedad. Según el análisis estadístico, estos datos podrían ser consecuencia de los factores sociodemográficos locales que afectan la salud de estos individuos, tal como los observados anteriormente: grupos etarios mayores (Rho de Spearman 0.350), bajos niveles socioeconómicos (Rho de Spearman 0.230), predominancia de pacientes separados o viudos (Rho Spearman 0.133), frecuencia de consumo mayor a 3 veces por semana (Rho de Spearman 0.385), y altos valores de alcohol mensual mayores a 1800 gr en la mayoría de los pacientes (0.490). Por ello se deduce que, el incremento en la frecuencia y cantidad de consumo alcohol, además de cofactores sociodemográficos como mayor edad, bajo nivel socioeconómico y estado civil sin pareja, se asocia con un aumento en el riesgo de experimentar cirrosis hepática en su forma descompensada.

En el análisis detallado de la dimensión Número de Descompensaciones Anuales, los resultados indican que la mayoría de los pacientes (41.7%) experimentaron entre 3 a 4 descompensaciones al año, seguido del 28.6% de pacientes que presentaron 2 descompensaciones anuales. Además, es notable que el 15.5% no presento descompensaciones, y el 10.7% solo presentó 1 complicación anual. Estos datos concuerdan con Sánchez-Torrijos et al (57) quienes concluyen que aproximadamente el 12% de los pacientes con cirrosis sufren al menos una descompensación cada año. Por lo expuesto, el estudio revela una realidad palpable en la lucha contra la cirrosis: la descompensación es una constante amenaza. La cifra de pacientes que enfrentan múltiples episodios al año es significativa, lo que resalta la importancia de una vigilancia médica estrecha y un manejo clínico proactivo. Por otro lado, el análisis estadístico relacional evidencia que el número de descompensaciones depende estadísticamente con mayor magnitud del gramaje de alcohol mensual consumido (Rho de Spearman 0.875), seguido de la frecuencia de consumo de alcohol (Rho de Spearman 0.596), de los años de consumo de alcohol (Rho de Spearman 0.347), del tipo de bebida consumida (Rho de Spearman 0.214) y del estado civil del paciente (Rho de Spearman 0.142). Esta relación es directa, lo que indica que a medida que aumenta la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol (a predominio de bebidas destiladas), también lo hace el número de descompensaciones anuales, sobre todo en aquellos pacientes sin pareja (separado o viudo).

Sobre la dimensión Tipo de Descompensaciones, se tiene que la ausencia de descompensaciones en un 15.5% apunta a que una proporción relativamente significativa de pacientes mantiene una función hepática compensada a pesar de la enfermedad. Por otro lado, la presencia de ascitis en un 76.2% del total de pacientes y encefalopatía hepática en un 41.6% refleja las descompensaciones más comúnmente presentadas en la cirrosis hepática. Estos resultados coinciden con lo reportado por Calderón-Gerstein (12) quien señala que la ascitis fue la complicación más común (71,30 %), seguida de la encefalopatía hepática en el 47,20 %. También amerita mención el síndrome hepatorenal, que se presentó en el 21.4% de los pacientes; y la peritonitis bacteriana espontánea presentada en el 17.8%. Estos datos discrepan de Calderón-Gerstein (12) quien encontró síndrome hepatorenal en el 8,3% de su población estudiada, y la peritonitis bacteriana espontánea en el 5,60%. Por lo tanto, la presencia de complicaciones graves en una proporción más significativa de pacientes a comparación de otros estudios refleja la potencial severidad de la cirrosis hepática en nuestro entorno. Por otro lado, es importante recalcar que la ascitis y la encefalopatía hepática como descompensaciones más comunes, suelen presentarse juntas y/o acompañadas de otros tipos de descompensaciones. Es así como resalta la combinación de ascitis, encefalopatía hepática, y síndrome hepatorenal en un 11.9%, junto con la prevalencia de ascitis y HDA variceal en un 9.5%, los cuales indican un estado avanzado de la enfermedad en una cantidad significativa de pacientes. Estas diferencias en los tipos de descompensaciones no evidencian asociación estadísticamente dependiente con los factores sociodemográficos ni con el patrón de consumo de alcohol en ninguna de las subvariables estudiadas, por lo que también podríamos sospechar de otros factores que influyan en el tipo de descompensaciones presentadas, por ejemplo: el tipo de manejo terapéutico, la adherencia terapéutica, el tipo de monitorización (evaluación periódica), etc.

Los resultados obtenidos en la dimensión escala MELD muestra que la mayoría de los pacientes (78.6%) tienen una puntuación MELD entre 10 y 29, lo que sugiere que la cirrosis está en una etapa leve a moderadamente avanzada en la mayoría de los casos estudiados, pero no tan marcado como el grupo de pacientes con 30 puntos o más (8.4%) que presentan un estado significativamente más grave de la enfermedad. Además, los resultados estadísticos sugieren que el incremento en la frecuencia con la que se consume alcohol (Rho de Spearman 0.477), la mayor duración de consumo crónico de alcohol (Rho de Spearman 0.328), el consumo de bebidas destiladas (Rho de Spearman 0.244) y sobre todo los altos gramajes de alcohol mensual (> 1800 gramos) (Rho de Spearman 0.732) están asociados significativamente al aumento de la puntuación MELD, lo cual indica una mayor gravedad en la condición del paciente.

Otro sistema de puntaje que también permite la valoración de la severidad de la cirrosis hepática es la clasificación de Child-Pugh. La Clase C, que corresponde a los casos más graves con 10 a 15 puntos, representa el 69% de la muestra, lo cual es indicativo de un estado avanzado de la enfermedad en la mayoría de los pacientes estudiados. Por otro lado, las clases A y B, que reflejan grados menos severos de la enfermedad, representan un 14.3% y 16.7% respectivamente. Estos resultados guardan relación con Chansong Choi et al (58) quienes en un estudio de cohortes retrospectivo determinaron que los pacientes con cirrosis hepática por etiología alcohólica pueden desarrollar estadios de mayor severidad que los pacientes con cirrosis de otras etiologías. Lo cual coincide con la asociación estadísticamente significativa que se encontró entre la clasificación de Child Pugh y el consumo de alcohol, donde se observa una relación moderadamente alta con la frecuencia de consumo de alcohol y con la duración de consumo crónico de alcohol (Rho de Spearman 0.426 y 0.404 respectivamente), y una relación fuerte con el gramaje de alcohol mensual (Rho de Spearman 0.668). Esto implica que, a medida que aumenta el consumo de alcohol (tanto en frecuencia, años de consumo crónico, y gramos mensuales consumidos), también lo hace la gravedad de la enfermedad hepática, reflejada en una mayor puntuación en la clasificación de Child-Pugh.

En general, se ha evidenciado que los factores sociodemográficos influyen débilmente sobre las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica (Rho de Spearman 0.192). No obstante, se observa que dichos factores sociodemográficos sí influyen con más intensidad (moderada) en el patrón de consumo de alcohol (Rho de Spearman 0.340). Y justamente, el patrón de consumo de alcohol es la variable que influye con mayor magnitud (fuerte) sobre las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica (Rho de Spearman 0.683). Por lo tanto, se puede inferir que es una enfermedad con influencia multifactorial, tanto en su etiología como pronóstico. Siendo el gramaje de alcohol mensual el factor más sobresaliente en la evolución de la enfermedad. Se espera profundizar más investigaciones sobre esta hepatopatía y así establecer eficientes estrategias de prevención y vigilancia estrecha para combatir sus temibles consecuencias. Tal como lo expresa Mendieta (62), el diagnóstico precoz es fundamental porque ofrece la oportunidad de tratar las causas subyacentes (como el consumo crónico de alcohol), previniendo la progresión de la enfermedad y mejorando la calidad de vida de los pacientes.



CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Respecto a los factores sociodemográficos, se identificó que la mayoría de los pacientes con cirrosis hepática alcohólica tiene entre 45 y 54 años (32.1%), a predominio del género masculino (66.7%), quienes se caracterizan por tener estado civil separado (27.4%) o soltero (26.2%), grado de instrucción primaria (42.9%), bajo nivel socioeconómico (69%), residir en zona urbana (70.2%) y trabajar independientemente (54.8%).
2. Respecto al patrón de consumo de alcohol, gran parte de la población estudiada ingiere alcohol 3 veces a la semana (41.7%), e inició el hábito crónico a los 35-44 años (29.8%), con una duración de 10-14 años (36.9%). El tipo de bebida más consumida (69%) son las destiladas (pisco, ron y cañazo respectivamente) y el 50% de la población estudiada consume más de 1800 gramos de alcohol al mes.
3. Respecto a la características clínicas, el 84.5% de pacientes presentaba un estado descompensado de cirrosis, con descompensaciones múltiples (3-4 al año en el 41.7%) donde predominaba la presencia de ascitis (76.2%) y encefalopatía hepática (41.6%). Se encontró en el 40.5% de los casos una escala MELD entre 10-19 puntos y en el 69% un Child Pugh clase C.
4. Concorre una asociación positiva moderada (Rho de Spearman 0.340) entre los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol. El análisis estadístico relacional entre las subvariables muestra que el sexo femenino suele consumir más bebidas fermentadas con menor grado etílico y el sexo masculino se inclina hacia bebidas destiladas con mayor grado etílico. Sin embargo, las mujeres pueden desarrollar enfermedad hepática alcohólica con dosis más bajas y con menor duración de consumo crónico en comparación con los hombres. Por otro lado, el menor grado de instrucción y el bajo nivel socioeconómico, influyen en el inicio del consumo crónico en edades más tempranas. Mientras que los pacientes de sexo masculino, con estado civil sin pareja y menor grado de instrucción, muestran predisposición a consumir mayores gramajes de alcohol mensual.

5. Existe una asociación positiva débil (Rho de Spearman 0.192) entre los factores sociodemográficos y las características clínicas de la cirrosis hepática alcohólica. El análisis estadístico relacional evidencia que los pacientes con mayor grupo etario, con estado civil sin pareja (separado o viudo) y con bajo nivel socioeconómico tienen mayor probabilidad de presentar cirrosis hepática alcohólica en su estado descompensado, y sobre todo aquellos pacientes con estado civil sin pareja adicionalmente pueden presentar más descompensaciones anuales y en consecuencia mayor severidad (traducido en mayores puntajes de la clasificación de Child Pugh).

6. Confluye una asociación fuerte (Rho de Spearman 0.683) entre el consumo de alcohol y las características clínicas de la cirrosis hepática. El análisis estadístico relacional entre las subvariables expone que los factores más importantes en el desarrollo y pronóstico de esta hepatopatía es la cantidad de alcohol consumido (tanto gramaje como frecuencia), más que los años de consumo crónico y el tipo de bebida consumida. Además, es importante mencionar que las bebidas destiladas con mayor grado etílico evidencian un impacto más significativo en la salud hepática.

RECOMENDACIONES

- A la comunidad científica, se recomienda continuar estudios de extrapolación que abarquen otros grupos de pacientes para determinar si estas tendencias son específicas del entorno hospitalario o si reflejan una dinámica social más amplia.
- A los centros de atención primaria, se sugiere promover estrategias preventivas y programas de intervención focalizados en grupos vulnerables tal como pacientes con estado civil sin pareja, de menor grado de instrucción y/o bajo nivel socioeconómico; para favorecer el diagnóstico precoz y la referencia oportuna a hospitales de mayor complejidad, con el objetivo de reducir el desarrollo de complicaciones a largo plazo.
- A los servicios de psiquiatría, se invita a realizar investigaciones exhaustivas sobre el alcoholismo crónico para comprender mejor esta problemática y así desarrollar estrategias efectivas de vigilancia y promoción de la abstinencia alcohólica.
- A los servicios de Gastroenterología, se aconseja llevar a cabo un estudio detallado de otros factores que afecten la evolución de las enfermedades hepáticas, como la presencia de comorbilidades, el tipo de manejo terapéutico, el nivel de adherencia terapéutica, etc. Para determinar con mayor precisión los grupos poblacionales con riesgo elevado y conducir a intervenciones más efectivas para el adecuado manejo clínico.
- A los hospitales de mayor complejidad, se sugiere emplear un modelo de atención holística para pacientes con cirrosis alcohólica, que además de la intervención médica, integre la asistencia del servicio de nutrición, psicología y servicio social, ya que el enfoque multidisciplinario es esencial para abordar las diversas necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azabache-Vásquez AV. Características epidemiológicas, clínicas y ecográficas de la cirrosis hepática en hospital regional docente de Trujillo. periodo 2012-2016. [Internet]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2020. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15507>
2. Saraza-Cahuana CL. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática no alcohólica en el Hospital III Goyeneche - Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – EsSalud, enero 2012 - diciembre 2017. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6261>
3. ASSCAT. Cirrosis. [Internet]. <https://asscat-hepatitis.org/>. Barcelona; 2023 [cited 2023 Jan 30]. Available from: <https://asscat-hepatitis.org/consecuencias-hepaticas/cirrosis/>
4. Díaz D, Rocandio S, Cabezas C, Pastene F, Aldunate P. Cirrosis hepática alcohólica: actualización epidemiológica de la tasa de mortalidad entre los años 2017-2021 en Chile. Rev ANACEM [Internet]. 2023;17:81–5. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/01/1526302/cirrosis-hepatica-alcoholica-actualizacion-epidemiologica-de-l_7XKF6zf.pdf
5. Potrillé-Rodríguez LD, Prawl-Estevez M, Ramos-Lazo O. Cambios morfofuncionales del Hígado en la Cirrosis. [Internet]. Fórum Científico Estudiantil. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo; 2019. p. 21. Available from: <http://www.forumestudiantilcienciasmedicas.sld.cu/index.php/forum/2020/paper/viewFile/37/36>
6. Muñoz-Maya O, Ferrusquía-Acosta J, Serna-Patiño LM, Cárdenas A. Métodos diagnósticos en hipertensión portal. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2021;36(2):218–26. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3377/337746646006/html/>
7. 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]. 2018;13(1):17–30. Available from: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2242>
8. Mesejo A, Juan M, Serrano A. Cirrosis y encefalopatía hepáticas: Consecuencias clínico-metabólicas y soporte nutricional. Nutr Hosp [Internet]. 2008;23(SUPPL. 2):8–18. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original2.pdf>
9. Bejarano-Ramírez DF, Alvis-Zakzuk NJ, Carrasquilla-Gutiérrez G, Porras-Ramírez A, Vera-Torres A. La enfermedad hepática en Colombia: estimación de la carga económica y de enfermedad. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2023 Jun 22;38(2):155–66. Available from: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/1007>
10. Villar-Ramírez CA. Factores asociados a cirrosis hepática en pacientes del servicio de medicina del Hospital Santa Rosa de enero del 2018 a junio del 2020. [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4602>
11. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. Rev Gastroenterol Peru. 2007;27(3):238–45.

