



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS  
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

PRESENTADA POR  
LISBETH GLADYS ACORDA SIFUENTES

TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN  
GASTROENTEROLOGÍA

LIMA – PERÚ

2013



**Reconocimiento  
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS  
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA**

**TESIS**

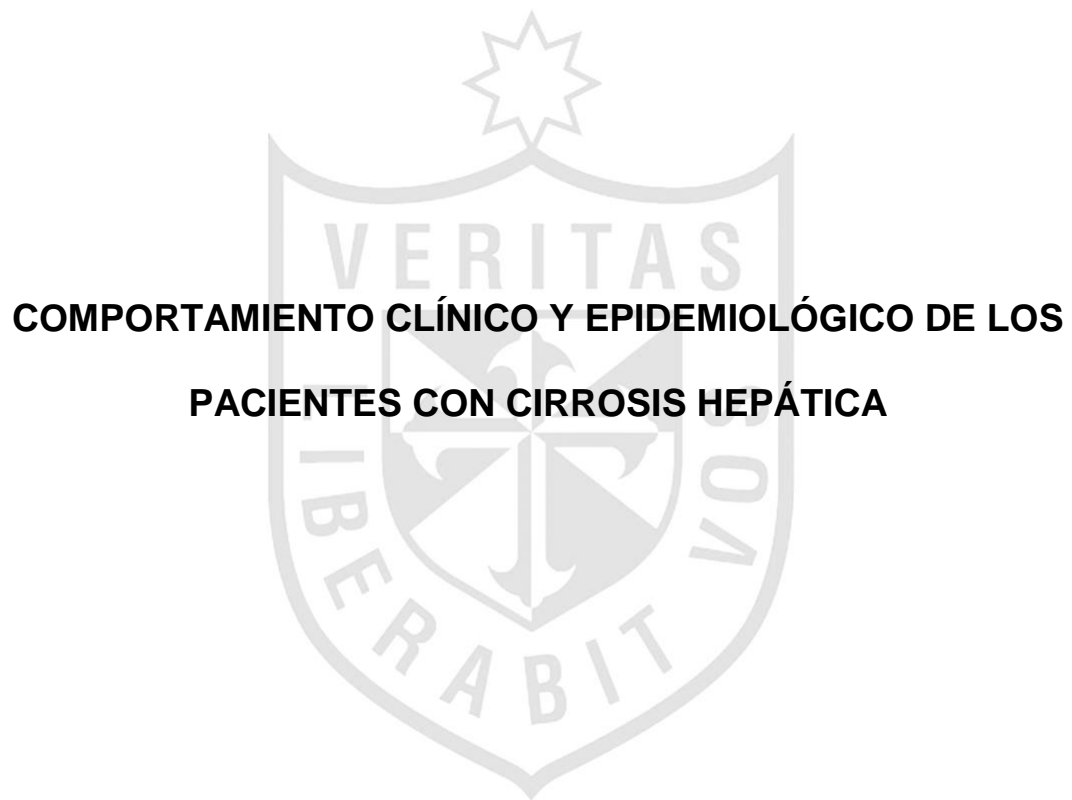
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA**

**PRESENTADO POR:**

**LISBETH GLADYS ACORDA SIFUENTES**

**LIMA – PERÚ**

**2013**



**COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS  
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA**



**ASESORA**

**Dra. MORAN TISOC, Lucinda**

Docente de la Facultad de Medicina,  
Universidad de San Martín de Porres



### **DEDICATORIA**

A mi familia por ser pilar en la formación personal y profesional, y en especial a mi madre que es la fuerza motivadora que me impulsa día a día.

A César mi amor por estar siempre conmigo apoyándome en todo momento.



## **AGRADECIMIENTOS**

A las autoridades del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y de la Universidad de San Martín de Porres que me dieron todas las facilidades para realizar mi tesis.

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
Resumen	1
Abstract	3
Introducción	5
Materiales y Métodos	9
Resultados	15
Discusión	33
Conclusiones	42
Recomendaciones	43
Sugerencias	44
Referencias bibliográficas	45
Anexos	49





## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	15
Tabla 2	16
Tabla 3	16
Tabla 4	18
Tabla 5	19
Tabla 6	19
Tabla 7	20
Tabla 8	21
Tabla 9	22
Tabla 10	24
Tabla 11	25
Tabla 12	27
Tabla 13	29
Tabla 14	31



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	17
Gráfico 2	23
Gráfico 3	24
Gráfico 4	26
Gráfico 5	28
Gráfico 6	30
Gráfico 7	32



## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo principal del estudio fue determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes cirróticos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**Método:** El diseño fue no experimental, descriptivo y retrospectivo. El vaciado de la información, obtenida de las historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión, se hizo en una ficha de datos de todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepáticas del hospital Loayza, del año 2006 al 2010. El tamaño de la muestra fue de 210 pacientes.

**Resultados:** El grupo etario que prevaleció fue el de 60 a 69 años, con el 31.4%. El 57.1% de los pacientes fueron de sexo femenino; y el 42.9%, de sexo masculino. La causa más frecuente de cirrosis hepática fue la ingesta de alcohol, con el 21.9%; como segunda causa probable Esteatohepatitis no Alcohólica (NASH) con el 18.6%; y en tercer lugar, infección por virus de hepatitis B (VHB), con el 12.4%. En la población estudiada predominó el grado A para el score de Child, con el 37.1%. La principal causa de hospitalización fue hemorragia digestiva alta variceal, con un 28.6%. La causa más frecuente de infección fue la infección urinaria, con 44.6%; seguida de la peritonitis bacteriana espontánea, con 24.6%. Cuando se evaluó el score de MELD, la severidad de enfermedad hepática se encontró que el 62.4% tenían un score menor a 14. Se evaluó una posible relación entre el Score de MELD y score Child y se encontró que el 76.8% de los pacientes con Score Child grado C tuvieron un Score de MELD mayor de 14 ( $p= 0.00$ ).

**Conclusión:** La cirrosis hepática afecta más a mujeres que a varones, siendo la ingesta de alcohol la causa más frecuente. El principal motivo de hospitalización fue hemorragia digestiva alta de origen variceal, y la causa más frecuente de infecciones fue la infección del tracto urinario. Más de la mitad de los pacientes tuvieron una o más hospitalizaciones, se halló que el score de Child Pugh se correlaciona y es directamente proporcional a la frecuencia del número de hospitalizaciones. Se encontró que los pacientes con Child C tenían un score de MELD mayor de 14.

**Palabras clave:** cirrosis hepática, score de Child Pugh, hemorragia digestiva, score de MELD.



## ABSTRACT

**Objective:** The main objective of the study was to determine the clinical and epidemiological characters of patients with liver cirrhosis in the “Arzobispo Loayza National hospital”.

**Material and Methods:** The study was carried out following a descriptive retrospective non experimental design through the transfer of the information obtained from the medical records which meet with the inclusion criteria to a data sheet of all patients with liver cirrhosis in Loayza Hospital from 2006 to 2010. The number of the sample size was of 210 patients.

**Results:** We found that the age group that prevailed was the one of 60 to 69 years with 31.4%. The 57.15% of patients were female and 42.9% male. The most common cause of liver cirrhosis was the consume of alcohol with the 21.9%, as a second probable cause NASH with the 18.6% and in the third place infection by VHB with the 12.4%. In the study population predominated Grade A for Child score with 37.1%. The main cause of hospitalization was variceal UGIB with 28.6%. The most common cause of infection was the urinary infection with 44.6% followed by the spontaneous bacterial peritonitis with 24.6%. When this was evaluated the score of MELD, the seriousness of liver illness was found that the 62.4% had a score that was less than 14. We evaluated a possible relationship between MELD Score and Child score found that 76.8% of patients with grade C Child Score had a MELD Score greater than 14 ( $p = 0.00$ ).

**Conclusions:** Liver cirrhosis affects more women than men, being in our study the most frequent cause the consume of alcohol. The main reason of hospitalization was upper variceal bleeding and the most common cause of infection was urinary tract infection. More than half of the patients had one or more hospitalizations, founding

that the Child Pugh score correlates and is directly proportional to the frequency of hospitalizations. It was found the patients with Child C had a MELD score of more than 14.

**Keywords:** liver cirrhosis, Child Pugh score, gastrointestinal bleeding, MELD score



## INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática se define como el desarrollo histológico de nódulos de regeneración rodeados de bandas fibrosas, en respuesta a las lesiones crónicas del hígado, lo que conduce a hipertensión portal y a un estadio final de la enfermedad hepática. Una vez establecido este cuadro, la enfermedad es irreversible (1, 2,3).

La cirrosis es a menudo indolente, asintomática e insospechada hasta que las complicaciones de la enfermedad del hígado se presentan. Muchas veces es descubierta en exámenes de rutina o por presentar alteraciones bioquímicas o durante una cirugía por otra patología. Muchos de estos pacientes nunca llegan a la atención clínica, y la cirrosis no diagnosticada previamente se encuentra a menudo en la autopsia (1).

En cuanto a los hallazgos clínicos, podemos encontrar anomalías relacionadas con la hipertensión portal (ascitis, esplenomegalia, circulación colateral), lesiones hepáticas (telangectasias cutáneas, eritema palmar, dedos en platillo de tambor), y la feminización (gineomastia y hipogonadismo) (2).

La prevalencia exacta de la cirrosis a escala mundial es desconocida. Se estima en 0,15% por 400 000 en los EE.UU. Representó más de 25 000 muertes y 373 000 egresos hospitalarios, en 1998. Estos números podrían ser una subestimación, ya que reconocemos la alta prevalencia de la cirrosis no diagnosticada, tanto en esteatohepatitis no alcohólica y hepatitis C. Similares datos se han registrado en Europa, y los números son aún mayores en los países asiáticos y africanos donde la hepatopatía crónica por virus B o C son comunes (1).

