

# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



## ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE DESCOMPENSACIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. AREQUIPA – 2018.

Tesis presentada por el Bachiller:

**Pacheco Cáceres, Lizbeth Miriam**

para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano.

Asesor: Dr. Jove Oblitas, Walker

Arequipa – Perú  
2018



*Universidad Católica de Santa María*

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ [ucsm@ucsm.edu.pe](mailto:ucsm@ucsm.edu.pe) 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 257 - FMH-2017**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE DESCOMPENSACIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. AREQUIPA - 2018”**

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**LIZBETH MIRIAM PACHECO CÁCERES**

Nuestro dictamen es:

*FAVORABLE*

OBSERVACIONES:

—

Arequipa, *19 de Marzo del 2018*

DR. MANUEL MEDINA VÁSQUEZ

*Manuel Medina Vasquez*  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 11682 P.N.E. 20498

DRA. JACKELINE MIRIAM PORTUGAL CHÁVEZ

*J. P. Chavez*  
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
C.M.P. 25058 - R.N.E. 11177  
HOSPITAL III YANAHUARA  
EsSalud

*Julio Cesar Bernabe Ortiz*  
DR. JULIO CÉSAR BERNABÉ ORTIZ

*Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto tan importante de mi formación profesional y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.*

*A mi madre Virginia, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, y me ha ayudado a salir adelante en los momentos difíciles.*

*A mi padre Vicente, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre. Y agradezco por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, y por el amor que me tiene.*

*A mis hermanos que siempre están dispuestos a escucharme y brindarme apoyo incondicional.*

*A mi abuelita Eulogia, mama grande, que me guiaba y cuidaba desde el cielo. Por ella tuve la fuerza para seguir adelante en este largo camino.*

*El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.*

*A la Universidad Católica de Santa María por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.*

*También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.*

*Agradecer a mi asesor de tesis, Dr. Jove Oblitas por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, pudo aconsejarme y guiarme como investigadora.*

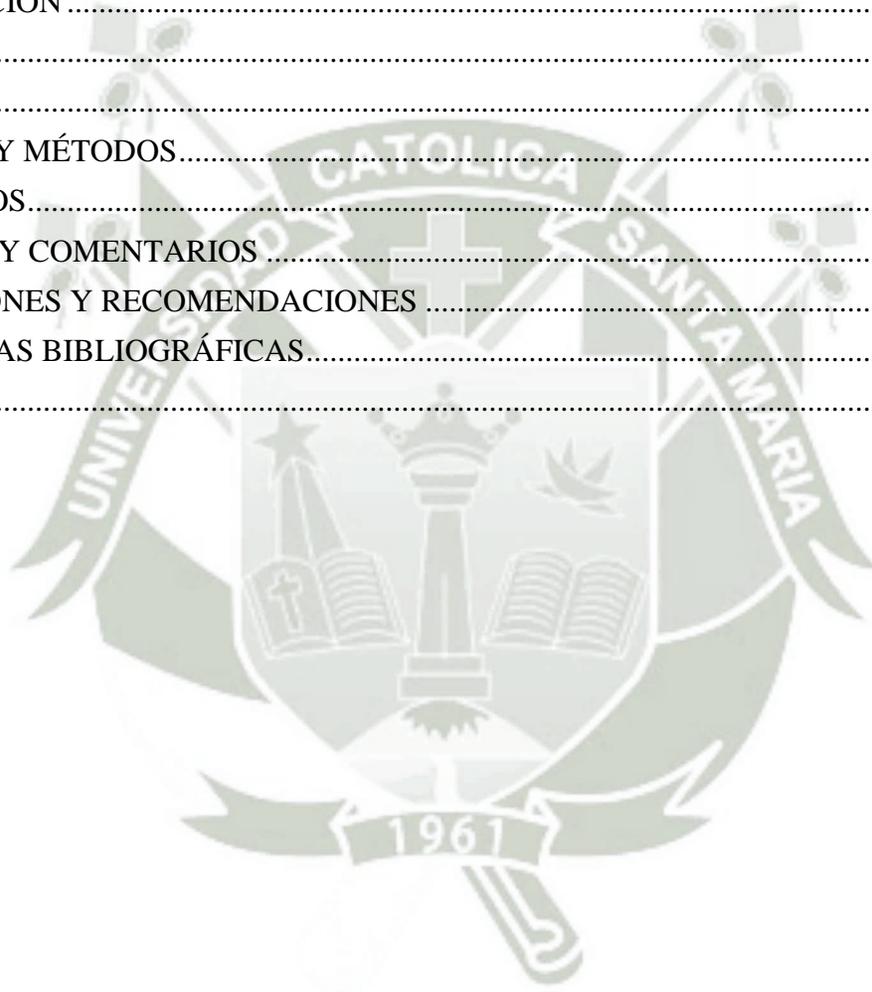
*Quisiera hacer extensiva mi gratitud a los doctores del servicio de gastroenterología del HNCASE, quienes mostraron interés por mi trabajo y por las sugerencias recibidas.*

*Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibido de mi familia y amigos.*

*A todos ellos, muchas gracias.*

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	v
INTRODUCCIÓN .....	vi
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT.....	ix
MATERIAL Y MÉTODOS.....	1
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS .....	37



## INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es el estado final de casi todas las enfermedades crónicas que afectan al hígado, (1) se caracteriza por una fibrosis hepática, que resulta en la destrucción de la arquitectura normal de hígado, entonces, el tejido funcional hepático es destruido y remplazado por nódulos regenerativos, que no restauran las funciones hepáticas. También puede presentarse por una inflamación o una lesión hepatocelular y necrosis, que ocasiona una disfunción hepática. (2) Mientras esta destrucción de tejido continúa, las complicaciones propias de la cirrosis, como la ascitis y encefalopatía aparecen y los pacientes muestran signos de baja función mental, física y bioquímica. (3)

La cirrosis hepática evoluciona claramente en dos fases: una fase inicial denominada "compensada" que es asintomática, a la que le sigue una fase de "descompensación" que está caracterizada por una serie de manifestaciones clínicas, debidas a la hipertensión portal y/o disfunción hepática generalizada. (1) En los pacientes se observa que estas complicaciones causan manifestaciones clínicas como la ictericia, ascitis, hipertensión portal gastrointestinal, sangrado de várices esofágicas y encefalopatía, por tanto, la aparición de cualquiera de las manifestaciones descritas nos indica transición de la compensación a la descompensación. (4)

Se estima que la cirrosis es causante de más de 800.000 muertes anuales en todo el mundo. En Europa y Estados Unidos tiene una prevalencia de alrededor de 250 casos anuales por cada 100.000 personas. En los varones la prevalencia es dos veces mayor que en las mujeres. En el Perú se estima una tasa de mortalidad de 15 /100000 habitantes y constituye una de las principales causas de muerte entre las enfermedades digestivas y la primera entre las enfermedades hepáticas. (5, 6)

En los hospitales de referencia más representativos de Arequipa, como son el Hospital Regional Honorio Delgado y el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, se ha observado que de manera muy frecuente, se atienden pacientes cirróticos, muchos de los cuales, se encuentran en fase compensada y muchos otros por el contrario, presentan la fase descompensada de la enfermedad, siendo en estos casos muy notorio el efecto deletéreo que la enfermedad causa en todo el organismo y en el bienestar y calidad de vida de los pacientes. Asimismo, la mortalidad de los pacientes descompensados es alta y por ello se justifica su evaluación y tratamiento integral para mejorar su pronóstico de vida.

Por lo anterior, surgió la motivación personal para realizar el presente estudio a nivel multicéntrico, porque es importante estudiar las características clínico epidemiológicas y los factores de

descompensación en los pacientes cirróticos, para poder adoptar medidas de manejo y cuidados que contribuyan a prolongar la expectativa de vida, mejorar la calidad de vida, y preparar a los pacientes a sobrellevar un tratamiento más exitoso.

El estudio fue realizado en los dos hospitales citados, mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. El informe final de la investigación se ha desarrollado por capítulos, iniciando con el capítulo de material y métodos en el que se describen el universo, población, técnicas e instrumentos, así como los procedimientos llevados a cabo para el desarrollo del estudio. En el segundo capítulo se presentan los resultados de la investigación, el tercer capítulo es la discusión del estudio, en el cual se analizan y comparan los resultados con los antecedentes investigativos. El cuarto capítulo son las conclusiones y recomendaciones que se realizan de acuerdo a los objetivos de la investigación, y finalmente se anexa el Proyecto de Investigación.



## RESUMEN

La cirrosis hepática, es una enfermedad de alta morbimortalidad, afectando principalmente a personas en las etapas productivas de la vida. Asimismo, su diagnóstico se asocia a una alta afectación de la calidad de vida, siendo al mismo tiempo un indicador de las deficiencias socioeconómicas propias de los países en desarrollo, en las que el consumo de alcohol es un factor de riesgo muy presente.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las características clínico epidemiológicas y factores de descompensación en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Honorio Delgado y Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo Arequipa – 2015 - 2017.

Material y métodos: el tipo de estudio fue de cohorte multicéntrico, de tipo descriptivo de corte transversal prospectivo. Se aplicó como técnica la observación clínica y documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos.

Resultados: Las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio y en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud, muestran que las edades más frecuentes están comprendidas entre los 40 a 79 años, con una edad promedio de 57,29 años; el sexo masculino representa al 55,70% de la población de estudio; los principales antecedentes patológicos son el consumo de alcohol, hipertensión arterial, la obesidad, las enfermedades biliares y la diabetes mellitus. Las características clínicas son el tiempo de enfermedad promedio es de 4,69 años, las principales manifestaciones clínicas son el aumento del volumen abdominal, dolor abdominal, edemas, astenia, circulación colateral, anorexia y alteración de la conciencia, las complicaciones fueron la ascitis, la encefalopatía y la hemorragia digestiva. La etiología de la cirrosis hepática es la alcohólica en 51,90% de casos. El 51,9% de pacientes presentan cirrosis hepática descompensada. Los factores de descompensación son: la hipertensión portal en 51,90%, el sangrado variceal en 17,72% y la encefalopatía en 17,72%. La mortalidad por cirrosis hepática en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo es de 8,86%.

**Palabras clave:** Cirrosis, descompensación hepática, alcoholismo

## ABSTRACT

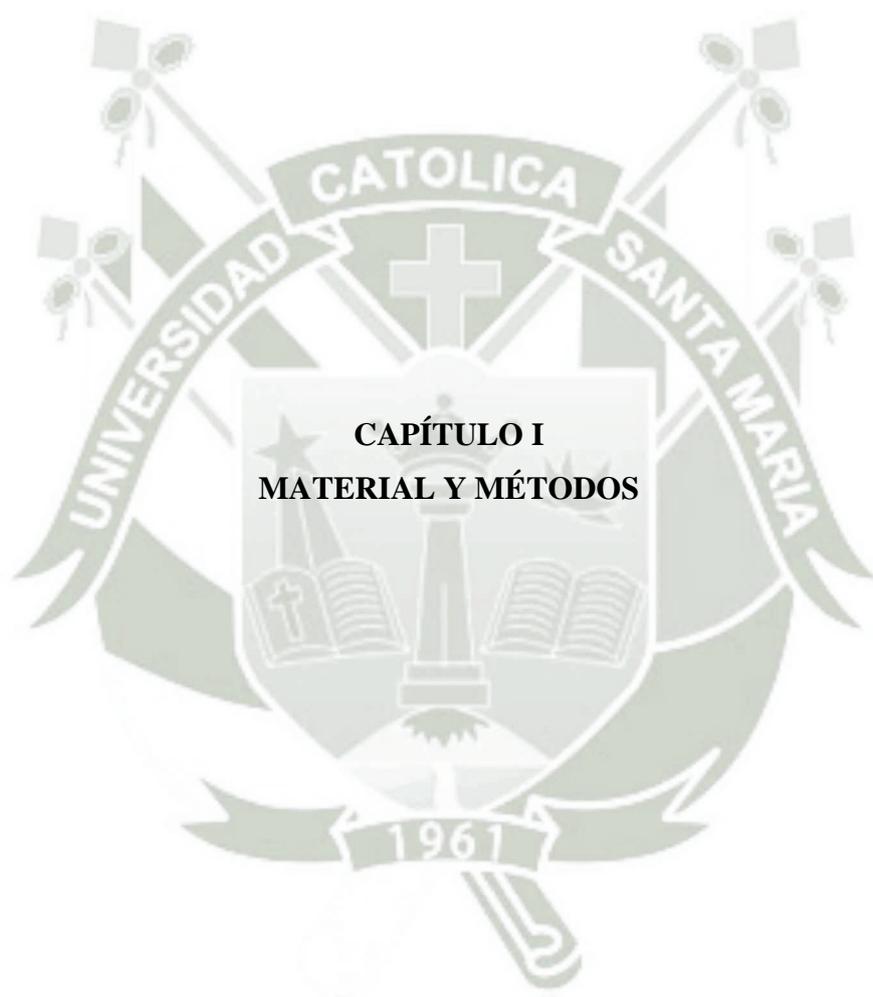
Liver cirrhosis is a disease with high morbidity and mortality, mainly affecting people in the productive stages of life. Likewise, its diagnosis is associated with a high incidence of quality of life, and at the same time it is an indicator of the socioeconomic deficiencies of the developing countries, in which the consumption of alcohol is a very present risk factor.

The objective of this study was to analyze the clinical epidemiological characteristics and decompensation factors in patients with liver cirrhosis at Hospital Regional Honorio Delgado and Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa - 2015 - 2017.

Material and methods: the type of study was a multicenter cohort, descriptive type cross-section prospective. Clinical and documentary observation was applied as a technique, the instrument was the data collection form.

Results: The epidemiological characteristics of patients with liver cirrhosis treated at the Honorio Regional Hospital and at the Carlos Alberto Seguí Escobedo Hospital, EsSalud, show that the most frequent ages are between 40 and 79 years old, with an average age of 57, 29 years; the male sex represents 55.70% of the study population; The main pathological antecedents are alcohol consumption, hypertension, obesity, biliary diseases and diabetes mellitus. Clinical characteristics are the average disease time is 4.69 years, the main clinical manifestations are increased abdominal volume, abdominal pain, edema, asthenia, collateral circulation, anorexia and altered consciousness, complications were ascites, encephalopathy and digestive hemorrhage. The etiology of liver cirrhosis is alcoholic in 51.90% of cases. 51.9% of patients have decompensated liver cirrhosis. The decompensation factors are: portal hypertension in 51.90%, variceal bleeding in 17.72% and encephalopathy in 17.72%. Mortality due to liver cirrhosis in Honorio Delgado Hospital and Carlos Alberto Seguin Escobedo Hospital is 8.86%.