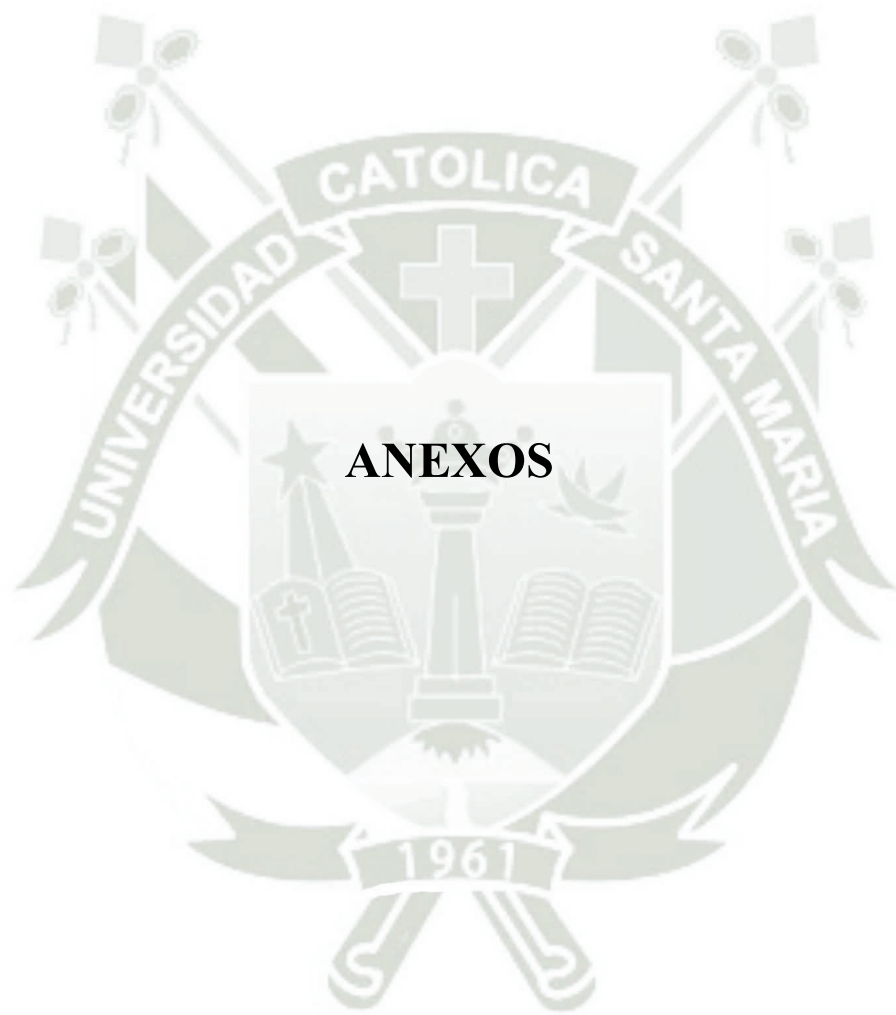
12. Calderón-Gerstein W, Ascanio-Paredes M, Yarinsueca-Mata PR. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). *Horiz Médico* [Internet]. 2020 Jun 30;20(2):e1186. Available from: <http://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1186>
13. Coaquira-Llave JJ. Impacto del covid-19 en la morbimortalidad de Pacientes con cirrosis hepática en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2020 - 2021. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2023. Available from: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/01948bbe-147e-4a73-8dbe-221b861d24a0/content>
14. Zubieta-Rodríguez R, Gómez-Correa J, Rodríguez-Amaya R. Cirrosis hepática por hepatitis autoinmune: Serie de casos y revisión de la literatura. *Rev Médicas UIS* [Internet]. 2016 Sep 1;29(2). Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5765>
15. Véliz MA, Roque-Rodríguez R. Las enfermedades metabólicas del hígado. *Acta Bioquím Clín Latinoam* [Internet]. 2016;50(4):583–608. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/abcl/v50n4/v50n4a07.pdf>
16. Sociedad Española de Gastroenterología H y NP (SEGHN). *Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. 5ta ed. Ergon, editor. España: España; 2021.
17. Ramírez-quesada W, Hevia-urrutia F, Rojas-alvarado M, Brenes-pino F, Alfaro-alcocer E, Saumarodríguez J, et al. Déficit de Alfa-1 antitripsina, una causa de hepatopatía crónica comúnmente a06v39n2. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 2019;39(2):127–31. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v39n2/a06v39n2.pdf>
18. Rodríguez A, Said H, Trinidad J. Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex* [Internet]. 2017;75(4):257–63. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2008/ju084d.pdf>
19. Montañó-Pérez CM, Menéndez-Auld NG, Sainz-Castro RDSCJ. Atresia de vías biliares. *Acta Médica Grup Ángeles* [Internet]. 2016;14(2):114–6. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v14n2/1870-7203-amga-14-02-114.pdf>
20. Rebolledo-Del Toro M, Rincón-Sánchez RA. Enfermedad hepática congestiva, las repercusiones hepáticas de un corazón enfermo. *Hepatología* [Internet]. 2022 Jan 25;3(1):29–39. Available from: <https://revistahepatologia.com/index.php/hepa/article/view/47>
21. Romero-Ortiz AI. Estudio anatomopatológico de los tumores hepáticos desarrollados sobre hígados cirróticos. [Internet]. [Córdoba]: Universidad de Córdoba; 2008. Available from: <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/270/9788478019113.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Jackson W. Hepatopatía alcohólica. [Internet]. www.msdmanuals.com. Rahway; 2023 [cited 2024 Mar 12]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-hepaticos-y-biliares/hepatopatia-alcoholica/hepatopatia-alcoholica?query=Hepatopatía alcohólica>
23. Sanchez W, Talwalkar JA. ¿Qué es la cirrosis hepática? [Internet]. Mayo College of Medicine. North Bethesda; 2009 [cited 2023 Jan 15]. Available from: <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/cirrosis-hepatica/>
24. Solís-Alcívar DC, Bermúdez-García AJ, Serrano-Gómez NB, Teruel-Ginés R, Castro-Maquilón AG. Efectos del alcohol en la aparición de cirrosis hepática. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2020;24(2):761–81. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v24n2/1560-4381-ccm-24-02-743.pdf>

25. Gómez-Aldana AJ, Tapias M, Lúquez-Mindiola A. Colestasis en el adulto: enfoque diagnóstico y terapéutico. Revisión de tema. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2020;35(1):76–86. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3377/337763173009/html/>
26. Rodríguez-Gandía MÁ. Tratamiento diurético en la ascitis del paciente cirrótico. *Rev Esp Enfermedades Dig* [Internet]. 2015;107(11). Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n11/infopaciente.pdf>
27. Facultad de Medicina. Escala de Child-Pugh. [Internet]. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala; 2023. Available from: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/escala-de-child-pugh/>
28. Pérez-Lorenzo M, Infante-Velázquez M, Ávalos-Rodríguez M, Guerrero-González Y, Román-Martínez Y, Rodríguez-Álvarez D. Caracterización clínica de pacientes cirróticos con gastropatía portal hipertensiva. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2017;45(2):172–82. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v45n2/mil06216.pdf>
29. Moreira-Barinaga OM, Rodríguez-Fernández Z, Manzano-Horta E, Rodríguez-Hung S, Nazario-Dols AM, Martínez-Pinillo IM. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2018;47(3):1–13. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v47n3/a14_103.pdf
30. Artifon ELA, Aparicio DPS, Otoch JP, Carvalho PB, Marson FP, Fernandes K, et al. Endoscopic ultrasound hemostasis techniques. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 2014 Apr;34(2):155–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25028909>
31. Fabra-Ricardo CE, Lescay-Bell O, Santiesteban-Sauqué X. Peritonitis bacteriana espontánea en un paciente con cirrosis hepática. *Medisan*. 2016;20(7):943–8.
32. Ospina JR, Restrepo JC. Síndrome hepatorenal: fisiopatología, diagnóstico y manejo. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2017 Feb 15;31(2):146. Available from: <https://www.revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/83>
33. Vásquez-Rodríguez JF, Milton-Yurgaki J, Rada-Escobar R. Compromiso pulmonar en la enfermedad hepática: una actualización. *Rev Med* [Internet]. 2017;25(1):102–13. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91052681010>
34. Valverde M, Olivari DD, Interna M, Clínica H, Scalone DP. Síndrome Hepatorrenal: abordaje clínico y estrategia terapéutica. *Arch Med Interna* [Internet]. 2014;36(1):17–27. Availab: <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2014/vol36/no1/3.pdf>
35. Martínez-Leyva L, Palomino-Besada AB, Quesada-Meneses E, Oliva-Rey JC, Yanes-Cicard A, Descalzo-García Y. Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2021;50(4):e02101479. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v45n2/mil06216.pdf>
36. Juanbeltz R, Zozaya J., Repáraz J, Castilla J, Sarobe M., Úriz-Otano J., et al. Effectiveness of second-generation direct-acting antivirals in chronic hepatitis C. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2017 Apr 30;40(1):57–66. Available from: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/53082/35619>
37. Martínez-González A. Resonancia Magnética y Espectroscopía en la Encefalopatía Hepática. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2014;13(4):531–46. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180432137005>