La cirrosis hepática en el Perú ocupa el quinto lugar de defunciones con una tasa de mortalidad de 9,48 por 100,000 habitantes el segundo lugar entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares; dentro del grupo etario de 20 a 64 años es la segunda causa de muerte (4,5).

En el Hospital Loayza la cirrosis se encuentra entre las diez causas de morbilidad y mortalidad más frecuentes. Ocupa la octava causa de morbilidad en consulta externa del Servicio de Gastroenterología, en el 2010. Datos de ese año nos muestran que 526 pacientes cirróticos fueron atendidos por consulta externa, donde el grupo etario más afectado fue el de mayores de 65 años (Fuente: Servicio de Archivo y Estadística del Hospital Arzobispo Loayza, año 2010).

La etiología de la cirrosis hepática es muy variada. Las causas más frecuentes son el consumo crónico de alcohol, infección crónica por el virus de hepatitis B y C. Otros menos frecuentes son la cirrosis biliar primaria, hepatitis autoinmune, complicación de insuficiencia cardíaca congestiva, colangitis esclerosante; además, hay pocos casos de cirrosis criptogénica (2,6).

La historia natural de la cirrosis es caracterizada por una fase asintomática, denominado “compensada”. Es seguida por una fase rápidamente progresiva, marcada por el desarrollo de hipertensión portal, conocida como “cirrosis descompensada”. En la fase compensada de la enfermedad la calidad de vida es relativamente buena y la expectativa de sobrevida es mayor de 10 años. La cirrosis hepática descompensada ha sido definida de varias maneras en la literatura médica, aunque la definición más frecuente incluye la presencia de al menos uno de los siguientes: ascitis, ictericia o encefalopatía. La ascitis es la más frecuente y primera en aparecer; generalmente, se considera el punto de referencia de descompensación (7).

Desde hace algunos decenios, se ha utilizado la escala de Child–Pugh como instrumento para evaluar el grado de insuficiencia hepática y para valorar el pronóstico de los pacientes con cirrosis hepática. Esta escala está compuesta por: dos criterios clínicos, el grado de encefalopatía hepática y de ascitis; y tres criterios laboratoriales: bilirrubina, albúmina y tiempo de protrombina. La suma de estos parámetros clínicos y de laboratorio, en una escala de 0 a 15 puntos, permite hacer



una evaluación global de la severidad del cuadro cirrótico. Un puntaje total menor de 6 se considera de grado A (enfermedad bien compensada); de 7 a 9 puntos, grado B (compromiso funcional significativo); y de 10 a 15 puntos, grado C (enfermedad descompensada), la cual tiene un riesgo alto de complicaciones adicionales. De ahí, la importancia de que el diagnóstico se haga antes de la descompensación clínica, de lo contrario se desperdiciará recursos en tratamientos sin éxito de pacientes con enfermedad hepática irreversible (2,8).

Desde el 2002, UNOS adoptó un nuevo sistema, el modelo MELD (por sus iniciales en inglés *Model for End-stage Liver Disease*), modelo para la enfermedad Hepática terminal. Es un modelo creado con el fin de determinar el pronóstico de pacientes sometidos a shunt intrahepático porto-sistémico. Después fue validado en pacientes con falla hepática terminal y utilizada como sistema para la distribución de órganos para trasplante hepático. Este modelo utiliza tres variables objetivas de uso clínico diario: bilirrubina, INR (*internacional normalizad ratio*) y creatinina sérica. A partir de estas tres variables se obtiene un puntaje que predice la sobrevida en un paciente dado. (9,10).

A base de lo expuesto fue nuestro interés determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en el Hospital Loayza, entre los años 2006 al 2010.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### **Dimensión espacial y temporal del estudio**

El estudio se realizó siguiendo un diseño no experimental, mediante el vaciado de la información obtenida de las historias clínicas a una ficha de datos de todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática del hospital Loayza del año 2006 al 2010.

### **Tipo y diseño de investigación**

El diseño clasifica como de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal o de Nivel I.

### **Población, muestra y unidad de análisis del estudio**

El estudio fue realizado en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, a base de la revisión de las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico de cirrosis hepática, hecho por :

Biopsia hepática que evidenciaba alteración de la arquitectura hepática por fibrosis y nódulos de regeneración.

Laparoscopia que encontraba como hallazgo de cirugía de laparoscópica de vesícula con evidencia de un hígado disminuido de tamaño, con bordes romos, de aspecto micronodular o macronodular y que confirmaba el diagnóstico con biopsia hepática intraoperatoria.

Ecografía abdominal que encontraba alteraciones de la ecoestructura hepática, aumento de ecogenicidad, imagen francamente nodular, asociada a notable distorsión y afilamiento de los vasos intrahepáticos.

Tomografía Axial computarizada que encontraba un hígado disminuido de tamaño con una captación heterogénea de contraste, presencia de un hígado con nódulos regenerativos, hipertrofia de lóbulo caudado y del segmento lateral a expensas de disminución de lóbulo derecho y segmento medial.

Resonancia magnética presencia de nódulos regenerativos isointensos o hiperintensos en T1, e hipointensos en T2, y/o la observación de la forma en cuña del hígado y retracción capsular asociada.

Endoscopia digestiva alta con hallazgo de varices esofágicas y/o gástricas; gastropatía hipertensiva.

Clínica. Pacientes que al examen físico se les encontró estigmas hepáticos como telangiectasia, ictericia, eritema palmar, ginecomastia, ascitis, circulación colateral, esplenomegalia, etc. Se asociaron estas evidencias clínicas con algún examen de imagen o endoscópico antes descrito.

Pruebas de laboratorio. Alteración del perfil hepático como inversión albúmina/globulina; elevación del nivel de transaminasas, fosfatasa alcalina y gamma glutamil transpeptidasa; conteo de plaquetas y leucocitos disminuidos como reflejo del hiperesplenismo causado por la hipertensión portal. Todas estas alteraciones estaban asociadas a alguna evidencia, por examen de imágenes o endoscópico antes descrito;

De pacientes que fueron atendidos, tanto en consulta externa cuanto en hospitalización del mencionado nosocomio, entre los años 2006 al 2010.

Se revisaron 360 casos/historias. Solo quedaron 210 historias clínicas completas que cumplieran los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

1. Pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología u hospitalización del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que reunieron criterios diagnósticos de cirrosis hepática con alta presunción clínica, bioquímica, ecográfica, tomográfica y/o endoscópica que tuvieron realizada una biopsia hepática.
2. Pacientes mayores de 18 años
3. Historias clínicas completas en donde se encontraron los siguientes estudios: marcadores virales (para descarte de VHB, VHC); estudios de inmunidad (anticuerpos antimitocondriales: AMA, anticuerpos antinucleares: ANA,

anticuerpo antimusculo liso: AML), información sobre consumo de alcohol, estudio de endoscopia digestiva alta, estudios de laboratorio para completar el score de Child y MELD.

### **Criterio de exclusión**

1. Pacientes cuya historia clínica no contenía la información requerida para el presente estudio.
2. Pacientes menores de 18 años.

Para tal fin, se diseñó una ficha de recolección de datos donde se recogió la información, producto de la revisión de cada historia clínica. En esta se aborda la variable características epidemiológicas y clínicas de pacientes cirróticos en diez dimensiones, las cuales corresponden a instrumentos validados en estudios similares, lo que asegura la confianza de contenido del instrumento. (Anexo 1)

El diagnóstico de cirrosis hepática por hepatitis viral quedó definido con pruebas de serología positiva para hepatitis B o C (EIA tercera generación)(8,11,12).

Se definió como causa de cirrosis hepática a la ingesta de alcohol si el paciente tenía como antecedente consumo crónico de alcohol considerando una ingesta promedio mayor de 30 gr/día de alcohol en un lapso de 10 años. Teniendo en cuenta que el riesgo absoluto es una ingesta mayor de 60 gr/día para varones y 40 gr/día para mujeres (8). En el hospital Loayza los médicos al realizar la historia clínica toman en cuenta el dato de ingesta de alcohol y el porcentaje de alcohol de la bebida que consumen sacando un promedio de consumo por semana y luego por día; si estos niveles se encuentran dentro de los antes descritos y descartando otras causas de cirrosis se le realiza el diagnóstico de cirrosis hepática por consumo crónico de alcohol.

Para definir los casos de cirrosis de etiología autoinmune, dentro de los cuales se encuentran cirrosis biliar primaria, hepatitis autoinmune y colangitis esclerosante primaria, se tomó en cuenta el diagnóstico por histología obtenida por biopsia

hepática, bioquímica y autoanticuerpos que correspondan, según lo descrito para cada una de las entidades (2,8).

El diagnóstico de cirrosis criptogénica se consideró en aquellos casos en los que no se pudo excluir la causa de alcoholismo, hepatitis viral o enfermedades autoinmunes y metabólicas, a pesar de todos los estudios para el descarte.

A los pacientes que no se pudieron realizar todas las pruebas, para establecer con certeza la causa de cirrosis hepática, se les consideró como cirrosis de etiología no determinada.

En algunos pacientes se encontró más de una causa potencial de cirrosis considerándose en este caso como etiología probable ambas posibilidades.

En lo relacionado al diagnóstico de esteatosis hepática no alcohólica (NASH), a menudo asintomática, la característica principal es grasa en el hígado con inflamación y daño. El diagnóstico certero es el realizado por biopsia hepática, en donde se encuentra degeneración grasa macrovesicular, inflamación lobular o portal, con o sin cuerpos hialinos de Mallory, fibrosis o cirrosis. Para este trabajo, consideramos como probable etiología de cirrosis hepática al NASH tomando en cuenta los criterios de la OMS los cuales tiene como parámetros: obesidad con un IMC mayor de 30 Kg/m<sup>2</sup> o diabetes mellitus de larga data o ambas con ausencia de antecedente de consumo de alcohol (13).

