



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
SERGIO BERNALES. MARZO 2019-MARZO 2022

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Viera Agüero, Wendy Carol

Asesor:

Alvizuri Escobedo, José María
(ORCID: 0000-0002-4758-2787)

Jurado:

Molocho Arango, Luis
Marin Portocarrero, Julio
Cartolin Espinoza, Wilfredo

Lima - Perú

2022

Referencia:

Viera, W. (2022). *Características clínico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática del servicio de medicina interna del Hospital Sergio Bernales. Marzo 2019-marzo 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6283>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON CIRROSIS
HEPÁTICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SERGIO
BERNALES. MARZO 2019-MARZO 2022.

Línea de investigación

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor(a)

Viera Agüero, Wendy Carol

Asesor

Alvizuri Escobedo, José María

(ORCID: 0000-0002-4758-2787)

Jurado

Molocho Arango Luis

Marin Portocarrero Julio

Cartolin Espinoza Wilfredo

Lima-Perú

2022

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante, a mi padre quién en vida trabajó incansablemente por la educación de sus hijos y ahora en el cielo cuida de nosotros, a mi madre quién es el pilar de fortaleza en mi hogar y a pesar de todo se sacrificó día a día por mi educación y bienestar, a mi hermano, toda mi familia, mi mejor amiga y amigos que me ayudaron en mi formación personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por apoyarme incondicionalmente, al doctor Alvizuri por su asesoría brindada para mi tesis, y a la Universidad Federico Villarreal por ser mi alma mater en esta carrera.

INDICE

INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Descripción y formulación del problema.....	2
1.2 Antecedentes.....	5
1.3. Objetivos.....	11
1.4. Justificación.....	12
1.5. Hipótesis.....	13
II. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	14
III. MÉTODO.....	29
3.1 Tipo de investigación.....	29
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	29
3.3 Variables.....	29
3.4 Población y muestra.....	30
3.5 Instrumentos.....	31
3.6 Procedimientos.....	31
3.7 Análisis de datos.....	32
3.8 Consideraciones éticas.....	33
IV. RESULTADOS.....	34

V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
VI.	CONCLUSIONES	70
VII.	RECOMENDACIONES	71
VIII.	REFERENCIAS.....	72
IX.	ANEXOS	81
	ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA	81
	ANEXO B: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	82
	ANEXO C: APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION	87
	ANEXO D: INSTRUMENTOS	88
	ANEXO E: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	90

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernal del período marzo 2019-marzo 2022. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 105 pacientes que cumplieron los criterios de selección. Se analizaron los datos con el programa SPSS Statistics v20, y se consideró medidas descriptivas. **Resultados:** Dentro de las características epidemiológicas, el grupo etario de 50-59 años fue el más frecuente (31,4%), la edad media global fue de 62,51 +/- 12 años; el 54,3% fueron del sexo masculino; la mayoría procedió de los distritos de Comas (62,9%) y Carabayllo (24,8%); el 51,4% tuvieron nivel de instrucción secundaria, el tener un oficio (49,5%) fue la ocupación más frecuente. De las características clínicas, la anemia (48,6%) , hipertensión arterial (30,5%) y litiasis vesicular (30,5%) fueron las comorbilidades más frecuentes; la etiología no determinada fue predominante (41,9%); el estadio B de Child-Pugh (45,7%) y un puntaje MELD < 15 puntos (54,3%) fueron los más frecuentes; la estancia hospitalaria promedio fue de 11,24 +/- 10 días; el 9,5% fallecieron ; la ascitis (78,1%) y la presencia de várices esofágicas (75,2%) fueron las complicaciones más frecuentes. **Conclusiones:** La cirrosis hepática en el estudio afectó en su mayoría al sexo masculino, al grupo etario 50-59 años, la anemia, hipertensión arterial y litiasis vesicular fueron las comorbilidades más frecuentes, predominaron la etiología no determinada, el estadio B de Child-Pugh, MELD < 15 puntos, y la ascitis fue la complicación más frecuente.

Palabras clave: cirrosis hepática, características epidemiológicas, características clínicas

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical-epidemiological characteristics in patients with liver cirrhosis hospitalized in the Internal Medicine service of the Sergio Bernales National Hospital from March 2019 to March 2022. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional, observational and retrospective study. The sample consisted of 105 patients who met the selection criteria. The data was analyzed with the SPSS Statistics v20 program, and descriptive measures were considered. **Results:** Within the epidemiological characteristics, the age group of 50-59 years was the most frequent (31.4%), the global mean age was 62.51 +/- 12 years; 54.3% were male; the majority came from the districts of Comas (62.9%) and Carabayllo (24.8%); 51.4% had secondary education level, having a trade (49.5%) was the most frequent occupation. Of the clinical characteristics, anemia (48.6%), arterial hypertension (30.5%) and gallstones (30.5%) were the most frequent comorbidities; the undetermined etiology was predominant (41.9%); Child-Pugh stage B (45.7%) and a MELD score <15 points (54.3%) were the most frequent; the average hospital stay was 11.24 +/- 10 days; 9.5% died; ascites (78.1%) and the presence of esophageal varices (75.2%) were the most frequent complications. **Conclusions:** Liver cirrhosis in the study affected mostly males, the age group 50-59 years, anemia, arterial hypertension and gallstones were the most frequent comorbidities, the undetermined etiology predominated, the Child-B stage B Pugh, MELD < 15 points, and ascites was the most frequent complication.

Keywords: liver cirrhosis, epidemiological characteristics, clinical characteristics

I. INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad del hígado crónica, que es progresivo, difuso e irreversible y se caracteriza por una destrucción difusa del parénquima hepático acompañado de “una fibrosis progresiva que destruye la arquitectura normal del hepatocito con el consecuente deterioro funcional del mismo” (Miño et al., 2021, p. 2).

Además de la fibrosis, existe también “un componente vascular que es fundamental en la evolución del daño hepático” (Rincón y Bañares, 2016, p. 598), ya que la presencia de alteraciones en los vasos sanguíneos hepáticos marca el punto de no retorno dentro de las lesiones en el hígado cirrótico (Rincón y Bañares, 2016).

La consecuencia de estas lesiones que constituye el suceso fisiopatológico clave en las complicaciones de los pacientes cirróticos es la presencia de hipertensión portal (García et al., 2012; Rincón y Bañares, 2016). Esta conlleva a “alteraciones funcionales múltiples que terminan en procesos crónicos y progresivos que pueden llevar a descompensación de la enfermedad y determinan ingresos hospitalarios múltiples durante su curso” (Miño et al., 2021, p. 4).

La presencia de complicaciones tales como ascitis, hemorragia digestiva alta por várices esofágicas, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea, sepsis, entre otras, marca la descompensación de la cirrosis hepática, y estos pacientes en su mayoría y teniendo en cuenta el puntaje pronóstico MELD, son candidatos a trasplante hepático para la resolución de la enfermedad (García et al., 2012; Miño et al., 2021).

Dentro de la etiología de la cirrosis hepática se incluyen al alcoholismo crónico, la enfermedad por hígado graso no alcohólico, las infecciosas de tipo viral (hepatitis B y C), las autoinmunes, las hereditarias, por tóxicos o por factores bioquímicos (Miño et al., 2021), y su distribución o variación de prevalencias varía en cada país de acuerdo a su demografía y propias características clínicas.

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

La cirrosis hepática es una enfermedad frecuente a nivel global y “constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad” (Ramírez et al., 2012, p. 1). Macías et al. (2021) reporta que “representa la treceava causa de mortalidad a nivel global” (p. 31), generando alrededor de un millón de muertes cada año (Tsochatzis et al., 2014).

A nivel de cada país su prevalencia varía dependiendo de los factores demográficos y etiológicos. En países de Europa como Reino Unido y España, se calculó una prevalencia de cirrosis hepática de 76,3 por 100 000 habitantes y de 4 cada 10 000 personas respectivamente; en Norteamérica, en los Estados Unidos, se estima una frecuencia de 360 por 100 000 habitantes, produciendo una mortalidad de 30 000 muertes anualmente siendo mayor en el género masculino (Fleming et al., 2008; Potrille et al., 2020).

En países de Latinoamérica como México y Colombia se estima que las tasas de defunción por cirrosis hepática es de 20,3 y 32,1 por 100 000 habitantes/año respectivamente (Ramírez et al. 2012). Además, se calcula que la cirrosis hepática está entre las 10 causas principales de muerte en occidente (Potrille et al., 2020). A nivel nacional, según el análisis situacional de salud realizada por el Ministerio Nacional de Salud (MINSa, 2019), la cirrosis hepática ocupa el quinto lugar como causa de muerte en ambos sexos en Perú en el periodo 2014-2016, siendo además la principal causa de mayor mortalidad por enfermedades hepáticas.

La cirrosis es mayormente “la consecuencia del curso prolongado de diferentes enfermedades que ocasionan daño parenquimatoso reiterado” (Rincón y Bañares, 2016, p. 597). Según García et al. (2012), en los países occidentales, cerca del 90% de las causas de cirrosis hepática lo constituyen la ingesta crónica de alcohol, la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHNA o NASH en inglés) y la hepatitis crónica vírica, esta última conformada

por la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC). También señala que en un 10% de los casos la causa de la cirrosis permanece desconocida, conociéndose como cirrosis criptogénica; pero se cree que un 70% de esos casos estarían relacionados con la resistencia a la insulina y estarían incluidos dentro del NASH, y el resto formaría parte de mecanismos autoinmunes.

Al ser la ingesta crónica de alcohol una de los principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática, es necesario conocer la estadística actual acerca del consumo de alcohol en el país. Según el informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2021), “en el Perú el 17,2% de personas de 15 a más años tuvo eventos de consumo excesivo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días” (p.41), siendo más frecuentes en los hombres. Sumado a ello, respecto a la cirrosis hepática por NASH, debido a que en los últimos años factores como la obesidad, sobrepeso, diabetes, síndrome metabólico han ido en aumento en las poblaciones, se estima un crecimiento considerable de la carga a los servicios de salud debido a las complicaciones de la cirrosis hepática en los próximos años (Macías et al., 2021). En ese contexto resulta importante contar con una caracterización actualizada de la cirrosis hepática a nivel nacional.

De forma clínica, se ha considerado que tener el diagnóstico de cirrosis hepática es un marcador invariable de una enfermedad terminal que conducirá a la muerte, a menos que se realice un trasplante hepático, y las únicas estrategias disponibles para disminuir la mortalidad y/ o extender unos años más de esperanza de vida al paciente que ya tiene el diagnóstico de cirrosis, serían las pruebas de detección precoz para varices esofágicas y hepatocarcinoma. Sin embargo, esta percepción ha sido cuestionada ya que la mortalidad por cirrosis en un año varía ampliamente del 1% al 57% dependiendo de la ocurrencia de eventos clínicos descompensantes (Tsochatzis et al., 2014).

Respecto al trasplante hepático, según Padilla et al. (2017) en las proyecciones de demanda efectiva en el Perú para el año 2016 habían 1103 pacientes con potencial indicación para trasplante hepático, de los cuales 670 cirróticos eran del sector MINSA y 403 del sector ESSALUD, y del total se calcula que menos del 5% de pacientes podrán recibir el trasplante hepático por año a nivel nacional siendo solo del sector ESSALUD. Además, nos explican que una de las razones de esta baja cifra es la poca disponibilidad de órganos en el país, ya que se considera que el Perú tiene una de las tasas más bajas de trasplante y donación a nivel de Latinoamérica (pp. 31-32).

1.1.2. Formulación del Problema

1.1.2.1. Problema general

- ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas en los pacientes con cirrosis hepática del servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernales, marzo 2019 -marzo 2022?

1.1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática del servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernales, marzo 2019 -marzo 2022?
- ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con cirrosis hepática del servicio de Medicina Interna del Hospital Sergio Bernales, marzo 2019-marzo 2022?

1.2 Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales:

Muñoz et al. (2021) en su estudio “Complicaciones de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón” realizado en Ecuador, tuvieron una muestra de 185 pacientes con cirrosis hepática donde el sexo femenino fue el predominante con 56,2%, el promedio de edad general se calculó en 60.33 +/- 11.98, el grupo etario más frecuente fue entre 60-79 años con 49,2% seguido del 40-59 años con 40%. El estadio B de Child-Pugh fue el más frecuente (49,2%), el puntaje MELD entre 10-19 el mayoritario con 54,6%. Las etiologías más frecuentes fueron el NASH (45,4%), seguido por la no determinada (31,4%) y la alcohólica (16,8%). La hemorragia por várices esofágicas (79,5%), seguida por la ascitis (66.5%) y la encefalopatía (35,1%) las complicaciones más predominantes.

García, Martínez et al. (2020) en su estudio titulado “Etiología de la cirrosis: los cambios epidemiológicos entre los períodos 1995-2002 y 2010-2017” realizado en Argentina, describió las características clínicas y etiologías de los pacientes cirróticos de 2010-2017, en comparación al período 1995-2002. Así, encontraron que en el período 2010-2017 la edad media fue de 59,4 años, el sexo masculino fue predominante con 61,9%, el diagnóstico clínico se dio en el 83,1% y la biopsia en 7,7%, las etiologías más frecuentes fueron la alcohólica (36,1%), virus hepatitis C (33,5%) y la esteatohepatitis grasa no alcohólica (EHGNA) con 13,5%. La etiología criptogénica fue de 4,2%. El estadio Child A fue el más frecuente con 64,6%. Hallaron que en comparación al período 1995-2002, la edad y porcentaje de etiología alcohólica y criptogénica fueron menores siendo significativos; mientras que la etiología por EHGNA y HAI aumentaron significativamente.

Velázquez y Giralda (2018) en su investigación de título “Etiología , estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay”, incluyeron a 95 pacientes con cirrosis hepática , del estudio concluyen que la cirrosis hepática fue más

frecuente en el sexo masculino ,la edad media de presentación fue de 51+/-14 años , la etiología predominante fue el consumo de alcohol (51%) , seguido por la causa de origen autoinmune (25%) ; además fue más frecuente el estadio A de Child-Pugh y la complicación principal lo constituyeron las varices esofágicas (82%).

Escorcía y Marrugo (2017) en su estudio titulado “Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del Caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017”, abarcaron a 284 pacientes, de los cuales la mayoría pertenecía al género femenino, con mayor prevalencia en el grupo etario mayores a 60 años; en cuanto a etiología la más prevalente fue la infección por el virus de la hepatitis C (28,5%), seguida por el hígado graso no alcohólico (24,6%) y la hepatitis autoinmune (14,4%). La mayoría de los pacientes en un 66,2% se encontraban en el estadio Child- A, escala MELD menor a 18 puntos en su mayoría, y un 62,6% presentaban varices esofágicas.

Prieto et al. (2016) en su investigación titulada “Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014”, incluyeron a 419 pacientes con prevalencia del género femenino en 50,1% y edad promedio de diagnóstico de cirrosis de 63 años. Dentro de sus resultados encuentran como factor etiológico principal a la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) en un 25,5%, seguida de la tipo alcohólica (14,8%), infección por virus de la hepatitis C y autoinmunidad, entre otros. La clasificación de Child Pugh predominante fue la de tipo A, y las principales manifestaciones de descompensación fueron la ascitis en primer lugar seguido por el sangrado variceal y el hepatocarcinoma.

Martínez et al. (2013) en su estudio de título “Principales factores de riesgo presentes en pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila”, incluyeron a 119 pacientes con cirrosis hepática de una provincia en Cuba, encontrando prevalencia en el género masculino, con edad mayor de 60 años; y dentro de los factores de riesgo los principales fueron

la infección por el virus de la hepatitis C (36,9%) y el alcoholismo (14,2%). La mayoría de los pacientes se encontraban en una cirrosis compensada, y dentro de los descompensados la ascitis fue la complicación más frecuente. La mayoría de los pacientes (41,1%) se encontraba en el estadio B de Child Pugh.

Meléndez CA, Meléndez JJ (2012) en su investigación titulada “Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México”, incluyeron a 229 pacientes de los cuales predominó el sexo femenino (52,2%), el promedio de edad fue de 55, 27 años con mayor número de casos entre los grupos etarios de 51-60 y 61-70 años. Hallaron como factores de riesgo el consumo de alcohol, la diabetes mellitus, obesidad y medicina alternativa. Como factor desencadenante se encontró en primer lugar al alcoholismo, seguido de la hepatitis sin causa aparente o criptogénico, y en tercer lugar la infección crónica por el virus de la hepatitis C. La hipertensión portal se detectó en un 89,5% de los pacientes, siendo el signo más frecuente las varices esofágicas y la ascitis.

1.2.2. Antecedentes nacionales:

Santos y Segura (2021) en su tesis de título “Características clínicas, epidemiológicas y laboratoriales de la cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Enero 2018-Diciembre 2020”, tuvieron su muestra de 183 pacientes donde hallaron que el grupo etario más frecuente fue de 60-80 años, el sexo masculino predominó con 62.3%, el grado de primaria completa fue el grado de instrucción más frecuente. Dentro de los antecedentes patológicos tuvieron a la diabetes mellitus 2 (20,2%) seguido de la hipertensión arterial (16,9%) como los más prevalentes, la etiología alcohólica (55,2%) seguida de la criptogénica y del NASH fueron los más frecuentes. Dentro de las complicaciones, la ascitis predominó con un 68,9% y el estadio Child B el más predominante con 52,5%.

Calderón et al. (2020) en su estudio titulado “Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m.s.n.m.)”, recolectaron los

datos de las historias clínicas de 108 pacientes con cirrosis hepática atendidos en el servicio de Medicina del Hospital Ramiro Prialé de EsSalud en el periodo del 2010 al 2012. Encontraron que la etiología principal de la cirrosis hepática en la ciudad de Huancayo fue la ingesta alcohólica con un 63%, con bajas tasa de hepatitis B (7,4%) y hepatitis C (2,8%), además que a un 25% no se le identificó etiología. El estadio B de la clasificación Child-Pugh fue la más prevalente con 58,3%. También hallaron que las complicaciones más frecuentes fueron las ascitis (56,5%), la encefalopatía hepática (47,2%) y la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas (43,5%); el sexo masculino fue el género más prevalente (62,9%), que además se asoció con mayor mortalidad, presencia de ascitis y estadios más avanzados de la clasificación Child-Pugh.

Matos (2017) en su tesis de título “Características clínicas-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante el periodo 2013-2016”, realizó un análisis de 72 pacientes con cirrosis hepática donde halló que el género femenino fue el más frecuente (59,72%), la media de edad global fue de 74,85 años, el grupo etáreo más frecuente tanto en el sexo masculino como femenino fue de 60-69 años, la comorbilidad más asociada fue la hipertensión arterial. En cuanto a su etiología la más frecuente fue la cirrosis biliar primaria seguida de la ingesta de alcohol, la mayoría se encontraba en el estadio A de Child Pugh y un puntaje MELD de 10-19 puntos. El principal motivo de hospitalización fueron las infecciones siendo la infección urinaria la más frecuente.

Viera (2017) en su estudio titulado “Factores asociados a la mortalidad hospitalaria de los pacientes cirróticos hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital III Cayetano Heredia- Piura en el periodo enero- diciembre del 2017”, realizó un estudio donde analizó a 52 pacientes con cirrosis hepática, siendo el género más frecuente el masculino, promedio de edad general en 63 años; en el grado de instrucción la secundaria tuvo el mayor porcentaje. Dentro de las comorbilidades más frecuentes tiene a la hipertensión arterial y la

gastritis como los más preponderantes con igual porcentaje (34.1%). Respecto a la etiología, el alcoholismo tuvo mayor prevalencia (40,4%), seguido de la causa no identificada. Dentro de sus complicaciones más frecuentes tuvo a la ascitis seguida de la hemorragia por várices esofágicas. El estadio B de Child Pugh y el puntaje MELD 10-19 puntos fueron los más frecuentes.

Munaylla (2017), en su tesis titulada “Características clínicas y pronóstico de supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en hospital Nacional Sergio Bernal periodos enero del 2014 a diciembre 2015”, incluyó una muestra de 82 casos, de los cuales la edad mediana fue de 60,5 años, la etiología predominante fue por alcoholismo (46,3%) y la hepatitis B (11%). Las complicaciones se presentaron en un 84,1%, siendo mayoritario los procesos infecciosos de tipo urológico. La mayoría se encontraba en estadio B de Child Pugh (53,7%), y una puntuación MELD media de 20 puntos.