38. Caballeria L, Augustin S, Broquetas T, Morillas RM, Vergara M, Virolés S, et al. Recomendaciones para la detección, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico en atención primaria y hospitalaria. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2019 Aug;153(4):169–77. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775319301241>
39. Palacio-Londoño N, Hoyos-Duque SI, Navas-Navas MC. Factores sociodemográficos, clínicos y estilos de vida asociados a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular en pacientes atendidos en Medellín. [Internet]; 2017. Available from: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/3455?locale-attribute=es>
40. Romero-Gomez M, Sendra C, Ampuero J. El impacto del tratamiento de la encefalopatía hepática mínima en el pronóstico a largo plazo. *Salud(i)Ciencia* [Internet]. 2018 Jul 23;23(1):34–42. Available from: <https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/155428>
41. López-Panqueva RDP. Neoplasias hepáticas malignas: 1.a parte. Hepatocarcinoma: papel de la biopsia hepática, estudios de inmunohistoquímica y otros aspectos importantes. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2016;30(2):232. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v30n2/v30n2a14.pdf>
42. Darnell A, Forner A, Rimola J, Reig M, García-Criado Á, Ayuso C, et al. Liver Imaging Reporting and Data System with MR Imaging: Evaluation in Nodules 20 mm or Smaller Detected in Cirrhosis at Screening US. *Radiology* [Internet]. 2015 Jun;275(3):698–707. Available from: <http://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.15141132>
43. Molla N, AlMenieir N, Simoneau E, Aljiffry M, Valenti D, Metrakos P, et al. The Role of Interventional Radiology in the Management of Hepatocellular Carcinoma. *Curr Oncol* [Internet]. 2014 Jun 1;21(3):480–92. Available from: <https://www.mdpi.com/1718-7729/21/3/1829>
44. Menéndez, Josemaría Valverde M, Mainardi V, Scalone P, Rocca A, Gerona S. Diagnóstico y tratamiento del Hepatocarcinoma: puesta a punto del tema y rol del internista. *Arch Med Interna* [Internet]. 2014;36(2):60–5. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000200004
45. Pacheco-Cáceres LM. Estudio multicéntrico de las características clínico epidemiológicas y factores de descompensación en pacientes con cirrosis hepática. Arequipa – 2018. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2018. Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/9abd0a9f-3fd3-4030-bc85-25761db71b69>
46. Tintaya-Urre HI. Cirrosis hepática en pacientes adultos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, Arequipa 2022. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2023. Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e8cecea4-daf1-4a3f-b633-1d8da805d4be/content>
47. Álvarez-Agüero EA. Factores de riesgo asociados a las complicaciones de pacientes con cirrosis hepática en el servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion. [Internet]. [Huancayo]: Universidad Peruana de Los Andes; 2021. Available from: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1625>
48. Álvarez-Agüero R del P. Factores de riesgo para mortalidad por cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión 2018-2021. [Internet]. [Huancayo]: Universidad Continental; 2023. Available from: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12925/8/IV_FCS_502_TE_Alvarez_Agüero_2023

49. Mayorga A, Cabrera M, Pincay R, García C. Caracterización de los pacientes cirróticos atendidos en el Hospital Eugenio Espejo durante el año 2018. *Inspilip* [Internet]. 2019;3(1):1–12. Available from: <http://cort.as/-PUON%0Ahttps://fi-admin.bvsalud.org/document/view/wn2yk>
50. Duah A, Agyei-Nkansah A. Sociodemographic characteristics, complications requiring hospital admission and causes of in-hospital death in patients with liver cirrhosis admitted at a district hospital in Ghana. *Chemin I*, editor. *PLoS One* [Internet]. 2021 Jun 24;16(6):e0253759. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0253759>
51. Rodríguez-Camacho A. Comportamiento clínico-epidemiológico de la cirrosis hepática en el Hospital Vladimir Ilich Lenin, enero - diciembre 2020. [Internet]. [Holguín]: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín “Mariana Grajales Coello”; 2021. Available from: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2050>
52. Roesch-Dietlen F, González-Santes M, Sánchez-Maza YJ, et al. Influencia de factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis del hígado. *Rev Gastroenterol México (English Ed)*. 2021;86(1):28–35.
53. Reyes-Ruiz L, Carmona-Alvarado FA. La investigación documental para la comprensión ontológica del objeto de estudio. [Internet]. Barranquilla; 2020. (Ediciones Universidad Simón Bolívar). Available from: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/6630?show=full>
54. Lozano-Bellido L, Macías-Rodríguez AM. Factores sociodemográficos y comportamentales asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de una comuna de Medellín en el año 2014. [Internet]: Universidad del Rosario; 2014. Available from: [https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13409/Factores asociados transtorno consumo alcohol.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13409/Factores%20asociados%20al%20consumo%20de%20alcohol.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
55. Velázquez-Abente S, Giraldo-Salomón M. Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. 2018 Sep 30;5(2):53–61. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932018000200053
56. Giraldo-Montoya ÁM, Marcos Barraza-Amador, García-Castro G. Caracterización epidemiológica de pacientes con cirrosis en una consulta de gastroenterología en Pereira. *Rev Méd Risaralda* [Internet]. 2014;20(2):86–94. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n2/v20n2a04.pdf>
57. Sánchez-Torrijos Y, Pérez-Estrada C, Lucena-Valera A. Reingresos hospitalarios en pacientes cirróticos: un desafío en el horizonte. *RAPD*. 2023;46(6).
58. Choi, Chansong et al. Relación entre la etiología de la cirrosis y la supervivencia en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. *Actas de Mayo Clinic*, (2022) volumen 97, número 2, 274 - 284
59. ASSCAT. Hepatitis alcohólica. [Internet]. asscat-hepatitis.org. Barcelona; 2023 [cited 2024 Mar 13]. Available from: <https://asscat-hepatitis.org/hepatitis-no-viricas/hepatitis-alcoholica/>
60. Fuster D, Samet JH. Alcohol Use in Patients with Chronic Liver Disease. Longo DL, editor. *N Engl J Med* [Internet]. 2018 Sep 27;379(13):1251–61. Available from: <https://asscat-hepatitis.org/consumo-de-alcohol-en-pacientes-con-enfermedad-hepatica-cronica-y-su-tratamiento/>

61. Velarde-Ruiz Velasco JA, Higuera-de la Tijera MF, Castro-Narro GE, Zamarripa-Dorsey F, Abdo-Francis JM, Aiza Haddad I, et al. Consenso Mexicano de hepatitis alcohólica. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. 2020 Jul;85(3):332–53. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090620300483>
62. Mendieta-Ivanova I. Características clínicas y demográficas de pacientes con cirrosis hepática, Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos, Chitré, Enero-Diciembre 2019. *Rev Médica Panamá* - ISSN 2412-642X [Internet]. 2021 Jun 15;41(1):28–34. Available from: <https://www.revistamedica.org/index.php/rmdp/article/view/1729>
63. Kumar Abbas Aster. *Robbins Patología Humana*. 10ª Edición. Elsevier España. [Libro] 2021. Capítulo 15: 603-637.
64. María de la Concepción Suárez Alonso. “Influencia de La Edad y El Sexo En La Cirrosis Hepática.” *Dialnet*, Universidad de Oviedo, 1990. Available from: dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=208952
65. Sato N, Lindros KO, Baraona E, Ikejima K, Mezey E, Jarvelainen HA, et al. Sex difference in alcohol-related organ injury. *Alcohol Clin Exp Res* 2021; 25: 40S-45S. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11391041>
66. Raúl Lazarte C., Claudia Pavez A., y Jaime Poniachik T. Artículo de revisión sobre Enfermedad Hepática por Alcohol. Sección de Gastroenterología, Hepatología Hospital Clínico Universidad de Chile. *Gastroenterol. latinoam* 2016; Vol 27, Nº 1: 18-30. Available from: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2016n100003.pdf>
67. Icaza Gloria, Núñez Loreto, Ordaz R. Nicolás, Verdugo W. Constanza, Caglieri S. Sergio, Castillo-Carniglia Álvaro. Asociación entre variables demográficas y socioeconómicas y mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2017 ; 145(11): 1412-1420. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017001101412&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101412>.