La confiabilidad de los datos obtenidos está respaldada por el correcto llenado las historias clínicas los médicos tratantes de los pacientes, así como por los exámenes diagnósticos de laboratorio e imágenes realizados en nuestro hospital sabiendo que se cumplen los niveles exigidos de sensibilidad y especificidad que permiten hacer un diagnóstico confiable.

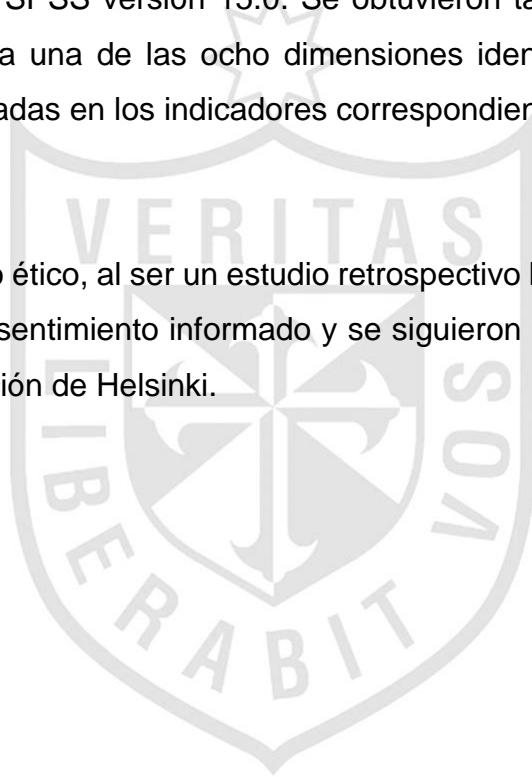
## **Técnicas para el procesamiento de la información**

Toda la información recolectada de nuestra población en estudio fue inicialmente documentada en una ficha de recolección de datos. Estas posteriormente fueron digitadas, haciendo uso del programa Excel, con el objeto de depurar cualquier posible error de digitación.

Los datos fueron codificados e ingresados a una base de datos, creada en el programa estadístico SPSS versión 15.0. Se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias para cada una de las ocho dimensiones identificadas de la variable cirrosis hepática, basadas en los indicadores correspondientes de cada dimensión.

### **Aspectos éticos**

En relación al aspecto ético, al ser un estudio retrospectivo basado en el anonimato no se requirió de consentimiento informado y se siguieron las normas del C.E. del CMP y de la Declaración de Helsinki.



## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Se revisaron 360 historias clínicas de pacientes con cirrosis hepática de diferente etiología, de las cuales 210 reunían los criterios de inclusión. Se encontró que el grupo etario que prevaleció fue el de 60 a 69 años, con el 31.4%; seguido del grupo de 50 a 59 años, con el 26.2%; el que menos prevaleció fue el de <de 29 años, con 2%.(tabla 1).

El promedio de edad de los pacientes con cirrosis hepática fue de 60.74 años, con una desviación estándar de 13.10 años. La edad mínima fue de 19 años y la máxima de 95 años. El sexo que predominó fue el femenino, con el 57.1%; mientras que el sexo masculino estuvo presente con el 42.9%.(tabla 2).

**Tabla 1. DISTRIBUCIÓN ETARIA DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA**

GRUPO ETARIO		
GRUPO ETARIO	NUMERO	%
<20	2	1,0
20 a 29	2	1,0
30 a 39	11	5,2
40 a 49	22	10,5
50 a 59	55	26,2
60 a 69	66	31,4
70 a 79	36	17,1
80 a 89	13	6,2
90 a 99	3	1,4
Total	210	100,0

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

**Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS, SEGÚN EL SEXO**

SEXO	NÚMERO	%
FEMENINO	120	57,1
MASCULINO	90	42,9
Total	210	100,0

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

La causa más frecuente de cirrosis hepática fue la alcohólica, la cual se presentó en el 21.9%; seguida de probable NASH, con el 18.6%; y en tercer lugar, la hepatitis viral B, con el 12.4%. Cabe resaltar que un porcentaje alto, el 37.6%, presentó una cirrosis hepática no determinada (tabla 3).

**Tabla 3. ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA**

ETIOLOGÍA	NÚMERO	%
<b>Cirrosis hepática no determinada</b>	<b>79</b>	<b>37.6</b>
<b>Alcohol</b>	<b>46</b>	<b>21.9</b>
<b>Hepatitis viral B</b>	<b>26</b>	<b>12.4</b>
<b>Hepatitis viral C</b>	<b>8</b>	<b>3.8</b>
<b>Hepatitis autoinmune</b>	<b>5</b>	<b>2.4</b>
<b>NASH</b>	<b>39</b>	<b>18.6</b>
<b>CBP</b>	<b>4</b>	<b>1.9</b>



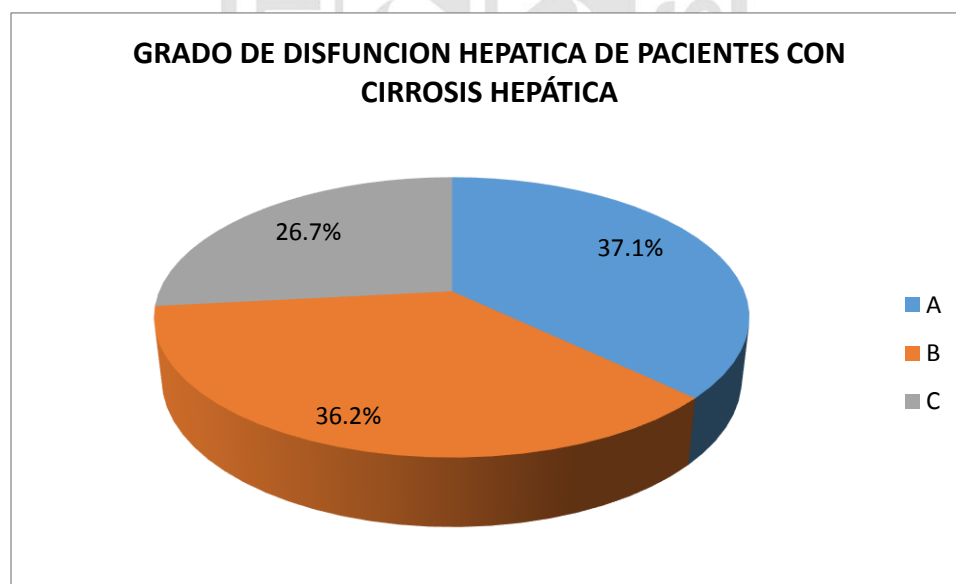
Hepatitis viral C + alcohol	3	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

De acuerdo al sistema de puntuación Child-Pugh, sistema que permite hacer una evaluación global de la severidad y compromiso funcional del cuadro cirrótico, se encontró que el grado de disfunción que predominó fue el grado A, con el 37.1%; mientras que el grado que se presentó en menor porcentaje fue el C, con el 26.7% (gráfico 1).

**Gráfico 1. Grado de disfunción hepática de pacientes con cirrosis hepática**



Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

Para el grado A, del score de Child, la principal causa de cirrosis hepática fue NASH, con el 21.8%; para el grado de disfunción B y C, la ingesta de alcohol se encuentra dentro de la primera causa, con el 25.0% y 28.6%, respectivamente (Tabla 4).

**Tabla 4. ETIOLOGÍA EN RELACIÓN AL SCORE DE CHILD**

ETIOLOGÍA	GRADO DE DISFUNCIÓN			Total
	HEPÁTICA: Score Child			
	A	B	C	
VHB	12 15,4%	10 13,2%	4 7,1%	26 12,4%
VHC	5 6,4%	1 1,3%	2 3,6%	8 3,8%
CBP	3 3,8%	1 1,3%	0 ,0%	4 1,9%
HEPATITIS AUTOINMUNE	3 3,8%	0 ,0%	2 3,6%	5 2,4%
ALCOHOL	11 14,1%	19 25,0%	16 28,6%	46 21,9%
NASH	17 21,8%	13 17,1%	9 16,1%	39 18,6%
CIRROSIS HEPÁTICA NO DETERMINADA	25 32,1%	31 40,8%	23 41,1%	79 37,6%
VHC + ALCOHOL	2 2,6%	1 1,3%	0 ,0%	3 1,4%
Total	78 100,0%	76 100,0%	56 100,0%	210 100,0%

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

La principal causa de hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática fue la HDA variceal, con el 28.6%; seguida de ascitis con el 25.2%. Las infecciones y la encefalopatía hepática presentaron la tercera y cuarta causa de hospitalización, con el 13.8% y el 11.0%, respectivamente (tabla 5).

**Tabla 5. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA**

CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	NÚMERO	%
HDA variceal	60	28.6
Ascitis	53	25.2
Infecciones	29	13.8
Encefalopatía hepática	23	11.0
Estudio de hepatopatía crónica	2	1.0
Trastorno de coagulación	2	1.0
Descompensación de hepatitis B	1	0.5

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

En relación a las infecciones en los pacientes cirróticos, la causa más frecuente fueron la infección del tracto urinario y la peritonitis bacteriana espontánea, con el 44.6% y el 24.6%, respectivamente. Otras infecciones que presentaron, pero con menor frecuencia, fueron celulitis, con 12.3%; diarrea aguda, con 10.7%; y neumonía con 7.6%(tabla 6).

**Tabla 6. INFECCIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA**

<b>INFECCIONES</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
ITU	29	44.6
PBE	16	24.6
Celulitis	8	12.3
Diarrea aguda	7	10.7
Neumonía	5	7.6

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

El mayor porcentaje de pacientes infectados (43.3%) presentó tres o más hospitalizaciones, mientras que la mayoría que no se infectaron (45.9%) no requirió hospitalización. La diferencia resultó estadísticamente significativa ( $p=0.00$ ) (tabla 7).