More (2015) en su investigación de título “Características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en un hospital de la ciudad de Lima” (2015), analizó a 156 pacientes con cirrosis hepática del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del periodo julio- diciembre 2013, y se encontró que hubo una mayor frecuencia del sexo femenino (57,1%), con una edad media de 62 años. Además la etiología principal fue la NASH con un 32,7%, seguido de la etiología alcohólica con un 31,4%. El estadio B de Child-Pugh tuvo mayor frecuencia con 48,7%, seguido del estadio Child C con 44,9%. La ascitis, encefalopatía hepática y sangrado variceal fueron los motivos de hospitalización de mayor frecuencia, y la infección del tracto urinario fue la causa más frecuente de infecciones asociadas.

Acorda (2013) en su estudio de título “Comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con cirrosis hepática”, incluyó a 210 pacientes con cirrosis hepática del hospital Loayza del año 2006 al 2010, encontrando que el sexo femenino fue de mayor frecuencia, y el grupo etario prevalente fue de 60-69 años. Respecto a la etiología encontraron que la ingesta

de alcohol fue la causa más frecuente (21,9%), seguida de la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) con 18,6% y de la hepatitis B (12,4%). Hubo predominio del estadio A del score de Child-Pugh, con 37,1%. La hemorragia digestiva alta de origen variceal fue el principal motivo de hospitalización, y la infección urinaria la causa más frecuente de infecciones.

Durand (2016) en su estudio titulado “Principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central entre 2012 al 2014”, encontró que la ingesta de alcohol fue el principal factor de riesgo para cirrosis hepática, seguido por la hepatitis B y hepatitis C. La mayoría de su población de casos fue del sexo masculino, además el grupo etario mayor a 61 años fue el más prevalente.

Malpica et al. (2013), en su investigación de título “Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú”, incluyeron en su muestra de estudio a 96 pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de cirrosis hepática que se atendieron en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. En sus resultados hallaron que la edad media de los pacientes fue de 59,2 +/- 12,7 años, el grupo etáreo de mayor frecuencia fue de 50-59 años, el sexo masculino fue el predominante (52,1%), la etiología alcohólica fue la más frecuente (45,8%) seguido del no determinado; la hemorragia digestiva alta (29,2%), seguida por la encefalopatía hepática y la infección fueron los motivos de hospitalización más frecuentes. Además hallaron que las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes y la hipertensión arterial, el estadio C de Child-Pugh y un score MELD <18 fueron los más prevalentes. En sus correlaciones encontraron que el score MELD, estadio Child-Pugh y presencia de infección se relacionó con la mortalidad.

Beltran y Neciosup (2011), en su estudio de título “Factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta de la Red Asistencial EsSalud Lambayeque”, encontraron que la mayoría de su población era de sexo masculino, grupo de edad predominante entre los 60 a 69 años, en factores de riesgo el alcoholismo fue el principal factor de riesgo, seguida por la

hepatitis B y diabetes mellitus.

Bustios et al. (s.a.) en su investigación titulada “Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la unidad de Hígado del HNERM EsSalud”, incluyeron a 475 pacientes de los cuales la mayoría fue del sexo masculino, con edad media de 63,4 años. Dentro de las causas más frecuentes de cirrosis hallaron en primer lugar el consumo de alcohol (28%) , seguido del tipo criptogénico (21,3%) y las enfermedades virales crónicas : hepatitis B (15,2%) y hepatitis C (11,8%). El estadio C de Child fue el más frecuente (42,5%), pero seguido próximamente por un 42,3% que estaban en estadio B. La hemorragia digestiva alta de origen variceal fue el principal motivo de hospitalización; y dentro de las infecciones la infección urinaria fue la más frecuente seguida de la neumonía y peritonitis bacteriana espontánea.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características clínico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernales. Marzo 2019-Marzo 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Nacional Sergio Bernales. Marzo 2019- Marzo 2022.

Describir las características clínicas de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Nacional Sergio Bernales. Marzo 2019- Marzo 2022.

1.4. Justificación

El problema de la cirrosis hepática continúa siendo una enfermedad de elevada morbimortalidad en el país, constituyendo un problema de salud pública nacional con alta demanda de atención hospitalaria.

En el Perú las enfermedades del hígado constituyen una de las principales causas de mortalidad, ocupando la cirrosis hepática el quinto lugar de causa de mortalidad nacional (MINSA, 2019), además de constituir la primera causa más frecuente de mortalidad por enfermedad digestiva no neoplásica en la población adulta (Castillo et al. 2019). También la cirrosis hepática constituye una enfermedad con alta morbilidad y carga hospitalaria, siendo “la primera causa de demanda efectiva de hospitalización con un alto porcentaje de readmisión hospitalaria” (Castillo et al. 2019, p.40), debido principalmente a sus complicaciones propias de la enfermedad.

Además, dentro de la etiología de la cirrosis hepática se encuentran cambios, ya que la etiología alcohólica ha sido señalada como la principal causa de cirrosis hepática en el país (Castillo et al., 2019), pero hay estudios que ya encuentran al NASH como principal etiología en diversos hospitales (Padilla et al., 2017). Esta tendencia ha sido poco evaluada estos últimos años debido a la pandemia del COVID-19, por lo que no se encuentra literatura reciente que investigue estos cambios a nivel nacional.

Ante todo lo expuesto, se hace necesario contar con un estudio analizando todas las variables implicadas en el desarrollo y complicación de la cirrosis hepática, para así tomar conocimiento de los aspectos más primordiales de la enfermedad, que ayude a tener una visión más completa y actualizada a nivel local para tomar importancia a posibles cambios en la epidemiología que puede existir según el género, factores de riesgo y frecuencia de complicaciones, y así establecer el manejo de nuevas terapias para la prevención e intervención

temprana que ayuden a estabilizar la progresión de la enfermedad , disminuir la morbilidad y mortalidad evitando o retrasando la aparición de las complicaciones de la cirrosis y de su necesidad de trasplante hepático , para así mejorar la esperanza y calidad de vida de estos pacientes.

1.5. Hipótesis

El presente estudio al ser de tipo descriptivo no presenta hipótesis.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

La cirrosis hepática es el estadio avanzado del daño hepático crónico; se constituye como un proceso crónico, progresivo, difuso, irreversible y de causa variada, que se caracteriza por la presencia de una fibrosis extensa en el parénquima hepático y formación de nódulos de regeneración con estructura anormal que como consecuencia producen distorsión de la arquitectura lobulillar hepática normal y trastorno de la anatomía de los vasos sanguíneos hepáticos y su microcirculación (García et al., 2012). Estos cambios se expresan clínicamente con una diversa sintomatología que son manifestación de la hipertensión portal e insuficiencia hepática, y que finaliza en una falla hepática y muerte (Cisneros et al 2021).

La fibrosis hepática, que consiste en un aumento difuso de la matriz extracelular en respuesta a un daño persistente en el hígado, constituye un papel determinante en la evolución de la las diversas enfermedades hepáticas a la cirrosis (Miño et al., 2021; García et al., 2012). Acompañado a la fibrosis, el componente vascular también es fundamental en la evolución del daño hepático, ya que su existencia marca el “punto de no reversibilidad de las lesiones hepáticas” (Rincón y Bañares, 2016, p.598).

2.1.1. Fisiopatología

En el desarrollo de la cirrosis de cualquier etiología están implicados los siguientes fenómenos fisiopatológicos (García et al., 2012):

- a. Necrosis o lisis de hepatocitos con pérdida del parénquima hepático e inflamación: “estímulo y factor perpetuador la proliferación y crecimiento de los hepatocitos y del proceso de fibrogénesis” (García et al., 2012, p.629).
- b. Fibrogénesis: “es una reacción de reparación como respuesta al daño e inflamación crónica” (Miño et al., 2021, p.3).

c. Cambios en el crecimiento celular: la hiperplasia y regeneración constante debido a la lisis continua del parénquima hepático, que agregada a la fibrogénesis continua que altera la arquitectura hepática hace que se formen los nódulos de regeneración hepatocitaria (García et al., 2012; Rincón y Bañares, 2016).

d. Alteraciones vasculares y circulatorias: que sucede por la fibrogénesis, el incremento de la producción de matriz extracelular y colágeno se deposita en el espacio de Disse que lleva a la formación de pseudomembranas situadas en el endotelio sinusoidal “capilarización de los sinusoides” haciendo que se produzca una barrera adicional entre la luz sinusoidal y los hepatocitos, impidiendo el intercambio de sustancias entre la sangre sinusoidal y el parénquima hepático, lo que provoca daño isquémico y necrosis a los hepatocitos. Ante este aumento de hipoxia tisular, se activan los factores proangiogénicos como el PDGR, TGF-B1, FGF y se empieza a dar la angiogénesis: formación de neovasos que gatillarían el punto de partida del desarrollo de hipertensión portal (Miño et al., 2021; Rincón y Bañares, 2016; García et al., 2012).

Estos cambios darían lugar a dos consecuencias importantes del desarrollo de la cirrosis:

2.1.1.1. Hipertensión portal. “Es la consecuencia más importante y frecuente de la cirrosis” (Miño et al., 2021, p.3), se define como un incremento del gradiente de presión portal (la diferencia entre la presión portal y la presión en la vena cava mayor a 5 mmHg), siendo resultado del incremento de la resistencia vascular hepática debido a la distorsión estructural de la arquitectura hepática por tejido fibroso (componente estático) y al aumento reversible del tono sinusoidal resultado de un desequilibrio entre los estímulos vasoconstrictores y vasodilatadores (componente dinámico) (Montaño y Meza, 2005).

La HTP constituye la clave en la mayor parte de las complicaciones de la cirrosis, y estas representan la principal causa de muerte y de necesidad de trasplante hepático en los pacientes cirróticos (Montaño y Meza, 2005).

2.1.1.2. Insuficiencia hepática. La pérdida de hepatocitos funcionales mediadas por daño directo del agente etiológico (alcohol, virus, etc.) y por el reemplazo del colágeno por la fibrogénesis, condiciona la alteración de las funciones hepáticas, produciendo disminución de proteínas (albumina, factores de coagulación), disminución de la depuración de sustancias tóxicas como el amonio, causando las manifestaciones clínicas características de la enfermedad (Macías et al., 2021).

2.1.2. Etiología

“Aproximadamente el 90% de las causas de cirrosis hepática en países occidentales son el abuso de alcohol, la enfermedad por hígado graso no alcohólico y la hepatitis crónica vírica” (Lefton et al., 2009, como se citó en García et al., 2012).

Tabla N°1

Etiología de la cirrosis hepática

Tóxica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ alcohol
Metabólica
<ul style="list-style-type: none"> ▪ enfermedad de hígado graso no alcohólico (NASH) : resistencia a la insulina, síndrome metabólico.
Infecciosa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ virus de las hepatitis VHB , VHC, VHD ▪ Eschistosomiasis
Autoinmune
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hepatitis autoinmune ▪ Cirrosis biliar primaria ▪ Colangitis autoinmune
Genético-hereditaria
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemocromatosis hereditaria ▪ Enfermedad de Wilson ▪ Fibrosis quística ▪ Déficit de I-1 antitripsina
Enfermedades biliares

-
- Cirrosis biliar secundaria (obstrucción biliar por estenosis, litiasis de larga evolución)
 - Colangitis esclerosante primaria
 - Atresia de vías biliares
-

Vascular

- Insuficiencia cardiaca crónica derecha (“cirrosis cardiaca”)
 - Síndrome de budd-chiari
 - Pericarditis constrictiva crónica
-

Criptogenética

Nota: Adaptado de “Cirrosis hepática” por García et al., 2012, *Medicine*, 11(11), p. 627

2.1.2.1. Cirrosis alcohólica. Es una de las principales causas de cirrosis. Acerca de ello Miño et al. (2021) nos dice:

El umbral para alcanzar una enfermedad hepática grave se relaciona con el consumo diario durante 10 años de 20-40g/día en mujeres, y 60-80g/día en varones. El alcoholismo crónico induce reacciones inflamatorias que aumentan la susceptibilidad para presentar carcinoma hepatocelular y cirrosis incluso en el curso de uno o varios años después de su suspensión. La lesión hepática típica al microscopio se caracteriza por la presencia de cuerpos de Mallory y degeneración hialina. (p. 3)

2.1.2.2. Hepatitis viral. El virus de la hepatitis B (ADN virus) puede progresar a enfermedad hepática crónica y cirrosis en una incidencia acumulada de 8-20% a desarrollarse en 5 años luego del diagnóstico; el virus de la hepatitis C es un ARN virus que produce cirrosis en 15% de los casos en 20 a 30 años de evolución (García et al., 2012; Miño et al., 2021).

2.1.2.3. Enfermedad por hígado graso no alcohólico (NASH, EHNA). Según Miño et al. (2021), es una etiología que va en aumento, y está íntimamente asociada a la obesidad, diabetes mellitus y resistencia a la insulina. También menciona que la progresión a cirrosis suele ser lenta e indolente, y el estadio de cirrosis lo alcanzan a edades mayores, frecuentemente. Agrega que es posible que desarrollen hepatocarcinoma.

2.1.2.4. Cirrosis hepática autoinmune. Son más frecuentes en mujeres, u diagnóstico

requiere de la exclusión de otras causas de enfermedad hepática, y suelen estar presentes auto anticuerpos que deben dosarse (Miño et al., 2021).

2.1.2.5. Criptogénico. Si la causa de la cirrosis es desconocida (Ayata et al., 2002).

2.1.3. Historia natural

La historia natural de la cirrosis comprende dos periodos bien diferenciados: una fase compensada y la fase descompensada; la transición entre una fase a otra lo delimita el desarrollo de la primera descompensación de la enfermedad que en la mayoría de casos corresponde a la ascitis (Rincón y Bañares, 2016).

Rincón y Bañares (2016), mencionan que en función de los síntomas y signos que presente la enfermedad, la cirrosis se puede dividir en cuatro estadios a nivel clínico según lo establecido en el consenso de Baveno IV. Además estos estadios se encuadran dentro de los 2 periodos antes descritos; en cada estadio el pronóstico empeora con respecto a lo anterior (599). Así tenemos:

2.1.3.1. Fase compensada. Corresponde al primer periodo, donde el enfermo permanece asintomático, su diagnóstico generalmente se da con la palpación de “hepatomegalia o en el hallazgo de anomalías en el laboratorio de una analítica rutinaria” (Bernal y Bosch, s.a.). La progresión de la fibrosis y de la hipertensión portal condicionaría el desarrollo de varices esofágicas.

Esta fase compensada abarca los dos primeros estadios según el nivel clínico de la cirrosis, según lo mencionado por De Franchis (2005, como se citó en Rincón y Bañares, 2016):

- **Estadio 1:** ausencia de varices esofágicas y de ascitis: 1% mortalidad al año.
- **Estadio 2:** presencia de varices esofágicas sin antecedente de hemorragia y sin ascitis: 3,4% mortalidad al año.

2.1.3.2. Fase descompensada. Corresponde al segundo periodo, se define por la presencia de las complicaciones de la cirrosis, como es la ascitis, hemorragia por varices esofágicas, encefalopatía hepática y/o la presencia de ictericia (D`Amico et al., 2006). En la mayoría de los casos se debuta con la ascitis (García et al., 2012). En esta fase se incrementa de forma muy significativa el riesgo de morir como consecuencia de la enfermedad. A su vez también abarca los dos últimos estadios de la clasificación clínica como menciona De Franchis (2005, como se citó en Rincón y Bañares, 2016):

- **Estadio 3:** presencia de ascitis con o sin varices esofágicas: 20% de mortalidad al año
- **Estadio 4:** hemorragia gastrointestinal por hipertensión portal, con o sin ascitis: 57% de mortalidad al año.

El hepatocarcinoma puede aparecer en cualquier estadio de la cirrosis con una tasa constante de 3% por año.

2.1.4. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la cirrosis dependerán de en qué fase se encuentra y de su etiología. Así, Bernal y Bosch (s.a.) mencionan:

- **Síntomas constitucionales:** desnutrición proteínocalórica, pérdida de peso, anorexia, astenia, osteoporosis, atrofia muscular, febrícula.
- **S. gastrointestinales:** hipertrofia de parótida, vórices esofágicas, diarrea, cálculos biliares pigmentarios, pancreatitis crónica, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, caput medusae, ascitis.
- **S. neurológicos:** flapping tremor o asterixis, signo de Babinsky, rigidez de la musculatura periférica.
- **S. Hematológicos:** trastornos de la hemostasia, anemia, leucopenia, trombocitopenia.
- **S. musculo esquelético:** osteopenia, osteoporosis, contracción de Dupuytren,

osteoartrópata hipertrófica.

- **S. dermatológico:** ictericia, prurito, telangiectasias o arañas vasculares, eritema de las eminencias tenar e hipotenar, uñas de Muehrcke (bandas blanquecinas horizontales alternando con zonas de color normal), enrojecimiento de la porción distal de las uñas.
- **S. endocrino:** ginecomastia, hipogonadismo, infertilidad, pérdida de la libido, diabetes.
- **Estigmas en pacientes con alcoholismo:** hipertrofia parotídea, la contractura de Dupuytren, ginecomastia y distribución ginecoide del vello en varones.

2.1.5. Diagnóstico

El proceso diagnóstico de la cirrosis hepática empieza con un diagnóstico de sospecha que reúne a los datos clínicos, de laboratorio e imágenes, en ellos se encuentran evidencias que sugieren fuertemente la presencia de cirrosis; y por lo general estos datos son suficientes en la mayoría de casos para catalogar a un paciente con cirrosis (Rincón y Bañares, 2016; Bernal y Bosch, s.a.). El examen confirmatorio se da con la biopsia de hígado, que por ser un método invasivo se reserva para determinados casos (Rincón y Bañares, 2016).

2.1.5.1. Diagnóstico de sospecha

a. Anamnesis: historia clínica detallada que incluye los antecedentes de importancia relacionados con la etiología, tales como antecedentes familiares, consumo prolongado de alcohol u otras sustancias, exposiciones de riesgo, etc, además del cuadro clínico presente, comorbilidades encontradas.

b. Ex. Físico: encontrar los estigmas característicos mencionados en las manifestaciones clínicas, a resaltar la ictericia, la hepatomegalia, la esplenomegalia, la ascitis (Bernal y Bosch, s.a.).

c. Laboratorio: alteraciones a nivel de pruebas hepáticas: AST/ALT > 1 y elevados, elevación de dos a tres veces más la fosfatasa alcalina, GGT elevada, bilirrubinas elevadas,

albumina disminuida, tiempo de protrombina prolongado, gammaglobulinas incrementadas, hiponatremia; alteraciones hematológicas como anemia , trombocitopenia, leucopenia , neutropenia, alteraciones de la hemostasia; además pruebas serológicas positivas a hepatitis B , hepatitis C (Bernal y Bosch, s.a.; Rincón y Bañares, 2016).

d. Pruebas de imagen:

Ecografía abdominal: De primera elección, demuestra la existencia de un trastorno morfológico hepático como la estructura heterogénea del parénquima, crecimiento del lóbulo caudado y lóbulo hepático izquierdo, pérdida del lóbulo derecho, nodularidad del borde y superficie (Lurie et al., 2015; Bernal y Bosch, s.a.; Rincón y Bañares, 2016). Además Lurie et al. (2015) reporta que también se puede visualizar la esplenomegalia, ascitis y trombosis de la vena porta; y que en la ecografía tipo Doppler se pueden ver hallazgos de hipertensión portal como aumento del diámetro de la vena porta, presencia de venas colaterales, disminución del flujo en la circulación portal.

Elastografía: que estudia la rigidez hepática, basado en el concepto que el aumento de la cicatrización del hígado (fibrosis) se asocia con el aumento de la rigidez del tejido (Lurie et al., 2015).

Endoscopia superior: para buscar presencia de varices esofágicas y/o gástricas (Moreira y Garrido, 2011).

2.1.5.2. Diagnóstico de confirmación

El diagnostico Gold Estándar para la cirrosis hepática es la biopsia de hígado, que además determina el grado certero de lesión hepática (Miño et al., 2021; Bernal y Bosch, s.a.).

2.1.6. Evolución y pronóstico

Luego de diagnosticar la cirrosis hepática, se debe realizar una estadificación de la enfermedad para valorar el estado y pronóstico de vida de los pacientes (García et al., 2012; Miño et al., 2021). En la actualidad se cuentan con dos escalas de mayor uso en la práctica clínica:

Escala de Child-Pugh. Es una escala que evalúa la “mortalidad de pacientes cirróticos a 1-2 años de plazo” (García et al., 2012), clasificando además el grado de disfunción hepática (Meijide, s.a.). Es “validado como un buen predictor pronóstico para las complicaciones de la hipertensión portal” (Christensen et al., 1984).