ANEXOS

Anexo 1. Permiso institucional para acceso a Historias Clínicas

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITUD: Revisión de Historias Clínicas para trabajo de tesis para optar el título profesional de Médica Cirujana.

SEÑOR:

DOCTOR ALEXIS PABLO URDAY HUARILLOCLA,
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

ANDREA PAOLA MARES ZÚÑIGA, identificada con DNI N° 71917748, con código de estudiante 2017100792, domiciliada en Urb. Villa María del Triunfo I-9 Paucarpata, en calidad de Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María; a usted respetuosamente me presento y digo:

Mediante Dictamen 011945-A-EPHM-2024 se decretó la aceptación del proyecto de tesis denominado: "Asociación entre el Consumo de Alcohol, los Factores Sociodemográficos, y las Características Clínicas de la Cirrosis Hepática Alcohólica en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2021-2023", en ese sentido, es necesario recurrir a la información contenida en las historias clínicas de su entidad administrativa de salud de aquellos pacientes con diagnóstico de Cirrosis Hepática (CIE-10 K74.6), con la finalidad de culminar el trabajo de investigación que servirá para mi sustentación de tesis y la obtención del título profesional de Médica Cirujana, siendo su objeto netamente académico y asumiendo la responsabilidad del manejo adecuado de información. Para tal efecto acompaño a la presente el Dictamen de Aprobación de Proyecto de tesis (Anexo 1).

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted, acceda a lo solicitado.

Arequipa, 26 de marzo de 2024



Andrea Paola Mares Zúñiga

DNI: 71917748

Correo: a.mares.z@hotmail.com

Celular: 949797868



Anexo 2. Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Ficha: _____

| Factores Sociodemográficos | |
|--|--|
| Ítem | Alternativa |
| 1. Edad-Grupo etario | <input type="checkbox"/> 15 - 24 años <input type="checkbox"/> 25 - 34 años <input type="checkbox"/> 35 - 44 años <input type="checkbox"/> 45 - 54 años <input type="checkbox"/> 55 - 64 años <input type="checkbox"/> 65 - 74 años <input type="checkbox"/> 75 años o más |
| 2. Sexo | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 3. Estado Civil | <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) |
| 4. Nivel de Instrucción | <input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior técnica <input type="checkbox"/> Superior universitaria <input type="checkbox"/> Posgrado |
| 5. Ocupación | <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Trabajador dependiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| 6. Zona de Residencia | <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural |
| 7. Nivel socioeconómico (NSE) según ingreso promedio | <input type="checkbox"/> NSE A (S: 12660) <input type="checkbox"/> NSE B (S: 7020) <input type="checkbox"/> NSE C (S: 3970) <input type="checkbox"/> NSE D (S: 2480) <input type="checkbox"/> NSE E (S: 1300) |
| Patrón de Consumo de alcohol | |
| Ítem | Alternativa |
| 8. Frecuencia de consumo | <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 veces por semana <input type="checkbox"/> 5 a 6 más veces por semana <input type="checkbox"/> 7 veces por semana |

| | |
|--|---|
| 9. Edad de inicio de consumo crónico de alcohol | <input type="checkbox"/> 14 años o menos <input type="checkbox"/> 15 - 24 años <input type="checkbox"/> 25 - 34 años <input type="checkbox"/> 35 - 44 años <input type="checkbox"/> 45 - 54 años <input type="checkbox"/> 55 años o más |
| 10. Duración de consumo crónico de alcohol | <input type="checkbox"/> 9 años o menos <input type="checkbox"/> 10 - 14 años <input type="checkbox"/> 15 - 19 años <input type="checkbox"/> 20 - 24 años <input type="checkbox"/> 25 - 29 años <input type="checkbox"/> 30 años o más |
| 11. Tipo de alcohol | <input type="checkbox"/> Fermentado (cerveza, vino, etc.) <input type="checkbox"/> Destilado (pisco, ron, etc.) Especificar: |
| 12. Gramaje de alcohol mensual (gr/mes) según unidad de bebida estándar (UBE) <i>*Calculado en el anexo 3</i> | <input type="checkbox"/> 599 o menos gr/mes <input type="checkbox"/> 600 a 1199 gr/mes <input type="checkbox"/> 1200 a 1799 gr/mes <input type="checkbox"/> 1800 a 2399 gr/mes <input type="checkbox"/> 2400 o más gr/mes |
| Características Clínicas de la Cirrosis hepática | |
| Ítem | Alternativa |
| 13. Estado | <input type="checkbox"/> Compensado <input type="checkbox"/> Descompensado |
| 14. Número de descompensaciones anuales | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 o más |
| 15. Tipo de descompensaciones presentadas | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Ascitis <input type="checkbox"/> Hemorragia digestiva alta variceal <input type="checkbox"/> Peritonitis Bacteriana Espontánea <input type="checkbox"/> Encefalopatía hepática <input type="checkbox"/> Síndrome hepatorenal <input type="checkbox"/> Síndrome hepatopulmonar |
| 16. Escala MELD <i>*Calculada en el anexo 4</i> | <input type="checkbox"/> < 9 <input type="checkbox"/> 10 - 19 <input type="checkbox"/> 20 - 29 <input type="checkbox"/> 30 - 39 <input type="checkbox"/> 40 o más |
| 17. Clasificación de Child Pugh <i>*Calculada en el anexo 5</i> | <input type="checkbox"/> Clase Child A: 5 - 6 puntos <input type="checkbox"/> Clase Child B: 7 - 9 puntos <input type="checkbox"/> Clase Child C: 10 - 15 puntos |

Anexo 3. Cálculo de Consumo de Alcohol en Gramaje Mensual

- Mililitros consumidos al mes (cc):
- Grados de alcohol en 100 ml según tipo de bebida*:

Gramaje de alcohol mensual (gr)**:

*Graduación alcohólica según bebida

| Bebida | Graduación (*) |
|------------|----------------|
| Cerveza | 5° |
| Vino tinto | 13.5° |
| Baileys | 17° |
| Tequila | 38° |
| Ron | 40° |
| Vodka | 40° |
| Cañazo | 42° |
| Pisco | 43° |
| Whisky | 45° |

(*) % etanol en 100 ml

**Fórmula: Gramos de alcohol = ml (de bebida) x graduación x 0.785/100

Tomado de: Cálculo de las Unidades de Bebida Estándar. Rapid Critical Care Consult - Prestaciones médicas SCP. 2022. Disponible en: <https://www.rccc.eu/calculadoras/OH.html>

Anexo 4. Cálculo de Escala MELD (Modelo para Enfermedades Hepáticas en Etapas)

- Creatinina (mg/dl):
- Bilirrubina sérica (mg/dl)
- INR:
- Hemodiálisis dos veces en la semana previa:
 - Sí
 - No

Puntuación MELD:

Considerar:

- Si un paciente se ha sometido a 2 o más tratamientos de hemodiálisis en la semana anterior al momento de la puntuación, se fijará la creatinina a 4 mg/dl, la concentración máxima de creatinina que permite el modelo.
- Si el paciente tiene entre 12 y 17 años de edad, y presenta un trastorno del ciclo de la urea, acidemia orgánica o hepatoblastoma, la puntuación MELD se fija en 30.
- Para pacientes con carcinoma hepatocelular, la puntuación MELD/MELD aumenta de conformidad con un algoritmo establecido por UNOS (United Network for Organ Sharing, red unida para compartir órganos).