**Tabla 7. NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES EN RELACIÓN A INFECCIONES**

NÚMERO DE HOSPITALIZACION ES	INFECCIONES		Total
	SI	NO	
0	0	83	83
	0%	45,9%	39,5%
1	9	62	71
	31,0%	34,3%	33,8%
2	6	21	27
	20,7%	11,6%	12,9%
3 o más	14	15	29
	48,3%	8,3%	13,8%
Total	29	181	210
	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,924 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	45,868	3	,000
Asociación lineal por lineal	42,081	1	,000
N de casos válidos	210		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 3,73.

De la población estudiada con cirrosis hepática, se encontró que 125 pacientes (59.52%) presentaron co-morbilidades; y de estas, las más frecuentes fueron la diabetes mellitus y la litiasis vesicular, con el 13.3% y el 12.4%, respectivamente. Otro grupo importante que cabe recalcar son los pacientes que presentaron cirrosis hepática asociada a enfermedades como enfermedad úlcero péptica con un 25%, hipertensión arterial 20% y obesidad 13%. Se encontró que nueve pacientes presentaron TBC, lo que corresponde a un 4.3%, de los cuales un caso fue TBC mamaria, un caso de TBC al hígado, cinco casos de TBC pulmonar y dos casos de TBC pleural. Hemos encontrado al revisar las historias otras con morbilidades que no habíamos considerado dentro de la ficha como osteoporosis, esclerodermia y cáncer renal cada una con un caso, (tabla 8).

**Tabla 8. MORBILIDADES ASOCIADAS EN PACIENTES  
CON CIRROSIS HEPÁTICA HOSPITAL NACIONAL  
ARZOBISPO LOAYZA**

CON MORBILIDADES	NUMERO	%
Diabetes mellitus	28	13.3
Litiasis vesicular	26	12.4
EUP	25	11.9
HTA	20	9.5
Obesidad	13	6.2
TBC	9	4.3
Cardiopatía	1	0.5
Hepatocarcinoma	1	0.5

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

El 10.0% de pacientes de sexo femenino presentó obesidad, mientras que el sexo masculino 1.1%. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.008$ ) (tabla 9).

**Tabla 9. RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y SEXO**

OBESIDAD	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
SÍ	12	1	13
	10,0%	1,1%	6,2%
NO	108	89	197
	90,0%	98,9%	93,8%
Total	120	90	210
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.



**Pruebas de chi-cuadrado**

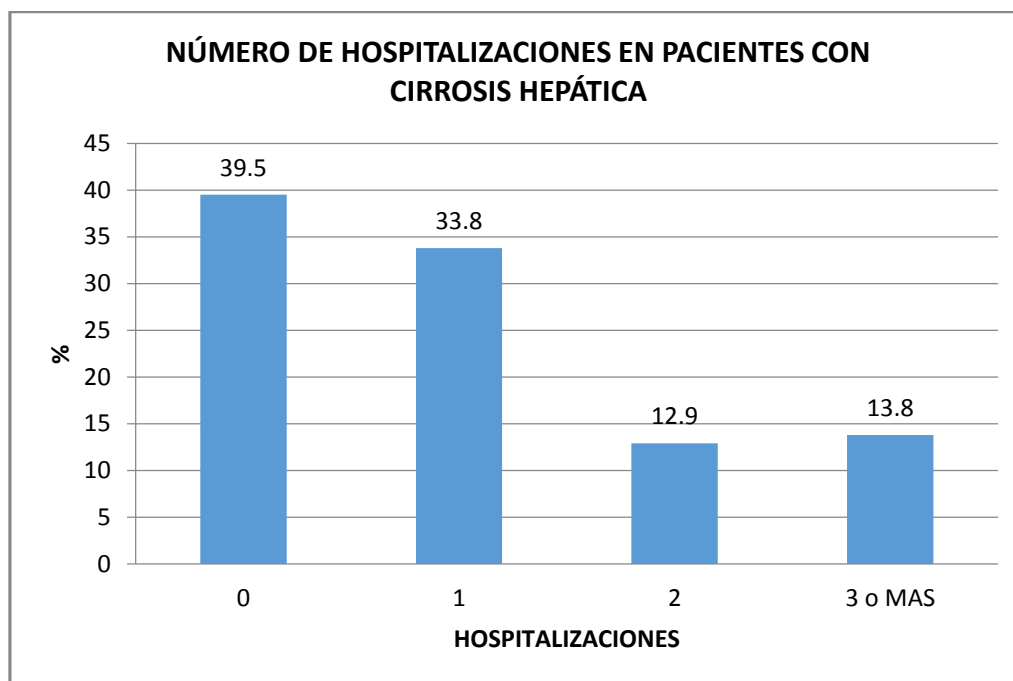
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,997 <sup>b</sup>	1	,008
Corrección por continuidad	5,550	1	,018
Razón de verosimilitudes	8,506	1	,004
Asociación lineal por lineal	6,964	1	,008
N de casos válidos	210		

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,57.

En lo relacionado al número de hospitalizaciones, se observó en la población estudiada que la gran mayoría (39.55%) no presentaron hospitalizaciones; un porcentaje similar (33.8%) presentaron una hospitalización; y los que presentaron dos y tres o más hospitalizaciones fueron el 12.9 y 13.8 %, respectivamente (gráfico 2).

## Gráfico 2. NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES



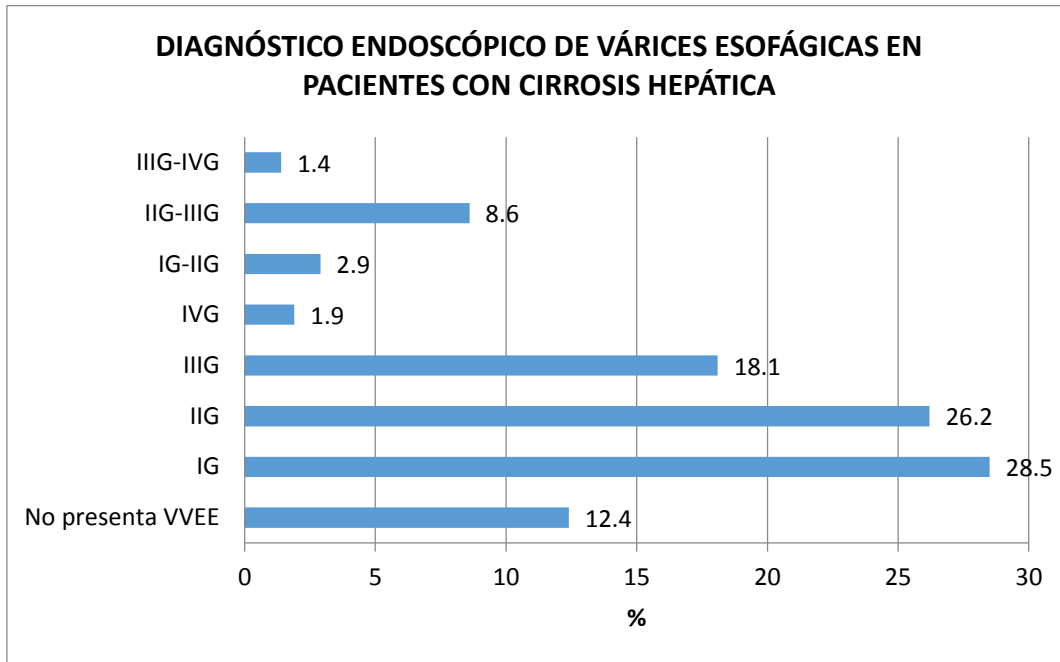
Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2006-2010.

En relación con el diagnóstico de várices esofágicas por endoscopia, se encontró que sólo el 12.4% no tenían presencia de várices al momento del diagnóstico, en comparación con el 87.6% que sí presentaban en diferentes grados. La presencia más frecuente de las várices, fueron las de I° G con el 28.5 % seguida de las várices de II°G con un 26.2 %(gráfico 3).

De los pacientes estudiados, un pequeño porcentaje presentaron várices esófago-gástricas tipo GOV 1, con un 1.9%; las várices tipo GOV 2 tuvieron un porcentaje un poco mayor de 2.9%(tabla 10).



### Gráfico 3. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE VÁRICES ESOFÁGICAS



Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

Tabla 10. Frecuencia y tipo de várices esófago – gástricas

	NÚMERO	%
TIPO GOV 1	4	1.9
TIPO GOV 2	6	2.9
AUSENCIA	205	95.2
Total	210	100.0

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

Se evaluó la posible relación existente entre el grado de disfunción hepática representado por el score de Child–Pugh, y el sexo. No se encontraron diferencias significativas. ( $p=0.301$ ) (Tabla 11).