**Key words:** Cirrhosis, hepatic decompensation, alcoholism



## **1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

### **1.1. TÉCNICAS**

Se utilizó como técnica la observación clínica y documental.

### **1.2. INSTRUMENTOS**

El instrumento a emplearse fue la Ficha de Recolección de datos, la misma que fue elaborada por la investigadora en base a las variables de estudio.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

El estudio de investigación fue realizado en Hospital Regional Honorio Delgado, que está ubicado en la Avenida Daniel Alcidez Carrión 506, en el Distrito de Arequipa y en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud, ubicado en la esquina de las calles Peral y Ayacucho en el Distrito de Arequipa. Se ha elegido trabajar en ambos hospitales, debido a que son los hospitales de referencia más representativos de la ciudad de Arequipa y los que concentran la mayor demanda de atención de los pacientes con cirrosis hepática. Sin embargo, debe señalarse que el propósito de realizar un estudio multicéntrico no es con fines comparativos, sino más bien para poder tener una muestra de mayor tamaño y en consecuencia más representativa del problema que se está evaluando.

### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

Estudio de tipo coyuntural que comprendió el período de diciembre del año 2017 al mes de febrero del 2018.

### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

#### **2.3.1. Universo**

El universo estuvo conformado por los pacientes con cirrosis hepática que son atendidos tanto en consultorios externos como en hospitalización de ambos hospitales, los que suman en promedio 206 y 128 respectivamente por año en el caso del Hospital Honorio Delgado y 500 pacientes en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo.

### 2.3.2. Muestra

No se trabajó con muestra sino con todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión:

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de 18 años de edad, de ambos sexos que tenían diagnóstico de cirrosis hepática mediante estudios clínicos, laboratoriales, ecográficos y/o anatomopatológicos, atendidos en el Servicio de Medicina (consultorios externos y hospitalización) de los Hospitales Regional Honorio Delgado y Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.
- Pacientes que fueron atendidos durante el mes de diciembre del 2017 al mes de febrero del año 2018.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

La muestra estuvo conformada por 58 pacientes captados en el Hospital Regional Honorio Delgado y 21 pacientes del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. ORGANIZACIÓN

- Después de que el Proyecto de Tesis fue aprobado por los jurados dictaminadores, se solicitó una carta de presentación a la Dirección de cada Hospital para que nos autorizarán la realización del estudio.

- La investigadora, acudió diariamente a los consultorios externos y los servicios de hospitalización de ambos hospitales, a efectos de poder captar un mayor marco muestral y evaluó a los pacientes que acudieron a la consulta o que estaban hospitalizados, en forma sistemática durante el mes de febrero. Además fue necesario revisar las historias clínicas para obtener la información de algunas variables, se registró la información necesaria en la Ficha de recolección de datos elaborada para el estudio. Luego se procedió a realizar la tabulación de los datos en la matriz de sistematización elaborada en el Programa Excel, esto facilitó el conteo y análisis de los resultados. Posteriormente se redactó el informe final de la investigación.

### 3.2. RECURSOS

#### **Humanos:**

La investigadora: Srta. Lizbeth Miriam Pacheco Cáceres.

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Walker Jove Oblitas

#### **Institucionales:**

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Hospital Regional Honorio Delgado.

Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.

#### **Materiales:**

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, insumos de computadora, paquete estadístico.

#### **Financieros:**

Autofinanciamiento.

### 3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La ficha de recolección de datos no requirió de validación porque era solo para recojo de información.

### 3.4 CRITERIOS Ó ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico de las variables ordinales, se aplicó estadística descriptiva, se calculó el promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar en el caso de las variables numéricas. Las variables categóricas se expresan en número y porcentaje. Los datos fueron sistematizados en la hoja de cálculo con el programa Excel 2010, el paquete estadístico que se utilizó fue el SPSS. Los resultados son presentados en tablas.





**TABLA 1**

**EDAD DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO,  
AREQUIPA 2018**

<b>EDAD (años)</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
< 20	1	1,27
21 – 39	8	10,13
40 – 59	35	44,30
60 – 79	31	39,24
80 a más	4	5,06
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Promedio: 57,29 años, edad mínima: 19 años; edad máxima: 90 años; desviación estándar:  $\pm 14,04$  años.

Se observa en la tabla, que las edades de los pacientes se presentan desde los 19 años hasta los 90, siendo los rangos más frecuentes entre 40 a 59 años con 44,30% y entre 60 a 79 años, en 39,24%. La edad promedio fue de 57,29 años.

TABLA 2

**SEXO DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO,  
AREQUIPA 2018**

<b>SEXO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Masculino	44	55,70
Femenino	35	44,30
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la mayoría de pacientes son de sexo masculino.

TABLA 3

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO  
SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ninguno	2	2,53
Primaria	21	26,58
Secundaria	37	46,83
Superior	19	24,06
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los niveles de instrucción más frecuentes son secundaria, primaria y superior.

TABLA 4

**OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN  
ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Empleado	7	8,86
Independiente	12	15,19
Obrero	17	21,52
Comerciante	6	7,59
Jubilado	8	10,13
Ama de casa	15	18,99
Desocupado	14	17,72
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las ocupaciones de los pacientes cirróticos son variadas aunque predominan los obreros en 21,52%, las amas de casa en 18,99% y las personas desocupadas en 17,72%.

TABLA 5

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN  
ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Soltero	18	22,78
Casado	26	32,91
Conviviente	16	20,25
Viudo	9	11,39
Separado	10	12,67
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la mayoría de pacientes cirróticos son casados o convivientes, y en menor frecuencia son solteros.

TABLA 6

**PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Arequipa	67	84,81
Puno	7	8,86
Cusco	4	5,06
Moquegua	1	1,27
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la procedencia más representativa de los pacientes es la ciudad de Arequipa (84,81%), seguida de Puno y Cusco.

**TABLA 7**  
**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS**  
**HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL**  
**CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Infeciosos:</b>		
Ninguno	70	88,61
Hepatitis B	2	2,53
Hepatitis C	3	3,80
TBC pulmonar	2	2,53
VIH	2	2,53
<b>Metabólicos:</b>		
Ninguno	60	75,95
Obesidad	13	16,45
Diabetes mellitus	5	6,33
Dislipidemia	1	1,27
<b>Cardiovasculares:</b>		
Ninguna	61	77,21
Hipertensión arterial	15	18,99
Cardiopatías	1	1,27
HTA + Cardiopatía	2	2,53
<b>Hábitos nocivos:</b>		
Ninguno	27	34,18
Consumo de alcohol	30	37,97
Consumo de alcohol y tabaquismo	20	25,32
Alcohol + tabaco + drogas	1	1,27
Alcohol + drogas	1	1,27
<b>Miscelánea:</b>		
Ninguna	65	82,28
Cáncer	2	2,53
Enfermedades biliares	7	8,86
Hipotiroidismo	2	2,53
Hiperplasia de próstata	2	2,53
Lupus eritematoso sistémico	1	1,27
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la mayoría de pacientes no presenta antecedentes infecciosos, metabólicos, cardiovasculares, ni miscelánea. El antecedente patológico más frecuente es el consumo de alcohol, observado en 37,97%. El segundo antecedente más frecuente es la hipertensión arterial en 18,99%, la obesidad en 16,45%, entre otros.

**TABLA 8**

**TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO  
SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD (años)</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
1 – 5	58	73,42
6 – 10	17	21,52
11- 15	4	5,06
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Promedio: 4,69 años, tiempo de enfermedad mínimo: 1 año; tiempo de enfermedad máximo: 15 años; desviación estándar:  $\pm 3,07$  años.

Se observa en la tabla, que el tiempo de enfermedad es de uno a cinco años en la mayoría de pacientes, siendo el promedio de 4,69 años.

**TABLA 9**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS  
HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL  
CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Aumento del volumen abdominal	47	59,49
Dolor abdominal	31	39,24
Edemas	29	36,71
Astenia	23	29,11
Circulación colateral	21	26,58
Anorexia	20	25,32
Alteración de la conciencia	19	24,05
Debilidad	16	20,25
Hepatomegalia	14	17,72
Náuseas / Vómitos	12	15,19
Melena	11	13,92
Telangiectasias	9	11,39
Pérdida de peso	8	10,13
Hematemesis	5	6,33
Equimosis	5	6,33
Palmas hepáticas	4	5,06
Fiebre	3	3,80
Esplenomegalia	2	2,53
Ninguna	4	5,06
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los pacientes que tienen cirrosis hepática, presentan una sintomatología muy florida, siendo las manifestaciones más frecuentes el aumento del volumen abdominal, el dolor abdominal, edemas, astenia, circulación colateral y anorexia entre las principales.

**TABLA 10**

**MANIFESTACIONES DE DISFUNCIÓN CELULAR E HIPERTENSIÓN PORTAL  
DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO,  
AREQUIPA 2018**

<b>MANIFESTACIONES DE DISFUNCIÓN CELULAR E HIPERTENSIÓN PORTAL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ninguna	18	22,78
Ascitis	13	16,46
Ascitis + Ictericia	12	15,19
Ictericia	10	12,66
Ictericia + Encefalopatía hepática	7	8,86
Encefalopatía hepática	4	5,06
Ascitis + Encefalopatía hepática	3	3,80
Hemorragia por varices esofágicas	2	2,53
Encefalopatía hepática + Hemorragia por várices	2	2,53
Ascitis + Hemorragia por varices	2	2,53
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la mayoría de pacientes, presentan una sola manifestación siendo las más frecuentes la ascitis, la ictericia, y otros muchos, tienen más de una manifestación de disfunción celular e hipertensión portal.

**TABLA 11**

**RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO DE LOS PACIENTES  
CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y  
HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>EXAMEN</b>	<b>F</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>DE</b>
Leucocitos	79	7684	2200	26200	±5601
Hemoglobina	79	12.05	4.7	18.4	±8,83
Plaquetas	77	150067	333	537000	±108793
Velocidad de sedimentación	25	9,58	1	73	±17,42
Glucosa	71	100.05	56	177	±39,75
Creatinina	79	1.05	0.37	5.76	±0.82
Urea	59	38.84	1.83	160	±30.28
Bilirrubina total	79	3.94	0.28	30.58	±5.52
Bilirrubina directa	79	1.93	0.1	17.3	±3.20
Bilirrubina indirecta	79	2.8	0.1	16.06	±2.78
Albúmina	77	3.28	1.2	37	±3.97
Globulina	56	5.39	1.7	81	±10.82
TGP	65	38.37	16	149	±33.18
TGO	66	81.56	8	812	±102.72
Fosfatasa alcalina	59	213.01	51	926	±169.52
GGTP	60	287.30	9	6662	±866.76
Alfa feto proteína	12	7.93	1.47	52.29	±6.02
Tiempo de protrombina	74	15.46	7.9	26	±3.59
INR	79	1.38	0.7	2.5	±0.34
Colesterol	58	143.25	22	377	±66.40
Triglicéridos	52	31	99.71	389	±64.88
Sodio	48	131.19	108	149	±13.70
Potasio	48	3.88	2.4	7.1	±0.98

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que muchos pacientes presentan alteraciones en los valores normales de los distintos exámenes de laboratorio, resultados que indican el delicado estado de salud en que se encuentran muchos pacientes.

TABLA 12

**RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE MARCADORES INMUNOLÓGICOS DE  
LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO,  
AREQUIPA 2018**

EXAMEN	POSITIVO		NEGATIVO	
	F	%	F	%
Hepatitis B (HBs Ag)	5	6,33	74	93,67
HB Core	7	8,86	72	74,23
Hepatitis C (VHC)	3	3,80	76	96,20
Hepatitis A (VHA)	3	3,80	76	96,20

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la mayoría de pacientes tienen resultados negativos a los exámenes de marcadores inmunológicos de la enfermedad, entre los pocos pacientes que tienen resultados positivos destacan el HB Core y luego el de Hepatitis B (HBs Ag).

TABLA 13

**RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE MARCADORES DE HEPATITIS  
AUTOINMUNE DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN  
ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

EXAMEN	POSITIVO	
	F	%
ANA	11	13,92
ASMA	4	5,06
pANCA	3	3,80

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 13,92% de pacientes tienen positivo el examen ANA, los exámenes de ASMA y pANCA sólo han sido positivos en cuatro y tres pacientes respectivamente.

**TABLA 14**

**RESULTADOS DE LOS EXÁMENES ECOGRÁFICOS Y TOMOGRÁFICOS DE  
LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO,  
AREQUIPA 2018**

<b>HALLAZGOS ECOGRÁFICOS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Patrón de cirrosis	60	75,95
Hipertensión portal	17	21,52
Ascitis	40	50,63
Bazo de tamaño aumentado	11	13,92
Diámetro de la vena porta aumentado	11	13,92
Nódulo hepático	14	17,72
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>
<b>HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS</b>		
Patrón de cirrosis (PC)	2	66,67
Nódulo hepático	1	33,33
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los hallazgos ecográficos más característicos son el patrón de cirrosis en 75,95%, la ascitis en 50,63% y la hipertensión portal en 21,52%.

La tomografía sólo fue realizada a tres pacientes, siendo el hallazgo más frecuente el patrón de cirrosis.

TABLA 15

**RESULTADOS DE LOS EXÁMENES ENDOSCÓPICOS DE LOS PACIENTES CON  
CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y  
HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Várices esofágicas	46	58,23
Várices esofágicas y gástricas	9	11,39
Várices gástricas	2	2,53
No presenta	22	27,85
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>
Gastropatía hipertensiva leve	48	60,76
Gastropatía hipertensiva moderada	2	2,53
Gastropatía hipertensiva severa	1	1,26
No presenta	28	35,45
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los hallazgos endoscópicos más frecuentes son las várices esofágicas y la gastropatía hipertensiva leve.

TABLA 16

**ETIOLOGÍA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN  
ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>ETIOLOGÍA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Alcohólica	41	51,90
No determinada	10	12,66
Esteatohepatitis no alcohólica (NASH)	7	8,86
Hepatitis autoinmune	5	6,33
Hepatitis B	3	3,80
Hepatitis C	3	3,80
Alcohólica + Hepatitis B	3	3,80
Hepatitis autoinmune + Cirrosis biliar primaria	3	3,80
Cirrosis biliar primaria	2	2,53
Cirrosis biliar secundaria	2	2,53
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la etiología alcohólica es la más frecuente en los pacientes con cirrosis hepática, seguido de la etiología no determinada, y en una proporción menor se encuentra la Esteatohepatitis no alcohólica (NASH), entre las principales.