Tomado de: BMcalc is Copyright © 1998-2022 Foundation Internet Services. Puntuación MELD para hepatopatía en estadio terminal (NO apropiada para pacientes con edad inferior a los 12 años) <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/multimedia/clinical-calculator/puntuacion-meld-para-hepatopatia-en-estadio-terminal-no-apropiada-para-pacientes-con-edad-inferior-a-los-12-años>

Anexo 5. Cálculo de la Clasificación de Child Pugh

| | |
|---|---|
| Encefalopatía | |
| <input type="radio"/> | Ninguna (1 punto) |
| <input type="radio"/> | Grado 1: Estado de ánimo alterado/confusión. (2 puntos) |
| <input type="radio"/> | Grado 2: Comportamiento inadecuado, estupor inminente, somnolencia. (2 puntos) |
| <input type="radio"/> | Grado 3: Notablemente confundido, estuporoso, pero se puede despertar. (3 puntos) |
| <input type="radio"/> | Grado 4: Comatoso/insensible. (3 puntos) |
| Ascitis | |
| <input type="radio"/> | Ausente (1 punto) |
| <input type="radio"/> | Leve - moderada (2 puntos) |
| <input type="radio"/> | Severa o a tensión (3 puntos) |
| Bilirrubina total | |
| <input type="radio"/> | <2 mg/dl (1 punto) |
| <input type="radio"/> | De 2 a 3 mg/dl (2 puntos) |
| <input type="radio"/> | >3 mg/dl (3 puntos) |
| Albúmina | |
| <input type="radio"/> | >3,5 g/dl (1 punto) |
| <input type="radio"/> | De 2,8 a 3,5 g/dl (2 puntos) |
| <input type="radio"/> | <2,8 g/dl (3 puntos) |
| Tiempo de protrombina prolongado/INR | |
| <input type="radio"/> | Menos de 4 segundos por encima de la referencia/INR <1,7 (1 punto) |
| <input type="radio"/> | 4-6 segundos por encima de la referencia/INR 1,7-2,3 (2 puntos) |
| <input checked="" type="radio"/> | Más de 6 segundos por encima de la referencia/INR >2,3 (3 puntos) |

Recuento total de puntos de Clasificación Child Pugh:

Tomado de: BMcalc is Copyright © 1998-2022 Foundation Internet Services. Clasificación de Child Pugh para la gravedad de la enfermedad hepática.
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/multimedia/clinical-calculator/clasificaci%C3%B3n-de-child-pugh-para-la-gravedad-de-la-enfermedad-hep%C3%A1tica>