**Tabla 11. GRADO DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SEXO**

GRADO DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
A	50 41.7%	28 31.3%	78 37,1%
B	41 34.2%	35 38.9%	76 36,2%
C	29 24,2%	27 30.0%	56 26,7%
Total	120 100,0%	90 100,0%	210 100,0%

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

**Pruebas de chi-cuadrado**

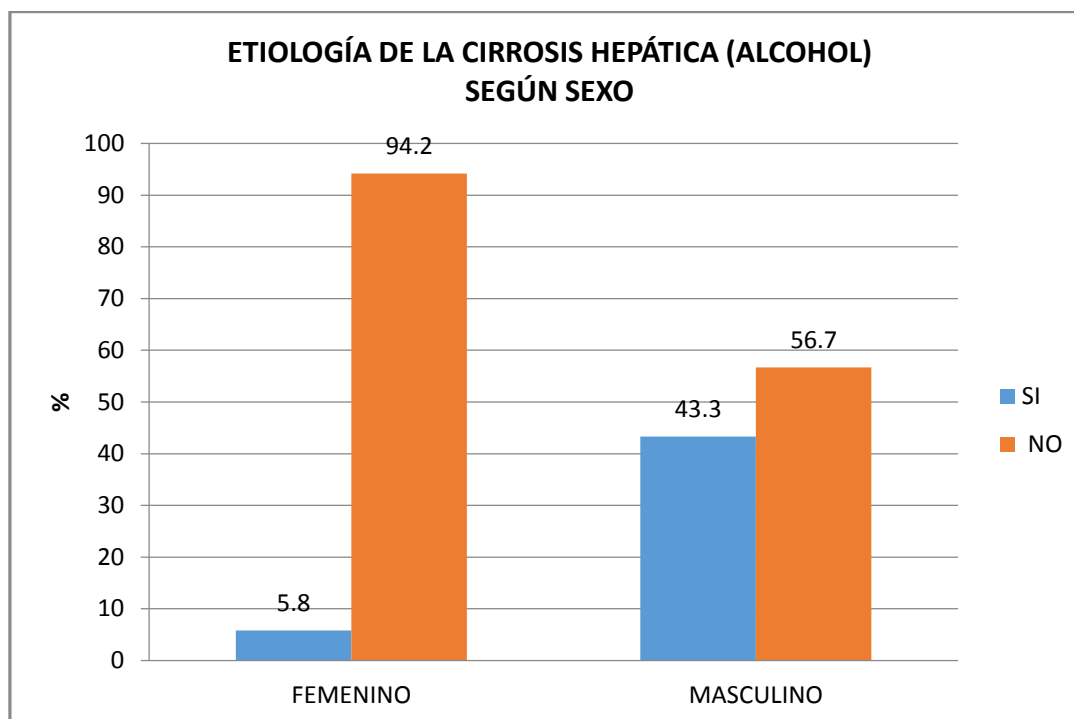
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,516 <sup>a</sup>	2	,284	,301
Razón de verosimilitudes	2,535	2	,281	,301
Estadístico exacto de Fisher	2,527			,297
Asociación lineal por lineal	2,192 <sup>b</sup>	1	,139	,160
N de casos válidos	210			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 24,00.

b. El estadístico tipificado es 1,481.

El 43.3% de los pacientes de sexo masculino presentó etiología alcohólica, mientras que dicho porcentaje fue de solo el 5.8% para el sexo femenino. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.00$ ) (gráfico 4).

**Gráfico 4. DISTRIBUCIÓN DE LA CIRROSIS HEPÁTICA POR ALCOHOL SEGÚN SEXO**



Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

Para el Score Child A se presentó un 3.8 % de GOV1, seguido del grado C con el 1.8 %. Para el grado B no se presentaron casos de GOV1. Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.197$ ), (tabla 12).

**Tabla 12. GRADO DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA Y GOV1**

GRADO DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA: Score Child	GOV1		Total
	SI	NO	
A	3	75	78
	3,8%	96,2%	100,0%

B	0	76	76
	,0%	100,0%	100,0%
C	1	55	56
	1,8%	98,2%	100,0%
Total	4	206	210
	1,9%	98,1%	100,0%

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

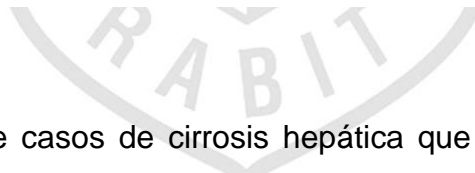


#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,053 <sup>a</sup>	2	,217	,197
Razón de verosimilitudes	4,145	2	,126	,197
Estadístico exacto de Fisher	2,752			,197
Asociación lineal por lineal	1,011 <sup>b</sup>	1	,315	,369
N de casos válidos	210			

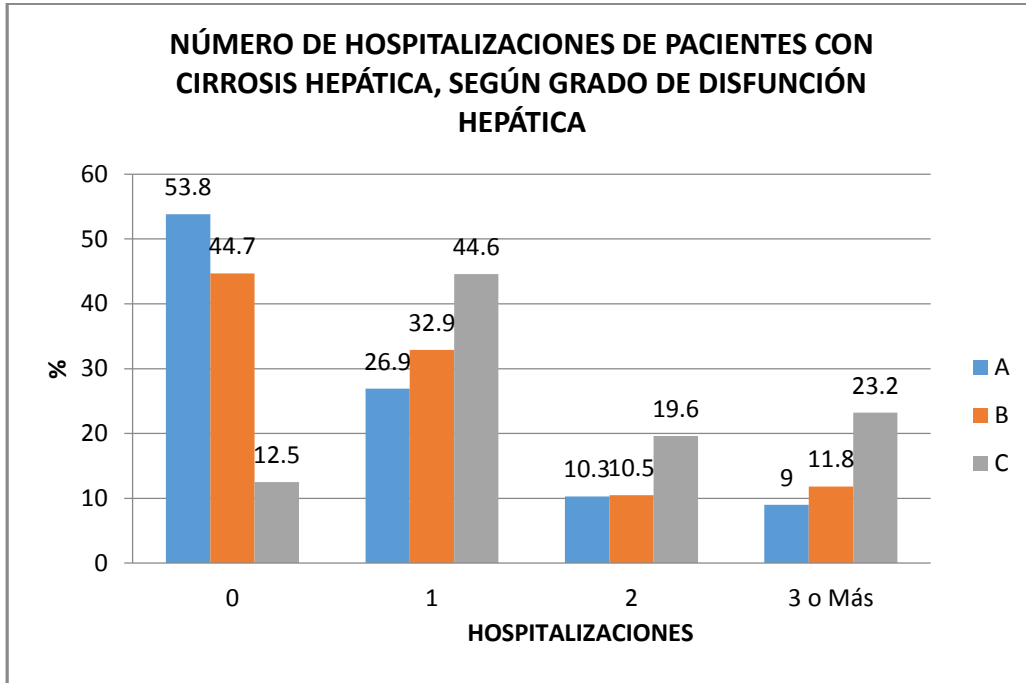
a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,07.

b. El estadístico tipificado es 1,005.



El mayor porcentaje de casos de cirrosis hepática que no fueron hospitalizados correspondieron a grado de disfunción hepática A, con el 53.8%; dicho porcentaje fue del 44.7%, para el grado de disfunción hepática Child B y de 12.5%, para el grado C. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.00$ ) (gráfico 5).

**Gráfico 5. NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA, SEGÚN GRADO DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA**



Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

Cuando se evaluó la posible relación entre el grupo etario de pacientes con cirrosis hepática con la variable sexo, el mayor porcentaje de pacientes de sexo femenino correspondió al grupo etario de 60 a 69 años; mientras que para el sexo masculino correspondió al grupo etario de 50 a 59 años. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ( $p=0.032$ ), (tabla 13).

**Tabla 13. RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y SEXO**

GRUPO ETARIO	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
<20	0 ,0%	2 2,2%	2 1,0%
20 a 29	2 1,7%	0 ,0%	2 1,0%
30 a 39	4 3,3%	7 7,8%	11 5,2%
40 a 49	15 12,5%	7 7,8%	22 10,5%
50 a 59	24 20,0%	31 34,4%	55 26,2%
60 a 69	42 35,0%	24 26,7%	66 31,4%
70 a 79	20 16,7%	16 17,8%	36 17,1%
80 a 89	10 8,3%	3 3,3%	13 6,2%
90 a 99	3 2,5%	0 ,0%	3 1,4%
Total	120 100,0%	90 100,0%	210 100,0%

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2006-2010.

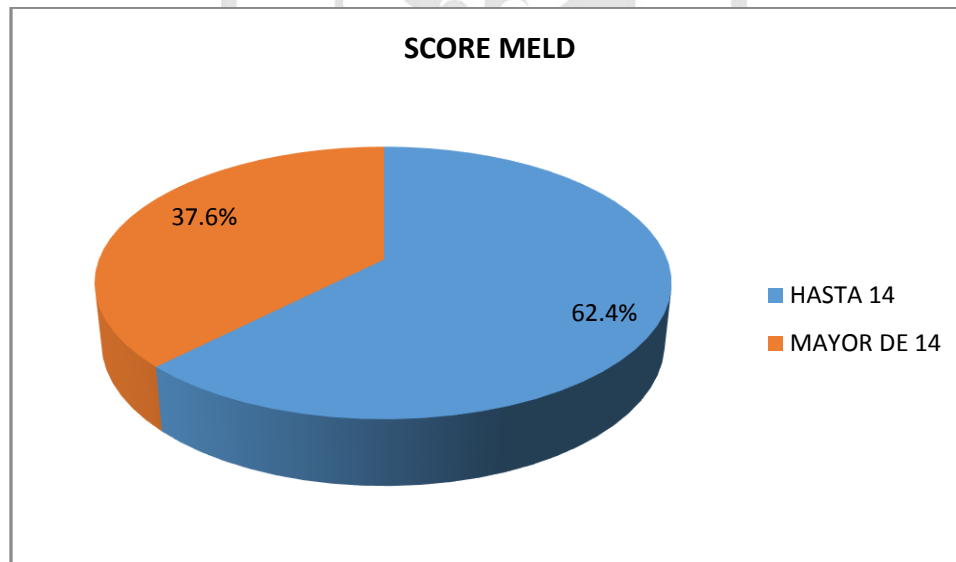
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,798 <sup>a</sup>	8	,032
Razón de verosimilitudes	19,496	8	,012
Asociación lineal por lineal	4,029	1	,045
N de casos válidos	210		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,86.

De acuerdo al Score de MELD, modelo pronóstico utilizado para valorar la enfermedad hepática terminal y la necesidad de trasplante hepático; se encontró que el 62,4% de los pacientes tenían un score MELD inferior a 14 y el 37,6% un MELD mayor de 14 los que representaban mayor severidad de enfermedad y por lo tanto un mayor riesgo de fallecer (gráfico 6).