Tiene 5 parámetros que incluyen 3 parámetros de laboratorio y 2 parámetros clínicos:

Tabla N°2

Escala de Child-Pugh

Parámetros	Puntuación		
	1	2	3
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2-3	>3
Albumina (g/dl)	>3,5	2,8-3-5	<2,8
INR	<1,7	1,7-2,3	>2,3
Ascitis	ausente	Responde a diuréticos	Ascitis refractaria
Encefalopatía	Ausente	Grado I-II	Grado III-IV

Nota: Adaptado de “Cirrosis hepática” por García et al., 2012, *Medicine*, 11(11), p. 632

Puntuación, tomado de Meijide (s.a.):

- **CHILD A** : 5-6 puntos “ enfermedad bien compensada”
- **CHILD B** : 7-9 puntos “compromiso funcional significativo”
- **CHILD C** : 10-15 puntos “ enfermedad descompensada”

Tabla N°3*Sobrevida según grado Child-Pugh*

Grado Child-Pugh	Puntos	Sobrevida al año (%)	Sobrevida a 2 años (%)
Child A	5-6	100	85
Child B	7-9	80	60
Child C	10-15	45	35

Nota: Adaptado de “Child-Pugh” por Meijide, s.a., p.1

Escala MELD. Es una escala pronóstica utilizada para valorar la gravedad de la cirrosis hepática, que nació inicialmente con la finalidad de predecir la muerte a los 3 meses tras la colocación de TIPS (Padilla et al., 2017), y que actualmente se considera como “la mejor herramienta para estimar el pronóstico a corto plazo de pacientes con cirrosis” (García et al., 2012, p. 632), además que es utilizado en EE.UU. como método oficial para valorar la prioridad de un paciente cirrótico para recibir un trasplante hepático (García et al., 2012).

La escala MELD utiliza un “modelo matemático de predicción de la sobrevida de una persona con enfermedad hepática” (Meijide, s.a.), basado en 3 valores de laboratorio objetivos (Bilirrubina, INR y creatinina) (Aguirre et al., 2014), lo que lo convierte en una escala más objetivo y precisa que la clasificación Child Pugh. Esta constatada y validada en múltiples estudios en pacientes cirróticos, con una excelente “predicción de mortalidad tanto a los 3 meses como al año” (García et al., 2012, p. 632). La siguiente fórmula, tomada de Aguirre et al. (2014), se utiliza para el cálculo del MELD:

$$\text{MELD Score} = 9,57 \text{ Log e (creatinine mg/dL)} + 3,78 \text{ Log e (bilirrubina mg/dL)} + 11,2 \text{ Log e (INR)} + 6,431$$

- La puntuación va de 6 a 40, a menor puntaje, mejor pronóstico (Aguirre et al., 2014, pp. 535-536).

- Se considera que un MELD \geq 15 es indicación de prioridad para trasplante hepático (Aguirre et al., 2014; Padilla et al., 2017).
- No se utiliza esta escala en caso de pacientes con hepatocarcinoma, síndrome hepato pulmonar, fallo hepático fulminante (Aguirre et al., 2014).

2.1.7. Complicaciones

Las complicaciones de la cirrosis hepática marcan el inicio de la fase descompensada de la enfermedad. (Rincón y Bañares 2016) (García et al. 2012)

Ascitis. Definido como la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, los hallazgos físicos que se encuentran son abdomen globuloso, distensión abdominal, matidez desplazable, matidez en los flancos a la percusión, signo de la oleada positiva. La ascitis se comporta como un signo distintivo de descompensación, Miño et al. (2021) reporta que “es la complicación más frecuente asociada a mal pronóstico y baja calidad de vida, y está causada por la retención renal de agua y sodio como mecanismo compensador a la vasodilatación esplácnica y luego sistémica que ocurre en la hipertensión portal” (p.4). En el estudio del líquido ascítico por paracentesis, en el paciente cirrótico se caracteriza por presentar un gradiente de albumina sérica-albumina ascitis (GAASA) \geq 1,1 g/dL (Martínez et al. 2012).

Várices esofágicas. Son un conjunto de venas anormalmente dilatadas, longitudinales y tortuosas que se sitúan mayormente (90%) en el tercio inferior del esófago (al ser una zona con menor espesor de pared), por donde circula parte de la sangre que en condiciones normales debería pasar a través del hígado (Zumaeta, 2007; Miño et al., 2021). Surge como consecuencia de la hipertensión portal (> 10 mmHg), ya que a medida que aumenta la presión portal se eleva el flujo en la circulación esplácnica, formando las varices (Bernal y Bosch, s.a.). La principal

complicación mayor que conlleva las varices esofágicas es su ruptura y sangrado, que conlleva a una alta mortalidad que oscila entre 10-20% por cada episodio (Bernal y Bosch, s.a.; Zumaeta, 2007).

Para su clasificación endoscópica hay diversos tipos, siendo la más utilizada la clasificación de Paquet que se basa en el tamaño de las varices y la presencia de signos rojos (Zumaeta, 2007):

- **Grado I:** mínima protrusión en la pared esofágica o telangiectasias e hipervascularización capilar.
- **Grado II:** presencia de nódulos o cordones moderadamente protruidos que ocupan dos cuadrantes o como máximo $\frac{1}{4}$ de la luz esofágica.
- **Grado III:** várices ocupan tres cuadrantes, tortuosas, protrusión compromete hasta la mitad de la luz esofágica, pueden tener signos de color rojo.
- **Grado IV:** várices ocupan cuatro cuadrantes tortuosos, que ocupan más de la mitad de la luz esofágica y usualmente tienen signos de color rojo.

Sepsis. En la cirrosis hepática el paciente está más expuesto a desarrollar una gran variedad de infecciones, entre las más frecuentes destacan la infección urinaria, la peritonitis bacteriana espontánea y la neumonía; que llegan a complicar al cirrótico convirtiéndose en una sepsis que es el 25% de las causas de mortalidad (Miño et al., 2021).

Peritonitis bacteriana espontánea. Se define como una infección del líquido ascítico que no tiene una fuente evidente intraabdominal tratable quirúrgicamente; su presencia se sospecha por la clínica como fiebre o hipotermia, dolor abdominal o alteración del estado mental, y su diagnóstico se realiza por estudio de líquido ascítico por paracentesis, donde en el líquido se hace un conteo de neutrófilos ≥ 250 células/microL (Biggins et al., 2021).

Su etiopatogenia se basa en la vasodilatación esplácnica, alteración endotelial vascular intestinal que hace que aumente su permeabilidad, hipomotilidad intestinal, y alteraciones inmunes a nivel local como sistémico (Bernal y Bosch, s.a.; Miño et al., 2021); todo ello “favorece la migración de bacterias procedentes de la luz intestinal hasta los ganglios linfáticos y de ahí a la circulación general, hecho que se conoce como translocación bacteriana” (Bernal y Bosch, s.a., p. 875). Miño et al. (2021) menciona que “su reconocimiento temprano reduce la mortalidad de 20 a 90%” (p.4).

Disfunción renal. Su aparición se relaciona con alta mortalidad (Biggins et al., 2021), en cuanto a las causas “se atribuye un tercio a una causa renal intrínseca (acidosis tubular renal), y los dos tercios restantes secundarios a hipo perfusión renal, sepsis y falla renal inducida por medicamentos” (Miño et al., 2021).

El llamado síndrome hepatorenal se define como una insuficiencia renal funcional exclusivo de pacientes con cirrosis, falla hepática avanzada e hipertensión portal, y que ocurre en ausencia de hipovolemia o anomalías en la histología renal (Biggins et al., 2021; Miño et al., 2021). Se clasifica en dos tipos, como lo describe Miño et al. (2021):

- **Tipo 1:** aumento de creatinina a 2,5 mg/dL o reducción de 50% de la tasa de filtración glomerular hasta 20 cc/minuto en <2 semanas.
- **Tipo 2:** creatinina sérica >1,5 mg/dL y criterios no incluidos en el tipo 1.

Encefalopatía hepática. Es un síndrome que es caracteriza por una disfunción reversible de la función cerebral, abarcando una amplia gama de trastornos cognitivos, psicomotores y psiquiátricos resultantes de la cirrosis, los factores involucrados son los niveles elevados de amonio sérico, manganeso y neurotóxicos que se incrementan por infecciones, ingesta elevada de proteínas, estreñimiento y sangrado digestivo alto; todo ello desencadena el

edema neuronal (Miño et al., 2021; Bernal y Bosch s.a.). También nos señalan que tiene una prevalencia de 30-40% en cirróticos con altas tasas de reincidencias. La encefalopatía se clasifica según el criterio de West Haven (Morcillo et al., 2020):

Tabla N°4

Clasificación de West Haven para encefalopatía hepática

CLASIFICACIÓN DE WEST HAVEN	
Grado	Presentación clínica
0	Sin anormalidad
1	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración mínima en conciencia - Euforia o ansiedad - Atención disminuida - Deterioro en la capacidad para sumar o restar
2	<ul style="list-style-type: none"> - Letargia - Desorientación en tiempo y/o espacio - Cambio franco en personalidad - Comportamiento inapropiado
3	<ul style="list-style-type: none"> - somnolencia o semi-estupor - Respuesta a estímulos - Confusión - Desorientación grave - Comportamiento extraño
4	- coma

Nota: Adaptado de “Encefalopatía Hepática: Diagnóstico y Tratamiento en 2019” por Morcillo et al., 2020, Revista Ecuatoriana de Neurología, 29(1), p.106.

Síndrome hepatopulmonar. Que consiste en una desaturación de oxígeno del paciente cirrótico debido a la vasodilatación del lecho arteriolo-capilar pulmonar y anastomosis arteriovenosas localizadas en las zonas más declives del pulmón, provocando un shunt derecha-izquierda que hace que parte de la sangre que pasa por la arteria pulmonar no se sature de forma suficiente de oxígeno en su paso por el pulmón, llevando a alteraciones de la ventilación

(Bernal y Bosch s.a.). Los signos clínicos típicos son disnea, ortodeoxia (descenso de la Pa O₂ mayor de 10% al ponerse de pie), platipnea (acortamiento del movimientos respiratorios al ponerse sentado), síntomas que mejoran con el decúbito (Miño et al., 2021). El diagnóstico se realiza como afirma Fallon (2000, como se citó en Miño et al., 2021) mediante la triada: 1. Hipoxemia, 2. Enfermedad hepática crónica y/o hipertensión portal, 3. Vasodilatación pulmonar evidente (p.5).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Este trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, de diseño observacional y retrospectivo.

3.2 Ámbito temporal y espacial

El estudio se realizó a partir de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Sergio Bernales, tomando como tiempo de estudio el periodo desde marzo del 2019 a marzo del 2022.

El ámbito espacial del estudio está delimitado al Hospital Nacional Sergio Bernales, que es un establecimiento de salud que pertenece al Ministerio de Salud (MINSA) con una categorización de nivel III-1, y que se ubica en el distrito de Comas, provincia de Lima, y que además pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte.

3.3 Variables

3.3.1. *Variable principal*

- Cirrosis hepática

3.3.2. *Variables secundarias*

- Edad
- Sexo
- Lugar de procedencia
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Comorbilidades
- Etiología

- Tiempo de enfermedad
- Tipo de diagnóstico de cirrosis
- Estadio Child-Pugh
- Escala MELD
- Estancia hospitalaria
- Evolución clínica
- Complicaciones
- Encefalopatía
- Ascitis
- Várices esofágicas
- Infección

3.3.3. Operacionalización de variables

La operacionalización de variables se encuentra disponible en el anexo B.

3.4 Población y muestra

3.4.1. Descripción de la población

La población estuvo conformada por todos los pacientes adultos mayores de 18 años de edad que fueron hospitalizados con el diagnóstico de cirrosis hepática en los pabellones correspondientes al servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo de marzo del 2019 a marzo del 2022, identificándose a 120 pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática.

3.4.2. Muestra y método de muestreo

Para este estudio no se realizó el cálculo de una N muestral porque se tomó en cuenta todo el universo de historias clínicas de la población descrita obtenidas del registro estadístico de ingresos a los servicios de Medicina Interna en el periodo mencionado, y que cumplieron

con los criterios de selección. De ese modo, del total de la población se excluyeron a 15 pacientes debido a que tenían historia clínica extraviada, información incompleta o un diagnóstico de hepatopatía distinto al estudio, por lo que se consideró como muestra a 105 pacientes del total de población.

El método de muestreo es de tipo no probabilístico por conveniencia, cumpliendo con los criterios de inclusión.

3.4.2.1 Criterios de selección

A. Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados con el diagnóstico de cirrosis hepática en el servicio de Medicina Interna (por histopatología, o la combinación de examen clínico, laboratorio y de imagen.)
- Pacientes con historia clínica completa
- Pacientes con edad mayor de 18 años en la fecha de ingreso

B. Criterios de exclusión

- Pacientes con historia clínica incompleta y/o extraviada
- Pacientes con hepatopatías crónicas diferentes a la cirrosis hepática
- Pacientes menores de 18 años

3.5 Instrumentos

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, de elaboración propia y que fue validada por juicio de expertos cuyas aprobaciones se encuentran en el anexo D.

3.6 Procedimientos

Primera fase: Luego de la elaboración del proyecto de investigación, se solicitó la revisión del mismo a la Oficina de Docencia de la Universidad Nacional Federico Villarreal

para su aprobación por dos revisores, el cual se obtuvo. Luego el proyecto se presentó a un comité de docencia del Hospital Sergio Bernales que evaluó los aspectos éticos y morales del estudio y otorgó el pase para que se realice la recolección de datos

Segunda Fase: Los datos fueron obtenidos a partir de la lista de historias clínicas correspondientes al campo de estudio otorgados por el área de estadística del hospital Sergio Bernales, para luego proceder a la revisión de dichas historias en la oficina de Archivos del hospital, consignando todo en una ficha de recolección de datos que después se pasaran en formato electrónico. A su vez el asesor del trabajo realizó correcciones y sugerencias en el trabajo de investigación.

Tercera fase: una vez obtenida la base de datos estos fueron analizados por el programa estadístico Excel 2013 con el fin de obtener frecuencias y medidas descriptivas y también se Después de obtener los resultados se procederá a realizar la redacción final del trabajo de investigación.

3.7 Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron tabulados en una matriz de datos de elaboración propia empleando el software Microsoft Excel 2013, y luego la información fue analizada en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 20. Se valora parámetros estadísticos descriptivos, en variables categóricas se emplearon distribuciones de frecuencia absoluta y proporciones, y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión. También se realizó tablas de contingencia y prueba de chi-cuadrado entre variables de interés, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Una vez realizado el análisis estadístico se utilizaron tablas y gráficos para visualizar los resultados.

3.8 Consideraciones éticas

- Debido a que es una investigación que se realizó a través de la recolección de datos basados en el anonimato no se requirió del consentimiento informado del paciente, teniendo la certeza de que el proyecto no viola ninguno de los principios de Belmont.
- Se envió el proyecto de investigación a la oficina de Grados y Títulos de la UNFV solicitando su evaluación y aprobación, luego del cual se solicitó y obtuvo la autorización de la Oficina de Docencia del Hospital Sergio Bernales para la realización del proyecto.
- Se siguieron las normas del código de ética del CMP y los principios médicos de la Declaración de Helsinki.
- Los pacientes no fueron sujetos a ningún tipo de intervención de manera previa o posterior a la recolección de datos.

IV. RESULTADOS

Para el presente estudio fueron evaluadas 120 historias clínicas que correspondían a la población de pacientes con cirrosis hepática del período marzo 2019 -marzo 2022, de las cuales se excluyeron 15 historias al encontrarse con información incompleta y/o tener diagnósticos distintos, por lo que se quedó con un total de 105 pacientes.

Características epidemiológicas

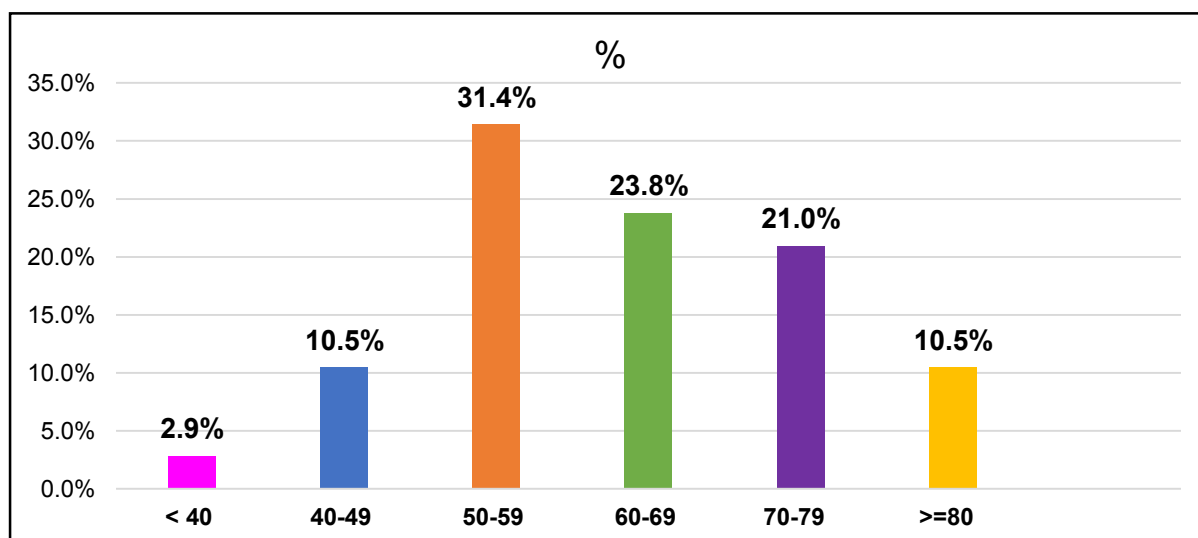
Tabla N° 5

Grupo etario de pacientes con cirrosis hepática

Grupo etario	Frecuencia	%
< 40	3	2.9%
40-49	11	10.5%
50-59	33	31.4%
60-69	25	23.8%
70-79	22	21.0%
>=80	11	10.5%
Total	105	100%

Figura N°1

Grupo etario de pacientes con cirrosis hepática



El cuadro N°5 y la figura N°1 nos indican que el grupo etario de 50-59 años fue el de mayor prevalencia con 31,4%, seguido del grupo de 60-69 años con 23,8%. El promedio de edad de la población total se estimó en 62,51 años con una desviación estándar de 12 años. La edad mínima fue de 30 años y la máxima de 83 años.

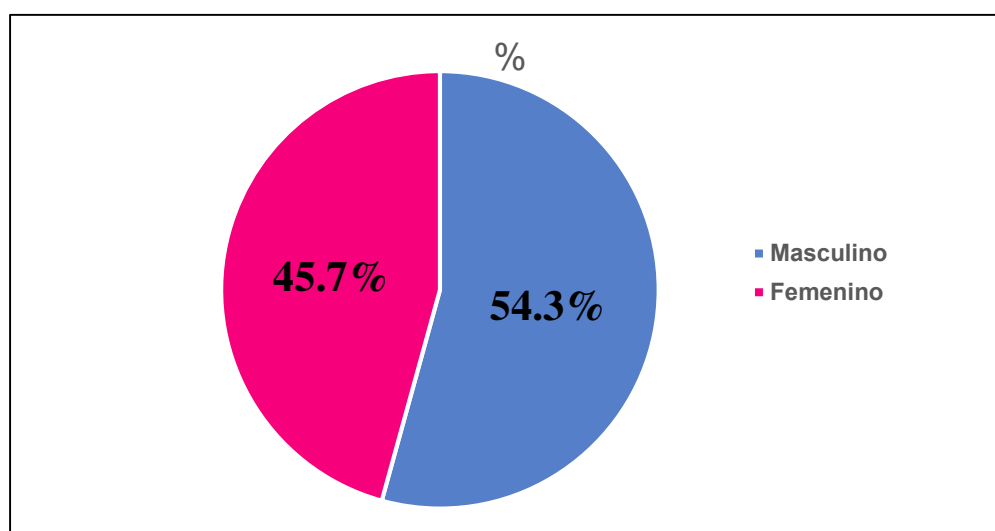
Tabla N°6

Distribución según sexo de los pacientes con cirrosis hepática

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	57	54.3%
Femenino	48	45.7%
Total	105	100%

Figura N°2

Distribución según sexo de los pacientes con cirrosis hepática



La tabla N°6 y figura N°2 nos muestra la distribución de los pacientes con cirrosis hepática según sexo, y nos demuestra que el sexo masculino tuvo mayoría con un porcentaje de 54,3% sobre el sexo femenino con un 45,7%.

Tabla N° 7*Grupo etario en relación al sexo de los pacientes con cirrosis hepática*

Grupo etario	Sexo		Total
	masculino	femenino	
<40 años	1 1.8%	2 4.2%	3 2.9%
40-49 años	7 12.3%	4 8.3%	11 10.5%
50-59 años	24 42.1%	9 18.8%	33 31.4%
60-69 años	14 24.6%	11 22.9%	25 23.8%
70-79 años	7 12.3%	15 31.3%	22 21.0%
>= 80 años	4 7.0%	7 14.6%	11 10.5%
Total	57 100.0%	48 100.0%	105 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

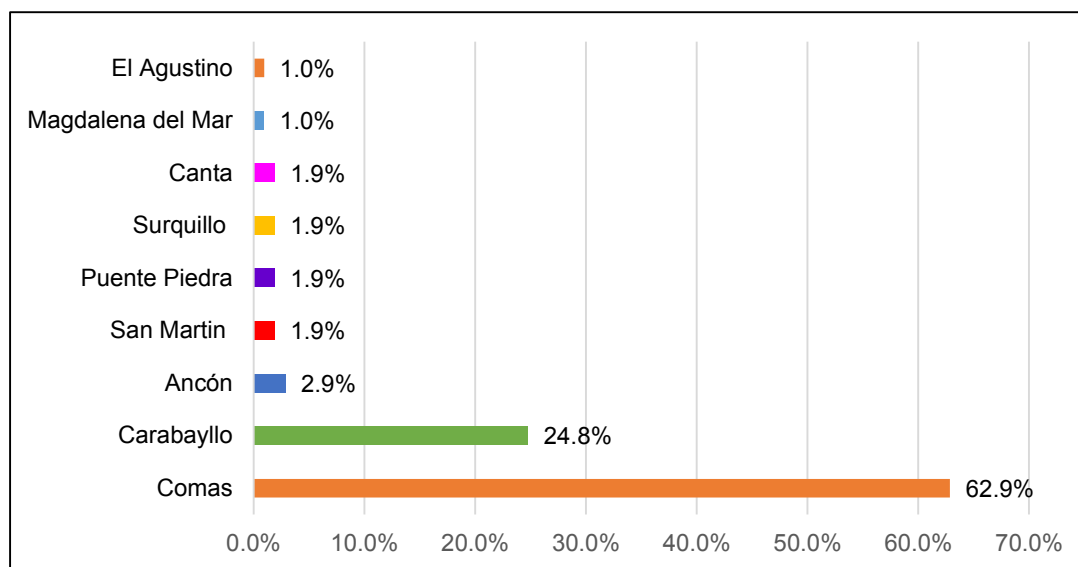
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,369 ^a	5	.045
Razón de verosimilitudes	11.637	5	.040
Asociación lineal por lineal	5.507	1	.019
N de casos válidos	105		

a. 2 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.37.

La tabla N°7 nos muestra la distribución de proporciones entre grupo etario y sexo de los pacientes cirróticos, y se encontró que el mayor porcentaje en el sexo masculino está en el grupo etáreo de 50-59 años con 42,1%, mientras que para el grupo femenino está en el grupo etáreo de 70-79 años con 31,3%. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa ($p=0,045$).

Tabla N°8*Lugar de procedencia de los pacientes con cirrosis hepática*

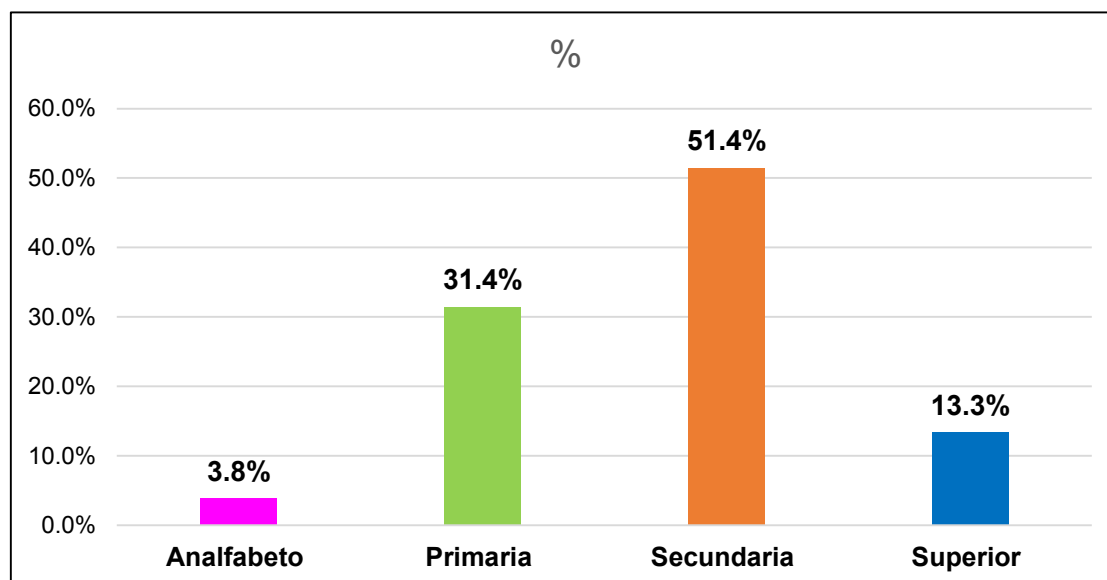
Lugar de procedencia	Frecuencia	%
Comas	66	62.9%
Carabayllo	26	24.8%
Ancón	3	2.9%
San Martín	2	1.9%
Puente Piedra	2	1.9%
Surquillo	2	1.9%
Canta	2	1.9%
Magdalena del Mar	1	1.0%
El Agustino	1	1.0%
Total	105	100.0%

Figura N° 3*Lugar de procedencia de los pacientes con cirrosis hepática*

La tabla N°8 y figura N°3 nos muestra que la mayoría de pacientes con cirrosis hepática del estudio procedían del distrito de Comas con un 62,9%, seguido del distrito de Carabayllo con 24,8%. Los distritos menos frecuentes fueron Magdalena del Mar y El Agustino con 1% cada uno respectivamente.

Tabla N°9*Grado de instrucción de los pacientes con cirrosis hepática*

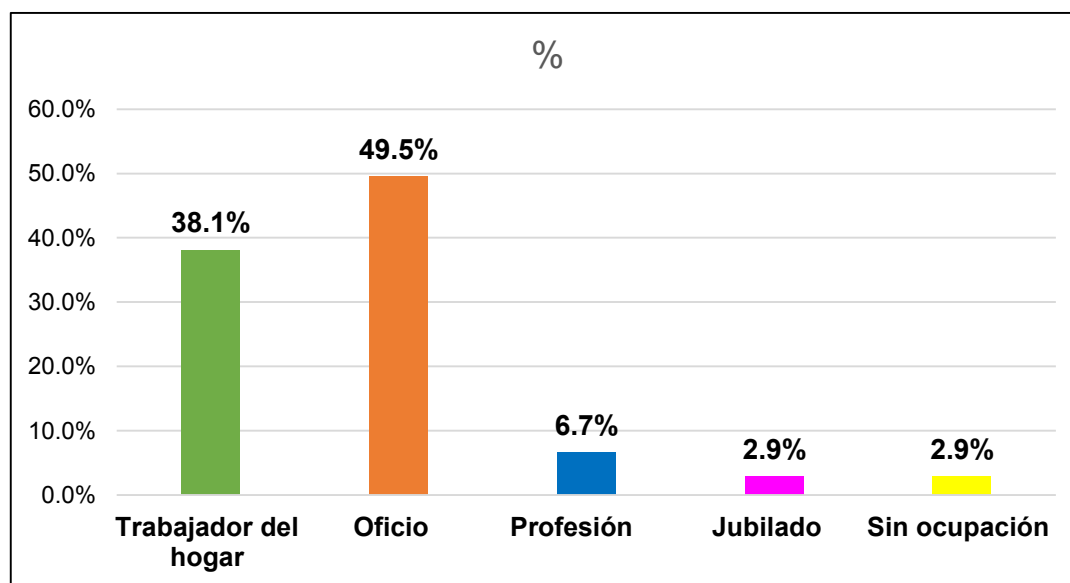
Grado de instrucción	Frecuencia	%
Analfabeto	4	3.8%
Primaria	33	31.4%
Secundaria	54	51.4%
Superior	14	13.3%
Total	105	100.0%

Figura N°4*Grado de instrucción de los pacientes con cirrosis hepática*

En el grado de instrucción, la tabla N° 9 y figura N°4 la mayoría tuvo secundaria con un 51,4%, seguido de la primaria con un 31,4%. Solo el 13,3% conto con estudios superiores.

Tabla N°10*Ocupación de los pacientes cirróticos*

Ocupación	Frecuencia	%
Trabajador del hogar	40	38.1%
Oficio	52	49.5%
Profesión	7	6.7%
Jubilado	3	2.9%
Sin ocupación	3	2.9%
Total	105	100.0%

Figura N°5*Ocupación de los pacientes cirróticos*

Respecto a la ocupación, la tabla N°10 y figura N°5 nos demostró que un 49,5% de los pacientes con cirrosis hepática tenía un oficio, seguido de un 38,1% que se dedicaban a labores del hogar. Los pacientes jubilados y sin ocupación fueron los menos prevalentes ambos con 2,9% respectivamente.

Características clínicas

Tabla N°11

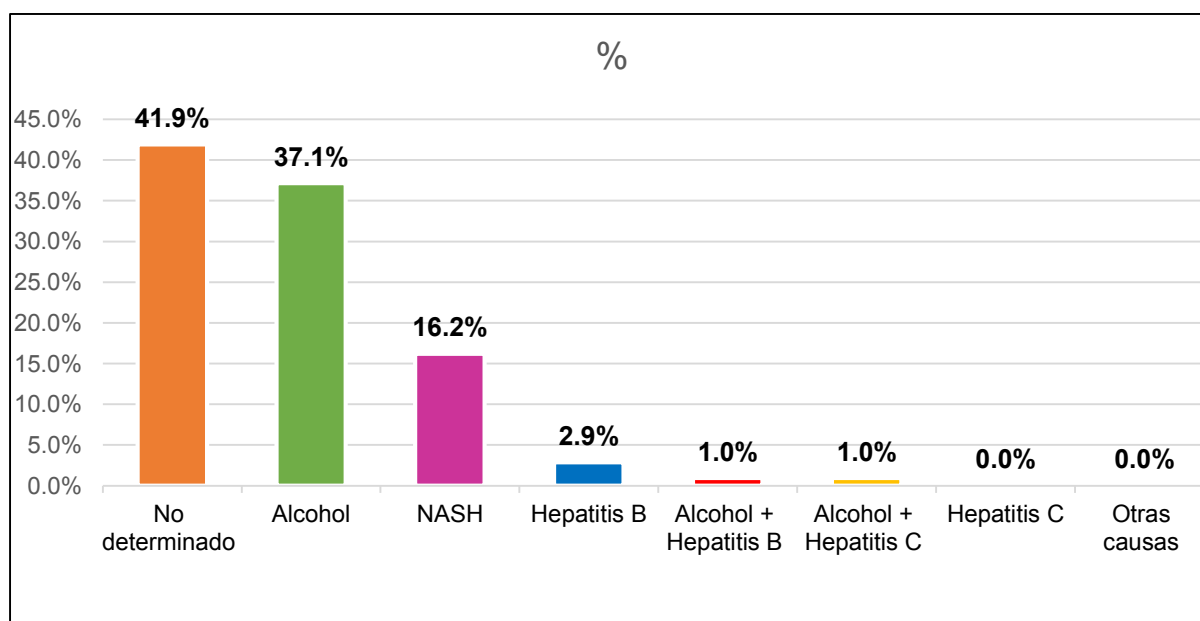
Comorbilidades de los pacientes con cirrosis hepática

COMORBILIDADES	FRECUENCIA	%
anemia	51	48.6%
hipertensión arterial	32	30.5%
litiasis vesicular	32	30.5%
sobrepeso	28	26.7%
diabetes mellitus	26	24.8%
obesidad	25	23.8%
ulcera gástrica	25	23.8%
insuficiencia renal	10	9.5%
cardiopatía	10	9.5%
hipotiroidismo	3	2.9%
tuberculosis	2	1.9%
asma	2	1.9%
otros	66	62.9%

La tabla N° 11 nos muestra las frecuencias y porcentajes de comorbilidades en los pacientes cirróticos. La comorbilidad más frecuente lo constituye la anemia con 48,6%, seguida de la hipertensión arterial y litiasis vesicular ambas con 30,5% respectivamente; mientras que la tuberculosis y el asma constituyeron cada una el 1,9% de los pacientes. Cabe resaltar que se encontró otras patologías no consignadas en la ficha de datos en el 62,9% del total de pacientes.

Tabla N° 12*Etiología de la cirrosis hepática*

Etiología	Frecuencia	%
No determinado	44	41.9%
Alcohol	39	37.1%
NASH	17	16.2%
Hepatitis B	3	2.9%
Alcohol + Hepatitis B	1	1.0%
Alcohol + Hepatitis C	1	1.0%
Hepatitis C	0	0.0%
Otras causas	0	0.0%
Total	105	100.0%

Figura N° 6*Etiología de la cirrosis hepática*

La tabla N° 12 y figura N° 6 nos muestran que en cuanto a la etiología de la cirrosis hepática, el 41,9% tienen una etiología no determinada, seguido por la causa alcohólica en 37,1% y luego la NASH (esteatohepatitis no alcohólica) con 16,2%. No se encontraron casos de hepatitis C aislada u otras causas diferentes a lo descrito en la ficha de datos.

Tabla N° 13

Etiología de cirrosis hepática en relación al sexo

Etiología	Sexo		Total
	masculino	femenino	
alcohol	32 56.1%	7 14.6%	39 37.1%
hepatitis B	2 3.5%	1 2.1%	3 2.9%
NASH	7 12.3%	10 20.8%	17 16.2%
indeterminado	15 26.3%	29 60.4%	44 41.9%
alcohol+ hepatitis B	0 0.0%	1 2.1%	1 1.0%
alcohol+ hepatitis C	1 1.8%	0 0.0%	1 1.0%
Total	57 100.0%	48 100.0%	105 100.0%

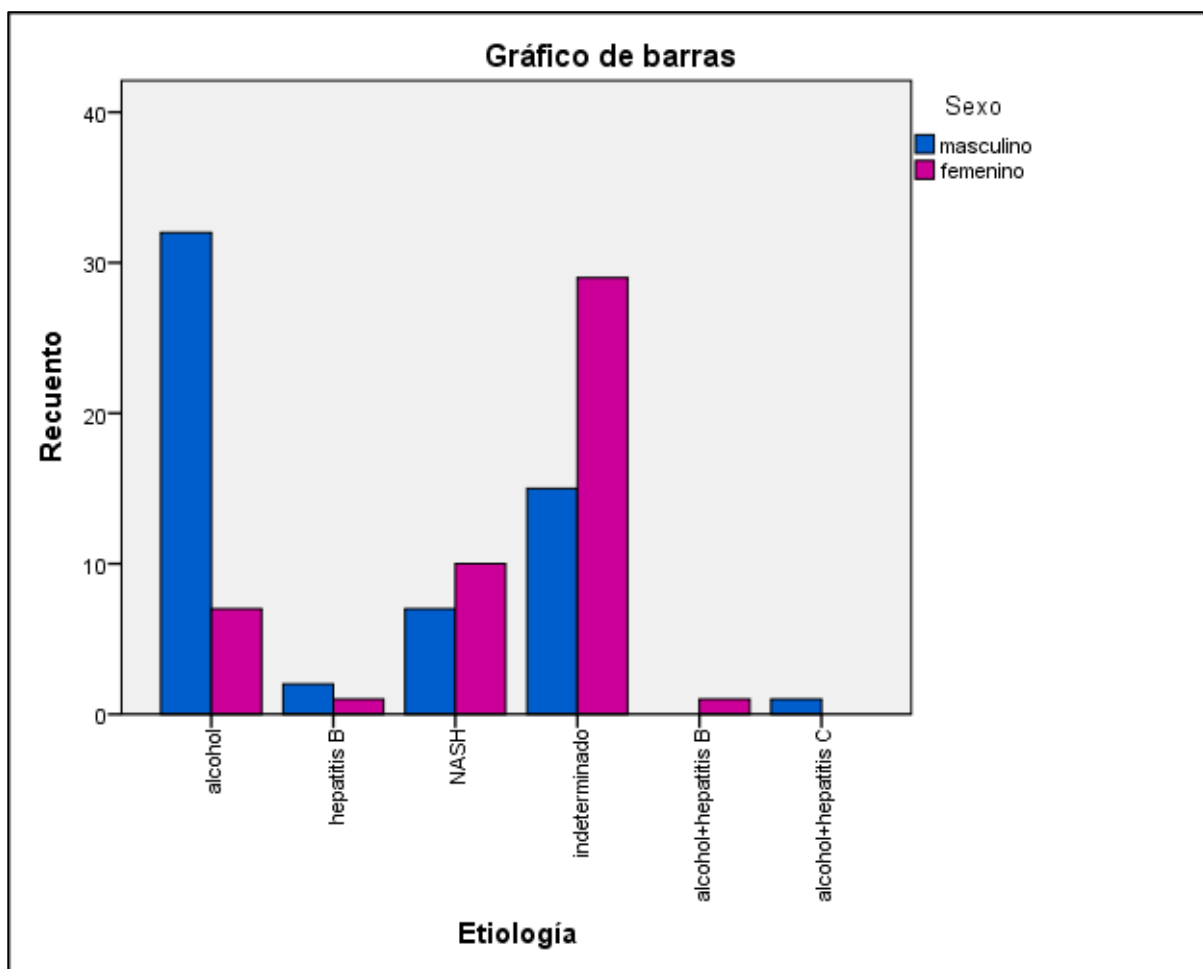
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,739 ^a	5	.000
Razón de verosimilitudes	24.763	5	.000
Asociación lineal por lineal	18.507	1	.000
N de casos válidos	105		

a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .46.

Figura N° 7

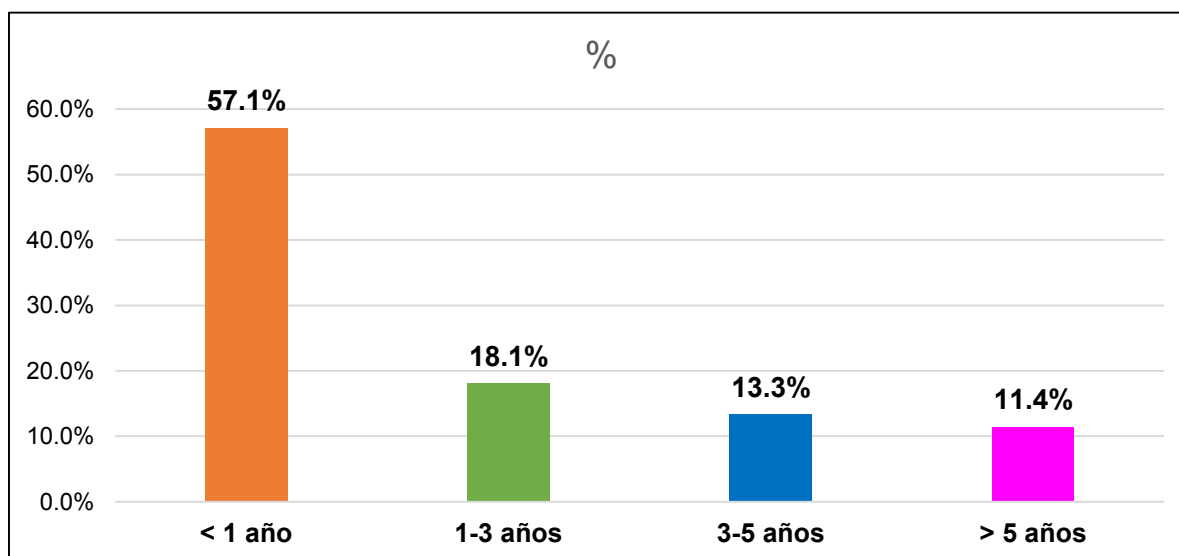
Etiología de cirrosis hepática en relación al sexo



La tabla N° 13 y la figura N° 7 nos muestra la correlación entre la etiología de la cirrosis hepática y el sexo de los pacientes, donde se encontró que en el género masculino la etiología más frecuente fue el alcoholismo con 56,1%, mientras que en el género femenino fue la indeterminada con 60,4%. Los hallazgos resultaron estadísticamente significativos ($p=0,000$)

Tabla N° 14*Tiempo de enfermedad de los pacientes cirróticos*

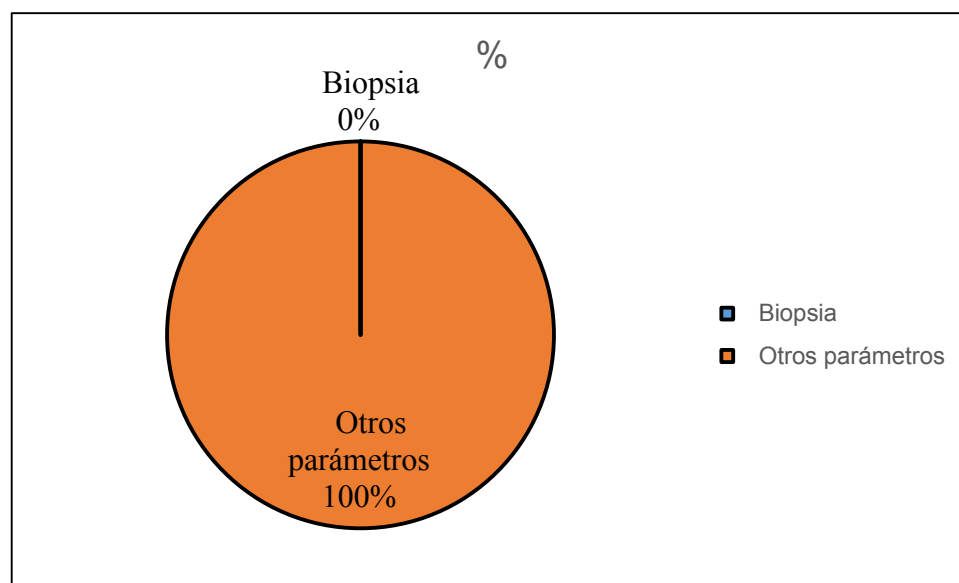
Tiempo de enfermedad	Frecuencia	%
< 1 año	60	57.1%
1-3 años	19	18.1%
3-5 años	14	13.3%
> 5 años	12	11.4%
Total	105	100.0%

Figura N° 8*Tiempo de enfermedad de los pacientes cirróticos*

La tabla N°14 y figura N°8 nos muestran la distribución de los pacientes cirróticos según el tiempo transcurrido del diagnóstico de la cirrosis hepática: el 57,1% de pacientes tuvo un tiempo de diagnóstico menor a 1 año, mientras que el 11,4% de ellos tuvo un tiempo de diagnóstico mayor a 5 años.

Tabla N° 15*Tipo de diagnóstico de la cirrosis hepática*

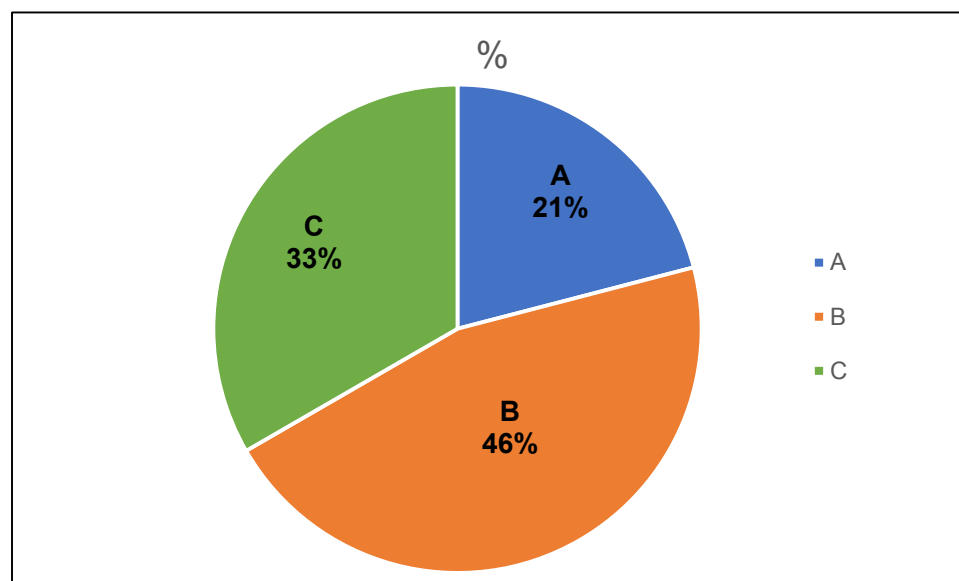
Tipo de diagnóstico	Frecuencia	%
Biopsia	0	0
Otros parámetros	105	100%
Total	105	100%

Figura N° 9*Tipo de diagnóstico de la cirrosis hepática*

En la tabla N°15 y figura N°9 se describe que en la totalidad 100% de los pacientes cirróticos el diagnóstico de la cirrosis hepática se realizó mediante otros parámetros (clínicos, laboratoriales y de imagen) distintos a la biopsia.

Tabla N° 16*Estadio Child-Pugh de los pacientes con cirrosis hepática*

Clasificación Child-Pugh	Frecuencia	%
A	22	21.0%
B	48	45.7%
C	35	33.3%
TOTAL	105	100.0%

Figura N° 10*Estadio Child-Pugh de los pacientes con cirrosis hepática*

La tabla N°16 y figura N°10 nos muestran la distribución de pacientes cirróticos según su estadio por puntaje Child-Pugh, donde el 46% de total se encuentran en un estadio B, un 33% en el estadio C y por último un 21% tienen un estadio A.

Tabla N° 17*Estadio Child-Pugh en relación al sexo de pacientes con cirrosis hepática*

Estadio Child-Pugh	Sexo		Total
	masculino	femenino	
Estadio A	13 22.8%	9 18.8%	22 21.0%
Estadio B	24 42.1%	24 50.0%	48 45.7%
Estadio C	20 35.1%	15 31.3%	35 33.3%
Total	57 100.0%	48 100.0%	105 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

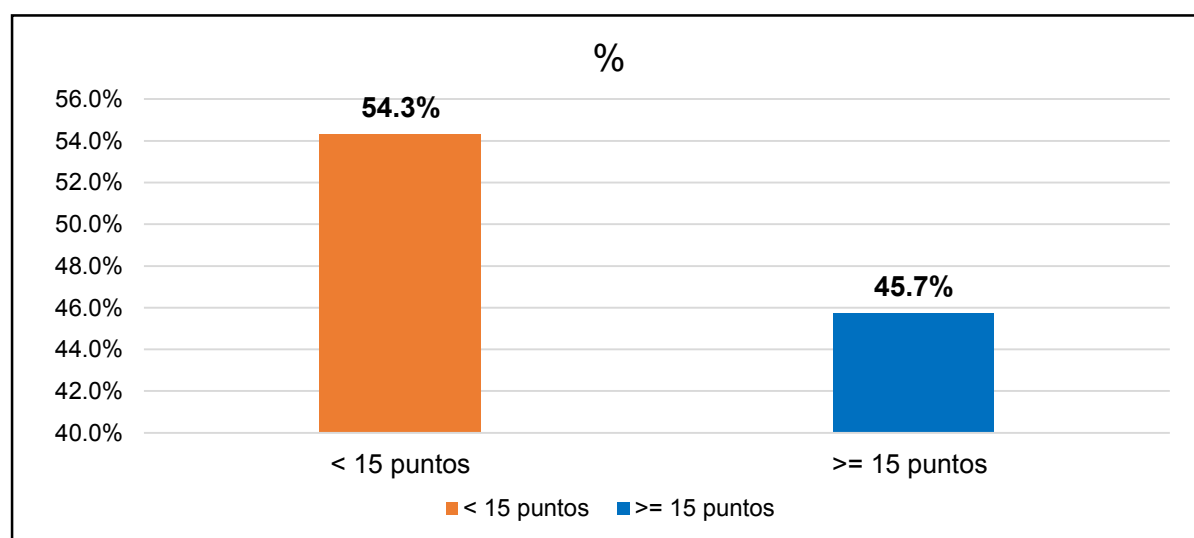
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.675 ^a	2	.714
Razón de verosimilitudes	.676	2	.713
Asociación lineal por lineal	.000	1	.988
N de casos válidos	105		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,06.

La tabla N° 17 muestra la distribución de las frecuencias y proporciones del sexo de los pacientes cirróticos en función a su estadio Child-Pugh, y se demostró que tanto para el sexo masculino y femenino el estadio B de Child-Pugh fue el más frecuente con 42,1% y 50 % respectivamente. Los hallazgos encontrados fueron no significativos ($p=0,714$).

Tabla N° 18*Puntaje MELD de los pacientes con cirrosis hepática*

CLASIFICACION MELD	FRECUENCIA	%
< 15 puntos	57	54.3%
>= 15 puntos	48	45.7%
TOTAL	105	100.0%

Figura N° 11*Puntaje MELD de los pacientes con cirrosis hepática*

La tabla N°18 y figura N°11 nos muestran que el 54,3% del total de los pacientes cirróticos tienen un puntaje MELD menor a 15 puntos, mientras que el 45,7% tienen un puntaje mayor igual a 15 puntos.

Tabla N° 19*Etiología de la cirrosis hepática en relación al score MELD*

Etiología	Score MELD		Total
	< 15 puntos	>= 15 puntos	
alcohol	14 24.6%	25 52.1%	39 37.1%
hepatitis B	1 1.8%	2 4.2%	3 2.9%
NASH	9 15.8%	8 16.7%	17 16.2%
indeterminado	32 56.1%	12 25.0%	44 41.9%
alcohol+ hepatitis B	1 1.8%	0 0.0%	1 1.0%
alcohol+ hepatitis C	0 0.0%	1 2.1%	1 1.0%
Total	57 100.0%	48 100.0%	105 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,916 ^a	5	.016
Razón de verosimilitudes	14.977	5	.010
Asociación lineal por lineal	10.465	1	.001
N de casos válidos	105		

a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .46.

La tabla N° 19 nos muestra las frecuencias y porcentajes de la etiología de la cirrosis hepática en relación a su puntaje MELD. Así tenemos que para el grupo de pacientes potencialmente candidatos para trasplante hepático (puntaje MELD \geq 15 puntos) la etiología más frecuente lo constituyó la alcohólica con 52,1%, siendo los hallazgos estadísticamente significativos ($p=0,016$).

Tabla N° 20*Estancia hospitalaria de los pacientes con cirrosis hepática*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Estancia hospitalaria	105	1	90	11.24	10.12
N válido (según lista)	105				

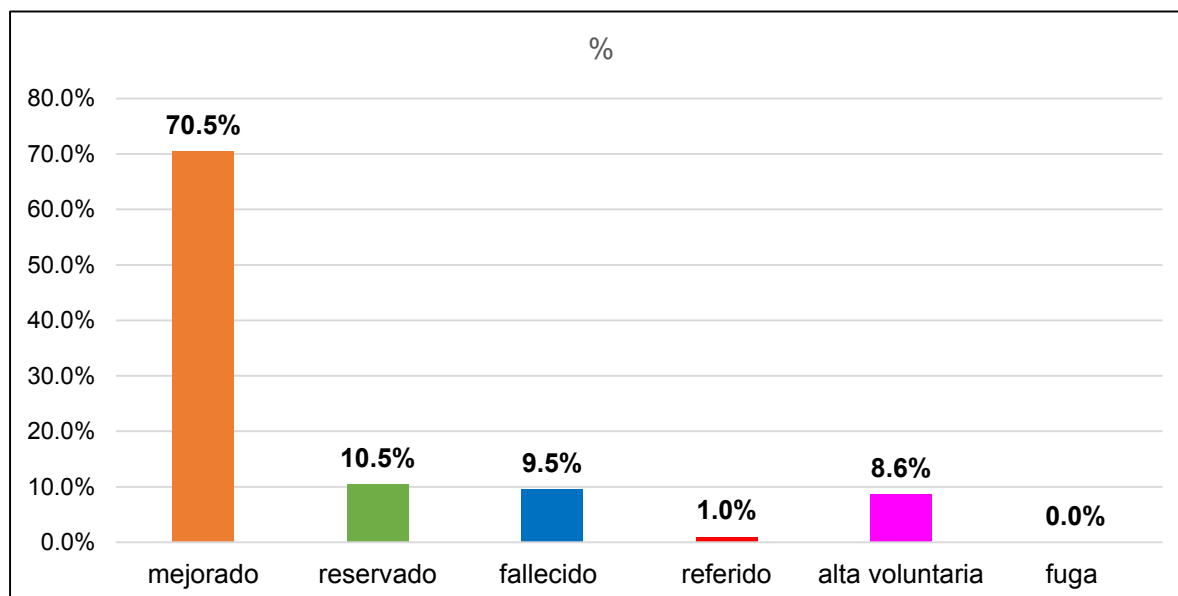
Tabla N° 21*Estancia hospitalaria por intervalos de los pacientes con cirrosis hepática*

Estancia Hospitalaria	Frecuencia	%
<10 días	58	55.2%
10-19 días	34	32.4%
20-29 días	10	9.5%
30-39 días	2	1.9%
40-49 días	0	0.0%
>= 50 días	1	1.0%
Total	105	100.0%

En las tablas N° 20 y 21, observamos que la mayoría de la población con un 55,2% del total tuvo una estancia hospitalaria menor a 10 días, seguida por un 32,4% del total que tuvo una estancia entre 10-19 días. Por el contrario, ningún paciente en el estudio estuvo en el grupo de 40-49 días de hospitalización, y solo un 1% tuvo una hospitalización mayor de 50 días. El promedio de hospitalización fue de 11,24 días +/- 10,12 días, con un rango entre 1-90 días.

Tabla N° 22*Evolución clínica de los pacientes con cirrosis hepática*

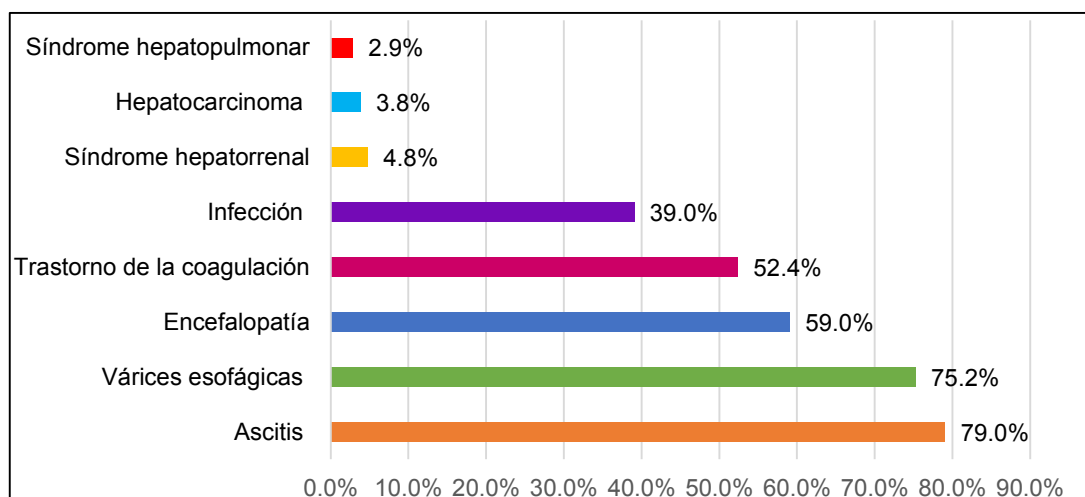
Evolución clínica	Frecuencia	%
mejorado	74	70.5%
reservado	11	10.5%
fallecido	10	9.5%
referido	1	1.0%
alta voluntaria	9	8.6%
fuga	0	0.0%
Total	105	100.0%

Figura N° 12*Evolución clínica de los pacientes con cirrosis hepática*

En la tabla N° 22 y gráfico N° 12, se encontró que un 70,5% de la población salió de alta con un estado clínico mejorado, un 10,5% con un estado reservado, un 9,5% del total fallecieron, un 8,6% solicitaron la alta voluntaria y por último solo el 1% fue referido a otro establecimiento de salud.

Tabla N° 23*Complicaciones de los pacientes con cirrosis hepática*

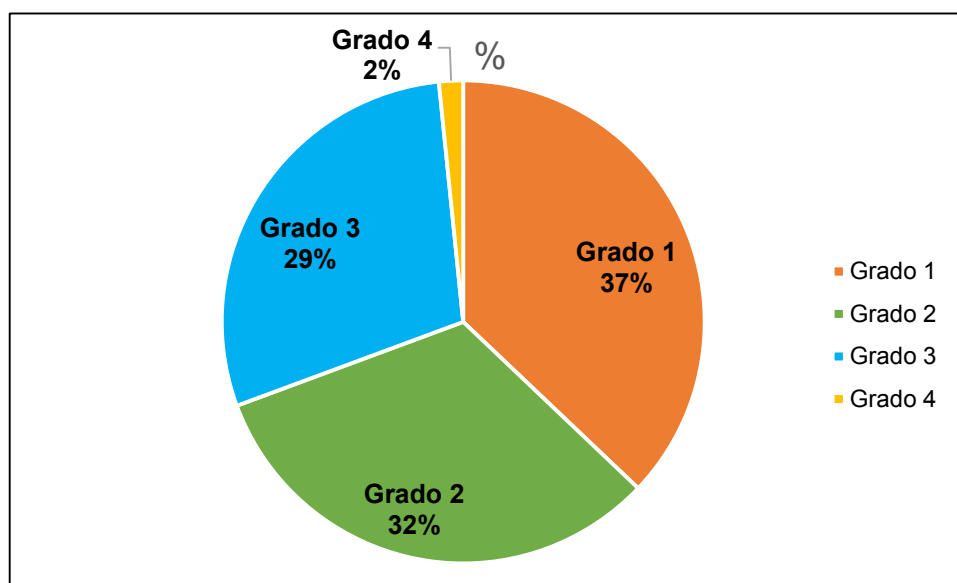
Complicaciones	Frecuencia	%
Ascitis	83	79.0%
Várices esofágicas	79	75.2%
Encefalopatía	62	59.0%
Trastorno de la coagulación	55	52.4%
Infección	41	39.0%
Síndrome hepatorenal	5	4.8%
Hepatocarcinoma	4	3.8%
Síndrome hepatopulmonar	3	2.9%

Figura N° 13*Complicaciones de los pacientes con cirrosis hepática*

En la tabla N° 23 y figura N° 13, se muestran la distribución de las complicaciones de cirrosis hepática en los pacientes en estudio, donde la complicación más frecuente es la ascitis con un 78,1%, seguida de la presencia de várices esofágicas con 75,2%. Las complicaciones menos frecuentes lo constituyeron el síndrome hepatorenal con 4,8%, el hepatocarcinoma con 3,8% y el síndrome hepatopulmonar con 2,9%.

Tabla N° 24*Grados de encefalopatía hepática en los pacientes con cirrosis hepática*

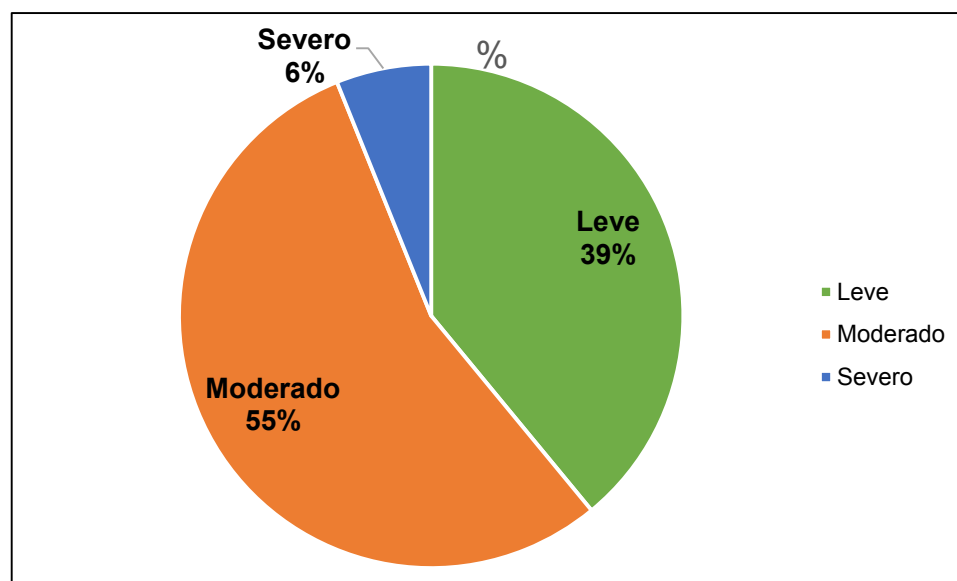
Encefalopatía	Frecuencia	%
Grado 1	23	37.10%
Grado 2	20	32.26%
Grado 3	18	29.03%
Grado 4	1	1.61%
Total	62	100.00%

Figura N° 14*Grados de encefalopatía hepática en los pacientes con cirrosis hepática*

En la tabla N° 24 y figura N° 14, observamos que del total de pacientes con encefalopatía hepática, el grado 1 (lentitud mental) fue el más prevalente con el 37,1%, seguido por el grado 2 (apatía, letargia) con un 32,26%. El grado menos frecuente lo constituye el grado 4 con un 1,61%, que constituye al paciente en coma.

Tabla N° 25*Grados de ascitis en los pacientes con cirrosis hepática*

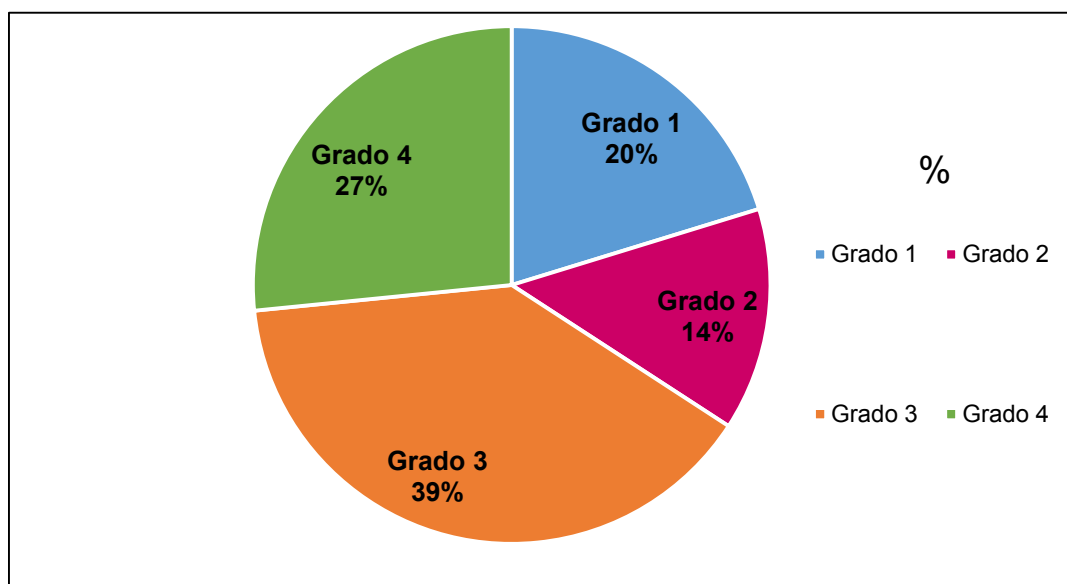
Ascitis	Frecuencia	%
Leve	32	38.55%
Moderado	46	55.42%
Severo	5	6.02%
Total	83	100.00%

Figura N° 15*Grados de ascitis en los pacientes con cirrosis hepática*

En la tabla N° 25 y figura N° 15, se presenta la distribución de los grados de ascitis, donde del total de pacientes que tuvieron ascitis, un 55,42 % tuvieron una ascitis moderada, el 38,55% de forma leve y por último un 6% ascitis de forma severa.

Tabla N° 26*Grados de várices esofágicas en los pacientes con cirrosis hepática*

Várices esofágicas	Frecuencia	%
Grado 1	16	20.3%
Grado 2	11	13.9%
Grado 3	31	39.2%
Grado 4	21	26.6%
Total	79	100.0%

Figura N° 16*Grados de várices esofágicas en los pacientes con cirrosis hepática*

La tabla N° 26 y figura N° 16 nos muestran la distribución del grado de várices esofágicas en relación a los pacientes con cirrosis hepática que presentaron várices esofágicas. De ese modo, el grado 3 fue el más prevalente con un 39,2%, seguido por el grado 4 con 26,6%. El grado menos frecuente fue el grado 2 con 13,9%. De los pacientes con várices esofágicas se encontró la presencia de sangrado en un 51,9%, y la ausencia de sangrado en el 48,1%.

Tabla N° 27*Grado de várices esofágicas en relación a la presencia de sangrado*

Grado de várices esofágicas	Presencia de sangrado		Total
	sin sangrado	con sangrado	
Grado 1	12 31.6%	4 9.8%	16 20.3%
Grado 2	9 23.7%	2 4.9%	11 13.9%
Grado 3	10 26.3%	21 51.2%	31 39.2%
Grado 4	7 18.4%	14 34.1%	21 26.6%
Total	38 100.0%	41 100.0%	79 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,598 ^a	3	,002
Razón de verosimilitudes	15,258	3	,002
Asociación lineal por lineal	10,461	1	,001
N de casos válidos	79		

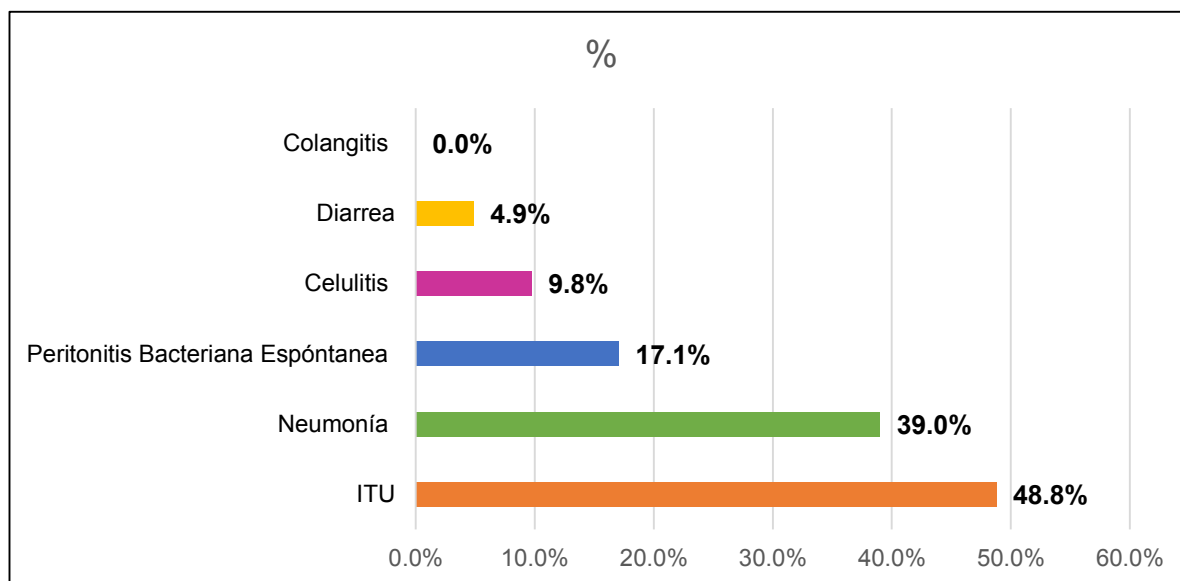
a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a

5. La frecuencia mínima esperada es 5,29.

La tabla N°27 nos muestra las proporciones entre el grado de várices esofágicas en relación a la presencia de sangrado, y se encontró que del grupo que hubo presencia de sangrado de várices esofágicas, la mayoría con un 51,2% correspondió al grado 3 de várices esofágicas; mientras que en el grupo que no hubo sangrado la mayor prevalencia se halló en el grado 1 de várices esofágicas. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa ($p = 0,002$).

Tabla N° 28*Tipos de infección en los pacientes con cirrosis hepática*

Infección	Frecuencia	%
ITU	20	48.8%
Neumonía	16	39.0%
Peritonitis Bacteriana Espontánea	7	17.1%
Celulitis	4	9.8%
Diarrea	2	4.9%
Colangitis	0	0.0%

Figura N° 17*Tipos de infección en los pacientes con cirrosis hepática*

La tabla N° 28 y figura N° 17 nos muestran los tipos de infección en los pacientes cirróticos, y los porcentajes presentados en relación al total de pacientes cirróticos que presentaron algún tipo de infección, nos muestra que la infección más frecuente fue la infección del tracto urinario con 48,8%, seguido de la neumonía con 39 % y la peritonitis bacteriana espontánea con 17,1%. Otros tipos de infección menos frecuentes que presentaron son la celulitis con 9,8% y la diarrea con 4,9%. No se presentaron en el estudio casos de colangitis.

Tabla N° 29*Complicaciones de la cirrosis hepática en relación al estadio Child-Pugh*

Complicaciones	Estadio Child-Pugh			Valor de P
	Estadio A	Estadio B	Estadio C	
Ascitis	14 63,6%	37 77,1%	32 91,4%	0,039
Várices esofágicas	16 72,7%	36 75,0%	27 77,1%	0,931
Encefalopatía	7 31,8%	29 60,4%	26 74,3%	0,006
Trastorno de la coagulación	7 31,8%	23 47,9%	25 71,4%	0,010
Infección	8 36,4%	17 35,4%	16 45,7%	0,611
Síndrome hepatorenal	0 0%	1 2,1%	4 11,4%	0,071
Hepatocarcinoma	0 0%	1 2,1%	3 8,6%	0,180
Síndrome hepatopulmonar	1 4,5%	1 2,1%	1 2,9%	0,848

La tabla N° 29 nos muestra la frecuencia y porcentajes de las complicaciones de la cirrosis hepática en cada estadio Child-Pugh, y así tenemos que en los pacientes con estadio Child A las complicaciones más frecuentes fueron las várices esofágicas con 72,7% seguido de la ascitis con 63,6%, en el estadio Child B lo más frecuente que padecieron los pacientes

fue la ascitis con 77,1% , seguida de las várices esofágicas con 75% y la encefalopatía con 60,4% ; y en el estadio Child C lo más frecuente fue la ascitis con 91,4% , seguida de las várices esofágicas con 77,1% , la encefalopatía con 74,3% y trastorno de la coagulación con 71,4%. Las complicaciones de ascitis, encefalopatía y trastorno de la coagulación al relacionarlo con el estadio Child-Pugh se encontró que fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) , lo que quiere decir que al tener un mayor estadio Child-Pugh se hallaran mayores porcentajes de dichas complicaciones.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La cirrosis hepática ocupa el quinto lugar de mortalidad a nivel nacional, por lo que se constituye como una enfermedad con alta morbilidad y mortalidad, es por ello que este estudio toma como tema principal la cirrosis hepática y se determina sus características epidemiológicas y clínicas a nivel de un hospital de tercer nivel de atención para valorar cual es el estado actual de la enfermedad y tener un conocimiento más amplio que permita establecer medidas de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación oportunos que mejoren la esperanza y calidad de vida de estos pacientes.

En el presente estudio se encontró que el grupo etario más frecuente fue de 50-59 años con un 31,4%; este hallazgo coincide con el estudio realizado por Meléndez et al (2012) en México, pero es diferente a lo hallado por Muñoz et al (2021) en Ecuador, Calderón et al (2020) en Huancayo, Matos (2017) en Lima en el Hospital de la Fuerza Aérea del Perú; todos ellos coinciden en que su grupo etario predominante fue de 60-69 años. Respecto a la edad promedio en este estudio se estimó en 62,51 años +/- 12 años, cifras que coinciden con diversos estudios publicados como el de Escorcía y Marrugo en 2017 en Colombia, Prieto et al en 2016 en Argentina y Bustíos et al- (2007) en el Hospital Rebagliati. En un estudio realizado en Paraguay por Velásquez y Giralá (2018), encontraron que su edad media fue menor al nuestro con 51 años que se debería a que en su estudio si encontraron casos de cirrosis de origen autoinmune en alta proporción, que normalmente afecta a población más joven.

Respecto al género en este estudio se muestra que el predominante fue el sexo masculino con un 54,3%; esto coincide con diversos estudios publicados respecto a cirrosis hepática donde en su mayoría coinciden en el predominio de la frecuencia del sexo masculino sobre el femenino, así tenemos: a nivel internacional los estudios realizados por Velásquez y Giralá (2018) en Paraguay, Martínez et al (2013) en Cuba y García et al. (2020) en Argentina; a nivel nacional tenemos los estudios de Santos y Segura (2021) en Lambayeque, Calderón,

et al (2020) en Huancayo , Durand (2016) en Lima en el Hospital Militar Central, Malpica (2013) en Lima en el Hospital Cayetano Heredia y por Munaylla que en el 2017 también realizó un estudio de cirrosis hepática en el Hospital Sergio Bernales hallando prevalencia del género masculino con 74,3% , una cifra mayor al encontrado en este estudio. Esto podría explicarse debido al incremento de etiología no determinada en ambos géneros y la prevalencia de la etiología alcohólica en el sexo masculino.

Se correlaciono el grupo etario con el sexo de los pacientes cirróticos, encontrándose que en el sexo masculino el mayor porcentaje está en el grupo de 50-59 años y en el sexo femenino en el grupo de 70-79 años, resultando estas diferencias significativas al tener un valor de $p < 0,05$ ($p= 0,045$), lo que se traduciría que en el grupo de pacientes masculinos se encuentran en menor grupo etáreo respecto al femenino en este estudio. Estos hallazgos coinciden parcialmente con el estudio realizado por Acorda (2013) en el Hospital Arzobispo Loayza, que también fueron significativas sus relaciones de grupo etario con sexo, y que encontró en el sexo masculino el mismo hallazgo, pero respecto al sexo femenino reportó que su mayor preponderancia estaba en el grupo de 60-69 años, un rango menor al hallado en el presente estudio.

La mayoría de los pacientes estudiados procedieron del distrito de Comas con un 62,9%, seguido del distrito de Carabayllo con un 24,8%. Este resultado era previsible debido a que el Hospital Sergio Bernales tiene como población directa a los distritos de Carabayllo, Comas e Independencia. Si comparamos los resultados con otro hospital del mismo nivel de atención como el Hospital Loayza, en el estudio hecho por More (2015), se encuentra que también tiene como distritos de procedencia de mayor frecuencia a los correspondientes a su jurisdicción, sin embargo este tuvo mayor amplitud de lugares de procedencia que incluía regiones de todo el Perú, a diferencia de lo encontrado aquí donde los distritos de procedencia solo pertenecían a la región Lima.

El grado de instrucción más frecuente en los pacientes cirróticos fue el nivel secundaria con 51,4%, esto coincide con lo hallado por Viera (2017) en su estudio realizado en Piura en el servicio de medicina interna de un hospital regional; sin embargo en otro estudio realizado en Lambayeque por Santos y Segura (2021) encontró que la primaria completa e incompleta fueron los grados más frecuentes en su población, que podría deberse a las diferencias en la accesibilidad a la educación que tenían los pacientes en su región a comparación de Lima.

Respecto a la ocupación, en este estudio se halló que la mayoría con un 49,5% tenían algún tipo de oficio, seguido por un 38,1% que se dedicaban a actividades del hogar. Estos hallazgos también coinciden por el estudio realizado en Piura por Viera (2017), donde en su población de personas vivas encontró que un 40,4% tenía un oficio seguido de un 21,2% que se dedicaban a labores del hogar. A nivel internacional, en un país con similares características demográficas y socioculturales como es México, en el estudio realizado por Meléndez et al. (2012) encontraron que el 50,21% fueron amas de casa y el 37,87% tenían algún oficio; esta diferencia es debida a que en su estudio la mayoría poblacional lo constituyo el sexo femenino, al contrario del presente estudio donde la mayoría fueron del sexo masculino.

Las comorbilidades más frecuentes halladas en el presente estudio fueron la anemia con 48,6%, seguida de la hipertensión arterial y litiasis vesicular ambas con 30,5% respectivamente, el sobrepeso con 26,7% la diabetes mellitus con 24,8% y la obesidad y úlcera gástrica ambas con 23,8% respectivamente. Hay diversos puntos a destacar en estos hallazgos, en primer lugar la anemia resultó como la comorbilidad más frecuente, es sabido que la anemia es un problema frecuente en los pacientes cirróticos, y su causa es frecuentemente multifactorial tal como lo señala Mathurin et al. (2009) en su investigación y que incluyen la pérdida crónica de sangre a nivel gastrointestinal por la gastropatía y/o colonopatía hipertensiva portal, la pérdida aguda de sangre por hemorragia digestiva alta, la disminución de la vida media de los glóbulos rojos, el hiperesplenismo y secuestro esplénico, las anemias

carenciales , la insuficiencia renal entre otros. A pesar de que la anemia es considerada como una complicación de la cirrosis, he visto conveniente añadirlo en mi estudio como parte de las comorbilidades al constituir la anemia un factor independiente que tiene un impacto negativo en la progresión de la cirrosis. De ese modo, los porcentajes de anemia encontrados son parecidos con el estudio realizado por Calderón et al. (2020) en Huancayo que halló una cifra parecida con 53,7%; y son diferentes a lo hallado por Mathurin et al. (2009) donde encontró que en su población la prevalencia de anemia fue más elevada con 87%, y que se debe a que en su población hubo una mayoría de pacientes con estadio avanzado de la cirrosis y que su etiología predominante fue la alcohólica. En segundo lugar, los porcentajes de hipertensión arterial y litiasis vesicular encontrados fueron similares en porcentajes a lo encontrado por Prieto et al (2016) en Argentina y Viera (2017) en Piura respecto a la hipertensión, y con Acorda (2013) en el Hospital Loayza respecto a la litiasis vesicular. En tercer lugar, los porcentajes de Diabetes mellitus y obesidad son discordantes con la mayoría de estudios recientes encontrados (Meléndez et al en 2012 en México, Matos en 2017 en Lima, Malpica en el 2013 en Lima) donde hallan que ambas comorbilidades son las más frecuentes en sus poblaciones de estudio.

Respecto a la etiología en el 41,9% de los pacientes no se pudo determinar la etiología, en segundo lugar fue para el alcohol con 37,1% y en tercer lugar la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) con un 16,2% , estos datos fueron similares a los encontrados por Acorda (2013) en el Hospital Loayza ; pero fueron diferentes a la mayoría de estudios revisados. A nivel internacional se señala al alcoholismo (García, Martínez et al. (2020) Argentina), NASH (Muñoz et al. (2021) Ecuador) e incluso la hepatitis C (Escorcía y Marrugo (2017) Colombia) como las primeras causas de cirrosis hepática, y lo que es importante destacar es que en sus estudios hallaron menores porcentajes de etiología no determinada, lo que se puede explicar es que en esos hospitales hay una mayor complejidad resolutiva y diagnóstica para determinar la

etiología de la cirrosis hepática que es fundamental para evaluar el mejor tratamiento posible para el paciente. A nivel nacional en los estudios realizados en Lima y otros departamentos como Lambayeque y Huancayo señalan a la etiología alcohólica como la principal. Aunque ya hay estudios como los realizados por Padilla, Chaman et al (2017) en el Hospital Almenara y More (2015) en el Hospital Loayza que señalan a la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) como la más prevalente, en el presente estudio esta causa se posiciono en el tercer lugar, y guarda concordancia con los porcentajes de diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad hallados en la población que son menores en comparación a otros estudios y que se relacionan justamente con esa etiología.

Al realizar las frecuencias de etiología de cirrosis hepática en relación al sexo de los pacientes, se encontró que los hallazgos fueron significativos, siendo que en el sexo masculino predominó la etiología alcohólica, lo que concuerda con los estudios realizados por Calderón et al. (2020) y Acorda (2013); y para el sexo femenino predomino la etiología indeterminada y el NASH, resultados parecidos a los encontrados por Muñoz et al (2011) aunque este no halló que su correlación etiología con sexo sea significativa.

El tiempo de enfermedad desde el diagnóstico inicial de cirrosis hepática en los pacientes hasta su internamiento por alguna complicación en el servicio de medicina interna fue en su mayoría menor a un año (57,1%), lo que concuerda con Viera (2017) en su estudio realizado en un hospital regional en Piura. Sin embargo cabe señalar que en Argentina en el estudio hecho por Prieto et al. (2016) el tiempo promedio entre el diagnóstico y la primera descompensación fue mayor con un promedio de 2,5 años; y esto podría deberse a un mayor alcance de su nivel de prevención secundaria que les permite un diagnóstico más temprano y oportuno de la cirrosis hepática.

En el total de los pacientes estudiados se encontró que el diagnóstico de cirrosis hepática se realizó por otros parámetros (clínicos, laboratoriales y de imagen) distintos a la

biopsia, por lo que en ningún paciente se realizó la biopsia hepática. Este dato hallado explicaría también la gran cantidad de etiología no determinada en nuestro estudio, ya que aunque se cuenta con diversos métodos no invasivos que permiten el diagnóstico de cirrosis, aún hay una gran cantidad de pacientes que potencialmente estarían indicados para realizarse la biopsia hepática para esclarecer el diagnóstico de hepatopatía y cirrosis no aclarada, y que además sería de gran ayuda para la evaluación pronóstica y evaluación de diferentes opciones terapéuticas.

En cuanto al estadio Child-Pugh, se encontró que la mayoría con un 46% pertenecían al estadio B (compromiso funcional significativo), seguido por el 33% que pertenecían al estadio C (enfermedad descompensada), y el menos frecuente fue el estadio A (enfermedad bien compensada) con el 21%. Estos resultados coinciden por lo encontrado en Ecuador (Muñoz et al, 2021) en un hospital de tercer nivel de atención igual que en el estudio presente, y en Perú coinciden con More (2015) en el Hospital Loayza donde determino la prevalencia del estadio B con 48,7%, y por Munaylla (2017) que realizó el estudio en el mismo hospital Sergio Bernales y determinó que el estadio B fue el más prevalente con 53,7%.

En cuanto a la correlación de estadio Child-Pugh con el sexo, se determinó que tanto para el sexo masculino y femenino el estadio B fue el más frecuente, pero no se encontró que estos hallazgos sean significativos ($p > 0,05$), coincidiendo con lo hallado por Muñoz et al (2021), a diferencia de Velásquez y Giralda (2018) que encontraron diferencias significativas en esta relación, siendo que el estadio A fue más frecuente en mujeres y el estadio B en hombres, y que podría deberse a que en su población femenina acuden a sus consultas médicas de manera más precoz y hay una determinación adecuada y precoz de su etiología en sus centros de salud.

El score MELD es una ecuación matemática que se usa para predecir la supervivencia a corto plazo en pacientes cirróticos, y en nuestro estudio se tomó en cuenta que un score \geq

15 puntos sería determinante para evaluar al paciente para su ingreso a lista de espera para trasplante hepático, tal como lo señala el estudio realizado por médicos del departamento de trasplante hepático del Hospital Almenara (Chaman, Padilla et al, 2017). Así en el estudio se encontró que poco más de la mitad de pacientes (54,3%) no tendría indicación para trasplante hepático al tener un puntaje MELD < 15 puntos. Sin embargo, un porcentaje considerable de 45,7% de los pacientes si serían potencialmente candidatos a trasplante hepático al tener un puntaje MELD \geq 15 puntos, por lo que en el caso de estos pacientes se debería referir a un centro de referencia para evaluación de trasplante hepático. En el Perú existen pocos centros de referencia que cuentan con la capacidad resolutiva y técnica para realizar estos procedimientos, encontrándose la mayoría en hospitales del sistema EsSalud, como lo es el centro de referencia para trasplante hepático el Hospital Nacional Guillermo Almenara, pero que debido a la gran demanda de pacientes y poca cultura de donación de órganos no cubre el total de la población con indicación de trasplante.

Asimismo, se analizó las distribuciones de la etiología de cirrosis hepática en relación a su puntaje MELD, encontrándose que dentro de los pacientes potencialmente candidatos a trasplante hepático la mayoría tendría como etiología el tipo alcohólico con 52,1% siendo este hallazgo significativo ($p < 0,05$). Este hallazgo difiere con lo hallado por el estudio de trasplante hepático en el hospital de referencia Guillermo Almenara (Chaman, Padilla et al., 2017), donde hallaron que desde marzo del 2000 hasta noviembre del 2016 la principal indicación para trasplante hepático en sus pacientes fue la cirrosis por esteatohepatitis no alcohólica (NASH) con un 23,5%, seguido por la hepatitis autoinmune con 21,7% y la enfermedad hepática por alcohol en un 12,4%. Aunque ya existen estudios nacionales realizados en hospitales MINSA que apoyan estos hallazgos de que la etiología NASH es actualmente la más frecuente (More, 2015 en el Hospital Arzobispo Loayza), se harían necesario contar con más estudios de mayor cantidad de años de estudio y con mayor población

en otros hospitales para valorar este cambio de frecuencias en la etiología y así tomar acciones preventivas y de tratamiento adecuados.

La estancia hospitalaria promedio de los pacientes cirróticos fue de 11,24 +/- 10 días, hallazgo que coincide con lo determinado por Calderón et al (2020) en Huancayo que también encontró un promedio de 11,3 días. Al agrupar los días de estancia hospitalaria, se encontró que la mayoría con un 55,2% tuvieron una estancia menor a 10 días, seguido por un 32,4% que tuvieron una estancia de entre 10-19 días. No se encontró estudios internacionales que valoren la estancia hospitalaria en sus estudios.

Un 70,5% de los pacientes tuvieron una evolución clínica favorable, además los pacientes fallecidos se determinaron en un 9,5% de la población estudiada, cifra que es mucho menor a lo hallado por Calderón et al (2020) en Huancayo que halló una mortalidad en 33,3%.

Dentro de las complicaciones, se encontró que el primer lugar de frecuencia lo tuvo la presencia de ascitis con un 79% de los pacientes, seguido de la presencia de várices esofágicas en el 75,2% y encefalopatía hepática en el 59%. La presencia de ascitis como lo más frecuente es similar a lo encontrado por Santos y Segura (2021) en Lambayeque, Calderón et al (2020) en Huancayo, More (2015) en Lima y el estudio de Prieto et al (2016) en Argentina (aunque estos dos últimos con menor porcentaje). En cuanto al segundo y tercer lugar de frecuencias existe una gran variabilidad entre los estudios nacionales e internacionales, que se deberían a características particulares de cada población en estudio y a la variedad de complicaciones frecuentes posibles dentro de la cirrosis hepática.

Se determinó los porcentajes de los grados de severidad de encefalopatía hepática tomando en cuenta la clasificación de West-Haven, así tenemos que del total de pacientes en el estudio que tuvieron encefalopatía, el grado 1 fue el más frecuente con el 37,1%, seguido del grado 2 con 32,26% y el grado 3 con 29,03%. Los hallazgos resultaron similares a los hallados por Calderón et al (2020) en Huancayo.

Se determinó los porcentajes de los grados de ascitis tomando en cuenta la clasificación basada en criterios cuantitativos, de ese modo tenemos que del total de pacientes cirróticos que presentaron ascitis, un 55,42% padecieron la forma moderada, mientras que la forma menos frecuente fue la severa con 6,02%. Es sabido que la ascitis forma parte de los parámetros clínicos de Child-Pugh para clasificar el grado de disfunción hepática y compensación de la enfermedad, siendo que en nuestro estudio poco más de la mitad de los pacientes al contar con un estadio moderado tendría el puntaje más alto dentro del parámetro de ascitis (3 puntos). Además, el presentar ascitis conlleva alto riesgo de presentar otras complicaciones relacionadas como la peritonitis bacteriana espontánea, ascitis refractaria, hiponatremia entre otros; y aunque la presentación más frecuente en este estudio como es la ascitis moderada no requiere como tratamiento de elección la realización de paracentesis evacuatoria (Martínez et al. 2012), si implica el descarte de las complicaciones mencionadas para evitar un mayor riesgo de mortalidad.

En cuanto a los pacientes cirróticos con presencia de várices esofágicas también se determinó los porcentajes de acuerdo a su grado de presentación, para lo cual se utilizó el sistema de clasificación de Paquet; de ese modo se encontró que la mayoría pertenecía al grado 3 con 39,2% seguido del grado 4 con 26,6%. Los resultados del grado 3 como primer lugar en frecuencia coinciden con lo hallado por Bustíos et al (2007) en Lima y Velásquez y Giralda (2018) en Paraguay, sin embargo como segundo lugar determinan al grado 2, siendo diferente a lo hallado en el estudio. Nuestra población al tener el grado 3 y grado 4 de várices esofágicas como los más frecuentes, tendría mayor riesgo de sangrado, por ello también se determinó la presencia de sangrado siendo que de los pacientes con várices esofágicas el 51,9% si tuvo sangrado, coincidiendo con los grados hallados.

Justamente en la revisión de la bibliografía (Bosch et al 2008), nos indican que los factores más importantes asociados con el riesgo de sangrado en las várices esofágicas son el

tamaño de las várices, el estadio Child-Pugh y la presencia de signos rojos. En el presente estudio se determinó la frecuencia de pacientes con los diversos grados de várices esofágicas en relación a la presencia de sangrado, y se encontró que de los pacientes en que hubo sangrado de várices, la mayoría correspondió al grado 3 (51,2%) y grado 4 (34,1%) siendo estos hallazgos significativos ($p < 0,05$), por tanto se corroboraría el hecho de que el aumento en el tamaño de las várices incrementa el riesgo de sangrado.

Del total de pacientes con cirrosis hepática que tuvieron infección (39% del total estudiado), se determinó que la infección más frecuente fue la infección del tracto urinario con el 48,8% seguido de la neumonía con el 39%. En todas las investigaciones revisadas se concuerda en que la infección urinaria es la infección más frecuente, sin embargo en el segundo lugar si se encuentran diferencias. En el caso de Bustíos et al (2007) y Matos (2007) en Lima ambos coinciden con el presente estudio en que la neumonía ocupa el segundo lugar de frecuencia; caso contrario a lo reportado por Munaylla (2017) en el mismo Hospital Sergio Bernales, More (2015) y Acorda (2013) en el Hospital Loayza, que encuentran que la peritonitis bacteriana espontánea es el segundo tipo de infección más frecuente.

Por último se determinó las frecuencias y porcentajes de los complicaciones en relación al estadio Child-Pugh, encontrándose que en el estadio A lo más frecuente fue la presencia de várices esofágicas con 72,7%; en el estadio B lo más frecuente fue la presencia de ascitis con 77,1%; y para el estadio C la ascitis fue lo más frecuente en el 91,4%, seguido de várices esofágicas con 77,1%, encefalopatía en el 74,3% y trastorno de la coagulación en el 71,4%. En el estudio de Muñoz et al (2021) se encontró que para el estadio A y C los hallazgos son similares, mientras que para el estadio B encontraron que las várices esofágicas fueron más frecuentes que la ascitis. En el presente estudio se encontró que la ascitis, encefalopatía y trastorno de la coagulación se relacionan con el estadio Child-Pugh ($p < 0,05$), y que coinciden con los parámetros que el score Child-Pugh utiliza para valorar su estadio y severidad.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ Las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Nacional Sergio Bernales fueron: grupo etario mayoritario de 50-59 años, predominio del sexo masculino, los distritos de Comas y Carabayllo como los lugares de mayor procedencia, más de la mitad de los pacientes tuvo secundaria como grado de instrucción, y la ocupación más frecuente fue tener un oficio seguido de labores del hogar.

- ✓ Las características clínicas de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Sergio Bernales fueron: la anemia, hipertensión arterial y litiasis vesicular como las comorbilidades más frecuentes; la mayoría de los pacientes tuvo una etiología no determinada, seguida por la etiología alcohólica y en tercer lugar al NASH; más de la mitad de pacientes tuvo un tiempo de enfermedad desde su diagnóstico inicial de cirrosis menor a 1 año; no se realizó biopsia para el diagnóstico en ninguno de los pacientes; el estadio B de Child-Pugh fue el más frecuente; el puntaje MELD en la mayoría de los pacientes fue menor a 15 puntos; la estancia hospitalaria promedio fue de 11 +/- 10 días, hubo mortalidad en un 9,5% de los pacientes; la ascitis y la presencia de várices esofágicas fueron las complicaciones más frecuentes; en los pacientes con encefalopatía hepática el grado 1 fue el más frecuente, en los que tuvieron ascitis más de la mitad fue de grado moderado, en los que tuvieron várices esofágicas en más de la mitad hubo sangrado y el grado 3 y 4 fueron los más prevalentes; y los que tuvieron infección la infección del tracto urinario y neumonía fueron los tipos más frecuentes.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar mayores estudios que abarquen mayor cantidad de años y población que incluya a pacientes cirróticos provenientes de hospitalización y consultorios externos en los hospitales de todos los sectores (MINSA, EsSalud, Fuerzas aéreas y Policiales) para así tener una mejor caracterización y establecer con mayor certeza la realidad epidemiológica y clínica de la cirrosis a nivel nacional que permita establecer políticas públicas de salud que mejoren la calidad de vida de esos pacientes.
- Se debería mejorar la capacidad resolutive a nivel diagnóstico en el hospital: laboratorios, centro de imágenes y centros de procedimientos como realización de biopsias; ya que permitirían una adecuada identificación de la etiología en los pacientes con cirrosis hepática y así se podría elaborar múltiples estrategias adecuadas de abordaje y prevención de mayores complicaciones
- Fortalecer el sistema de salud a través de los niveles de prevención orientado a la cirrosis hepática.
- Mejorar el proceso administrativo y gestión en los hospitales respecto a los permisos para realizar trabajos de investigación, ya que los trámites son lentos y difíciles y ello no alienta a la realización de estudios de investigación, cuando se debería alentar y mejorar estos procesos al ser el Perú uno de los países con menor producción científica.
- Se debe registrar y llenar adecuadamente las historias clínicas con letra legible y con la más detallada descripción de todas las enfermedades y procedimientos realizados al paciente, ya que es un documento médico-legal con información clave del paciente, y no se deberían perder esta información como paso en el presente estudio con algunas historias clínicas.

VIII. REFERENCIAS

- Acorda, L. (2013). *Comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con cirrosis hepática*. [Tesis de especialidad, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio académico USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2270>
- Aguirre, J., Torre, A., Vilatoba, M., Contreras, A., Sánchez, A., Antolinez, J., García, I. (2014). Indicaciones de trasplante hepático. *Revista de Investigación Clínica*, 66(6), 534-546. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn146i.pdf>
- Ayata G., Gordon, F., Lewis, W., Pomfret, E., Pomposelli, J., Jenkins, R., Khettry, U. (2002). Cryptogenic cirrhosis: clinicopathologic findings at and after liver transplantation [Cirrosis criptogénica: hallazgos clinic-patológicos antes y después del trasplante hepático]. *Hum Pathol*, 33(11), 1098-1104. DOI: 10.1053/hupa.2002.129419.
- Beltrán, A., Neciosup, E. (2011). Factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta de la Red asistencial EsSalud Lambayeque. *Revista Cuerpo Médico*, 4(2), 77-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4060363>
- Bernal, V., Bosch, J. (s.a.). Cirrosis hepática. *Asociación española de gastroenterología*. https://www.aegastro.es/documents/pdf/60_Cirrosis_hepatica.pdf
- Biggins, S., Angeli, P., Garcia, G., Ginés, P., Ling, S., Nadim, M., Wong, F., Ray, W. (2021). Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases [Diagnóstico, evaluación, y manejo de ascitis, peritonitis bacteriana espontánea y síndrome hepatorenal: guía de práctica 2021 por la Asociación Americana para el estudio de enfermedades hepáticas]. *Hepatology*, 74(2), 1014-1048. DOI: 10.1002/hep.31884.
- Bosch, J., Berzigotti A., Garcia J., Abraldes, J. (2008). The management of portal hypertension: rational basis, available treatments and future options [El manejo de la hipertensión

- portal: bases racionales, tratamientos disponibles y opciones a futuro]. *Journal of hepatology*, 48(1), 68-92. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2008.01.021>
- Bustios, C., Dávalos, M., Román, R., Zumaeta, E. (s.a.). Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM EsSalud. *Revista de Gastroenterología Perú*, 27, 238-245. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v27n3/a03v27n3.pdf>
- Calderón, W., Ascanio, M., Yarinsueca, P. (2020). Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m.s.n.m.). *Horizonte Médico*, 20(2). <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v20n2/1727-558X-hm-20-02-e1186.pdf>
- Castillo, O., Flores, C. (2019). Mortalidad por enfermedades digestivas no neoplásicas en la población adulta del Perú, 2010-2015. *Anales Facultad medicina 2019*, 80(1), 39-44. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15868>
- Christensen, E., Schlichting, P., Fauerholdt, L., Glud, C., Andersen, P., Juhl, E., Poulsen, H., Tygstrup, N. (1984). Prognostic value of Child-Turcotte criteria in medically treated cirrhosis [Valor pronóstico de los criterios de Child-Turcotte en la cirrosis tratada médicamente]. *Hepatology*, 4(3), 430-435. DOI: 10.1002/hep.1840040313.
- Cisneros, L., Flores, N., Pérez, J. (2021). Primera hepatotrilogía 2021, Hepatología para todos. (1ª Edición) *Asociación Mexicana de Hepatología*, A.C. <https://www.hepatologia.org.mx/descargas/Libro-Primera-Hepatotriologia.pdf>
- D'Amico G, García-Tsao G, Pagliaro L. (2019). Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies [Historia natural e indicadores pronósticos de supervivencia en cirrosis: una revisión sistemática de 118 casos]. *J Hepatol*. 2006, 44, 217-31. DOI: 10.1016/j.jhep.2005.10.013.

- De Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. (2005). Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension [Consenso en evolución en la hipertensión portal. Informe del taller de consenso Baveno IV sobre metodología de diagnóstico y terapia en hipertensión portal]. *J Hepatol.* 2005, 43(1), 167-176. DOI: 10.1016/j.jhep.2005.05.009.
- Durand, F. (2016). *Principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central entre 2012 al 2014.* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio URP. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/506>
- Escorcía, E., Marrugo, W. (2017). *Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del Caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017.* [Tesis de especialidad, Universidad Libre Seccional Barranquilla]. Repositorio Institucional Unilibre. <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/10705>
- Fallon, M., Abrams, G. (2000). Pulmonary dysfunction in chronic liver disease [Disfunción pulmonar en enfermedad hepática crónica]. *Hepatology*, 2000, 32(4 Pt 1), 859-865. DOI: 10.1053/jhep.2000.7519.
- Fleming, K., Aithal, G., Solaymani, M., Card, T., West, J. (2008). Incidence and prevalence of cirrhosis in the United Kingdom, 1992-2001: a general population-based study [Incidencia y prevalencia de la cirrosis en el Reino Unido, 1992-2001: un estudio basado en la población general]. *J Hepatol.*, 49(5), 732-738. DOI: 10.1016/j.jhep.2008.05.023.
- García, D., Martínez, Y., Poncino, D., Ferreira, M., Escobar, R., Khoury, M. (2020). Etiología de la cirrosis: los cambios epidemiológicos entre los períodos 1995-2002 y 2010-2017.

Acta Gastroenterol Latinoam 2020, 50(3), 271-278.

<https://www.actagastro.org/numeros-antiores/2020/Vol-50-N3/Vol50N3-PDF13.pdf>

García, L., Gonzáles, F., Moreno, R. (2012). Cirrosis hepática. *Medicine*, 11(11), 625-633.

<https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1220>

González, J., Higuera, M., Moreno, R., Torre, A. (2019). Fisiopatología y opciones de tratamiento a futuro en la encefalopatía hepática. *Revista de Gastroenterología de México*. 2019, 84(2), 195-203. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090619300461>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2019). Programas de Enfermedades no transmisibles. *INEI*, 1, 41-47.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1734/cap01.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2021). Programa de Enfermedades No Transmisibles. *INEI*, 1, 36-42.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1839/cap01.pdf

LaBrecque D., Khan A., Sarin S., Le Mair A. (2013). Várices esofágicas. *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines*, 1-12.

<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>

Lefton H., Rosa, A., Cohen, M. (2009). Diagnosis and epidemiology of cirrhosis [Diagnóstico y epidemiología de la cirrosis]. *Med Clin North Am.*, 93(4), 787-799. DOI: 10.1016/j.mcna.2009.03.002.

- Lurie, Y., Webb, M., Cytter, Ruth., Shteingart, S., Lederkremer, G. (2015). Diagnóstico no invasivo de fibrosis hepática y cirrosis. *World J Gastroenterol*, 21(41), 11567-11583. https://smiba.org.ar/curso_medico_especialista/lecturas_2022/Diagn%C3%B3stico%20no%20invasivo%20de%20fibrosis%20hep%C3%A1tica%20y%20cirrosis.pdf
- Macías, R., Kúsulas, D., Avendaño, K. (2021). Abordaje inicial del paciente con cirrosis hepática. *Primera Hepatología*, 1(2), 31-36. <https://www.hepatologia.org.mx/descargas/Libro-Primera-Hepatologia.pdf>
- Malpica, A., Ticse, R., Salazar, M., Cheng, L., Valenzuela, V., Mercado, J. (2013). Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. *Revista de Gastroenterología Perú*, 33(4), 301-305. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n4/a03v33n4.pdf>
- Mantilla, O., Chaman, J., Rondón, C., Padilla, M., Rivera, J., Cárdenas, B. (2018) Hepatocarcinoma y trasplante hepático en Perú: resultados de 15 años del Departamento de Trasplantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud. *Revista Gastroenterología Perú*, 38 (3) ,234-41. <http://dev.scielo.org.pe/pdf/rgp/v38n3/a03v38n3.pdf>
- Martínez Y., Abdel A., Abreu M. (2012). Atención de la ascitis y sus complicaciones en el paciente con cirrosis hepática. *Revista Cubana de Medicina*, 51(1), 69-82. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmed/cm-2012/cm121h.pdf>
- Martínez, A., Valdivia, F., Cárdenas, M. (2013). Principales factores de riesgo presentes en pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila. *MEDICIEGO* ,19(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs132i.pdf>
- Mathurin, S., Agüero, A., Dascani, N., Prestera, J., Gianserra, C., Londero, E., Chiorra, C. (2009). Anemia en pacientes internados con cirrosis: prevalencia, significación clínica y factores predictivos. *Acta Gastroenterología Latinoamericana* 2009, 39, 103-111.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199317359007>

Matos, S. (2017). *Características clínicas- epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante el período 2013-2016* [Tesis de Pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5135>

Meijide, H. (s.a.). CHILD-PUGH. *Clasificación pronóstica de la hepatopatía*. <https://meiga.info/escalas/child-pugh.pdf>

Meijide, H. (s.a.). MELD. *Clasificación pronóstica de la hepatopatía*. <https://meiga.info/escalas/meld.pdf>

Meléndez CA, Meléndez JJ. (2012). Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México. *Medwave*, 12(7). <https://www.medwave.cl/medios/medwave/PDFinvestigacion/Agosto2012/medwave.2012.07.5454.pdf>

Ministerio de Salud. (2019). Análisis de situación de salud del Perú, 2019. *Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades*, 1, pp.58-63. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf

Miño, J., López, E., Jazmín, N., Molano, D. (2021). Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 20 (40), 1-11. <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1052/1856>

Montaño, A., Meza, J. (2005). Patogénesis de la hipertensión portal. *Rev. Invest. Clín.*, 57(4), 596-607. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000400013

Morcillo A., Morcillo J., Rodríguez D., Regino W. (2019). Encefalopatía hepática: diagnóstico y tratamiento en 2019. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 29(1), 104-114. <http://revecuatneurolog.com/wp-content/uploads/2020/05/2631-2581-rneuro-29-01->

00104.pdf

More, E. (2015). *Características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en un hospital de la ciudad de Lima*. [Tesis de especialidad, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio académico USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2001>

Moreira, V., Garrido, E. (2011). La endoscopia en las enfermedades hepáticas. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)*, 103(4), 218. <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v103n4/informacionpaciente.pdf>

Munaylla, G. (2017). *Características clínicas y pronóstico de supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en Hospital Nacional Sergio Bernales periodo enero 2014 a diciembre 2015*. [Tesis de Pregrado, Universidad San Juan Bautista]. Repositorio USJB, 1-2. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/924/T-TPMC-Gustavo%20Munaylla%20Ayala.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Muñoz, R., Martínez, P., Santillán, W., Paullan, V., Rodríguez, G., Muñoz, P. (2021). Complicaciones de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Albert Gilbert Pontón. *Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil*, 2(3), 22-29. <https://doi.org/10.51597/rmicg.v2i3.72>

Oppenheimer, Deulofeu (2007). Transplantament [Trasplante]. *Organización Catalana de trasplante*, 38, 4-7. https://sctransplant.org/doc/boletin/boletin_38_cast.pdf

Padilla, M., Rondón, C., Cárdenas, B., Mantilla, O., Rivera, J., Chaman, J. (2017). Trasplante hepático en el Perú. *Diagnóstico*, 56 (1), 31-35. <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/167/178>

Potrilte, L., Prawl, M., Ramos, O., Fernández, R. (2020). Cambios morfofuncionales del hígado en la cirrosis hepática. *Gaceta médica estudiantil*, 1(1), 45-56. <http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/25>

- Prieto, J., Sánchez, S., Prieto, R., Rojas, E., González, L., Mendivelso, F. (2016). Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. *Revista Colombiana Gastroenterología*, 31(1).
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v31n1/v31n1a01.pdf>
- Ramírez, M., Guevara, J., Huichi, M. (2012). Mortalidad por hepatocarcinoma y cirrosis hepática en Apurímac: 2007-2010. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16 (1), 01-05.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203124341008>
- Rincón, D., Bañares, R. (2016). Cirrosis hepática. *Medicine*, 12(11), 597-605.
DOI: 10.1016/j.med.2016.05.010
- Roque, J., Sauchay, L., Rodríguez, H. (2019). Caracterización de la mortalidad por cirrosis hepática en el hospital “Julio Trigo López” 2012-2016. *Revista cubana de tecnología de la salud*, 10(2), pp. 35-43.
<http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1310/975>
- Santos, C., Segura, D. (2021). *Características clínicas, epidemiológicas y laboratoriales de la cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Enero 2018. Diciembre 2020.* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio UNPRG. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9229>
- Tsochatzis, E., Bosch, J., Burroughs, A. (2014). Liver cirrhosis [Cirrosis hepática]. *The Lancet*, 383(9930), 1749-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60121-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60121-5)
- Velázquez, S., Giralá, M. (2018). Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay. *Revista virtual de la sociedad paraguaya Medicina. Interna*, 5 (2), 53-61. <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v5n2/2312-3893-spmi-5-02-53.pdf>

- Viera, M. (2017). *Factores asociados a la mortalidad hospitalaria de los pacientes cirróticos hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital III Cayetano Heredia-Piura en el periodo enero – diciembre del 2017*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Piura]. Repositorio UNP. <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1220>
- Zumaeta, E. (2007). Várices esofagogástricas. *Acta Médica Peruana*, 24(1), 47-52. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n1/a11v24n1.pdf>

IX. ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGIA	TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS
<p>PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas en los pacientes con cirrosis hepática del servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernales del periodo marzo 2020-marzo 2022?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>a) ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática del servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernales del periodo marzo 2020-marzo 2022?</p> <p>b) ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con cirrosis hepática del servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernales del periodo marzo 2020-marzo 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar las características clínico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Sergio Bernales, en el periodo de marzo 2020-marzo 2022.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>a) Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Nacional Sergio Bernales del periodo marzo 2020- marzo 2022</p> <p>b) Describir las características clínicas de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Nacional Sergio Bernales del periodo marzo 2020- marzo 2022.</p>	<p>VARIABLE PRINCIPAL</p> <p>Cirrosis hepática</p> <p>VARIABLES SECUNDARIAS</p> <p>Características clínicas epidemiológicas</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO Descriptivo, de corte transversal, de diseño observacional y retrospectivo.</p> <p>POBLACION pacientes \geq 18 años de edad con cirrosis hepática del servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio Bernales</p> <p>MUESTRA Método de muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Se trabajó con el total de la población que cumplió los criterios de inclusión, estando conformado por 115 pacientes.</p>	<p>Técnicas de recolección de datos: historias clínicas</p> <p>Técnicas estadísticas:</p> <p>Descriptivas: cuadro de frecuencias, tablas, gráficos, media, desviación estándar</p>

ANEXO B: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	ESTADÍSTICO	
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	Edad	Es el tiempo transcurrido entre el día del nacimiento, hasta la fecha del último cumpleaños de la persona.	Cualitativa	Ordinal	(1) < 40 años (2) 40-49 años (3) 50-59 años (4) 60-69 años (5) 70-79 años (6) >= 80 años	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
			Cuantitativa discreta	Razón	Edad en años	<ul style="list-style-type: none"> • Media • Mínimo • Máximo • Desviación estándar
	Sexo	Se refiere al sexo biológico de las personas considerado como la “condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres”	Cualitativa	Nominal	(1) masculino (2) femenino	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes

CARACT. EPIDEMIOLÓGICAS	Lugar de procedencia	Espacio donde reside una persona.	Cualitativa	Nominal	Distritos de Lima	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Grado de instrucción	Nivel de educación que tiene una persona.	Cualitativa	Ordinal	(1) Analfabeto (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Ocupación	Clase o tipo de trabajo que desarrolla la persona, prestación de servicios a cambio de una remuneración o beneficio.	Cualitativa	Nominal	(1) Trabajador del hogar (2) Oficio (3) Profesión (4) Jubilado (5) Sin ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
CARACT. CLÍNICAS	Comorbilidades	Presencia de diferentes enfermedades que acompañan de forma satélite a la enfermedad protagonista, en el estudio es la cirrosis hepática.	Cualitativa	Nominal	(1) HTA (2) DM (3) Obesidad (4) Sobrepeso (5) Insuficiencia renal (6) TBC (7) Cardiopatía (8) Hipotiroidismo (9) Asma (10) Litiasis vesicular (11) Anemia (12) Úlcera gástrica (13) Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Etiología	Origen de la enfermedad	Cualitativa	Nominal	(1) Alcohol (2) Hepatitis B (3) Hepatitis C (4) NASH (5) Otras causas (6) Indeterminado	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Tiempo de enfermedad	Cantidad de años transcurridos desde el diagnóstico inicial de la enfermedad hasta la fecha de su última hospitalización.	Cualitativa	Ordinal	(1) < 1 año (2) 1-3 años (3) 3-5 años (4) >5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Tipo de diagnóstico de cirrosis	Procedimiento mediante el cual se identifica una enfermedad.	Cualitativa	Nominal	(1) Biopsia (2) Otros parámetros	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Estadio Child Pugh	Sistema usado para evaluar el pronóstico de severidad de pacientes con cirrosis hepática.	Cualitativa	Ordinal	(1) A (5-6 puntos) (2) B (7-9 puntos) (3) C (10-15 puntos)	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Escala MELD	Sistema de puntuación que mide la severidad de la enfermedad hepática crónica y determina la necesidad de trasplante hepático.	Cualitativa	Ordinal	(1) < 15 puntos (2) >= 15 puntos	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Estancia hospitalaria	Duración en tiempo de la estancia hospitalaria	Cuantitativa discreta	Razón	Días de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Media • Mínimo • Máximo Desviación estándar
					(0) < 10 días (1) 10-19 días (2) 20-29 días (3) 30-39 días (4) 40-49 días (5) >= 50 días	
			Cualitativa	Ordinal		<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Evolución clínica	Condición de alta	Cualitativa	Nominal	(1) Mejorado (2) reservado (3) fallecido (4) Referido (5) Alta voluntaria (6) Fuga	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Complicaciones	Resultados desfavorables de una enfermedad	Cualitativa	Nominal	(1) Encefalopatía (2) Ascitis (3) Várices esofágicas (4) Infección (5) Sínd. hepatorenal (6) Sd hepatopulmonar (7) Trastorno de la coagulación (8) hepatocarcinoma	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Encefalopatía	Cualitativa	Ordinal	(0) Grado 0 (1) Grado 1 (2) Grado 2 (3) Grado 3 (4) Grado 4	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Ascitis	Cualitativa	Ordinal	(0) No (1) Leve (2) Moderado (3) Severo	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
	Várices esofágicas	Cualitativa	Nominal	(a) Con sangrado (b) Sin sangrado	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
			Ordinal	(0) Ausente (1) Grado I (2) Grado II (3) Grado III (4) Grado IV	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes
Infección	Cualitativa	Nominal	(0) No presenta (1) ITU (2) PBE (3) Celulitis (4) Diarrea aguda (5) Neumonía (6) Colangitis	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencias • Porcentajes 	

ANEXO C: APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

N° 0046-2022

CONSTANCIA DE DECISIÓN ÉTICA

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (CIEI-HNSEB) hace constar que el protocolo de investigación denominado "Características clínico e epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática del servicio de Medicina Interna del Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo marzo 2020 – marzo 2022" fue **APROBADO** bajo la modalidad de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Investigador: Wendy Carol Viera Agüero

El protocolo de investigación aprobado corresponde a la **versión 02** de fecha **05 de setiembre de 2022**.

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos en investigación, que incluye el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Las enmiendas en relación con los objetivos, metodología y aspectos éticos de la investigación deben ser solicitadas por el investigador principal al CIEI-HNSEB.

El protocolo de investigación aprobado tiene un periodo de vigencia de 12 meses; desde el 05 de setiembre de 2022 hasta el 05 de setiembre de 2023, y; de ser necesario, deberá solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

De forma semestral, deberá enviarnos los informes de avance del estudio a partir de la presente aprobación y así como el informe de cierre una vez concluido el estudio.

Lima, 05 de setiembre de 2022

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALES
MG. ALEJANDRO V. PÉREZ VALLE
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigaciones-HNSEB
CMT/22525 RNE 9502

ANEXO D: INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

- Historia clínica: _____ N° ficha: _____

A. Características epidemiológicas

- (1) Edad: _____ años (1) <40 años (2) 40-49 años (3) 50-59 años (4) 60-69 años
 (5) 70-79 años (6) >= 80 años
- (2) Sexo: (1) Masculino (2) Femenino
- (3) Lugar de procedencia: _____
- (4) Grado de instrucción: (1) Analfabeto (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior
- (5) Ocupación: (1) Trabajador del hogar (2) Oficio (3) Profesión (4) Jubilado
 (5) Sin ocupación

B. Características clínicas

- (6) Comorbilidades:
- | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| (1) HTA | (6) Tuberculosis | (11) Anemia |
| (2) DM | (7) Cardiopatía | (12) Úlcera gástrica |
| (3) Obesidad | (8) Hipotiroidismo | (13) Otros |
| (4) Sobrepeso | (9) Asma | |
| (5) Insuficiencia renal | (10) Litiasis vesicular | |
- (7) Etiología: (1) Alcohol (2) hepatitis B (3) hepatitis C (4) NASH
 (5) otras causas (6) no determinado
- (8) Tiempo de enfermedad: (1) <1 año (2) 1-3 años (3) 3-5 años (4) >5 años
- (9) Tipo de diagnóstico: (1) Biopsia (2) otros parámetros
- (10) Estadio Child Pugh: (1) A (5-6 pts) (2) B (7-9 pts) (3) C (10-15 pts)
- (11) Escala Meld: (1) < 15 puntos (2) >=15 puntos

(12) Estancia hospitalaria: ____ días (0) <10 días (1) 10-19 días (2) 20-29 días

(3) 30-39 días (4) 40-49 días (5) \geq 50 días

(13) Evolución clínica: (1) Mejorado (2) Reservado (3) Fallecido (4) Referido (5) Alta voluntaria (6) Fuga

(14) Complicaciones:

(1) Encefalopatía	(3) Várices	(5) Síndrome	(7) Trastorno de la
	esofágicas	hepatorrenal	coagulación
(2) Ascitis	(4) Infección	(6) Síndrome	(8) Hepatocarcinoma
		hepatopulmonar	

(15) Encefalopatía:

(0) Grado 0 (normal)
 (1) Grado 1 (lentitud mental)
 (2) Grado 2 (Apatía, letargia)
 (3) Grado 3 (somnia) (somnolencia)
 (4) Grado 4 (coma)

(16) Ascitis:

(0) No
 (1) Leve (solo ecografía)
 (2) Moderado (distensión abdominal)
 (3) Severo (a tensión)

(17) Várices esofágicas:

(A) Con sangrado
 (B) Sin sangrado

(0) Ausente
 (1) Grado 1
 (2) Grado 2
 (3) Grado 3
 (4) Grado 4

(18) Infección:

(0) No presenta	(4) diarrea aguda
(1) ITU	(5) Neumonía
(2) PBE	(6) Colangitis
(3) Celulitis	

ANEXO E: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Análisis de validez del instrumento: Prueba binomial

Se consideró:

- No: 0
- Si: 1

Nº criterio	Jueces			
	1	2	3	4
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	1	1	1	1
6	1	1	1	1

Prueba de concordancia entre jueces:

$$X = \frac{\text{Nº total de acuerdos} \times 100\%}{\text{Nº total de acuerdos} + \text{desacuerdos}}$$

$$\frac{X = 24 \times 100\%}{24}$$

$$X = 100\%$$

Conclusión: El 100% de las respuestas de los jueces concuerdan

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTO

TESIS: Características clinico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática del servicio de medicina interna del hospital Sergio Bernales. Marzo 2019-marzo 2022

Investigador: VIERA AGÜERO, WENDY CAROL

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

- 1.1. Apellidos y nombres: Juana Luz Cochala Flores
- 1.2. Título profesional: Médico Internista
- 1.3. Grado académico: Magister en mención en Medicina
- 1.4. Teléfono/Celular: 998558962

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	SI	NO
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión	✓	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles	✓	
3. CONSISTENCIA	El instrumento responde a los objetivos de la investigación y operacionalización de variables	✓	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	✓	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	✓	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓	

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

.....

.....

.....


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
DRA. JUANA COCHALA FLORES
MÉDICO INTERNISTA
C.I. 44302-1-1985-3041

Firma

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTO

TESIS: Características clinico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática del servicio de medicina interna del hospital Sergio Bernales. Marzo 2019-marzo 2022

Investigador: VIERA AGÜERO, WENDY CAROL

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

- 1.1. Apellidos y nombres: Ruiz Semba Edgar Rolando
- 1.2. Título profesional: Médico internista
- 1.3. Grado académico: Magister con mención en Medicina
- 1.4. Teléfono/Celular: 999747158

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	SI	NO
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión	✓	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles	✓	
3. CONSISTENCIA	El instrumento responde a los objetivos de la investigación y operacionalización de variables	✓	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	✓	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	✓	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓	

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

.....

.....

.....


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
Dr. EDGAR RUIZ SEMBA
MEDICO INTERNISTA
C.M.P. 24944 R.N.E. 10025

.....
Firma

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTO

TESIS: Características clinico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática del servicio de medicina interna del hospital Sergio Bernales. Marzo 2019-marzo 2022

Investigador: VIERA AGÜERO, WENDY CAROL

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

1.1. Apellidos y nombres: VIVAR MEJORA LLO

1.2. Título profesional:..... MEDICO INTENISTA

1.3. Grado académico:.....

1.4. Teléfono/Celular:..... 999 436 807

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	SI	NO
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión	X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles	X	
3. CONSISTENCIA	El instrumento responde a los objetivos de la investigación y operacionalización de variables	X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	X	

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

.....
.....
.....

INSTITUTO VENEZOLANO DE SALUD
HOSPITAL MACHUCA
DR. WENDY CAROL VIERA AGÜERO
MEDICO INTENISTA
EMP. 2020

.....
Firma

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTO

TESIS: Características clinico-epidemiologicas en pacientes con cirrosis hepática del servicio de medicina interna del hospital Sergio Bernales. Marzo 2019-marzo 2022

Investigador: VIERA AGÜERO, WENDY CAROL

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

- 1.1. Apellidos y nombres: Cruzado Grau Carlos Segundo
- 1.2. Título profesional:..... Medico Internista
- 1.3. Grado académico:.....
- 1.4. Teléfono/Celular:..... 941725118

II. VALIDACIÓN:

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	SI	NO
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión	✓	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles	✓	
3. CONSISTENCIA	El instrumento responde a los objetivos de la investigación y operacionalización de variables	✓	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	✓	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	✓	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓	

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

.....

.....

.....

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
Carlos Segundo Cruzado Grau
Dr. Carlos Segundo Cruzado Grau
Medicina Interna
CMP 52182 RNE 26232

Firma