Anexo 6. Matriz base de Datos

| Ficha | etario | Sexo | Estado civil | instrucción | Ocupación | residencia | NSE | consumo | inicio de | de consumo | Tipo de bebida | Grupo de gramaje | Estado | descompesa | Tipo de descompensaciones | MELD | Clase de child pugh |
|-------|--------------|-----------|--------------|------------------|------------------------|------------|--------------|----------------------|---------------|--------------|------------------|-------------------|--------------|------------|--------------------------------|---------|--------------------------|
| 1 | 55 - 64 añ | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independien | Rural | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 15 - 24 años | 30 años o má | Destilado (pisco | 2400 o más gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepáti | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 2 | 35 - 44 años | Masculino | Separado | Superior técnica | Trabajador independien | Urbano | NSE D (S: 24 | 7 veces por semana | 35 - 44 años | 9 años o men | Destilado (pisco | 600 a 1199 gr/mes | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 3 | 65 - 74 añ | Masculino | Unión libre | Primaria | Trabajador independien | Rural | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 35 - 44 años | 25 - 29 años | Destilado (pisco | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 1 | Ascitis, Síndrome hepatopul | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 4 | 75 años o > | Femenino | Viudo | Secundaria | Ama de casa | Rural | NSE D (S: 24 | 7 veces por semana | 55 años o más | 20 - 24 años | Destilado (pisco | 1800 a 2399 gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 5 | 55 - 64 añ | Masculino | Unión libre | Primaria | Trabajador independien | Rural | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 2 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 6 | 55 - 64 añ | Masculino | Unión libre | Primaria | Trabajador independien | Rural | NSE E (S: 13 | 5 a 6 más veces por | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 2 | Hemorragia digestiva alta va | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 7 | 25 - 34 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independien | Rural | NSE D (S: 24 | 3 a 4 veces por sema | 15 - 24 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco | 1200 a 1799 gr/me | Compensado | 0 | Ninguna | 10 - 19 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 8 | 35 - 44 años | Masculino | Separado | Secundaria | Trabajador independien | Urbano | NSE D (S: 24 | 7 veces por semana | 25 - 34 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 2400 o más gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Síndrome hepatorre | 30 - 39 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 9 | 45 - 54 años | Masculino | Casado | Secundaria | Trabajador independien | Urbano | NSE C (S: 39 | 1 vez por semana | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Fermentado (ce | 600 a 1199 gr/mes | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 10 | 35 - 44 años | Femenino | Unión libre | Primaria | Ama de casa | Urbano | NSE D (S: 24 | 3 a 4 veces por sema | 25 - 34 años | 9 años o men | Fermentado (ce | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 2 | Ascitis, Síndrome hepatopul | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 11 | 75 años o > | Femenino | Viudo | Analfabeta | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 55 años o mas | 30 años o má | Fermentado (ce | 600 a 1199 gr/mes | Descompensad | 1 | Encefalopatía hepática | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 12 | 55 - 64 añ | Femenino | Unión libre | Superior técnica | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 2400 o más gr/me | Descompensad | 5 o má | Ascitis, Peritonitis Bacterian | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 13 | 65 - 74 añ | Femenino | Casado | Analfabeta | Ama de casa | Rural | NSE E (S: 13 | 2 veces por semana | 45 - 54 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 599 o menos gr/m | Compensado | 0 | Ninguna | 10 - 19 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 14 | 45 - 54 años | Femenino | Soltero | Superior técnica | Trabajador independien | Urbano | NSE D (S: 24 | 3 a 4 veces por sema | 25 - 34 años | 25 - 29 años | Fermentado (ce | 600 a 1199 gr/mes | Descompensad | 2 | Ascitis | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 15 | 55 - 64 añ | Masculino | Separado | Superior univers | Trabajador independien | Urbano | NSE C (S: 39 | 7 veces por semana | 15 - 24 años | 30 años o má | Fermentado (ce | 1800 a 2399 gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 16 | 75 años o > | Femenino | Viudo | Primaria | Ama de casa | Urbano | NSE D (S: 24 | 3 a 4 veces por sema | 55 años o más | 10 - 14 años | Fermentado (ce | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 2 | Hemorragia digestiva alta va | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 17 | 55 - 64 añ | Femenino | Soltero | Analfabeta | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Fermentado (ce | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 2 | Ascitis | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 18 | 55 - 64 añ | Femenino | Viudo | Primaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 45 - 54 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 600 a 1199 gr/mes | Descompensad | 1 | Ascitis | < 9 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 19 | 35 - 44 años | Femenino | Casado | Secundaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 25 - 34 años | 9 años o men | Fermentado (ce | 600 a 1199 gr/mes | Compensado | 0 | Ninguna | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 20 | 45 - 54 años | Femenino | Viudo | Secundaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13 | 2 veces por semana | 25 - 34 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 600 a 1199 gr/mes | Descompensad | 1 | Ascitis | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 21 | 45 - 54 años | Masculino | Soltero | Primaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 600 a 1199 gr/mes | Descompensad | 1 | Ascitis | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 22 | 65 - 74 añ | Femenino | Casado | Analfabeta | Ama de casa | Rural | NSE E (S: 13 | 5 a 6 más veces por | 45 - 54 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 2 | Ascitis, Encefalopatía hepáti | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 23 | 55 - 64 añ | Masculino | Soltero | Primaria | Trabajador independien | Rural | NSE D (S: 24 | 5 a 6 más veces por | 35 - 44 años | 20 - 24 años | Fermentado (ce | 2400 o más gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Síndrome hepatopul | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 24 | 45 - 54 años | Masculino | Unión libre | Superior técnica | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 2 | Ascitis, Encefalopatía hepáti | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 25 | 55 - 64 añ | Masculino | Separado | Superior univers | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13 | 5 a 6 más veces por | 35 - 44 años | 25 - 29 años | Fermentado (ce | 1800 a 2399 gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Peritonitis Bacterian | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 26 | 25 - 34 años | Femenino | Casado | Secundaria | Trabajador independien | Urbano | NSE D (S: 24 | 3 a 4 veces por sema | 15 - 24 años | 10 - 14 años | Fermentado (ce | 600 a 1199 gr/mes | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 27 | 35 - 44 años | Masculino | Separado | Secundaria | Trabajador independien | Urbano | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 15 - 24 años | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 2400 o más gr/mes | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepáti | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 28 | 25 - 34 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independien | Urbano | NSE D (S: 24 | 3 a 4 veces por sema | 15 - 24 años | 10 - 14 años | Fermentado (ce | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 1 | Encefalopatía hepática | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 29 | 45 - 54 años | Masculino | Soltero | Primaria | Trabajador independien | Urbano | NSE D (S: 24 | 7 veces por semana | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco | 2400 o más gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Síndrome hepatopul | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 30 | 45 - 54 años | Femenino | Separado | Primaria | Trabajador independien | Urbano | NSE E (S: 13 | 2 veces por semana | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 1 | Encefalopatía hepática | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 31 | 35 - 44 años | Femenino | Unión libre | Analfabeta | Trabajador independien | Rural | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 25 - 34 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco | 2400 o más gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepáti | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 32 | 55 - 64 añ | Femenino | Separado | Secundaria | Desempleada | Urbano | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 35 - 44 años | 20 - 24 años | Destilado (pisco | 2400 o más gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Hemorragia digestiva alta va | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 33 | 55 - 64 añ | Masculino | Separado | Primaria | Trabajador independien | Rural | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco | 2400 o más gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepáti | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 34 | 65 - 74 añ | Masculino | Viudo | Primaria | Trabajador independien | Rural | NSE E (S: 13 | 2 veces por semana | 45 - 54 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco | 600 a 1199 gr/mes | Descompensad | 2 | Ascitis, Hemorragia digestiva | < 9 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 35 | 45 - 54 años | Femenino | Soltero | Primaria | Ama de casa | Rural | NSE E (S: 13 | 7 veces por semana | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco | 2400 o más gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepáti | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 36 | 55 - 64 añ | Femenino | Viudo | Primaria | Ama de casa | Rural | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 25 - 34 años | 25 - 29 años | Destilado (pisco | 600 a 1199 gr/mes | Descompensad | 2 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 37 | 45 - 54 años | Masculino | Soltero | Superior técnica | Trabajador independien | Urbano | NSE D (S: 24 | 3 a 4 veces por sema | 15 - 24 años | 25 - 29 años | Destilado (pisco | 1800 a 2399 gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 38 | 65 - 74 añ | Masculino | Viudo | Primaria | Trabajador independien | Rural | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 55 años o más | 15 - 19 años | Fermentado (ce | 1200 a 1799 gr/me | Descompensad | 2 | Ascitis, Síndrome hepatopul | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 39 | 65 - 74 añ | Femenino | Viudo | Primaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13 | 3 a 4 veces por sema | 45 - 54 años | 20 - 24 años | Destilado (pisco | 1800 a 2399 gr/me | Descompensad | 3 a 4 | Ascitis, Síndrome hepatorre | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|-----------|-------------|------------------|--------------------------|--------|---------------|------------------------|---------------|---------------|-------------------|-------------------|---------------|-------|---------------------------------|---------|--------------------------|
| 40 | 75 años o > | Femenino | Viudo | Primaria | Ama de casa | Rural | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 45 - 54 años | 20 - 24 años | Destilado (pisco) | 600 a 1199 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 41 | 45 - 54 años | Masculino | Soltero | Superior univers | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 3 a 4 veces por semana | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 42 | 55 - 64 añ | Masculino | Unión libre | Primaria | Trabajador independiente | Rural | NSE E (S: 13) | 2 veces por semana | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 600 a 1199 gr/me | Compensado | 0 | Ninguna | 10 - 19 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 43 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Primaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 25 - 34 años | 20 - 24 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 44 | 75 años o > | Masculino | Viudo | Primaria | Trabajador independiente | Rural | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 45 - 54 años | 30 años o má | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 40 o má | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 45 | 55 - 64 añ | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 46 | 75 años o > | Masculino | Viudo | Secundaria | Trabajador independiente | Rural | NSE E (S: 13) | 7 veces por semana | 55 años o más | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 47 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Primaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 3 a 4 veces por semana | 35 - 44 años | 9 años o meno | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 48 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Primaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13) | 7 veces por semana | 25 - 34 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 49 | 35 - 44 años | Masculino | Unión libre | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 2 veces por semana | 25 - 34 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 50 | 45 - 54 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13) | 1 vez por semana | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 600 a 1199 gr/me | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 51 | 65 - 74 añ | Femenino | Viudo | Secundaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 45 - 54 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 52 | 45 - 54 años | Femenino | Soltero | Superior técnica | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 5 a 6 más veces por | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 53 | 45 - 54 años | Femenino | Unión libre | Secundaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 25 - 34 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|-----------|-------------|------------------|--------------------------|--------|---------------|------------------------|----------------|---------------|-------------------|-------------------|---------------|--------|---------------------------------|---------|--------------------------|
| 54 | 65 - 74 añ | Femenino | Viudo | Primaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 5 o má | Ascitis, Síndrome hepatorenal | 30 - 39 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 55 | 55 - 64 añ | Masculino | Separado | Primaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 1 | Ascitis | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 56 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Primaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13) | 7 veces por semana | 25 - 34 años | 20 - 24 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 40 o má | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 57 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Primaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 25 - 34 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 58 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Primaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 35 - 44 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 59 | 35 - 44 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independiente | Rural | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 25 - 34 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 60 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Primaria | Trabajador independiente | Rural | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 25 - 34 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 30 - 39 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 61 | 55 - 64 añ | Masculino | Separado | Superior técnica | Desempleado(a) | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 35 - 44 años | 25 - 29 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 62 | 45 - 54 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 25 - 34 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 63 | 55 - 64 añ | Masculino | Soltero | Primaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 64 | 55 - 64 añ | Masculino | Unión libre | Secundaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 25 - 34 años | 30 años o má | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 65 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Secundaria | Desempleado | Rural | NSE E (S: 13) | 7 veces por semana | 15 - 24 años | 25 - 29 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 66 | 45 - 54 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 3 a 4 veces por semana | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Síndrome hepatorenal | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 67 | 65 - 74 añ | Masculino | Viudo | Analfabeta | Trabajador independiente | Rural | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 45 - 54 años | 25 - 29 años | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 68 | 25 - 34 años | Masculino | Separado | Superior univers | Trabajador dependiente | Urbano | NSE C (S: 39) | 3 a 4 veces por semana | 15 - 24 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 600 a 1199 gr/me | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 69 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Secundaria | Trabajador dependiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 2 veces por semana | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 70 | 25 - 34 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 5 a 6 más veces por | 14 años o meno | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Peritonitis bacteriana | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 71 | 55 - 64 añ | Masculino | Unión libre | Primaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 3 a 4 veces por semana | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 72 | 55 - 64 añ | Masculino | Viudo | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 7 veces por semana | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 30 - 39 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 73 | 35 - 44 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 3 a 4 veces por semana | 15 - 24 años | 20 - 24 años | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 74 | 75 años o > | Masculino | Viudo | Primaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 45 - 54 años | 25 - 29 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Peritonitis Bacteriana Espon | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 75 | 55 - 64 añ | Femenino | Viudo | Primaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13) | 7 veces por semana | 15 - 24 años | 30 años o má | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 76 | 45 - 54 años | Femenino | Separado | Secundaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 30 - 39 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 77 | 25 - 34 años | Masculino | Soltero | Superior univers | Trabajador dependiente | Urbano | NSE C (S: 39) | 5 a 6 más veces por | 15 - 24 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Encefalopatía hepática | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 78 | 45 - 54 años | Masculino | Separado | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 3 a 4 veces por semana | 35 - 44 años | 10 - 14 años | Destilado (pisco) | 600 a 1199 gr/me | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 79 | 35 - 44 años | Masculino | Separado | Secundaria | Desempleado | Urbano | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 25 - 34 años | 9 años o meno | Destilado (pisco) | 1200 a 1799 gr/me | Compensado | 0 | Ninguna | < 9 | Clase Child A: 5 - 6 pun |
| 80 | 45 - 54 años | Masculino | Soltero | Secundaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE D (S: 24) | 7 veces por semana | 25 - 34 años | 15 - 19 años | Destilado (pisco) | 2400 o más gr/me | Descompensado | 5 o má | Ascitis, Hemorragia digestiva | 20 - 29 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 81 | 65 - 74 añ | Femenino | Viudo | Primaria | Ama de casa | Rural | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 45 - 54 años | 20 - 24 años | Fermentado (ca) | 600 a 1199 gr/me | Descompensado | 1 | Ascitis | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |
| 82 | 75 años o > | Masculino | Unión libre | Primaria | Desempleado(a) | Rural | NSE E (S: 13) | 3 a 4 veces por semana | 45 - 54 años | 30 años o má | Fermentado (ca) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 83 | 55 - 64 añ | Femenino | Unión libre | Primaria | Ama de casa | Urbano | NSE E (S: 13) | 7 veces por semana | 45 - 54 años | 10 - 14 años | Fermentado (ca) | 1800 a 2399 gr/me | Descompensado | 3 a 4 | Ascitis, Hemorragia digestiva | 10 - 19 | Clase Child C: 10 - 15 p |
| 84 | 65 - 74 añ | Masculino | Viudo | Primaria | Trabajador independiente | Urbano | NSE E (S: 13) | 5 a 6 más veces por | 55 años o más | 10 - 14 años | Fermentado (ca) | 1200 a 1799 gr/me | Descompensado | 2 | Ascitis, Peritonitis Bacteriana | 10 - 19 | Clase Child B: 7 - 9 pun |