TABLA 17

**CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

CLASIFICACIÓN	F	%
Child Pugh:		
Estadio A	22	27,85
Estadio B	34	43,04
Estadio C	23	29,11
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>
Escala MELD:		
≤ 9 (1,9 de Riesgo de mortalidad a tres meses)	18	22,78
10 – 19 (6% de riesgo de mortalidad a tres meses)	42	53,16
20 – 29 (19,6% de riesgo de mortalidad a tres meses)	17	21,52
30 – 39 (52,6% de riesgo de mortalidad a tres meses)	2	2,53
40 o más (71,3% de riesgo de mortalidad a tres meses)	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que de acuerdo a la clasificación Child Pugh, la mayoría de pacientes se encuentran en estadio B y C de la enfermedad. Según la Escala MELD, que es un predictor del riesgo de muerte a los tres meses, la mayoría de pacientes presentan un 6% de riesgo de mortalidad, y porcentajes casi similares de pacientes presentan riesgo de 1,9% o de 19,6%.

TABLA 18

**ESTADIO DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN  
ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>ESTADIO DE LA CIRROSIS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Compensada:		
Estadio 1: no várices, no ascitis	17	21,52
Estadio 2: várices, no ascitis	21	26,58
Descompensada:		
Estadio 3: várices, ascitis	27	34,18
Estadio 4: sangrado variceal, ascitis	6	7,59
Estadio 5: Sepsis	8	10,13
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la mayoría de pacientes cirróticos se encuentran descompensados y en estadio 3. En los pacientes compensados destaca el estadio dos.

TABLA 19

**COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO  
SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Hipertensión portal	41	51,90
Sangrado variceal	14	17,72
Encefalopatía	14	17,72
Síndrome hepato pulmonar	9	11,39
Síndrome hepato renal	7	8,86
Trastorno de la coagulación	6	7,59
Ninguno	17	21,52
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las complicaciones más frecuentes en los pacientes con cirrosis hepática, son la hipertensión portal, el sangrado variceal y la encefalopatía hepática, los cuales constituyen a su vez, los principales factores de descompensación.

**TABLA 20**

**INFECCIONES EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>INFECCIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ninguna	58	73,42
Neumonía	7	8,86
Infección del tracto urinario (ITU)	7	8,86
Peritonitis bacteriana espontánea	4	5,06
Neumonía + ITU	2	2,53
Peritonitis bacteriana espontánea + ITU	1	1,27
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la mayoría de pacientes no presentan infecciones y el 26,58% sí las presenta, entre ellas destacan la neumonía y la infección del tracto urinario.

**TABLA 21**

**CONDICIÓN AL ALTA DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA.  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL CARLOS ALBERTO  
SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA 2018**

<b>CONDICIÓN AL ALTA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Mejorado	72	91,14
Fallecido	7	8,86
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 91,14% de pacientes fue dado de alta mejorado, mientras que la mortalidad es del 8,86%.



La cirrosis hepática es una enfermedad que tiene una alta morbilidad y mortalidad en todo el mundo, representa un grave problema de salud pública, así como un desafío para los médicos que atienden a los pacientes afectados, debido a que se asocia a una gran variedad de complicaciones muchas de ellas de evolución fatal. Además, es una enfermedad que genera muchos años de vida útil perdidos y tiene un gran impacto en la calidad de vida.

En el presente estudio se encontró, en cuanto a las características epidemiológicas, que el 83,54% de pacientes tienen edades comprendidas entre los 40 a 79 años, siendo la edad promedio de 57, 29 años; el sexo más afectado fue el masculino que representó al 55,70%. El nivel de instrucción observado con más frecuencia fue el secundaria en 46,83%, seguido de la primaria en 26,58%. Al haber realizado el estudio en dos hospitales representativos de la ciudad como es el Hospital Regional Honorio Delgado y el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo (HNCASE), se encontró un porcentaje más alto de personas con instrucción superior (24,06%), quienes se atendieron sobre todo en el HNCASE, mientras que en el HRHD predomina la atención a personas con instrucción secundaria y primaria.

En cuanto a la ocupación, se observó que los mayores porcentajes representan a los obreros, amas de casa, desocupados y jubilados, hallazgos que concuerdan con el perfil epidemiológico de los hospitales en los que se ha realizado la investigación. Los estados civiles más frecuentes son el casado, soltero y conviviente. El 84,81% de pacientes proceden de la ciudad de Arequipa, y los demás pacientes proceden de ciudades de la Macro región Sur, como Puno, Cusco y Moquegua, esto debido a que ambos hospitales son centros de referencia en la región.

En la población de estudio, destaca que la mayoría de pacientes no presentan antecedentes patológicos de tipo infeccioso, metabólico ni cardiovascular, pero sí se ha encontrado una alta incidencia de consumo de alcohol (65,83%), el cual, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cirrosis hepática.

En el estudio de Prieto y cols, (7) refieren que la edad promedio es de 63 años y un 50,1% de mujeres y 49,9% de hombres, mientras que en el estudio de More, (8) describen una media de edad de 62.6+/-13.1 años, también describen que el 57.1% fueron mujeres y el 42.9% fueron varones; en dicho estudio destacan los antecedentes de una mayor frecuencia de obesidad (23.7%), seguido de alcoholismo (21.8%). Según Larico, (9) las principales características de los pacientes con cirrosis hepática son: sexo masculino (53,8%), edad mayor a 60 años (71,4%), sin enfermedades asociadas (20,9%). Mientras que en el estudio de Díaz, (10) realizado en el

Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 1998 – 2007, se encontró que la edad promedio es de 57,2 años, predominó el sexo masculino en 51,40% y el bajo nivel de instrucción en 68,44%.

En nuestro estudio la etiología más frecuente de la cirrosis hepática fue la alcohólica en 51,90%, seguida de la etiología no determinada en 12,66% y la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) en 8,86%. En la mayoría de pacientes que presentan la NASH se observó su asociación con otras patologías como hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, entre otras. En el estudio de Prieto y cols, (7) refieren que las principales etiologías fueron esteatohepatitis no alcohólica (25,5%), alcohólica (14,8%), infección por virus C (14,6%), autoinmunidad (10%), esteatohepatitis no alcohólica más alcohol (6,7%), y otras (14,6%). Duran (11) encontró que las etiologías más frecuentes de la cirrosis son la alcohólica y la infecciosa sobre todo a partir de la Hepatitis B y C. Según More, (8) hubo una mayor frecuencia de esteatohepatitis no alcohólica (NASH) en el 32.7% de los pacientes, seguido de la etiología alcohólica en el 31.4%. Por su parte, Larico, (9) reporta la etiología alcohólica en 72,5% de pacientes y Díaz (10) refiere la etiología de consumo de alcohol en 64,48% siendo otras causas menos frecuentes la hepatitis B y C, la criptogénica y la causa no determinada en 12,85%.

Al respecto se puede comentar, que el consumo de alcohol, es un grave problema que enfrentan las sociedades de todo el mundo, y en el Perú esta práctica está muy arraigada afectando a todos los estratos de la población. A parte del impacto que causa en el incremento de la violencia familiar y social, la morbilidad y muertes por accidentes de tránsito, riñas callejeras y otras, se sabe a partir de estudios experimentales, que el alcohol causa la aparición de infiltración grasa con depósito centrolobulillar, lo cual es previo a la neurosis de los hepatocitos. De acuerdo a Viel et al, citados por Beltrán y Jara, (6) la prevalencia de cirrosis hepática en Chile fue de 1,8% en abstemios y bebedores normales y de 5,4% en bebedores excesivos y alcohólicos, lo que denota que el consumo de alcohol triplica la frecuencia de la cirrosis hepática.

En nuestro estudio se observó que el 43,04% de pacientes se encuentran en el estadio B de la clasificación de Child Pugh, 29,11% en estadio C y 27,85% en estadio A, En la escala MELD, se encontró que el 53,16% de pacientes tenían un riesgo de mortalidad de 6% en tres meses, el 22,78% tenían 1,9 de riesgo de mortalidad y el 21,52% presento 19,6% de riesgo, entre las principales. Estos hallazgos permitieron determinar que la mayoría de pacientes (51,9%), se encuentra descompensado, siendo el estadio 3, el más frecuente (34,18%). Se ha encontrado que la mayoría de los pacientes presentan complicaciones como hipertensión portal, sangrado

variceal y encefalopatía en 87,34%, estos datos son similares a lo reportado por Prieto y cols (7) quienes encuentran que la clasificación de Child-Pugh se pudo calcular en 394 pacientes y de estos, el 59,1%, 32,4% y 8,3% eran A, B y C, respectivamente. En relación con las descompensaciones, las principales fueron ascitis (36,1%), sangrado variceal (28,4%) y hepatocarcinoma (15,3%). De acuerdo a lo reportado por More, (8) hubo una mayor frecuencia de CHILD B (48.7%), seguido de CHILD C (44.9%). El motivo de hospitalización de mayor frecuencia fue por ascitis (18.6%), encefalopatía hepática (14.1%) y sangrado variceal (10.9%). En el estudio de Larico (9) concluyen que la tasa de complicaciones fue 100%, las más frecuentes fueron: la ascitis descompensada (71,4%), encefalopatía hepática (61,5%) e ictericia (59,3%), anemia (81,3%), pancitopenia (34,1%). El 81,3% presentaba Child-Pugh de Grado C y a nivel local Díaz, (10) encuentra que la encefalopatía hepática está presente en 36,87% y la hemorragia por varices esofágicas en 12,01%, de acuerdo a la clasificación de Child Pugh el 45,53% de pacientes se encontraba en estadio C.

En nuestro estudio encontramos que la mayoría de pacientes no presentan infección, y entre los que sí las presentan, las más frecuentes fueron la neumonía, la infección del tracto urinario en 8,86% cada una, la peritonitis bacteriana espontánea en 5,06%, entre otras. Este dato es similar al encontrado por More, (8) quien refiere que las infecciones más frecuentes fueron las del tracto urinario (14,1%).

En nuestro estudio se observó que la condición al alta es mejorado en 91,14% y fallecido en 8,86%. Sin embargo, ha destacado el hecho de que la mayoría de pacientes se encuentran descompensados, y en consecuencia tienen ingresos frecuentes a los hospitales de referencia debido a la presencia de infecciones o de los factores de descompensación, hecho que empobrece el pronóstico, y además, las descompensaciones frecuentes, afectan de manera importante la calidad de vida y suponen un gran impacto para el propio paciente, para la familia y las instituciones de salud. En el estudio de Farfán y Cabezas se encontró que la Cirrosis Hepática constituye una de las primeras cinco causas de mortalidad por cada año y es la enfermedad hepática de mayor mortalidad. (13) En el estudio de More, (8) la mortalidad fue del 3.2%, y Díaz, (10) encuentra una mortalidad de 42,64% en el Hospital Regional Honorio Delgado, en nuestro estudio encontramos que hubo mayor mortalidad en los pacientes de sexo masculino con una edad media de 72 años, este resultado concuerda con el estudio de Alonso y cols, (14) quienes señalan al sexo masculino como factor de riesgo de morir por cirrosis en todos los grupos etarios y por las diversas causa de cirrosis.



**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

### PRIMERA

Las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio y en el Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo, EsSalud, muestran que las edades más frecuentes están comprendidas entre los 40 a 79 años, con una edad promedio de 57,29 años; el sexo masculino representa al 55,70% de la población de estudio; destaca el nivel de instrucción secundaria y primaria, la mayoría de pacientes son obreros; la mayoría son casados y la procedencia más frecuente es Arequipa. Entre los antecedentes patológicos destaca el consumo de alcohol e hipertensión arterial.

### SEGUNDA

Las características clínicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo, EsSalud son: el tiempo de enfermedad promedio es de 4,69 años, las principales manifestaciones clínicas son el aumento del volumen abdominal, dolor abdominal, edemas, astenia y circulación colateral; pero principalmente la clínica que caracteriza a los pacientes, es aquella que depende de las complicaciones como son la ascitis, la encefalopatía hepática y la hemorragia digestiva. La etiología de la cirrosis hepática es la alcohólica (51,90%); la mayoría de pacientes se encuentran en estadio B y C de la clasificación de Child Pugh y más de la mitad presentan un riesgo de mortalidad de 6% a tres meses. El 51,9% de pacientes presentan cirrosis hepática descompensada.

### TERCERA

Los factores de descompensación en los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo, EsSalud, se derivan de las complicaciones más frecuentes que son: la hipertensión portal en 51,90%, el sangrado variceal en 17,72% y la encefalopatía hepática en 17,72% entre otras.

### CUARTA

La mortalidad por cirrosis hepática en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo, EsSalud es de 8,86%.

## RECOMENDACIONES

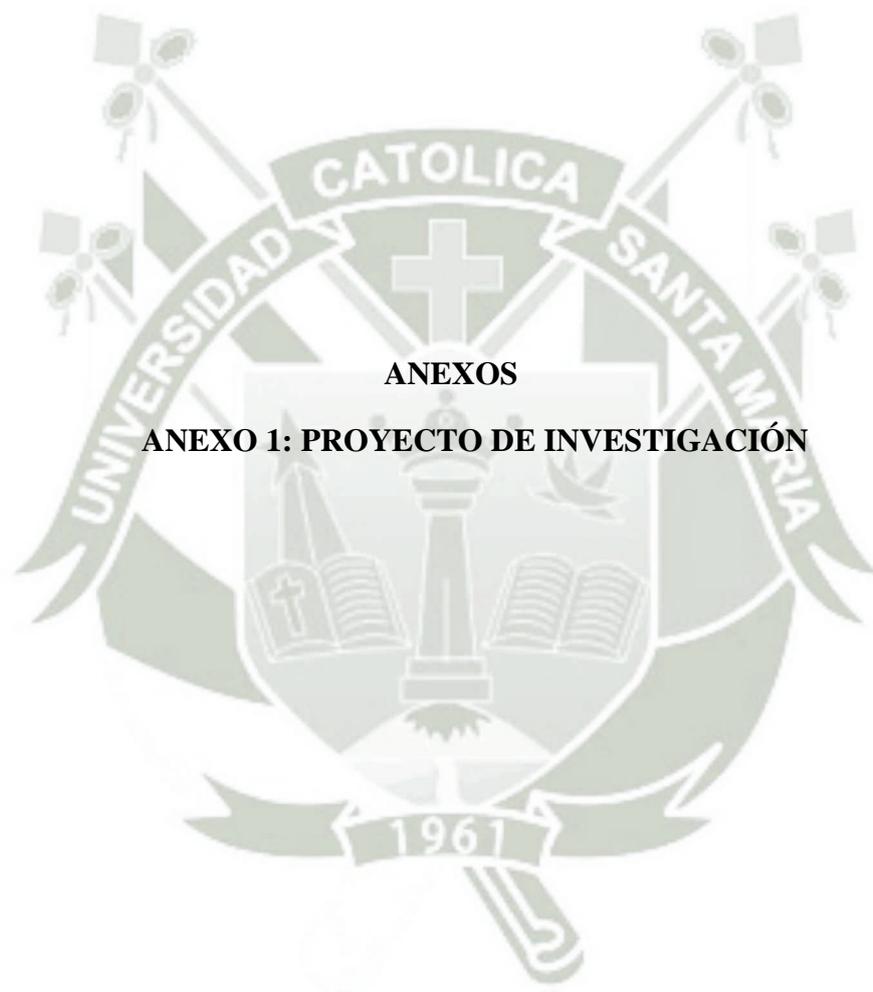
1. A la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado y del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, EsSalud, se sugiere que se procure un mayor fortalecimiento de las Unidades de Hígado, de manera que en base al trabajo conjunto con las especialidades de Gastroenterología, Medicina Interna y Cirugía, se pueda mejorar la atención que se brinda a los pacientes, incluyendo en la lista de espera para trasplante hepático, a aquellos pacientes que podrían tener mayor beneficio clínico, funcional y expectativa de vida.
2. A los estudiantes de Medicina, se sugiere que tengan en cuenta los resultados de la presente investigación a efectos de que puedan realizar estudios prospectivos acerca de la supervivencia de los pacientes y los factores de riesgo de mortalidad, también se podrían desarrollar un estudio en pacientes con síndrome metabólico y su asociación con los estadios iniciales de la cirrosis hepática, el mismo que aportaría datos útiles para la prevención de la cirrosis.
3. A la Dirección de Salud de Arequipa, se sugiere que en base a los resultados alcanzados en el presente estudio, se fortalezcan las actividades de control y prevención del consumo de alcohol en la población de Arequipa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. D'Amico G, García-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006; 44 (1): 217-31.
2. Aceves M. Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. *Nutr. Hosp*, 2014; vol.29 no.2 Madrid.
3. Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and Epidemiology of Cirrhosis. *Med Clin North Am* 2009; 93 (4): 787-99.
4. Durand F, Valla D. Assessment of Prognosis of Cirrhosis. *Semin Liver Dis* 2008; 28 (1): 110-22.
5. Malpica A., Ticse R., Salazar M., Cheng L., Valenzuela V., Huerta J. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. *Rev. gastroenterol, Perú*, 2013, vol.33 no.4. Lima.
6. Beltrán A., Neciosup E. Factores de riesgo para Cirrosis Hepática en la población adulta de la Red Asistencial Essalud Lambayeque *Rev. cuerpo méd. HNAAA*, 2011; 4(2).
7. Prieto J., Sánchez S., Prieto R., Rojas E., Gonzáles L., Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. *Rev Col Gastroenterol*, 2016; 31 (1): 2 - 8. Colombia.
8. More E. Características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en un hospital de la ciudad de Lima. Fuente: Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres. Lima. 2015.
9. Larico M. Características clínicas, complicaciones y evaluación de sobrevida de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010-2012. Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. 2013.
10. Díaz M. Cirrosis hepática: características clínico-epidemiológicas, terapia y evolución. Tesis presentada a la Unidad Académica de Segunda Especialización en Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa para optar el Grado Académico de Segunda Especialidad en Gastroenterología. Arequipa, 2008.
11. Durand F. Principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Central entre 2012 al 2014. Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Lima. 2016.

12. Aguilar R., García-Samaniego J. Cirrosis hepática. En: Planas R, Salmerón J, eds. Enfermedades hepáticas. 2da edición. Consejos prácticos. Permanyer. Barcelona, 2011:73-81.
13. Farfán G., Cabezas C. Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares en el Perú, 1995-2000. Rev Gastroenterol Perú 2002;22(4):212-233.
14. Alonso F, Garmendia M, De Aguirre M, Searte J. Análisis de la Tendencia de la Mortalidad por Cirrosis hepática en Chile. Re Med Chile 2010; 138:1253-8.





**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Medicina**

**Escuela de Medicina Humana**



**ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO  
EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE DESCOMPENSACIÓN EN PACIENTES  
CON CIRROSIS HEPÁTICA. AREQUIPA – 2018.**

Proyecto de tesis presentado por:

**Pacheco Cáceres, Lizbeth Miriam**

Para optar el Título Profesional de Médica Cirujana.

**AREQUIPA - PERÚ**

**2018**

## I. PREÁMBULO

La cirrosis hepática es el estado final de casi todas las enfermedades crónicas que afectan al hígado, (1) se caracteriza por una fibrosis hepática, que resulta en la destrucción de la arquitectura normal de hígado, entonces, el tejido funcional hepático es destruido y remplazado por nódulos regenerativos, que no restauran las funciones hepáticas. También puede presentarse por una inflamación o una lesión hepatocelular y necrosis, que ocasiona una disfunción hepática. (2) Mientras esta destrucción de tejido continúa, las complicaciones propias de la cirrosis, como la ascitis y encefalopatía aparecen y los pacientes muestran signos de baja función mental, física y bioquímica. (3)

La cirrosis hepática evoluciona claramente en dos fases: una fase inicial denominada "compensada" que es asintomática, a la que le sigue una fase de "descompensación" que está caracterizada por una serie de manifestaciones clínicas, debidas a la hipertensión portar y/o disfunción hepática generalizada. (1) En los pacientes se observa que estas complicaciones causan manifestaciones clínicas como la ictericia, ascitis, hipertensión portal gastrointestinal, sangrado de várices esofágicas y encefalopatía, por tanto, la aparición de cualquiera de las manifestaciones descritas nos indica transición de la compensación a la descompensación. (4) Se estima que la cirrosis es causante de más de 800.000 muertes anuales en todo el mundo. En Europa y Estados Unidos tiene una prevalencia de alrededor de 250 casos anuales por cada 100.000 personas. En los varones la prevalencia es dos veces mayor que en las mujeres. En el Perú se estima una tasa de mortalidad de 15 /100000 habitantes y constituye una de las principales causas de muerte entre las enfermedades digestivas y la primera entre las enfermedades hepáticas. (5, 6)

En los hospitales de referencia más representativos de Arequipa, como son el Hospital Regional Honorio Delgado y el Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo, se ha observado que de manera muy frecuente, se atienden pacientes cirróticos, muchos de los cuales, se encuentran en fase compensada y muchos otros por el contrario, presentan la fase descompensada de la enfermedad, siendo en estos casos muy notorio el efecto deletéreo que la enfermedad causa en todo el organismo y en el bienestar y calidad de vida de los pacientes. Asimismo, la mortalidad de los pacientes descompensados es alta y por ello se justifica su evaluación y tratamiento integral para mejorar su pronóstico de vida.

Por lo anterior, surgió la motivación personal para realizar el presente estudio a nivel multicéntrico, porque considero que es importante estudiar las características clínico epidemiológicas y los factores de descompensación en los pacientes cirróticos, porque a partir

de ello, se podrán adoptar medidas de manejo y cuidados que contribuyan para poder prolongar la expectativa de vida, mejorar la calidad de vida, y prepara a los pacientes a sobrellevar un tratamiento más exitoso.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

**Estudio multicéntrico de las características clínico epidemiológicas y factores de descompensación en pacientes con cirrosis hepática. Arequipa – 2018.**

#### 1.2. DESCRIPCIÓN

##### a) Área de Intervención de Conocimiento

GENERAL: Ciencias de la Salud.

ESPECÍFICA: Medicina.

ESPECIALIDAD: Gastroenterología.

LINEA: Cirrosis Hepática.

##### b) Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
<b>Características clínico - epidemiológicas</b>			Nominal
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino / Femenino	Nominal
Nivel de instrucción	Último nivel de estudios concluido	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal

Ocupación	Actividad laboral	Empleado Independiente Obrero Comerciante Jubilado Ama de casa Desocupado	Nominal
Estado civil	Situación conyugal	Soltero Casado Conviviente Viudo Separado	Nominal
Procedencia	Lugar de nacimiento	Arequipa (ciudad y provincias) Puno Cusco Moquegua Tacna Lima Otras	Nominal
Antecedentes patológicos	Infecciosos	Hepatitis B Hepatitis C Hepatitis A Tuberculosis pulmonar Enteroparasitosis Hidatidosis hepática Otros	Nominal
	Metabólicos	Obesidad Diabetes mellitus Dislipidemia	Nominal
	Cardiovasculares	Hipertensión arterial Cardiopatías Otros	Nominal
	Hábitos nocivos	Consumo de alcohol Tabaquismo Drogadicción Otros	Nominal
	Miscelánea	Cáncer Enfermedad ulcerosa péptica Enfermedades biliares Otras	Nominal

<p>Tiempo de enfermedad</p>	<p>Años transcurridos desde el diagnóstico</p>	<p>Años</p>	<p>Numérica discreta</p>
<p>Manifestaciones clínicas</p>	<p>Según hallazgos en el examen físico</p>	<p>Aumento del volumen abdominal Edemas Dolor abdominal Astenia Debilidad Alteración de la conciencia Anorexia Pérdida de peso Hematemesis Melena Fiebre Náuseas / Vómitos Circulación colateral Hepatomegalia Esplenomegalia Telangiectasias Palmas hepáticas</p>	<p>Nominal</p>
<p>Manifestaciones de disfunción celular e hipertensión portal</p>	<p>Según hallazgos en el examen físico</p>	<p>Equimosis Ascitis Ictericia Encefalopatía hepática</p>	<p>Nominal</p>
<p>Exámenes de laboratorio</p>	<p>Resultados de los exámenes</p>	<p>Hemorragia por varices esofágicas</p>	<p>Numérica discreta</p>
<p>Exámenes de laboratorio</p>		<p>Leucocitos Hemoglobina Plaquetas Velocidad de sedimentación Glucosa Creatitina Urea Bilirrubina total Bilirrubina directa Bilirrubina indirecta Albúmina Globulina TGP TGO Fosfatasa alcalina GGTP Alfa feto proteína Tiempo de protrombina</p>	

	Resultados de los exámenes	INR Colesterol Triglicéridos Sodio Potasio	Nominal
Marcadores inmunológicos	Resultados de los exámenes	Negativo Hepatitis B (HBs Ag) HB Core Hepatitis C (VHC) Hepatitis A (VHA) ANA Anti LKM1	Nominal
Marcadores de hepatitis autoinmune	Resultados en ecografía	ASMA pANCA Negativo	Nominal Nominal Numérica discreta
Hallazgos imagenológicos		Patrón de cirrosis (PC) PC con hipertensión portal Tamaño del bazo	Nominal
		Ascitis	Numérica discreta
		Diámetro de la Vena Porta	Nominal
		Nódulo hepático: Si / No	Numérica discreta
	Resultados en tomografía	Número de nódulos hepáticos	Nominal Nominal Nominal
		Patrón de cirrosis (PC) PC con hipertensión portal Nódulo hepático: Si / No	Numérica discreta
	Resultados endoscópicos	Número de nódulos hepáticos	Nominal Nominal Nominal
		Varices Varices esofágicas Varices gástricas Gastropatía hipertensiva Si / No	Nominal Ordinal
		Leve Moderada Severa	Nominal
	Causas de la cirrosis hepática	Alcohólica Esteatohepatitis no alcohólica	

<p>Etiología</p>	<p>Estadio de Child Pugh</p>	<p>(NASH) Hepatitis B Hepatitis C Hepatitis autoimmune Cirrosis biliar primaria Cirrosis biliar secundaria Criptogenética No determinada</p> <p>Estadio A Estadio B Estadio C</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Clasificación de la cirrosis</p>	<p>Escala MELD</p> <p>Compensada Descompensada</p>	<p>Puntaje</p> <p>Estadio 1: no várices, no ascitis Estadio 2: várices, no ascitis Estadio 3: várices, ascitis Estadio 4: sangrado variceal, ascitis Estadio 5: Sepsis</p>	<p>Numérica discreta Ordinal</p>
<p>Estadio de la cirrosis</p>	<p>Según historia clínica</p>	<p>Sangrado variceal Sangrado no variceal Hipertensión portal Encefalopatía Síndrome hepato renal Síndrome hepato pulmonar Trastorno de la coagulación Hepatocarcinoma Infecciones: Peritonitis bacteriana espontanea Neumonía ITU</p>	<p>Nominal</p>
<p>Complicaciones</p>	<p>Tiempo</p>	<p>Años promedio</p>	<p>Numérica discreta</p> <p>Nominal</p>
<p>Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la descompensación</p>	<p>Según historia clínica</p>	<p>Mejorado Fallecido</p>	
<p>Condición al alta</p>			

### c) Interrogantes Básicas

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud?

¿Cuáles son las características clínicas, laboratoriales e imagenológicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud?

¿Cuáles son los factores de descompensación en los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud?

¿Cuál es la mortalidad por cirrosis hepática en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud?

### d) Tipo de investigación

Estudio de cohorte multicéntrico, de tipo descriptivo de corte transversal prospectivo.

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

La relevancia científica del estudio, se sustenta porque la cirrosis hepática es un problema de salud pública que afecta al país, es causa de una alta morbilidad que genera alta demanda en consultas y atenciones médicas, hospitalizaciones, gastos en salud y una alta mortalidad.

El desarrollo del estudio tiene relevancia práctica, porque a pesar de que representa un problema de salud pública, todavía no se tiene mucha información respecto al comportamiento de la enfermedad en nuestra realidad, por ello, se considera importante la realización de un estudio multicéntrico, porque mediante la aplicación de nuevos índices pronósticos aun no aplicados en las investigaciones locales, se podrá mejorar la evaluación a los pacientes y mejorar las pautas preventivas y terapéuticas, en los hospitales de mayor demanda de atención por esta patología en la ciudad de Arequipa.

La relevancia social se justifica porque los pacientes de ambos hospitales, presentan una gran afectación biológica, psicológica, emocional, familiar y laboral a consecuencia de la enfermedad; además presentan alteraciones en su condición socioeconómica, debido a la incapacidad laboral asociada. Asimismo, porque la cirrosis hepática es una enfermedad crónica, de lenta evolución y cuyo tratamiento es costoso, generando un gran impacto en el paciente y en su familia.

El interés personal se suscitó por la observación de que la cirrosis hepática es causa frecuente de consulta y hospitalización en el Servicio de Medicina de ambos hospitales, al mismo tiempo presenta alta morbilidad y mortalidad.

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. Cirrosis Hepática**

#### **2.1.1. Concepto**

La Cirrosis hepática, es una alteración crónica e irreversible que surge como resultado de un largo proceso de daño hepático, es la etapa final de diversos procesos agudos o crónicos que afectan al hígado, desde el punto de vista morfológico, es una alteración difusa de la arquitectura del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración, clínicamente se puede sospechar a partir de los antecedentes y hallazgos clínicos pueden orientar al diagnóstico. Se ha señalado, que los cambios histológicos condicionan una alteración vascular intrahepática y una reducción de la masa funcional hepática y como consecuencia se desarrolla hipertensión portal e insuficiencia hepática, lo cual ocasiona muchas complicaciones mayores:, como son la ascitis, hemorragia digestiva, ictericia y encefalopatía hepática. (7)

El término cirrosis es un vocablo griego que significa duro. Para definir la cirrosis se emplea este término debido a que antiguamente, los médicos observaron que el hígado de las personas afectadas por esta enfermedad, presentaba un aumento de la consistencia. Luego se fue conociendo que la dureza del órgano se debe a una alteración que desde el punto de vista histológico es fundamental para el desarrollo de la cirrosis, siendo esta la fibrosis hepática, la cual es responsable de todas las alteraciones propias de la enfermedad. Se entiende por fibrosis al depósito en el hígado de colágeno, siendo el mismo material que se produce en las cicatrices y, siendo necesario que para realizar el diagnóstico de cirrosis se observen

características clásicas como son: que delimite nódulos, es decir, que aisle áreas de tejido hepático, que se produzca la alteración de la arquitectura del órgano y que se dificulte la relación entre los hepatocitos y los finos vasos sanguíneos, por los cuales estos pueden cumplir su función de síntesis y depuración y también con los que le aportan su nutrición. En términos más claros, la fibrosis es algo parecido a una red tridimensional existente en el interior del hígado, siendo las cuerdas de la red las zonas de fibrosis y las áreas que quedan entre las mismas, los nódulos de células que regeneran dentro del mismo. Estas alteraciones son conocidas como “nódulos de regeneración” y es una característica inherente al diagnóstico de cirrosis. Pero también se presentan múltiples alteraciones hepáticas, que incluyen la fibrosis, pero sin embargo, no cumplen con la condición de formar nódulos de regeneración, y por ende no pueden ser considerados cirrosis. (8)

### 2.1.2. Epidemiología

La cirrosis hepática constituye un grave problema de salud pública en varios países, siendo una de las 10 principales causas de muerte, se han observado variaciones importantes en su mortalidad en los últimos años, debido a los avances en el diagnóstico y manejo de esta grave enfermedad. (9) En el año 2009 se reportaron en Francia una frecuencia de 2,000-3,300 casos por cada millón de habitantes. En México, la tasa de prevalencia de esta enfermedad es de 24.4 casos por cada 100,000 habitantes ocupando el quinto lugar en la morbilidad general. (10) La tasa mundial de mortalidad por cirrosis alcanza los primeros lugares, siendo bastante alta en varios países, aunque tiene variaciones importantes en las distintas poblaciones. Entre los países de América del Sur, Chile y Perú, son los países en los que se presentan tasas de mortalidad más altas, llegando al 18,2/100 000 y 15/100 000 habitantes, respectivamente. (11) En el Perú, la cirrosis hepática presenta una tasa de mortalidad de 9,48 por 100,000 habitantes, siendo la enfermedad que se encuentra en el quinto puesto, en orden de magnitud entre las defunciones generales, el segundo puesto entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares y es la segunda causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etéreo de 20 a 64 años. (12, 13) En el Perú, la cirrosis hepática es una de las principales causas de muerte dentro de las enfermedades digestivas y es la primera dentro de las enfermedades hepáticas. (12)

La importancia de la Cirrosis Hepática, radica además de su alta mortalidad, en que es una enfermedad que afecta de forma más frecuente a la población económicamente activa,

afectando los años de vida saludable, causa un alto número de consultas médicas y requiere de un gasto muy elevado en recursos médicos hospitalarios, debido a su cronicidad y la necesidad de terapia intensiva. Además es una enfermedad que genera discapacidad, motivo por el cual, es considerado como un grave problema de salud pública. Datos estimados acerca de la incidencia de la Cirrosis Hepática en los próximos años, señalan que se calcula que para el año 2020 habrá alrededor de dos millones de pacientes con enfermedad hepática crónica. (14, 15)

### **2.1.3. Factores de riesgo**

#### **a. Consumo de alcohol**

El consumo de alcohol es uno de los principales, sino el principal, factor de riesgo para el desarrollo de cirrosis hepática, tal como lo han revelado múltiples estudios a nivel internacional, dado que se ha señalado que la ingestión del alcohol es la responsable del 60-70% de los casos. (16) En todo el mundo, la principal causa o factor de riesgo para el desarrollo de cirrosis es el consumo crónico de alcohol, lo cual también se observa en el Perú, pues en un estudio se ha encontrado que el 26,5% de pacientes hospitalizados en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins consumieron alcohol. El alcoholismo crónico es otro grave problema de salud pública, que afecta a la sociedad actual, de manera constante y creciente, además que este problema es un reflejo de las malas condiciones y nivel de desarrollo socioeconómico en que vive gran parte de la población peruana. El consumo crónico de alcohol, es un problema ligado de manera muy estrecha a otro problema social muy grave y creciente que es la violencia familiar, se asocia a peleas callejeras, muchos accidentes de tránsito y muertes violentas. Los daños que el alcohol ocasiona, son a nivel de todos los órganos y sistemas del cuerpo dado que tiene potencial para ingresar a todas las células y tejidos del organismo, por tanto afecta todas las funciones vitales. Se asocia a desnutrición debido a que tiene la capacidad de desplazar a los nutrientes normales, además, sus efectos tóxicos dañan al hígado, producen gastritis erosiva aguda, pancreatitis y, a largo plazo miocardiopatía. (17)

La importancia del alcohol como factor capaz de producir enfermedad es que su proceso de metabolización por deshidrogenasas alcohólicas ocurre principalmente en el hígado a través de un proceso de formación de acetaldehído, acetato que en los tejidos llega a CO y agua. En muchos países como Chile, Francia, Italia, España, el consumo de alcohol tiene un rol muy

importante en el desarrollo de cirrosis hepática; mientras que en países como Alemania, Japón o Yugoslavia, tiene un significado intermedio o moderado, mientras que en otros países como China o los países musulmanes no tiene significado. En estudios realizados con series grandes de pacientes se ha encontrado que el factor alcohol se presenta en el 68 a 80% de pacientes. Experimentalmente, se sabe que el alcohol determina la aparición de infiltración grasa con depósito centrolobulillar, que antecede a la nerosis de los hepatocitos, pero que el alcohol no es capaz de producir cirrosis por sí solo. Un estudio señala que la prevalencia de cirrosis hepática en el Instituto legal de Chile fue de 1,8% en abstemios y bebedores normales y de 5,4% en bebedores excesivos y alcohólicos, es decir, que el consumo de alcohol multiplica por tres el riesgo de padecer cirrosis hepática.

En el estudio de Narro, se señala que la cirrosis hepática es el resultado del consumo excesivo de alcohol durante un largo período. (19) Mientras que en el estudio de Rodríguez se señala que el tiempo requerido para que el tóxico origine cirrosis es aproximadamente de 10 años, además, se ha observado que no todas las personas alcohólicas crónicas desarrollan cirrosis, dando la idea de que existen otros factores involucrados, tales como factores nutricionales, inmunológicos y genéticos. Los factores de riesgo para desarrollar hepatitis alcohólica y posteriormente cirrosis son: la duración y la cantidad de consumo de alcohol, género, habiéndose demostrado que el daño al hígado y la consecuente cirrosis es dependiente de la dosis ingerida y el tiempo, (20) mientras que en el estudio de Grant, se refiere que la dosis que permite desarrollar cirrosis en varones es de 60 gr./día y en las mujeres puede ser tan baja como 20 gr./día; sin embargo, se ha encontrado que incluso dosis menores pueden inducir cirrosis, cuando se conjugan otros factores predisponentes como la infección viral crónica, diabetes mellitus, esteatosis hepática. En tal sentido, resulta contraproducente definir la dosis límite de alcohol, por ende las recomendaciones más saludables deben incidir en reducir al máximo el consumo de alcohol o hacerlo en dosis muy moderadas y solo ocasionalmente, (21) en el estudio de Bird, se considera que las dosis que podrían considerarse “seguras” son de máximo 30 gr. de alcohol por día para varones y 20 gr. para mujeres. (22)

## **b. Hepatitis B**

Es otro factor de riesgo implicado en la génesis de la cirrosis hepática, se ha señalado que en algunas condiciones la infección viral que determina la hepatitis aguda puede propiciar que se produzca la cirrosis postnecróticas o que causen procesos de fibrosis difusa sin infiltración grasa. La hepatitis B se cronifica en un 10% de los portadores por transmisión parenteral o sexual, de ellos el 15–20% desarrolla cirrosis en un lapso de cinco años. (23) En el Perú se han reconocido varias zonas que son zonas geográficas que presentan una alta endemicidad para la infección por virus de hepatitis B; entre estas se tienen toda la cuenca amazónica, las ciudades de Madre de Dios, Abancay y Huanta. Se ha encontrado en varios estudios que en dichas áreas la seroprevalencia de seropositividad para el antígeno de superficie es de 10-20%. (22) Además, debido a los procesos de migración interna que se presenta en el Perú, muchas personas que tienen alta prevalencia de infección por virus B se desplazan tanto de forma permanente como por temporadas relativamente largas a zonas de baja endemicidad, que sobre todo son las ciudades ubicadas en la región de la costa, es por ello, que desde el punto de vista epidemiológico, el mapa epidemiológico de la Hepatitis B presenta variaciones en los últimos años. En concordancia, en el estudio de Bustios se encontró que la infección por virus B se presenta como agente causante de la cirrosis en personas que provenían de las zonas endémicas señaladas anteriormente, sino también a partir de casos nativos de la ciudad de Lima. (24) En Latinoamérica se ha señalado que el 31% de casos de cirrosis hepática están asociados a virus de la hepatitis, siendo el 8% asociado a infección por virus de la hepatitis B y 23% a virus de la hepatitis C. Un estudio realizado en Medellín encontró que el 7,3% y 5,6% de los pacientes presentaban infección por virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C (VHC) respectivamente. (25)

## **c. Diabetes mellitus**

La diabetes mellitus (DM), es otro reconocido factor de riesgo de cirrosis hepática, hallazgo que se basa en el hecho de que la diabetes mellitus se encuentra muy relacionado a la obesidad y el sobrepeso que son, a su vez, los factores más importantes implicados en el desarrollo de Hígado Grado No Alcohólico (HGNA), sobre todo por la obesidad que a su vez, denota un mal conjunto de estilos y hábitos de vida poco saludables, a lo cual, se agregan muchas costumbres y comportamientos particulares de los distintos grupos humanos. Estos se expresan mediante la presencia de malos hábitos de alimentación, falta de actividad física, que sea útil para la

salud y los estilos de vida deteriorados. Es innegable la relación que existe entre la obesidad y la diabetes mellitus, siendo también demostrada la relación dosis-efecto, es decir que la diabetes es más frecuente y mucho más grave o compleja cuanto mayor es el grado de obesidad que tiene la persona. La razón que explica la relación entre la DM, la obesidad y el Hígado Grado No Alcohólico, es la resistencia a la insulina, alteración que denota que el organismo no puede manejar apropiadamente el azúcar que se consume en la dieta, lo cual propicia que se presente un exceso de azúcar en la sangre, de forma similar aunque menos grave a lo que ocurre en la diabetes. Tanto el hígado como el páncreas identifican que existe un exceso de azúcar en la sangre y en consecuencia se incrementa la insulina, lo cual, con el paso del tiempo produce la acumulación de grasa en el hígado. El hígado acumula el exceso de azúcar en forma de grasa, dado que esta es la forma conocida como se puede almacenar energía cuando hay exceso de ella. Por último, el HGNA es la causa de la cirrosis hepática, debido a que en el hígado se presentan extensas cicatrices, que lo endurecen y hacen que el hígado no pueda funcionar de modo normal. (25)

#### **2.1.4. Fisiopatología**

De forma similar a lo que acontece en otros tejidos, la inflamación hepática es el proceso básico de respuesta del hígado al daño, cualquiera que sea éste. Mediante este proceso, el tejido hepático es capaz de reconocer el daño y si es posible repararlo. Si la reparación no es posible, entonces destruirá el tejido dañado. En condiciones normales, este tipo de respuesta restaura la estructura y la función originales y mantiene la homeostasis tisular, pero a veces la lesión es demasiado intensa o persistente, y el propio proceso inflamatorio compromete la integridad estructural a través de procesos como la fibrosis, con posterior esclerosis, ya que se reemplazan las estructuras dañadas por tejido anormal fibrótico. Los diferentes agentes etiológicos de las enfermedades hepáticas crónicas mencionados en el anterior apartado pueden causar daño tisular, inflamación y necrosis hepatocitaria, pero el tipo de reparación celular que predomine (regeneración o fibrosis) determinará que el tejido hepático se recupere, o bien que la fibrosis progrese y esta regeneración tisular anormal conduzca a la cirrosis. El predominio de un tipo u otro de respuesta depende tanto de las características y persistencia del agente lesivo, como de las características del individuo. (3)

### 2.1.5. Manifestaciones clínicas

La cirrosis hepática se acompaña frecuentemente de desnutrición proteínocalórica. La incidencia y gravedad son cambiantes de acuerdo a la etiología de la cirrosis, es más frecuente en la cirrosis alcohólica y en la cirrosis biliar primaria avanzada. Existen muchos mecanismos implicados en la desnutrición y además estos son interrelacionados entre sí, sobre todo es de resaltar, la disminución de la ingesta, la malabsorción gastrointestinal, el aumento del gasto energético y la presencia de un estado hipercatabólico persistente. Es frecuente que los pacientes cirróticos presenten anorexia sobre todo en aquella que tiene su origen en el consumo de alcohol, es preciso recordar que la ingesta de alcohol aporta 7 calorías por cada gramo consumido, lo cual aparentemente da la sensación de llenura, sin embargo son calorías vacías, con ningún aporte nutricional, lo cual favorece a la malnutrición que es característica de esta enfermedad, porque como no tienen hambre, entonces disminuye la necesidad de ingerir una dieta equilibrada. El alcohol produce malabsorción intestinal y maldigestión debido a su efecto tóxico directo. También se presenta colestasis prolongada, lo cual se asocia a que se produzca malabsorción de los lípidos y esto predispone a la hiporexia. En la cirrosis también se presenta un estado hipermetabólico que conlleva al incremento del gasto energético en reposo y se asocia al aumento de la actividad betaadrenérgica y del TNF- $\alpha$ . Como resultado de la desnutrición calórico-proteica se observa pérdida de peso, astenia, osteoporosis y atrofia muscular. Estas manifestaciones afectan de forma negativa la calidad de vida y el pronóstico del paciente. Existe la observación de que ingerir una dieta hiperproteica, puede favorecer el desarrollo de encefalopatía hepática y esta es la razón que parte del tratamiento consiste en administrar dietas muy restrictivas. A pesar de ello, el consumo prolongado de una dieta hipoproteica empeora el estado general y nutricional, porque favorece la atrofia muscular y empeora la encefalopatía hepática. (27)

La febrícula es un signo constitucional que se presenta de forma frecuente en la cirrosis avanzada y se debe a la liberación de sustancias pirógenas producidas a partir de la necrosis hepatocelular, la febrícula se presenta sobre todo en los pacientes alcohólicos coincidiendo con el brote de hepatitis alcohólica. A pesar de ello, es necesario descartar la presencia de una infección bacteriana, para lo cual es necesario la obtención de muestras para realizar los cultivos apropiados u otros exámenes bacteriológicos, además se debe analizar la sangre, orina y el líquido ascítico. La fiebre también originarse en la endotoxemia circulante, el déficit en el catabolismo hepático de pirógenos esteroideos (etiocolanolona) o la presencia de un hepatocarcinoma. (26)

### **a. Síntomas gastrointestinales**

Un hallazgo frecuente es la hipertrofia de parótida, sobre todo en la cirrosis alcohólica (50%). Es de utilidad la endoscopia porque con mucha frecuencia permite detectar la presencia de varices esofagogástricas antes de que éstas originen complicaciones, en tales casos, se debe actuar de forma profiláctica y se deben emplear los distintos tipos de tratamientos eficaces que permiten disminuir el riesgo de sangrado por vórices esofágicas. En estos pacientes, son frecuentes el desarrollo de varices rectales, además de las esofágicas, siendo necesario realizar el diagnóstico diferencial con las hemorroides. La hemorragia causada por la rotura de varices rectales representa un menor riesgo de vida a diferencia de las vórices esofágicas, aunque se han descrito casos graves que precisan la colocación de un balón, escleroterapia o de la realización de procedimientos de derivación portosistémica. (28) A través de la endoscopia también es posible identificar signos de ectasia vascular (gastropatía portal hipertensiva), en algunos pacientes y este signo es importante porque provoca anemia severa debido a la existencia de pérdida de sangre oculta o por cuadros graves de hemorragia digestiva, la cual puede ser precipitada por fenómenos de vasocongestión, isquemia e hipoxia tisular. También se ha observado una incidencia incrementada de hernia hiatal, de gastropatía por alcohol y úlcera péptica. (27) Otro síntoma común es la diarrea, la misma que tiene su origen en los fenómenos de malabsorción derivados de la ingesta crónica de alcohol, además del sobrecrecimiento bacteriano intestinal e, incluso también puede deberse al tratamiento de la encefalopatía hepática con disacáridos no absorbibles como la lactulosa y el lactitol, los cuales ejercen su efecto laxante. (28) Otro signo característico en pacientes con cirrosis hepática es el desarrollo de cálculos biliares pigmentarios, los cuales se originan a partir de una hiperproducción de bilirrubina (hiperesplenismo), siendo que los cálculos de bilirrubinato cálcico son más amorfos que los de colesterol, sin embargo, esto hace menos frecuente la impactación biliar. La pancreatitis crónica es más frecuente en los casos de etiología debida al consumo de alcohol. (28)

### **b. Síntomas neurológicos**

Adquiere especial importancia la encefalopatía portosistémica en el origen de los síntomas neuropsiquiátricos que son característicos de esta enfermedad avanzada. El flapping tremor o asterixis es un signo característico cuya presentación se asocia a la supresión del sistema

reticular descendente, mientras que su inhibición conlleva a la presentación de estados de rigidez, anormalidades en los reflejos piramidales y flapping, (28) el cual no es característico de la encefalopatía hepática, porque se ha observado en otras anomalías metabólicas, entre las que destacan la uremia, hipoglucemia, intoxicación por barbitúricos y narcosis por dióxido de carbono. El flapping es un fenómeno bilateral y reversible, que está relacionado estrechamente con los niveles de amonio en sangre. En los pacientes que presentan cuadros avanzados de la cirrosis se observa exageración de los reflejos tendinosos profundos con signo de Babinski, rigidez de la musculatura periférica y signos característicos de degeneración hepatolenticular. En algunos pacientes se puede observar mielopatía portosistémica, que se manifiesta a través de una mielitis transversa con signos de paraplejía espástica. También se puede encontrar manifestaciones propias del consumo de alcohol y de la desnutrición, como son la encefalopatía de Wernicke o la neuropatía periférica, presente hasta en el 40% de pacientes con cirrosis de etiología alcohólica. (28)

### **c. Alteraciones hematológicas**

En los pacientes cirróticos, existen muchos trastornos en la hemostasia, lo cual representa uno de los signos más importantes en esta enfermedad, debido a las graves alteraciones en todos los factores de la coagulación, excepto el factor VIII, que son sintetizados en el hígado, estas alteraciones constituyen uno de los factores más importantes, sino el más importante implicado en la etiología de los fenómenos hemorrágicos tan frecuentes en los pacientes cirróticos, aunque esto es más frecuente en los pacientes que tienen trombocitopenia extrema (menor de 25.000 por mm<sup>3</sup>), alteraciones en la función plaquetaria o estados de fibrinólisis. La coagulopatía intravascular diseminada no es frecuente en la cirrosis hepática, a no ser que se curse con sepsis de forma concomitante o en aquellos pacientes que tienen un shunt de Le Veen. También existe un riesgo incrementado de trombosis. Los principales anticoagulantes endógenos (proteína C, proteína S y antitrombina III), que son sintetizados en el hígado y en los pacientes cirróticos se ha observado que existe una disminución de su producción favoreciendo un estado de hipercoagulabilidad. Un signo muy frecuente es la anemia, cuyo patrón puede ser microcítico, relacionado a las pérdidas a nivel gastrointestinal, macrocítico, debido al déficit de folato asociado a la ingesta de alcohol, o mixto. De forma frecuente a la anemia se le asocia la leucopenia o trombocitopenia, siendo una manifestación del hipersplenismo. También se observa hemólisis, la cual puede ser enmascarada por un incremento de la síntesis eritrocitaria y es sospechada debido a la presencia de reticulocitosis,

hiperbilirrubinemia no conjugada o un aumento de la LDH, siendo más frecuente en los pacientes portadores de una DPPI. También se observa acantocitosis en muchos pacientes, la misma que se debe a la acumulación de colesterol libre en la membrana de los hematíes, hallazgo común en caso de que la hemólisis se acompañe de hipercolesterolemia e infiltración masiva de grasa por alcohol (síndrome de Zieve). El consumo de alcohol también provoca, hemosiderosis, signo muy frecuente en la cirrosis de etiología alcohólica.

#### **d. Sistema musculoesquelético**

Las manifestaciones más frecuentes son la osteopenia que depende de la malabsorción de vitaminas liposolubles, siendo más frecuente en la cirrosis biliar primaria, también se puede presentar osteoporosis en la cirrosis asociada al consumo de alcohol, este efecto puede deberse al deterioro de la función osteoblástica o al aumento de la resorción ósea. El sedentarismo, que es frecuente en este tipo de pacientes predispone a la amioatrofia y la osteopenia, lo cual resulta importante, debido a que la pérdida de masa ósea puede verse acelerada por el postrasplante, debido a los esteroides y otras situaciones que incrementan el riesgo de fracturas y colapsos vertebrales. De forma rara se puede observar periostitis, dedos en palillo de tambor y sinovitis, así como la contractura de Dupuytren que surge debido al engrosamiento y acortamiento de la fascia palmar, que tiene su origen en la proliferación de fibroblastos y al depósito anormal de colágeno en la fascia. (28)

#### **e. Sistema dermatológico**

En la cirrosis hepática es típico que se presenten algunos estigmas cutáneos, cuya confluencia puede orientarnos al diagnóstico de cirrosis, los más frecuentes son los spiders o arañas vasculares, que son lesiones vasculares que tienen una pequeña arteriola central rodeada de pequeños vasos, son más frecuentes en la cara, tronco y extremidades superiores. Las arañas vasculares además de la cirrosis hepática, se presentan en el embarazo, en los estados de malnutrición e incluso en personas normales. Al parecer se deben a las alteraciones en el metabolismo de las hormonas sexuales, sobre todo cuando se incrementa la relación estradiol/testosterona libre. Su importancia radica, en que a más número y tamaño de las arañas vasculares, se ha encontrado mayor riesgo de hemorragia digestiva por varices y síndrome hepatopulmonar. También se aprecia eritema de las eminencias tenar e hipotenar, como ocurre en el embarazo, hipertiroidismo y la artritis reumatoidea. También se presentan cambios en

las uñas, las que presentan unas bandas o estrías horizontales blanquecinas separadas entre sí por otras zonas de color normal (uñas de Muehrcke), estos cambios se deben a estados de hipoalbuminemia, dado que también se presentan en pacientes con síndrome nefrótico. Otro cambio observado en la cirrosis, es la desaparición de las lúnulas ungueales y el enrojecimiento de la porción distal de las uñas. (28)

#### **f. Sistema endocrino**

Como resultado del fallo hepático en el catabolismo de algunas hormonas, se presentan algunas anomalías endocrinológicas en la cirrosis hepática, entre las que destacan la sobreproducción de débiles esteroides andrógenos que son transformados en estrógenos en los tejidos periféricos (piel, tejido adiposo, músculo y hueso). El hiperestrogenismo favorece el desarrollo de spiders, y eritema palmar, además de cambios en la distribución del vello corporal. También se observa típicamente la ginecomastia la misma que empeora con el uso de espirolactona, y consiste en la proliferación de tejido glandular en la mama del varón. El hipogonadismo es un efecto directo del consumo de alcohol y menos de la cirrosis en sí. Los pacientes tanto varones como mujeres, con frecuencia presentan altas tasas de infertilidad, debidos a los cambios en los caracteres sexuales secundarios y pérdida de la libido. Los varones presentan atrofia testicular, impotencia y oligospermia, mientras que la mujer presenta oligomenorrea y una disminución en los niveles de estradiol y progesterona, a pesar de ello, en muchos casos es posible tener un embarazo a término. (28)

La prevalencia de diabetes es mayor en los pacientes cirróticos, esta se manifiesta por hiperglucemia, leve glucosuria e intolerancia a la glucosa, se debe a la resistencia periférica a la acción de la insulina. No son habituales, sin embargo, las lesiones vasculares o la cetoacidosis. En los pacientes que cursan con shock séptico, se observa insuficiencia, funcional o relativa, del eje hipotálamo-hipófisisadrenal que disminuye la respuesta cardiovascular al estímulo del sistema renina-angiotensina-aldosterona y del sistema nervioso simpático, lo cual causa un incremento significativo de la mortalidad. Los pacientes cirróticos presentan incidencia incrementada de insuficiencia adrenal relativa, lo cual es independiente de la presencia de sepsis o inestabilidad hemodinámica, que determina una mayor gravedad de la enfermedad. Por ello, la administración de dosis bajas de hidrocortisona en los pacientes cirróticos críticos, no muestra beneficio en la disminución de la mortalidad. (29) También es importante resaltar que existe hiperaldosteronismo secundario en la patogénesis de la retención

de sodio en el paciente que presenta hipertensión portal; además se presentan niveles reducidos de hormonas tiroideas, a consecuencia de su disminución en la síntesis hepática, además de aumento de los niveles plasmáticos de PTH, relacionados con hipovitaminosis D, siendo esto muy frecuente en la cirrosis biliar primaria. (28)

### **g. Asociaciones oncológicas**

Esta relación no se puede pasar por alto, puede explicarse en parte por la presencia de los hábitos tóxicos como son el consumo crónico y elevado de alcohol y tabaco, lo cual incrementa el riesgo de cáncer orofaríngeo o de esófago, estando implicados en su génesis una serie de mecanismos complejos que son inductores de enzimas microsomales, capaces de activar procarcinógenos y de deteriorar la reparación del DNA. En los pacientes cirróticos existe un incremento en la prevalencia de cáncer de páncreas, cardias, colon y del propio hígado. El hepatocarcinoma es un fenómeno unido al proceso e historia natural de la cirrosis, sobre todo en los casos debidos al consumo de alcohol, el virus de las hepatitis B y C, la hemocromatosis o la porfiria hepatocutánea tarda. En algunos pacientes se pueden diagnosticar los hepatomas pueden diagnosticarse cuando están asintomáticos, por tanto el tratamiento de exéresis, el propio trasplante o la alcoholización del tumor, pueden ser curativas, siendo por ello necesario la realización de programas de cribado mediante ecografías de control. (28)

#### **2.1.6. Diagnóstico**

El diagnóstico de certeza se efectúa mediante el examen histológico del hígado. Otros métodos muy útiles son la ecografía abdominal en la cual se pueden observar cambios cuya importancia diagnóstica permiten evitar la realización de la biopsia hepática, entre estos cambios destacan alteraciones en la estructura heterogénea del hígado, asociada a veces con un contorno nodular, junto con signos de hipertensión portal, como aumento del calibre de la vena porta (>12 mm de diámetro), presencia de circulación colateral y esplenomegalia. En los casos que se realiza una punción biopsia hepática, solo será realizada en los pacientes en los que las pruebas indirectas como las pruebas convencionales de función hepática y la ecografía abdominal, no permitan confirmar la existencia de una cirrosis establecida. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la pericarditis constrictiva, la insuficiencia cardiaca, la infiltración neoplásica masiva del hígado y el síndrome de BuddChiari, entre otras. La valoración integral del enfermo debe incluir la realización de exámenes como radiografía de tórax, ecografía doppler de hígado, esplenoportografía, paracentesis diagnóstica, paneneoscopia, etc. (30)

### 2.1.7. Clasificación

La clasificación de la Cirrosis Hepática se basa en criterios morfológicos y etiológicos.

1. Cirrosis alcohólica.
2. Cirrosis posviral o posnecrótica y criptogenética (15 %).
3. Cirrosis biliar.
  - Cirrosis biliar primaria.
  - Cirrosis biliar secundaria.
4. Cirrosis cardíaca.
5. Cirrosis metabólica, hereditaria.
  - Hemocromatosis.
  - Enfermedad de Wilson (rara).
  - Deficiencia de alfa 1-antitripsina (rara).
  - Galactosemia (poco frecuente).
  - Otros
6. Cirrosis producida por medicamentos.
7. Cirrosis de causa diversa. (30)

#### a. Clasificación de Pugh- Child y MELD

En la clasificación inicial (Child-Turcotte) se incluían cinco parámetros que eran la ascitis, encefalopatía, estado nutricional, albúmina sérica y bilirrubina sérica. Pero algunos años después, Pugh modificó dicha clasificación sustituyendo el estado nutricional por el tiempo de protrombina, lo que hizo más objetiva la clasificación. Estas dos clasificaciones se utilizan frecuentemente, luego durante la década de los ochenta y noventa se validó y consolidó el modelo de Pugh-Child, el cual mejora los modelos pronósticos mediante el empleo de datos prospectivos y la aplicación de los métodos de regresión logística y las curvas ROC (receiving operating curves).

La clasificación de Child Turcotte Pugh es la siguiente: (30)

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

Puntuación: A 5-6 puntos

B 7-9 puntos

C 10-15 puntos (30).

### 2.1.8. Factores de descompensación

Existen pacientes en los que la cirrosis hepática no se diagnostica hasta que se presenta una descompensación, la misma que puede ocurrir de forma espontánea o estar asociada a un factor precipitante. Es frecuente que una infección bacteriana sea el detonante de un primer episodio de ascitis o de encefalopatía. Otros factores que pueden propiciar la descompensación o la presencia de los primeros síntomas son: una transgresión enólica (a menudo asociada a una exacerbación del daño necroinflamatorio), una intervención quirúrgica reciente o la propia hemorragia por varices esofagogástricas. En los casos en los que se presenta el primer episodio de hemorragia digestiva por hipertensión portal, se detecta la enfermedad que hasta la fecha había sido inadvertida, en estos casos debe tenerse en cuenta que es posible que se presente una trombosis portal que complica la evolución de un hepatocarcinoma insospechado. Muchas veces, las primeras manifestaciones de la cirrosis son aquellas causadas por la aparición de un hepatoma injertado sobre la enfermedad de base, (30) en estos casos se presenta dolor sordo y continuo en el hipocondrio derecho, pérdida de peso, fiebre inexplicable o un hemoperitoneo agudo. (30)

### 2.1.9. Tratamiento

El tratamiento fundamental estará dirigido a evitar el factor etiológico, si es posible y posteriormente al manejo integral.

- Evitar bebidas alcohólicas
- Reposo
- Dieta para hepatopata con 0.5 grs. de proteínas de origen animal por Kg. de peso y restricción de sodio de acuerdo a los electrolitos urinarios, restricción de líquidos a 1200 ml en 24 hrs.
- Diurético (en caso de ascitis) con doble esquema (espironolactona y furosemida) 100 mgs-40 mgs en dosis única por las mañanas ajustando de acuerdo a respuesta.
- Betabloquadores (propranolol, nadolol) ajustando la dosis de acuerdo a la disminución basal de la frecuencia cardíaca (menor a 25%), evitando bradicardia sintomática (<math><55x\text{'}</math>) o la hipotensión diastólica menor a 60 torr.
- Polivitamínicos y suplementos alimenticios
- Tratamiento endoscópico de varices esofágicas y gástricas (escleroterapia o ligadura) (31).

## 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 3.1. Internacionales

**Autor:** Fernández J. y cols.

**Título:** Evaluación y tratamiento del paciente cirrótico crítico.

**Fuente:** Gastroenterol Hepatol, 2016; 39(9): 607-626. España.

**Resumen:** Los pacientes cirróticos presentan frecuentemente complicaciones graves de su enfermedad que requieren ingreso en la UCI. La encefalopatía hepática grado III-IV, el shock séptico, el fracaso agudo sobre crónico y la hemorragia variceal son descompensaciones que precisan un tratamiento intensivo específico en el paciente cirrótico. La mayor eficacia de los tratamientos empleados en cuidados intensivos y la generalización de los programas de trasplante hepático han mejorado de manera sustancial el pronóstico del paciente cirrótico crítico, hecho que ha facilitado su ingreso en las unidades de terapia intensiva. Las alteraciones hemodinámicas y en la coagulación características de estos

pacientes y la disfunción inmune que presentan aumentan la complejidad del tratamiento, el riesgo de presentar nuevas complicaciones y su mortalidad en comparación con la población general. (25)

**Autor:** Prieto J., Sánchez S., Prieto R., Rojas E., Gonzáles L., Mendivelso F.

**Título:** Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014.

**Fuente:** Rev Col Gastroenterol, 2016; 31 (1): 2 - 8. Colombia.

**Resumen:** Estudio retrospectivo y descriptivo que incluyó 419 pacientes, 50,1% mujeres y 49,9% hombres, con una edad promedio de diagnóstico de cirrosis de 63 años; el 73% de los pacientes presentaban hallazgos de hepatopatía crónica en el examen físico y el 27% tenía un examen físico normal. Las principales etiologías en esta serie fueron: esteatohepatitis no alcohólica (25,5%), alcohólica (14,8%), infección por virus C (14,6%), autoinmunidad (10%), esteatohepatitis no alcohólica más alcohol (6,7%), y otras (14,6%). La clasificación de Child-Pugh se pudo calcular en 394 pacientes y de estos, el 59,1%, 32,4% y 8,3% eran A, B y C, respectivamente. En relación con las descompensaciones, las principales fueron ascitis (36,1%), sangrado variceal (28,4%) y hepatocarcinoma (15,3%). (32)

**Autor:** Vicco M., Musacchio H., Long A., Ferini F., Rodeles L.

**Título:** Factores de riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ascitis por cirrosis hepática.

**Fuente:** Rev. Assoc. Med. Bras, 2015; 61(1):35-39. Brasil.

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue analizar los factores de riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes adultos con ascitis por cirrosis alcohólica. Estudio transversal en 180 pacientes adultos con diagnóstico de cirrosis con hipertensión portal asociada con alta ingesta de alcohol. Resultados: diecinueve pacientes murieron mientras estaban en el hospital. La mortalidad se asoció con un aumento de los niveles de glóbulos blancos, urea, creatinina, tiempo prolongado de protrombina, aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa. La urea sérica, creatinina y el tiempo de protrombina contribuyeron significativamente a la predicción de muerte y concluyen que la insuficiencia renal aguda y el tiempo prolongado de protrombina son predictores de mortalidad hospitalaria en pacientes con hipertensión portal debido a la cirrosis alcohólica. (33)

### 3.2. Nacionales

**Autor:** Durand F.

**Título:** Principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Central entre 2012 al 2014.

**Fuente:** Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Lima. 2016.

**Resumen:** El objetivo fue determinar los principales factores de riesgo asociados a la cirrosis hepática en los pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central del 2012 al 2014, participaron 100 pacientes encontrando que la ingesta de alcohol presentó un OR: 4.5, hepatitis B un OR:4.42 y hepatitis C un OR:3 constituyendo así los principales factores de riesgo y concluye que la ingesta de alcohol es el principal factor de riesgo asociado a cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central. (34)

**Autor:** More E.

**Título:** Características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en un hospital de la ciudad de Lima.

**Fuente:** Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres. Lima. 2015.

**Resumen:** El objetivo fue conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Estudio prospectivo que incluyó 156 pacientes. Resultados: el 57.1%(89) fueron mujeres y el 42.9% fueron varones. La media de la edad global fue de 62.6+/-13.1 años. En relación a los antecedentes, encontraron una mayor frecuencia de obesidad (23.7%), seguido de alcoholismo (21.8%). El 51.3% de los pacientes con cirrosis hepática reingresaron. En cuanto a la etiología, hubo una mayor frecuencia de esteatohepatitis no alcohólica (NASH) en el 32.7% de los pacientes, seguido de la etiología alcohólica en el 31.4%. Hubo una mayor frecuencia de CHILD B (48.7%), seguido de CHILD C (44.9%). El motivo de hospitalización de mayor frecuencia fue por ascitis (18.6%), encefalopatía hepática (14.1%) y sangrado variceal (10.9%). La infección de mayor frecuencia fue la infección del tracto urinario (14.1%). Hubo una mayor frecuencia de varices II° (50.6%), seguido de varices I° (26.9%). La mortalidad fue del 3.2%. Cuando se evaluó el score de MELD, la severidad de enfermedad hepática, se encontró que el 52.7% tenían un score mayor de 14. (35)

**Autor:** Larico M.

**Título:** Características clínicas, complicaciones y evaluación de sobrevida de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010-2012.

**Fuente:** Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. 2013.

**Resumen:** El objetivo fue describir las características clínicas, complicaciones y evaluación de sobrevida de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática. Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal que incluyó 91 pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2010 al 2012. Las principales características de los pacientes con cirrosis hepática son: sexo masculino (53,8%), edad mayor a 60 años (71,4%), sin enfermedades asociadas (20,9%), tiempo de enfermedad menor de 1 año (53,8%), etiología alcohólica (72,5%), diagnóstico clínico laboratorial (56,0%) y concluyen que la tasa de complicaciones fue 100%, las más frecuentes fueron: la ascitis descompensada (71,4%), encefalopatía hepática (61,5%) e ictericia (59,3%), anemia (81,3%), pancitopenia (34,1%). El 81,3% presentaba Child-Pugh de Grado C. (36)

### 3.3. Locales

**Autor:** Díaz M.

**Título:** Cirrosis hepática: características clínico-epidemiológicas, terapia y evolución.

**Fuente:** Tesis presentada a la Unidad Académica de Segunda Especialización en Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa para optar el Grado Académico de Segunda Especialidad en Gastroenterología. Arequipa, 2008.

**Resumen:** Estudio observacional, transversal y retrospectivo que tuvo como objetivo establecer las características clínico-epidemiológicas y terapéuticas asociadas a la evolución de la Cirrosis Hepática en pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el período 1998 – 2007 y encontró que la edad promedio es de 57,2 años, predominó el sexo masculino en 51,40% el bajo nivel de instrucción en 68,44%, la etiología de la cirrosis hepática fue el consumo de alcohol en 64,48% de pacientes, otras causas menos frecuentes son la hepatitis B y C y la criptogénica, la causa no determinada se observó en 12,85%. Los síntomas y signos principales fueron aumento del volumen abdominal, edemas y dolor abdominal; además se presenta ascitis en 74,58%, ictericia en 66,48%, encefalopatía hepática en 36,87% y hemorragia por varices esofágicas en 12,01%. De

acuerdo a la clasificación de Child Pugh el 45,53% de pacientes se encontraba en estadio C, la frecuencia de la enfermedad es de 11,50 por cada 1000 pacientes y la mortalidad es de 42,64%. (37)

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo General

Analizar las características clínico epidemiológicas y factores de descompensación en pacientes con cirrosis hepática. Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa – 2018.

### 4.2. Objetivos Específicos

- a. Describir las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio y en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.
- b. Precisar las características clínicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.
- c. Establecer los factores de descompensación en los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.
- d. Establecer la mortalidad por cirrosis hepática en el Hospital Regional Honorio Delgado y en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.

## 5. HIPÓTESIS

No corresponde.

### **III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

##### **1.1. TÉCNICAS**

Se utilizará como técnica la observación clínica y documental.

##### **1.2. INSTRUMENTOS**

El instrumento a emplearse será la Ficha de Recolección de datos, la misma que será elaborada por la investigadora en base a las variables de estudio.

#### **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

##### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

El estudio de investigación será realizado en Hospital Regional Honorio Delgado, que está ubicado en la Avenida Daniel Alcidez Carrión 506, en el Distrito de Arequipa y en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud, ubicado en la esquina de las calles Peral y Ayacucho en el Distrito de Arequipa. Se ha elegido trabajar en ambos hospitales, debido a que son los hospitales de referencia más representativos de la ciudad de Arequipa y los que concentran la mayor demanda de atención de los pacientes con cirrosis hepática.

##### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

Estudio de tipo coyuntural que comprende el período de diciembre del año 2017 al mes de febrero del 2018.

##### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

###### **2.3.1. Universo**

El universo está conformado por los pacientes con cirrosis hepática que son atendidos tanto en consultorios externos como en hospitalización de ambos hospitales, los que suman en promedio 206 y 128 respectivamente por año en el caso del Hospital Honorio Delgado y 500 pacientes en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo.

### 2.3.2. Muestra

No se trabajará con muestra sino con todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión:

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años de edad, de ambos sexos que tengan diagnóstico de cirrosis hepática mediante estudios clínicos, laboratoriales, ecográficos y/o anatomopatológicos, atendidos en el Servicio de Medicina (consultorios externos y hospitalización) de los Hospitales Regional Honorio Delgado y Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud.
- Pacientes que sean atendidos durante el mes de diciembre del 2017 al mes de febrero del año 2018.
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. ORGANIZACIÓN

- Después de que el Proyecto de Tesis sea aprobado por los jurados dictaminadores, se solicitará una carta de presentación a la Dirección de cada Hospital para que nos autoricen la realización del estudio.
- La investigadora, acudirá diariamente a los consultorios externos y los servicios de hospitalización de ambos hospitales, a efectos de poder captar un mayor marco muestral y evaluará a los pacientes que acudan a la consulta o que estén hospitalizados, en forma sistemática durante el mes de febrero. Además será necesario revisar las historias clínicas para obtener la información de algunas variables, se registrará la información necesaria en la Ficha de recolección de datos elaborada para el estudio. Luego se procederá a realizar

la tabulación de los datos en la matriz de sistematización elaborada en el Programa Excel, esto facilitará el conteo y análisis de los resultados. Posteriormente se redactará el informe final de la investigación.

### 3.2. RECURSOS

#### **Humanos:**

La investigadora: Srta. Lizbeth Miriam Pacheco Cáceres.

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Walker Jove Oblitas

#### **Institucionales:**

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Hospital Regional Honorio Delgado.

Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud.

#### **Materiales:**

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, insumos de computadora, paquete estadístico.

#### **Financieros:**

Autofinanciamiento.

### 3.4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La ficha de recolección de datos no requiere de validación porque es solo para recojo de información.