**Gráfico 6. SCORE MELD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA**



Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

Al realizar una comparación entre el score de Child y el Score de MELD obtuvimos que el 88.5% de pacientes con grado de disfunción hepática A tuvo un Score MELD menor de 14, mientras que el 76.8% de los pacientes con grado de disfunción

hepática C tuvieron Score MELD mayor de 14. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.00$ ) (tabla 14) (gráfico 7).

**Tabla 10. GRADO DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA SEGÚN Score de Child / Score MELD**

GRADO DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA: Score Child	SCORE MELD		Total
	HASTA 14	MAYOR DE 14	
A	69	9	78
	88,5%	11,5%	100,0%
B	49	27	76
	64,5%	35,5%	100,0%
C	13	43	56
	23,2%	76,8%	100,0%
Total	131	79	210
	62,4%	37,6%	100,0%

Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

**Pruebas de chi-cuadrado**

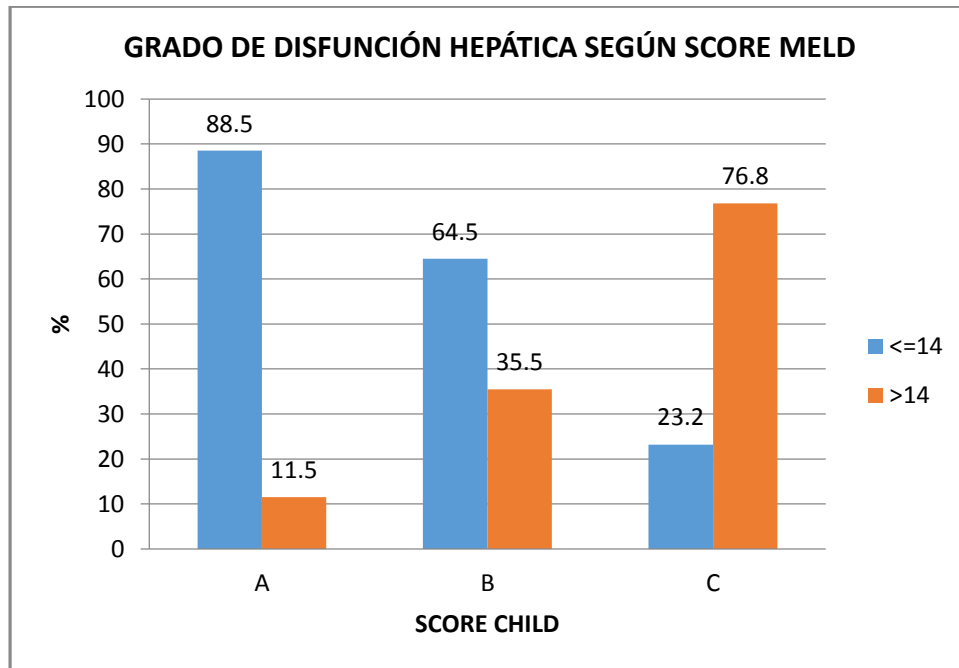
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,357 <sup>a</sup>	2	,000	,000
Razón de verosimilitudes	62,735	2	,000	,000
Estadístico exacto de Fisher	61,641			,000
Asociación lineal por lineal	57,556 <sup>b</sup>	1	,000	,000
N de casos válidos	210			

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,07.

b. El estadístico tipificado es 7,587.



**Gráfico 7: GRADO DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA SEGÚN Score de Child /  
Score MELD**



Fuente: Archivo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2006-2010.

## DISCUSIÓN

La cirrosis hepática es una causa importante de morbi-mortalidad a nivel mundial. En nuestro país se ubica en el quinto lugar; en nuestro hospital, dentro de las 10 primeras causas; y en el Servicio de Gastroenterología es la 8va causa de morbilidad. Por ello, es importante establecer las características de los pacientes con cirrosis hepática, para tener un mejor entendimiento y poder plantear medidas para su mejor control.

La edad promedio de los pacientes fue de 60.7 años, cifra similar a la reportada por Bustios et al (63,1 años), Huertas et al (55,33 años) y Álvarez Cárdenas (61 años) (14, 15,6).

Encontramos que el sexo predominante fue el femenino (57.1 %). No coincide con trabajos como los de Bustios et al (54.9% varones), Huertas et al (53.99% varones), Lebroc et al (54.16% varones); pero sí con el de Meléndez et al (52.2% mujeres), esto probablemente debido a que recibimos predominantemente población femenina en el hospital ya que contamos con más salas de hospitalización para mujeres (14, 15, 16,17).

Cuando estudiamos las etiologías de la cirrosis encontramos que el mayor número de pacientes los encontramos dentro del grupo de cirrosis hepática no determinada; esta la diagnosticamos en aquellos pacientes en los cuales no se pudo realizar todas las pruebas para establecer con certeza la causa de cirrosis hepática; esto debido muchas veces a que los pacientes son de bajos recursos y no se les logra realizar todas las pruebas, a diferencia de pacientes que cuentan con seguro ESSALUD, en donde se puede determinar con mayor exactitud la etiología. También cabe resaltar esta diferencia con otros países en donde cuentan con sistemas de aseguramiento universal que permiten un mejor estudio de los pacientes de bajos recursos.

En nuestro grupo de estudio, encontramos que el 37.6% fueron registrado como de causa no determinada. La primera causa es el alcohol con el 21.9 %; en segundo

lugar (causa probable), el NASH, con un 18.6%; y en tercer lugar, la hepatitis viral B, con el 12.4 %. Las cifras concuerdan parcialmente con lo encontrado en estudios como el de Bustios et al. (28% alcohol, 21,3% causa criptogénica y 15.2% hepatitis viral B). En este trabajo probablemente tienen un alto porcentaje de cirrosis hepática criptogénica debido a que en ESSALUD sí se cuenta con la posibilidad de realizar todas las pruebas necesarias para el diagnóstico etiológico. También están los trabajos de Huertas et al. (53.3% alcohol, 45.5% hepatitis Viral C, 13.3% hepatitis viral B); Lebroc et al. (33.33% alcoholismo, 27.8% Hepatitis C, 16.66% hepatitis Viral B); Campollo et al. (77.7% alcohol, 5.7% hepatitis viral) Álvarez Cárdenas (21.6 % alcoholismo crónico, 15.7% hepatitis B) y Meléndez et al. (47.59% alcohol, sin causa aparente o criptogénica 41,92%, hepatitis crónica por virus C 5,24%),(6,14,15,16,17,18).

En lo que respecta a cirrosis hepática, la mayoría de los trabajos realizados a nivel mundial aceptan como primera causa la ingesta crónica de alcohol (16,17). Nuestro trabajo concuerda con esto, pero hay que tener en cuenta la dificultad para valorar correctamente esta ingesta de alcohol ya que muchas veces no hay uniformidad para tomar este dato entre los médicos que atienden al paciente.

El alcohol es una de las sustancias más usadas a nivel mundial. Frecuentemente es permitida en niños y adolescentes, situación que explica el inicio temprano de su consumo. Según estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental, la dependencia al alcohol ha ido en aumento. Es uno de los más frecuentes diagnósticos de dependencia. Se reporta mayor frecuencia en la sierra y selva de nuestro país (19).

En América Latina, se presentan cifras elevadas de defunción por cirrosis hepática en las zonas de Chile, México y Puerto Rico. En países como Argentina y Uruguay se ha reducido notablemente el consumo de alcohol y la muerte por cirrosis hepática (20).

De los pacientes en los que se encontró como etiología de cirrosis el alcoholismo crónico, se encontró que el 49.7% fueron de sexo masculino, mientras que dicho

porcentaje solo fue de 6.9% para el sexo femenino. Esto coincide con diferentes estudios como el de Huertas en donde se presentó en un 44.2% para varones (14). Podría estar en relación con el estudio realizado por Fiestas et al, en el que se encontró que la dependencia por alcohol, en los pacientes atendidos en un servicio de emergencia de un hospital de Lima, es mucho más frecuente en varones que en mujeres, en un 40% frente a un 3% (21).

La infección por virus de hepatitis B en nuestro país depende del área geográfica, ya que existen áreas con alta endemicidad en donde la positividad para antígeno de superficie es mayor del 8% como la encontrada en Huanta y Abancay correspondiente a valles interandinos (22). Hay que tomar en cuenta que, si bien el trabajo se realizó en un hospital de Lima, este es uno de referencia nacional que recibe a pacientes de todo el país. Además, hay que tener en cuenta la alta tasa de migración interna que existe. La gente que vive en zonas de alta endemicidad migra a Lima y cambia la prevalencia de infección por virus de hepatitis B en nuestra capital. Así la infección por hepatitis B es la tercera causa de cirrosis hepática en nuestro estudio (12.4%), dato corroborado por Bustios et al. (15.2% VHB), quienes reportaron la casuística nacional de la Seguridad Social en Lima (14).

En otros trabajos como el de Huertas et al. (13.3%) y el de Lebroc et al. (16.6%) también se reportó a la infección por VHB como la tercera causa de cirrosis hepática; pero en estos trabajos se reportó un mayor porcentaje de frecuencia en el sexo masculino ligado a la infección por VHB, a diferencia de lo encontrado en nuestros pacientes donde el mayor porcentaje lo obtuvo el sexo femenino con 15 % versus un 8.9% para los varones. Esto es debido, probablemente, a lo que habíamos mencionado antes: la población que atiende el HNAL es en su mayoría mujeres y podría sesgar nuestros resultados (15,16).