Anexo 7. Matriz Codificación de Datos

| N° Ficha | Edad | Género | Estado Civil | Grado Instrucción | Ocupación | Residencia | NSE | Frecuencia Consumo | Edad Inicio Consumo | Duración Consumo | Tipo Bebida | Gramaje Mes | Estado | Numero Descompensaciones | Tipo Descompensaciones | MELD | Child Pugh |
|----------|------|--------|--------------|-------------------|-----------|------------|-----|--------------------|---------------------|------------------|-------------|-------------|--------|--------------------------|------------------------|------|------------|
| 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 4 | 3 | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 | 5 | 3 | 3 | 1 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 3 |
| 5 | 4 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 5 | 4 | 3 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 10 | 4 | 3 |
| 6 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 16 | 1 | 1 |
| 7 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 |
| 8 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| 9 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 |
| 10 | 5 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 5 | 5 | 2 | 6 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| 11 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| 12 | 5 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 8 | 3 | 3 |
| 13 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 |
| 14 | 7 | 2 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 | 3 | 6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 15 | 6 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 7 | 1 | 2 |
| 16 | 4 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 16 | 3 | 3 |
| 17 | 6 | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 5 | 3 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 18 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 19 | 5 | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 5 | 3 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 |
| 20 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| 21 | 5 | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 1 | 5 | 2 | 5 | 2 | 3 | 3 |
| 22 | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 23 | 6 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 6 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| 24 | 6 | 2 | 5 | 2 | 3 | 1 | 5 | 3 | 5 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 25 | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 5 | 4 | 3 | 6 | 2 | 4 | 2 | 4 | 14 | 3 | 3 |
| 26 | 4 | 1 | 4 | 3 | 3 | 2 | 5 | 5 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 27 | 6 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 5 | 2 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 |
| 28 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 29 | 7 | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 5 | 3 | 5 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| 30 | 4 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 | 5 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| 31 | 5 | 1 | 4 | 5 | 1 | 1 | 3 | 5 | 2 | 6 | 1 | 4 | 2 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 32 | 6 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 3 | 2 | 2 | 16 | 2 | 2 |
| 33 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 6 | 2 | 3 |
| 34 | 7 | 2 | 5 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 6 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 10 | 2 | 3 |
| 35 | 6 | 1 | 5 | 1 | 1 | 2 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 3 | 2 | 3 | 6 | 3 | 3 |
| 36 | 7 | 2 | 5 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 6 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 10 | 2 | 3 |
| 37 | 2 | 1 | 4 | 5 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 11 | 1 | 1 |
| 38 | 5 | 2 | 1 | 1 | 5 | 1 | 5 | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| 39 | 5 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 15 | 2 | 1 |
| 40 | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|
| 41 | 5 | 2 | 5 | 2 | 5 | 1 | 5 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 9 | 1 | 2 |
| 42 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 |
| 43 | 6 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 5 | 4 | 6 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 2 |
| 44 | 5 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 3 | 5 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 45 | 4 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 5 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 3 | 3 |
| 46 | 3 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 |
| 47 | 5 | 1 | 5 | 3 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 4 | 3 |
| 48 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 13 | 2 | 3 |
| 49 | 7 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 3 | 5 | 6 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 50 | 7 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 5 | 4 | 5 | 6 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 5 | 3 |
| 51 | 4 | 2 | 5 | 3 | 5 | 1 | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 3 |
| 52 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 5 | 3 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 13 | 2 | 2 |
| 53 | 6 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 14 | 2 | 3 |
| 54 | 5 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 15 | 2 | 3 |
| 55 | 5 | 2 | 3 | 2 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 |
| 56 | 7 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 5 | 2 | 4 | 14 | 3 | 3 |
| 57 | 7 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 5 | 5 | 6 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 10 | 3 | 3 |
| 58 | 5 | 2 | 5 | 2 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | 6 | 2 | 4 | 2 | 4 | 10 | 3 | 3 |
| 59 | 5 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| 60 | 4 | 2 | 4 | 3 | 5 | 1 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 9 | 4 | 3 |
| 61 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 |
| 62 | 4 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 |
| 63 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 10 | 3 | 3 |
| 64 | 4 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 5 | 3 | 3 |
| 65 | 4 | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 13 | 1 | 1 |
| 66 | 4 | 1 | 3 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| 67 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 5 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| 68 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 5 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 69 | 5 | 1 | 4 | 5 | 3 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 70 | 5 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 5 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 13 | 2 | 2 |
| 71 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 |
| 72 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 5 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| 73 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 12 | 1 | 1 |
| 74 | 3 | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | 3 | 1 | 5 | 2 | 4 | 17 | 3 | 3 |
| 75 | 6 | 2 | 5 | 3 | 5 | 1 | 5 | 3 | 5 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 9 | 3 | 3 |
| 76 | 4 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 6 | 2 | 2 |
| 77 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 78 | 6 | 2 | 5 | 2 | 5 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 2 | 5 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 |
| 79 | 5 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 80 | 4 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 5 | 2 | 4 | 10 | 5 | 3 |
| 81 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 5 | 3 | 3 | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 3 | 3 |
| 82 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 10 | 2 | 2 |
| 83 | 4 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 11 | 3 | 3 |
| 84 | 4 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 | 2 | 4 | 13 | 3 | 3 |