### 3.4 CRITERIOS Ó ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico de las variables ordinales, se aplicará estadística descriptiva, se calculará el promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar en el caso de las variables numéricas. Las variables categóricas se expresarán en número y porcentaje. Los datos serán sistematizados en la hoja de cálculo con el programa Excel 2010, el paquete estadístico que se utilizará será el SPSS. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO ACTIVIDADES	2017				2018											
	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto	X	X	X													
Presentación y aprobación del proyecto	X	X	X		X	X	X	X								
Recolección de Datos									X	X	X	X				
Elaboración del informe									X							
Presentación del informe final													X			

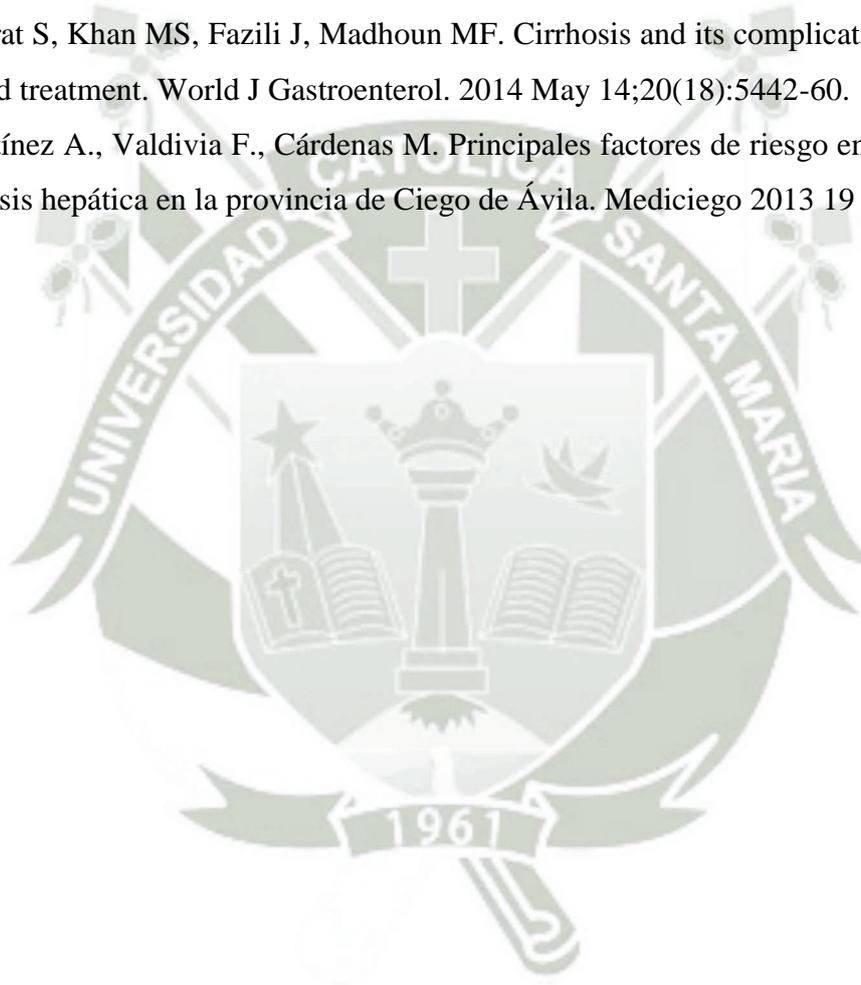
## V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. D'Amico G, García-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006; 44 (1): 217-31.
2. Aceves M. Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. *Nutr. Hosp*, 2014; vol.29 no.2 Madrid.
3. Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and Epidemiology of Cirrhosis. *Med Clin North Am* 2009; 93 (4): 787-99.
4. Durand F, Valla D. Assessment of Prognosis of Cirrhosis. *Semin Liver Dis* 2008; 28 (1): 110-22.
5. Malpica A., Ticse R., Salazar M., Cheng L., Valenzuela V., Huerta J. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. *Rev. gastroenterol, Perú*, 2013, vol.33 no.4. Lima.
6. Beltrán A., Neciosup E. Factores de riesgo para Cirrosis Hepática en la población adulta de la Red Asistencial Essalud Lambayeque *Rev. cuerpo méd. HNAAA*, 2011; 4(2).
7. Friedman LS. Assessing surgical risk in patients with liver disease. En: Uptodate, Chopra S (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.
- 8.
9. Aguilar R., García-Samaniego J. Cirrosis hepática. En: Planas R, Salmerón J, eds. *Enfermedades hepáticas. 2da edición. Consejos prácticos. Permanyer. Barcelona*, 2011:73-81.
10. Poo JL, Delgadillo-Torre A, López-Fuerte F, et al. Consenso mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de la cirrosis hepática. 2011. Obtenido de: <http://hepatologia.org.mx/> (Fecha de acceso: 8 – 1- 18)
11. World Health Organization. Mortality and burden of disease: disease and injury country estimates. Paris: WHO; 2012.
12. Ministerio de Salud (MINSA) Oficina de Estadística e Informática. Informe estadístico de Mortalidad en Perú a nivel nacional año 2013. Obtenido de: <http://www.minsa.gob.pe> (Fecha de acceso: 8 – 1 – 18).
13. Farfán G., Cabezas C. Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares en el Perú, 1995-2000. *Rev Gastroenterol Perú* 2002;22(4):212-233.

14. Ganem D., Prince M. Hepatitis B Virus Infection - Natural History and Clinical Consequences. *NEJM* 2004;350:1118-1129.
15. Booth L., O Grady J., Neuberger J., on behalf of the Royal College of Physicians of London and the British Society of Gastroenterology. Clinical guidelines on the management of hepatitis C. *Gut* 2011;49(Suppl I):i1-i21.
16. De la Cruz J., Fernández I., Tudon H., Escobedo J., Zarate A. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev. Salud Pública Mex.* 2002; 44: 113 – 121.
17. Beltrán A., Neciosup E. Factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta de la Red Asistencial EsSalud Lambayeque. *Rev. cuerpo méd. HNAAA.* 2011;4(2):77 – 83.
18. Viel M. et al Estimating the impact of hepatitis C virus therapy on future liverrelated morbidity, mortality and costs relate to chronic hepatitis C. *J Hepatol.* 2005; 42 (5): 639-45.
19. Narro J., Gutiérrez J., López M., Borges G., Rosvsky H. La mortalidad por cirrosis hepática en México. características epidemiológicas relevantes. *Rev Salud Pública. México.* 1992; 34:378-387.
20. Grant M., Enríquez L., Rodríguez O., Cuza R., Gonzales N. Comportamiento de la Cirrosis Hepática en el Hospital Universitario Dr. Salvador Allende. Chile, 2007.
21. Dávalos M. Epidemiología de la cirrosis hepática en el Perú. *Simposium Asociación Peruana para el Estudio del Hígado (APEH)* 2003;6:26-28.
22. Strauss E., Lacet C., Maffei A., Silva C., Fukushima J., Gayotto L. Etiología y presentación de la cirrosis hepática en Sao Paulo - Brasil: análisis de 200 casos. *GED Gastroenterología endoscopía digestiva* 1998; 7(4):119-23.
23. Bustios C., Davalos M., Román R., Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis *Rev. gastroenterol. Perú.* 2007; 27(3): 238-245.
24. Grupo investigadores “Proyecto prospectivo biomarcadores en cirrosis y carcinoma hepatocelular en Colombia”. Universidad de Antioquia. 2008.
25. Fernández J. y cols. Evaluación y tratamiento del paciente cirrótico crítico. *Gastroenterol Hepatol*, 2016; 39(9): 607-626. España.
26. D’Amico G., García G., Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006;44:217-31.
27. Bernal V., Bosch J. Cirrosis hepática. *Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital de San Jorge, Huesca. Barcelona*, 2014:867 – 892.

28. Erlinger S., Benhamou P. Cirrosis: aspectos clínicos. En: Rodés J, Benhamou JP, Bircher J, McIntre N, Rizzetto M, eds. Tratado de Hepatología Clínica. 3ra edición. Ediciones Científico-Técnicas, S.A. Barcelona, 2011:584- 599.
29. Fernández J., Fernández M., Acevedo J., Arroyo V. Adrenal dysfunction in liver failure. En: Arroyo V, Sánchez-Fueyo A, Fernández-Gómez J et al., eds. Advances in the therapy of liver diseases. Ars Medica. Barcelona, 2007:115-129.
30. Goldberg E., Chopra S. Diagnostic approach to the patient with cirrhosis. In: Uptodate, Runyon BA (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.
31. Cárdenas A., Ginès P. Management of patients with cirrhosis awaiting liver transplantation. Gut 2011;60:412-21.
32. Prieto J., Sánchez S., Prieto R., Rojas E., Gonzáles L., Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. Rev Col Gastroenterol, 2016; 31 (1): 2 - 8. Colombia.
33. Vicco M., Musacchio H., Long A., Ferini F., Rodeles L. Factores de riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ascitis por cirrosis hepática. Rev. Assoc. Med. Bras, 2015; 61(1):35-39. Brasil.
34. Durand F. Principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Central entre 2012 al 2014. Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Lima. 2016.
35. More E. Características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en un hospital de la ciudad de Lima. Fuente: Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres. Lima. 2015.
36. Larico M. Características clínicas, complicaciones y evaluación de sobrevida de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010-2012. Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. 2013.
37. Díaz M. Cirrosis hepática: características clínico-epidemiológicas, terapia y evolución. Tesis presentada a la Unidad Académica de Segunda Especialización en Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa para optar el Grado Académico de Segunda Especialidad en Gastroenterología. Arequipa, 2008.
38. Meléndez A., Meléndez J. Main causes and factors associated with liver cirrhosis in patients in the General Hospital of Zone 2 of Chiapas, Mexico. 2013.

39. Vinueza G., Pesse K. Características de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el hospital Eugenio espejo en el periodo del año 2008 al 2011. PUCE, 2013.
40. Tsochatzis EA, Bosch J, Burroughs AK. Liver cirrhosis. Lancet. 2014;383(9930):1749-61.
41. Lee U., Friedman SL. Mechanisms of hepatic fibrogenesis. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2011;25:195-206.
42. Asrani SK, Kamath PS. Natural history of cirrhosis. Curr Gastroenterol Rep. 2013 Feb;15(2):308.
43. Nusrat S, Khan MS, Fazili J, Madhoun MF. Cirrhosis and its complications: Evidence based treatment. World J Gastroenterol. 2014 May 14;20(18):5442-60.
44. Martínez A., Valdivia F., Cárdenas M. Principales factores de riesgo en pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila. Mediciego 2013 19 (Supl. 2).



**ANEXO 2**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Número..... HRHD ( ) HBCASE ( )

**Características clínico epidemiológicas**

Edad..... Sexo ( ) Masculino ( ) Femenino  
 Nivel de instrucción: ( ) Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior  
 Ocupación: ( ) Empleado ( ) Independiente ( ) Obrero ( ) Comerciante  
 ( ) Jubilado ( ) Ama de casa ( ) Desocupado  
 Estado civil: ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Viudo ( ) Separado  
 Procedencia: ( ) Arequipa (ciudad y provincias)..... ( ) Puno ( ) Cusco  
 ( ) Moquegua ( ) Tacna ( ) Lima ( ) Otras.....  
 Antecedentes patológicos:  
 Infecciosos: ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C ( ) Hepatitis A ( ) TBC pulmonar  
 ( ) Enteroparasitosis ( ) Hidatidosis hepática ( ) Otros.....  
 Metabólicos: ( ) Obesidad ( ) Diabetes mellitus ( ) Dislipidemia  
 Cardiovasculares: ( ) HTA ( ) Cardiopatías ( ) Otros.....  
 Hábitos nocivos: ( ) Consumo de alcohol ( ) Tabaquismo ( ) Drogadicción  
 ( ) Otros  
 Miscelánea: ( ) Cáncer..... ( ) Enfermedad ulcerosa péptica  
 ( ) Enfermedades biliares ( ) Otras.....  
 Tiempo de enfermedad:..... años  
 Manifestaciones clínicas: ( ) Aumento del volumen abdominal ( ) Edemas  
 ( ) Dolor abdominal ( ) Astenia ( ) Debilidad ( ) Alteración de la conciencia  
 ( ) Anorexia ( ) Pérdida de peso ( ) Hematemesis ( ) Melena ( ) Fiebre  
 ( ) Náuseas / Vómitos ( ) Circulación colateral ( ) Hepatomegalia  
 ( ) Esplenomegalia ( ) Telangiectasias ( ) Palmas hepáticas ( ) Equimosis  
 Manifestaciones de disfunción celular e hipertensión portal: ( ) Ascitis ( ) Ictericia  
 ( ) Encefalopatía hepática ( ) Hemorragia por varices esofágicas

Exámenes de laboratorio:

Examen	Resultado	Examen	Resultado	Examen	Resultado
Leucocitos		Bilirrubina total		Fosfatasa alcalina	
Hemoglobina		Bilirrubina directa		GGTP	
Plaquetas		Bilirrubina indirecta		Alfa feto proteína	
Velocidad de sedimentación		Albúmina		Tiempo de protrombina	
Glucosa		Globulina		INR	
Creatitina		TGP		Colesterol	
Urea		TGO		Triglicéridos	
				Sodio	
				Potasio	

Marcadores inmunológicos:

Examen	Resultado
Negativo	
Hepatitis B (HBs Ag)	
HB Core	
Hepatitis C (VHC)	
Hepatitis A (VHA)	

Marcadores de hepatitis autoimmune

Examen	Resultado
ANA	
Anti LKM1	
ASMA	
pANCA	
Negativo	

Hallazgos imagenológicos:

Ecografía: Patrón de cirrosis (PC): ( ) Si ( ) No

PC con hipertensión portal: ( ) Si ( ) No

Ascitis: ( ) Si ( ) No

Tamaño del bazo:..... Diámetro de la Vena Porta: .....

Nódulo hepático: ( ) Si ( ) No

Número de nódulos hepáticos..... Tamaño.....

Tomografía: Patrón de cirrosis (PC):  Si  No  
PC con hipertensión portal:  Si  No  
Nódulo hepático:  Si  No  
Número de nódulos hepáticos..... Tamaño.....

Endoscopia.

Varices  Varices esofágicas  Varices gástricas  
Gastropatía hipertensiva:  Si  No  Leve  Moderada  Severa

Etiología:  Alcohólica  Esteatohepatitis no alcohólica (NASH)  
 Hepatitis B  Hepatitis C  Hepatitis autoinmune  
 Cirrosis biliar primaria  Cirrosis biliar secundaria  Criptogenética  
 No determinada

Clasificación:

Child Pugh:  Estadio A  Estadio B  Estadio C  
Escala MELD:.....Puntaje

Estadio de la cirrosis:

Compensada:  Estadio 1: no várices, no ascitis  Estadio 2: várices, no ascitis  
 Descompensada.  Estadio 3: várices, ascitis  Estadio 4: sangrado variceal, ascitis  
 Estadio 5: Sepsis

Complicaciones:  Sangrado variceal  Sangrado no variceal  
 Hipertensión portal  Encefalopatía  Síndrome hepato renal  
 Síndrome hepato pulmonar  Trastorno de la coagulación  
 Hepatocarcinoma

Infecciones:

Peritonitis bacteriana espontanea  Neumonía  ITU

Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la descompensación: .....años  
Condición al alta:  Mejorado  Fallecido