En el Perú, la infección por VHC tiene una prevalencia baja, a pesar de que no hay estudios que hayan determinado la prevalencia en la población. En general se puede considerar la prevalencia en donantes de sangre voluntarios un reflejo cercano de esto al encontrarse aproximadamente 0.25% (12,23). Es muy diferente su comportamiento en pacientes de alto riesgo como los de hemodiálisis en los que

asciende hasta un 59% (24). En nuestro estudio, la infección por virus de hepatitis C fue la cuarta causa de cirrosis hepática (3.8 %), porcentaje bajo en relación a lo reportado en trabajos como el de Álvarez Cárdenas (25.5%) y Bustios et al. (11.8%). En general, los países de Latinoamérica presentan tasas bajas de infección por VHC, en comparación con Estados Unidos y España, en donde la infección por VHC es la principal causa de cirrosis hepática (demostrado en el trabajo de Huertas y col. en donde ocupa la segunda causa con un 45.5%) (15).

En la mayoría de los trabajos realizados, las enfermedades relacionadas a autoinmunidad que son causa de cirrosis hepática (cirrosis biliar primaria, hepatitis autoinmune, colangitis esclerosante primaria y síndrome de superposición) ocupan la cuarta causa. En esta serie se encontró que sólo un 4.3% correspondían a enfermedades autoinmunes. De ellas, la hepatitis autoinmune tuvo un 2.4% y la CBP un 1.9%. Estos porcentajes son bajos, si lo comparamos con estudios nacionales como el de Bustios et al. (9.8%) y Álvarez Cárdenas (5.9%). Tomando en cuenta que atendemos a población en su mayoría femenina y que estas enfermedades se ven predominantemente en mujeres, podría haber un sub registro o un estudio diagnóstico insuficiente por falta de medios para realizarlo (6,14).

Atribuimos como probable NASH a pacientes con diabetes mellitus de larga data y pacientes obesos. Se encuentra esta etiología como la segunda causa de cirrosis en nuestra muestra, con 18.6%, cifra alta en relación a trabajos nacionales como el de Bustios et al. (2.5 %) (14). Distintas series epidemiológicas indican que más del 60% de los pacientes cirróticos presentan intolerancia a la glucosa y entre un 10 a 15% cumplen criterios diagnósticos de diabetes, relacionado con enfermedad hepática grasa no alcohólica. (25). Así mismo, conviene tener en cuenta a la obesidad como causa de resistencia a la insulina, factor importante que, sumado a un incremento de secreción endógena de glucosa y un déficit de insulina, lleva a enfermedades como la diabetes mellitus; y esto, a su vez, a relacionarse con enfermedad grasa no alcohólica (26,13). Tal vez, por ello, el grupo de pacientes que reportamos como obesos y diabéticos podríamos haberlos ubicados en el grupo de pacientes con enfermedad grasa no alcohólica; pero hay que tener en cuenta que este diagnóstico

debería hacerse con biopsia hepática, para tener un diagnóstico preciso y con ello, probablemente, nuestra muestra disminuiría de porcentaje. Así mismo, vale tener en cuenta que la Organización Mundial de la Salud toma otras enfermedades que se asocian con NASH, como hiperlipidemia o hipercolesterolemia o ambas y síndrome metabólico, las que en este trabajo no hemos tomado en cuenta, por falta de datos en la historia clínica, lo que podría aumentar aún más el porcentaje de esta etiología como causa probable de NASH (13).

Se encontró que cerca del 60 % de la población estudiada estuvo hospitalizada y de ellos el mayor porcentaje fue por HDA variceal (28.6 %), seguido de ascitis (25.2 %) e infecciones (13.8 %). Esto se encuentra de forma similar en otros estudios como el de Lebroc et al., Campollo et al., Bustios et al., Álvarez Cárdenas (16, 18, 14,6).

La prevalencia de infecciones en pacientes con cirrosis hepática fue de 30.95%. La causa más frecuente que la infección del tracto urinario, con un 44.6%; seguido de peritonitis bacteriana espontánea, con un 24.6%. Estudios como el de Álvarez Cárdenas muestran altos porcentajes de infecciones con un 45.5% de sepsis de origen no determinado; y en segundo lugar, ITU (36.4%)( 6). Campollo et al. Reportaron un 16% de infecciones como complicaciones en pacientes cirróticos. Bustios et al. reportaron como primera causa ITU (41%) seguida de neumopatía aguda 15.5% y en tercer lugar PBE (13.1%) (18,14).

En un estudio similar, realizado por Cebreros et al. en el año 2000, se encontraron cifras muy parecidas a las nuestras. La infección urinaria fue la causa más frecuente de infección, en un 68.6%; seguida de PBE, 11.5%, y de neumonía, 11.5%. Se puede deducir que, a pesar del pasar de los años, las características de la población cirrótica atendida en nuestro hospital no han tenido mucha variación (26). En general, las infecciones intercurrentes en pacientes cirróticos se producen por trastornos en los mecanismos de defensa alteraciones en la inmunidad celular y humoral. Queda claro que los pacientes en estado avanzado de enfermedad, con un score de Child C, son los de más riesgo para desarrollar la infección ( 26,27,28).

El diagnóstico de los pacientes estudiados fue hecho en la mayoría de los casos con urocultivo. En un pequeño porcentaje fue realizado sólo con un examen de orina completo con leucocituria mayor a 100 leucocitos por campo.

El mayor porcentaje de nuestros casos se encontraba en un estadio funcional Child-Pugh A, con un 37.1%; los pacientes con Child C representaban un 26.7%. En las comparaciones del grado de disfunción hepática con el número de hospitalizaciones, se encontró que en el grupo de tres o más hospitalizaciones el mayor porcentaje fueron Child C con un 23.2% versus un 9% para pacientes con Child A. Este grupo de pacientes, debido al deterioro de su estado inmunológico, son más susceptibles a descompensaciones de la cirrosis hepática. Bustios et al. Encontraron que el mayor número de pacientes fueron Child-Pugh B y C (42.3% - 42.5%). Lo mismo, Lebroc et al. ; Huertas et al. y Campollo et al. la mayor incidencia se reportó en estadios avanzados de enfermedad (14,15,16,18).

En relación al diagnóstico de várices esofágicas por endoscopia, se encontró que el 87.6% las presentaban en diferentes grados. El más frecuente fue el de I° G, con el 28.6%; seguida de las várices de II°G, con un 26.2%. De este grupo estudiado, un pequeño porcentaje presentaron várices esófago-gástricas tipo GOV 1, con un 1.9%; y las várices tipo GOV 2 tuvieron un porcentaje un poco mayor, 2.9%. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios. (16).

Al analizar el Score de MELD en los pacientes estudiados, pusimos como punto de corte la puntuación de 14; valor tomado como referencia por algunos estudios. Chaman et al. Determinaron que los pacientes con un score de MELD mayor de 14 están primeros en la lista de trasplante, ya que un mayor porcentaje indica mayor severidad de enfermedad y, por lo tanto un mayor riesgo de fallecer (9,29). En nuestro estudio encontramos que el 62.4% tenían un Score de MELD menor de 14, al realizar una comparación entre el Score de Child y MELD; se encontró que el 76.8% de los pacientes con Child C tuvieron un MELD mayor de 14 lo que significa que un paciente con un Child C que tiene un mayor grado de disfunción hepática debería estar primero en la lista de trasplante hepático ya que su riesgo de fallecer en los próximos tres meses es más alto comparado con un paciente con Child A.

Finalmente, es importante señalar que la cirrosis hepática es una importante causa de morbi–mortalidad en nuestro país y en nuestro hospital y que la correcta determinación de las características de los pacientes con esta enfermedad permitirá un mejor conocimiento para su manejo y tratamiento, así como para desarrollar medidas para un mejor control.





## CONCLUSIONES

1. En los pacientes con cirrosis hepática el grupo que predominó fue el de 60 a 69 años. El género más frecuente fue el de mujeres (57.1%).
2. La etiología más frecuente fue el consumo crónico de alcohol (21.9%). En segundo lugar la probable etiología NASH (18.6%). En tercer lugar, infección por hepatitis B (12.4%).
3. La causa más frecuente de hospitalización fue la hemorragia digestiva alta variceal (28.6%), en relación al alto porcentaje de pacientes que presentaron várices esofágicas (mayor 80%).
4. Las infecciones intercurrentes son frecuentes en pacientes cirróticos. Dentro de ellas, la infección urinaria fue la que se presentó en mayor porcentaje (44.6%).
5. El score de Child-Pugh es directamente proporcional al número de hospitalizaciones.
6. Un 37.6% de pacientes tenían un MELD mayor a 14. Indicaba una mayor severidad de enfermedad hepática y un mayor riesgo de fallecer. Al compararlo con el score de Child, se encontró que los pacientes con Child C tenían un score de MELD mayor de 14.

## RECOMENDACIONES

Se debe hallar una mejor forma de llenar las historias clínicas, usar una ficha especial para pacientes con cirrosis hepática con la idea de uniformizar los datos obtenidos y de esta forma tener una fuente más fidedigna de información y un mejor seguimiento de los pacientes.



## SUGERENCIAS

1. Crear una Unidad de Hígado en donde se trabaje conjuntamente con Cirugía considerando la alta prevalencia de cirrosis hepática y la necesidad de trasplante hepático para poder tener un mejor enfoque de estos pacientes.
2. Tener en cuenta el porcentaje alto de pacientes con probable etiología NASH y enfocarlo en un trabajo prospectivo donde se pueda tomar en consideración otras enfermedades relacionadas como dislipidemia y síndrome metabólico. Finalmente realizar biopsia hepática para poder establecer un diagnóstico certero.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Detlef S, Nezam H. Liver Cirrhosis. Lancet 2008; 371: 838 – 51.
2. Schiff's E, Sorrell M, Maddrey W. Hígado. 2007; 405-424; 765-866; 1025-1062; 1265 – 1312.
3. García-Compeán D, Maldonado Garza H. Gastroenterología y Hepatología. 2009; 215 – 310.
4. MINSA-OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Informe estadístico de Mortalidad en Perú a nivel nacional año 2000. Tomado el 01 de octubre 2006. [http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/SalaSituacional/04\\_Mortalidad.pdf](http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/SalaSituacional/04_Mortalidad.pdf).
5. Farfán G, Cabezas C. Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares en el Perú, 1995-2000. Rev Gastroenterol Perú 2002;22(4):212-233.
6. Álvarez Cárdenas D. Factores epidemiológicos asociados a cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión - Essalud de Tacna entre enero del 2006 y diciembre del 2008 [Tesis]. Tacna: Facultad de Medicina; 2009.
7. De Franchis R. Portal Hypertension V. 2011; 132 – 139.
8. Feldman M, Friedman L, Sleisenger M. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas- Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento. 2007; 1354 – 1414; 1476 – 1483; 1553 – 1576.
9. Humberto E, Beltrán O. Modelos pronósticos en enfermedad hepática Child y Meld. 2004; 109 – 114.
10. Gainsborg – Rivas I. Valoración de los Indicadores Pronósticos MELD SCORE y Child Pugh, en pacientes con hemorragia digestiva secundaria a hipertensión portal. 2011; 16 – 19.
11. Guevara LG, Peñaloza Cruz F, Paez Rodriguez O, Meisel Chinchilla E. Diagnóstico de la hepatitis B. Rev Col Gastroenterol suplemento 24 (1) 2009 : 13 – 20.

12. Pinto Valdivia J L, Ríos Senmache R. Hepatitis C. Rev Diagnóstico vol 46 (1) 2007.
13. Barba Evia J. Esteatosis hepática, esteatohepatitis y marcadores de lesión hepática. 2008. Rev Mex Patol Clin, Vol. 55, Núm. 4, pp 216-232.
14. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es – Salud. Rev. Gastroenterología del Perú. 27: 238-245.
15. Huertas Cuaresma J, Méndez Perles C, Medina Mirón M, González Gallardo M. Cirrosis hepática en el hospital clínico San Carlos [Internet]. 2007.
16. Lebroc Pérez D, Reina Alfonso B, Camacho Assef J, Massíp Ramírez M. Caracterización clínica de los pacientes con cirrosis hepática en el hospital provincial docente “Doctor Antonio Luaces Iraola”. MediCiego 2011; 17(2).
17. Meléndez CA, Meléndez JJ. Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México. *Medwave* 2012 Ago;12(7):e5454 doi: 10.5867/medwave.2012.07.5454.
18. Campollo, O., Valencia Salinas J., Berumen Arellano, A., Pérez Aranda, M., Panderó Cerda, A., Seguro Ortega, J. (1997). Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. Salud Pública de México. Vol.39, No.3, 195-200.
19. Cueva G. Violencia y adicciones : Problemas de Salud Pública. Rev. Perú. med. exp. salud publica v.29 n.1 Lima mar. 2012.
20. Vargas D. Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. Rev. salud pública vol.3 no.1 Bogotá. 2001.
21. Fiestas F, Ponce J. Factores predictores de uso problemático de alcohol en personas atendidas en una sala de emergencia. Rev. Perú. med. exp. salud publica v.28 n.1 Lima mar. 2011.
22. Cabezas C. Hepatitis virales Beta y Delta: epidemiología y Prevención en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2002;19:150-161.
23. Farfán G, Cabezas C. Prevalencia de la hepatitis viral C en donantes de sangre del Perú Rev. Gastroenterol. Perú 2003; 23:171-176.

24. Méndez P, Vidalón A. Factores de riesgo de hepatitis C en hemodiálisis y su impacto en la lista de espera para trasplante renal. Rev. gastroenterol. Perú v.25 n.1 Lima ene./mar. 2005.
25. Díaz Ferre J, Román R, Ulloa V, Monge E. Diabetes como Factor de Riesgo para infecciones en Pacientes Cirróticos. Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-1: 11 – 16.
26. Cebrejos O, Lozano M., Vargas. Infecciones Intercurrentes en pacientes cirróticos en el Hospital Arzobispo Loayza. Rev Gastroenterol Peru. 2000 Apr-Jun;20(2):146-151.
27. Niño de Guzmán A A. Infecciones Bacterianas en Cirrosis. Suplemento Sociedad de Gastroenterología del Perú;2006: 113 – 119.
28. Fica C A. Diagnóstico, Manejo y Prevención en Infecciones en pacientes con cirrosis hepática. Rev Chil Infect 2005; 22 (1): 63 – 74.
29. Chaman Ortiz J, Padilla P, Rondon C, et al. 10 Años de trasplante hepático en el Perú. 2010. Rev. Gastroenterol. Perú; 30 – 4: 350 – 356.



## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: Ficha de Datos**

#### **➤ Instrumento para la toma de datos**

***COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ( 2005 – 2010)***

#### **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

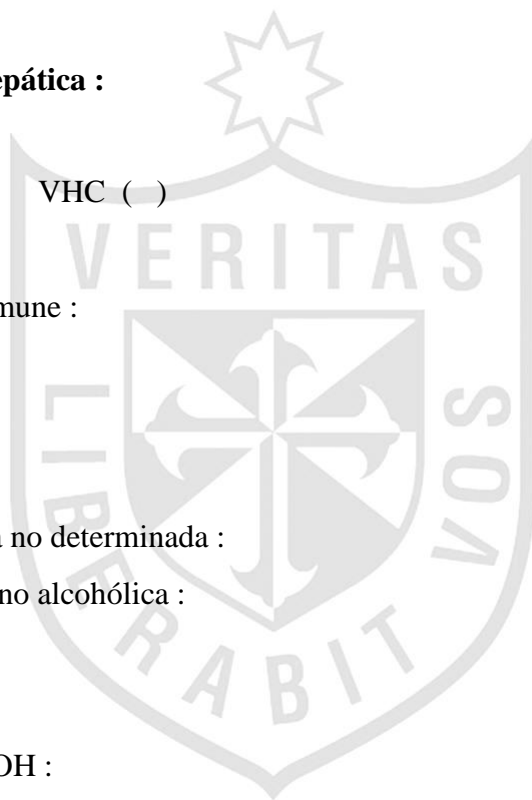
**Historia Clínica :**

**Edad :**

**Sexo :**

**Etiología de cirrosis hepática :**

- Viral : VHB ( ) VHC ( )
- CBP :
- Hepatitis autoinmune :
- OH :
- NASH :
- Criptogénica :
- Cirrosis hepática no determinada :
- Esteatohepatitis no alcohólica :
- VHB + VBC :
- VHC + OH :
- VHC + VHB + OH :
- Colangitis Esclerosante primaria :
- Síndrome de superposición :
- Deficiencia de alfa 1 antitripsina :



**Grado de disfunción hepática:** Score de Child : A ( )      B ( )      C ( )

Parámetros	1	2	3	
<b>Albumina</b>	>3.5	2.8 – 3.5	< 2.8 gr	
<b>Ascitis</b>	ausente	leve	moderada	
<b>Encefalopatía</b>	ausente	Grado 1 - 2	Grado 3 – 4	
<b>Bilirrubina</b>	<= 2	2 -3	> 3	
<b>TP</b>	1-3	4-6	>6	
<b>INR</b>	<1,8	1,8-2,3	>2,3	

**Score de MELD :** INR :      BT:      Creatinina:      **Total :**

**Número de Hospitalizaciones :** 1( )    2( )    3 o +( )

**Causas más frecuentes de hospitalización :**

- Ascitis :
- Infecciones :
- Encefalopatía hepática :
- HCC :
- Síndrome hepatorenal :
- HDA variceal :
- HDA no variceal :
- Trastorno de Coagulación :
- Hepatitis alcohólica :
- Descompensación de hepatitis B :
- Descompensación de hepatitis C :
- Colecistitis aguda :
- Estudio de hepatopatía crónica :

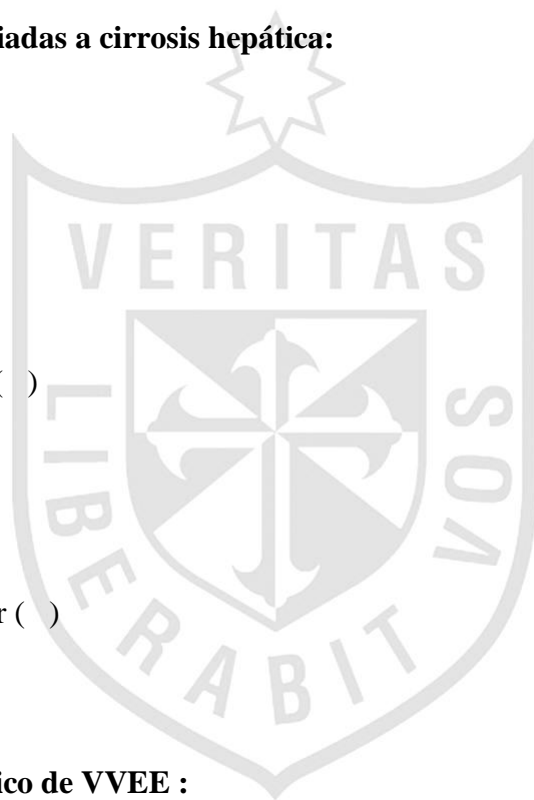


## **Infecciones en pacientes con cirrosis hepática :**

- Colangitis
- Infección de piel ( celulitis )
- Diarrea aguda
- ITU
- Neumonía
- PBE

## **Comorbilidades asociadas a cirrosis hepática:**

- HTA ( )
- DM ( )
- HCC ( )
- IRC ( )
- Cardiopatía ( )
- Hipotiroidismo ( )
- Asma ( )
- AR ( )
- Obesidad ( )
- Litiasis vesicular ( )
- EUP ( )
- TBC ( )



## **Diagnóstico Endoscópico de VVEE :**

**EDA : VVEE I°G**

II°G

III°G

IV°G

Várices gástricas :

Várices esófago-gástricas : GOV 1 :

GOV 2: