

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE CAJAMARCA, 2021-2023”**

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

RUTH KATHERINE FIORELLA LLAMOGA BOÑON

ORCID: 0009-0003-0527-7391

ASESOR:

MC. Mtra. ANA MARÍA RIMARACHÍN CHÁVEZ

ORCID: 0000-0002-0914-2211

Cajamarca, Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Ruth Katherine Fiorella Llamoga Boñon
DNI: 74747115
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: MC. Mtra. Ana María Rimarachín Chávez
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
4. Tipo de Investigación: Tesis
5. Título de Trabajo de Investigación: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2021 - 2023"
6. Fecha de Evaluación: 01/03/2025
7. Software Antiplagio: TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 20%
9. Código Documento: oid: 3117: 435221215
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 05 de marzo del 2025



DEDICATORIA

A mis padres, Julio y María, que cuyo apoyo incondicional me han dado la fuerza para seguir adelante.

A mis hermanos, Mishel y Ronal que me han motivado y reconfortado en todo momento.

A mis amigos, por su motivación y compañía, y a todos aquellos que han contribuido, de alguna manera, a la realización de este sueño.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte de este proceso. En primer lugar, a la Universidad Nacional de Cajamarca por proporcionarme los conocimientos y brindarme la oportunidad de crecer académicamente y lograr alcanzar esta meta.

Al Hospital Regional Docente de Cajamarca que me brindó la información necesaria para desarrollar el presente trabajo.

A la Dra. Ana María Rimarachín Chávez, mi asesora, por su guía, conocimiento, y sus recomendaciones, que fueron fundamentales.

Finalmente, a todas las personas que, de alguna manera, han influido en mi formación académica y crecimiento como persona, les agradezco por ser parte de mi camino.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.3. JUTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.4. OBJETIVOS	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	10
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.2.1. DEFINICIÓN	15
2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA	16
2.2.3. PATOGENIA	16
2.2.4. CLASIFICACIÓN	17
2.2.5. ETIOLOGÍA	18
2.2.6. DIAGNÓSTICO	23
2.2.7. COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS	24
2.2.8. TRATAMIENTO	25
2.2.9. PRONÓSTICO	26
2.3. TÉRMINO BÁSICOS	28
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ..	29

3.1.	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS NULA.....	29
3.2.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		34
4.1.	MATERIALES Y MÉTODO.....	34
4.1.1.	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	34
4.1.2.	TÉCNICAS DE MUESTREO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 34	
4.1.3.	FUENTES E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	35
4.1.4.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	36
4.2.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....		37
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN		51
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES		57
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES		59
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		60
CAPÍTULO X: ANEXOS		66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.....	37
Tabla 2: Motivo de hospitalización de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	41
Tabla 3: Etiología y estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.....	42
Tabla 4: Evolución clínica de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023.....	45
Tabla 5: Escalas pronósticas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HDRC, 2021-2023.....	47
Tabla 6: Hallazgos ecográficos de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Antecedentes patológicos de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	38
Gráfico 2: Índice de masa corporal de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	38
Gráfico 3: DM tipo 2 e HTA en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	39
Gráfico 4: Antecedentes patológicos menos frecuentes en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	40
Gráfico 5: Hospitalizaciones previas (último año) en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	40
Gráfico 6: Frecuencia de consumo de alcohol de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	43
Gráfico 7: Tipo de alcohol consumido en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HDRC, 2021-2023.	43
Gráfico 8: Tipos de hemorragia digestiva alta en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	44
Gráfico 9: Asociación entre ascitis y peritonitis bacteriana espontánea en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	44
Gráfico 10: Grados de encefalopatía hepática en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	45
Gráfico 11: Evolución clínica asociada a tipo de alta en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	46
Gráfico 12: Estancia hospitalaria (días) asociado a evolución clínica en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	46
Gráfico 13: Evolución clínica asociada a la escala Child Pugh en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	48
Gráfico 14: Evolución clínica asociada a la escala MELDNa en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	48
Gráfico 15: Diámetro de la vena porta asociado a esplenomegalia en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.	50

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023. **METODOLOGÍA:** El presente estudio es observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron 46 historias clínicas de hospitalizados con cirrosis en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021 - 2023, usando la ficha de recolección validada y criterios de selección. Se procesó en Excel 2019 y fue analizado con SPSS 26.0. **RESULTADOS:** En las características epidemiológicas, el grupo de edad más afectado por la cirrosis fue el de 60 a 80 años (47.83%), con una edad promedio de 61,37 años, de sexo masculino (65.22%), provenientes de la provincia de Cajamarca (58.70%), con estudios primarios (39.13%). En relación con las características clínicas, los antecedentes más comunes fueron la obesidad (25.22%), hipertensión arterial (19.57%) y la diabetes mellitus tipo 2 (15.22%). Las hospitalizaciones en el último año fueron principalmente por cirrosis hepática descompensada (19.57%). El principal motivo de hospitalización en este estudio fue la hemorragia digestiva alta (47.83%), de tipo variceal (39.13%), seguida de la ascitis (11%). La etiología más frecuente fue del consumo de alcohol (58.7%), seguida por causa no especificada (17.39%), enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (13.04%). La estancia hospitalaria promedio fue de 7.5 días con un rango de 5 a 10 días. Los pacientes mostraron scores pronósticos Child-Pugh B y C en un 45.65%, y en el score MELDNa, la mayoría tuvo puntuaciones entre 10 y 19 (39.13%), con una mejoría en la evolución clínica del 58.70%. La tasa de mortalidad fue del 21.74%. Los hallazgos ecográficos indicaron en su mayoría un hígado de tamaño conservado (60.87%), con una forma irregular (91.3%), de superficie nodular (75.09%), esplenomegalia (63.04%), y diámetro igual o superior a 13 mm (45.65%). **CONCLUSIÓN:** Las edades frecuentes fueron entre 60 a 80 años, predominantemente en hombres. Los antecedentes patológicos más comunes fueron obesidad, hipertensión y diabetes. La hemorragia digestiva alta fue la principal causa de hospitalización. El consumo de alcohol fue la principal etiología. En cuanto al score de Child-Pugh, el B y C fueron los más prevalentes, mientras que el score MELDNa mostró puntuaciones intermedias. La evolución clínica en su mayoría fue favorable, aunque la tasa de mortalidad alcanzó el 21.74%. **PALABRAS CLAVE:** cirrosis hepática, características clínicas, características epidemiológicas, hospitalizados, alcohol, hemorragia digestiva alta.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the clinical and epidemiological characteristics of hospitalized patients with liver cirrhosis at the Cajamarca Regional Teaching Hospital, 2021-2023. **METHODOLOGY:** The present study is observational, descriptive, and cross-sectional. Forty-six clinical records of hospitalized patients with cirrhosis at the Hospital Regional Docente de Cajamarca (2021-2023) were analyzed, using a validated data collection form and selection criteria. The data was processed in Excel 2019 and analyzed with SPSS 26.0. **RESULTS:** Regarding epidemiological characteristics, the most affected age group by cirrhosis was between 60 and 80 years old (47.83%), with an average age of 61.37 years, predominantly male (65.22%), from the province of Cajamarca (58.70%), with primary education (39.13%). Regarding clinical characteristics, the most common antecedents were obesity (25.22%), hypertension (19.57%), and type 2 diabetes mellitus (15.22%). Hospitalizations in the past year were mainly due to decompensated liver cirrhosis (19.57%). The primary reason for hospitalization in this study was upper gastrointestinal bleeding (47.83%), of variceal type (39.13%), followed by ascites (11%). The most frequent etiology was alcohol consumption (58.7%), followed by unspecified causes (17.39%) and liver disease associated with metabolic dysfunction (13.04%). The average hospital stay was 7.5 days, with a range from 5 to 10 days. Patients showed Child-Pugh B and C prognostic scores in 45.65%, and for the MELDNa score, most had scores between 10 and 19 (39.13%), with clinical improvement in 58.70% of cases. The mortality rate was 21.74%. Ultrasound findings mostly indicated a preserved liver size (60.87%), with an irregular shape (91.3%), and a nodular surface. **CONCLUSION:** The most common ages were between 60 and 80 years, predominantly in men. The most common medical history included obesity, hypertension, and diabetes. Alcohol consumption was the main etiology. Upper gastrointestinal bleeding was the primary cause of hospitalization. Regarding the Child-Pugh score, B and C were the most prevalent, while the MELDNa score showed intermediate scores. Most patients had a favorable clinical evolution, although the mortality rate reached 21.74%.

KEYWORDS: liver cirrhosis, clinical characteristics, epidemiological characteristics, hospitalized, alcohol, upper gastrointestinal bleeding.

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad progresiva y difusa que afecta la estructura del hígado, provocando una alteración en la arquitectura hepática debido a la fibrosis, lo que finalmente lleva a la alteración de su funcionalidad. En sus etapas más avanzadas, la cirrosis puede llevar a una descompensación hepática, lo que genera complicaciones potencialmente mortales. Esta condición es comúnmente causada por el abuso excesivo de alcohol, enfermedades crónicas como la hepatitis viral y la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica. (1). A nivel global, la cirrosis hepática ocupa el puesto número catorce en las causas de mortalidad, con un millón de muertes anuales atribuibles a esta condición (2)

La prevalencia de la cirrosis hepática varía según la región y las causas subyacentes. En los países desarrollados, las principales causas incluyen el consumo excesivo de alcohol y las infecciones por los virus de la hepatitis B y C, mientras que, en los países en desarrollo, las causas virales son la causa predominante (3). Las descompensaciones están asociadas a complicaciones graves como hemorragias, ascitis, encefalopatía hepática y las tasas de mortalidad dependen en gran medida de la gravedad de la enfermedad, se pueden evaluar mediante scores pronósticos como el Child-Pugh (1).

Realizar un estudio acerca de las características clínicas y epidemiológica de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional de Cajamarca resulta importante para comprender las características de la cirrosis hepática en esta población. Este estudio permitirá contribuir a la mejora de la salud pública, establecer estrategias preventivas, y reducir las complicaciones asociadas con la enfermedad, con tratamiento oportuno, debido a que los pacientes con cirrosis pueden experimentar un deterioro de la calidad de vida y aumentar el riesgo de desarrollar hepatocarcinoma a largo plazo.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirrosis viene a ser la progresión de la fibrosis hepática hasta el punto en el cual se produce una distorsión estructural del hígado, con la consiguiente formación de nódulos de regeneración, resultando en una disminución significativa de la función hepática (1). La cirrosis se divide en dos etapas: la cirrosis compensada, donde el paciente permanece sin síntomas e incluso puede permanecer latente durante un periodo prolongado; y la cirrosis descompensada, que se caracteriza por un deterioro acelerado de la función hepática, y lleva a la aparición de graves complicaciones que puede conducir a la incapacidad e incluso la muerte (2).

A nivel mundial, la cirrosis hepática ocupa la decimocuarta causa de mortalidad, generando a aproximadamente 1 millón de defunciones anuales (2). En países europeos, esta enfermedad representa un importante desafío de salud pública. Además, ocupa el séptimo lugar en cuanto a los años de vida perdidos ajustados por discapacidad, ubicándose detrás de afecciones tan significativas como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades cardiovasculares (4). En 2019, se observó que más de la mitad de las muertes atribuibles a cirrosis (un 50.3%) estaban asociadas al consumo excesivo de alcohol, lo que subraya la estrecha relación entre hábitos de vida y la progresión de esta enfermedad hepática (5).

Un estudio realizado en China acerca de la carga global de la cirrosis hepática, se encontró que esta afección continúa representando un desafío significativo para la salud pública en el país. Se observó un aumento del 47,15 % en la mortalidad asociada a la cirrosis, impulsado principalmente por factores como la mayor prevalencia de infecciones por el virus de la hepatitis C (VHC), el consumo de alcohol y la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD). Por otro lado, el estudio también identificó una tendencia decreciente en las causas vinculadas al virus de la hepatitis B (VHB) y otras causas de cirrosis (6).

Las causas de cirrosis hepática predominantes en los países desarrollados incluyen al VHC, la enfermedad hepática relacionada con el consumo de alcohol y la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), sin embargo, en los países en desarrollo, las causas más comunes son el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) (3). La irreversibilidad de la cirrosis es común, pero no obstante hay casos irreversibles, como infecciones crónicas de VHB y VHC después de eliminarlo o controlar la infección mediante terapia antiviral. Incluso se ha observado reversibilidad cuando se elimina el factor causante, como en ciertos casos de pacientes con hemocromatosis o cirrosis biliar, al abordar la causa subyacente de la obstrucción (4).

En lo que respecta a los aspectos demográficos, el género y la edad desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la cirrosis hepática. A nivel global, se ha observado que las diversas condiciones socioeconómicas y los patrones culturales actúan como factores determinantes en la prevalencia de esta enfermedad. Un estudio en México menciona que la cirrosis normalmente se diagnostica entre los 50 y 70 años, afectando principalmente a hombres, especialmente aquellos con antecedente de consumo de alcoholismo. En contraste, en las mujeres la cirrosis está más asociada a enfermedades virales o condiciones metabólicas como la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (7).

En el Perú, la cifra anual de fallecimientos por cirrosis hepática se encuentra en 10.45 casos por cada 100 000 habitantes (8). Además, la cirrosis hepática se sitúa en la quinta posición en términos de mortalidad general; sin embargo, en el grupo de edad de 20 a 64 años, se posiciona como la segunda causa principal de mortalidad (9). Un análisis estadístico realizado en Perú en el periodo del 2010 a 2015, con los datos proporcionados por la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, se encontró tasas de morbilidad más elevadas en el grupo de enfermedades hepáticas, y de este grupo la fibrosis y la cirrosis hepáticas fueron la causa principal de mortalidad, especialmente en la costa norte del país (10).

Los pacientes con cirrosis hepática según el reporte del instituto nacional de enfermedades neoplásicas publicado el 2022, indica que tienen un riesgo 8.73

veces mayor de desarrollar hepatocarcinoma. Entre el 80 al 90% de pacientes diagnosticados con hepatocarcinoma tienen cirrosis. Los criterios de Child-Pugh se utilizan para evaluar la gravedad de la cirrosis hepática. Los pacientes clasificados como Child-Pugh A, B y C tienen tasas de supervivencia al año del 95%, 80% y 45%. El manejo de pacientes con cirrosis hepática representa un desafío médico, dado que implica enfrentar comorbilidades subyacentes, la insuficiencia hepática y un incremento en el riesgo de infecciones (11).

La frecuencia de la prevalencia e incidencia de la cirrosis hepática varía según la ubicación geográfica. A nivel nacional el alcoholismo y la hepatitis vírica son las principales causas de la cirrosis (12). Las complicaciones que puede presentar los pacientes con cirrosis hepática son la hipertensión portal que puede desencadenar hemorragia digestiva alta, edema tanto en abdomen y extremidades inferiores, ictericia, infecciones recurrentes, y encefalopatía hepática, por lo tanto es importante la evaluación del pronóstico de la cirrosis, la cual se realiza mediante la clasificación de Child-Pugh, que permite estimar la supervivencia a uno y dos años (3).

Cajamarca ocupa el tercer lugar a nivel nacional en índices elevados de cáncer de hígado y vías biliares (13). La prevalencia de pacientes con cirrosis en consultorio externo y emergencia del HRDC en el período del 2015 al 2019 fue del 1.2% del total de casos atendidos. Entre los pacientes la mayoría tenía 60 años y eran hombres, proveniente principalmente de zonas urbanas. Gran parte estuvo en estadios avanzados de la cirrosis: Child Pugh B y C, acudiendo descompensados especialmente por ascitis, siendo la principal causas el alcohol (14).

Las escasas investigaciones a nivel regional sobre los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, resalta la necesidad de obtener datos para establecer medidas preventivas para reducir la prevalencia de la enfermedad, controlar las principales causas subyacentes, mitigar las complicaciones, y tratar de mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con esta patología.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023?

1.3. JUTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La cirrosis hepática a nivel mundial sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública, generando una considerable morbilidad y mortalidad. Además, se tiende a diagnosticar en estadios avanzados de la enfermedad, debido a una descompensación o complicaciones asociadas, lo que resulta en un peor pronóstico. Por tanto, es importante identificar las características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis en pacientes hospitalizados, ya que esta información puede proporcionar datos de las características clínicas y epidemiológicas contribuyendo así a mejorar la atención médica y las estrategias de prevención.

El presente estudio centrado en las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Cajamarca, tiene como fin determinar las características de la enfermedad en nuestro medio, buscando además de identificar las principales etiologías, motivo de hospitalización, estancia hospitalaria, analizar el pronóstico y la mortalidad de los pacientes afectados. Dado la naturaleza progresiva de la cirrosis, los pacientes pueden presentar complicaciones que conducen a ingresarlos a hospitalización, por lo tanto, es esencial brindar una atención oportuna, debido al elevado riesgo de mortalidad durante la hospitalización.

Los diversos estudios realizados sobre la cirrosis tuvieron como propósito mejorar el bienestar, disminuyendo el progreso de la enfermedad con el objetivo de incrementar la supervivencia. Por lo tanto, es importante conocer perfil clínico y epidemiológico con el propósito de desarrollar estrategias eficaces destinadas a la prevención y un manejo adecuado mediante una atención integral.

Además, como no existe estudios previos sobre el tema en la región de Cajamarca, esta investigación proporcionará conocimiento y comprensión sobre las características de cirrosis, guiando así estrategias de prevención y tratamiento. La investigación puede beneficiar de esta forma, en la toma de decisiones médicas y dar una atención médica oportuna, además de beneficiar a los pacientes afectados a través de la detección temprana con el fin de prevenir futuras complicaciones asociadas con la cirrosis y con ello disminuir la mortalidad. Asimismo, el estudio puede servir de punto de partida para investigaciones.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características clínicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023.
- Identificar las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023.
- Describir las principales características de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- La investigación al ser retrospectiva, la disponibilidad y calidad de la información pueden variar, debido a que las historias clínicas con registro incompleto de los datos requeridos.
- La disponibilidad de historias clínicas suficientes que podría influir en el tamaño de la muestra, lo que podría afectar la generalización de los resultados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Internacionales

Waldroph W. (15) realizó análisis de las complicaciones que conducen al ingreso, reingreso y la mortalidad en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en Ecuador. Los resultados revelaron que la mayoría de los pacientes presentaron un solo ingreso hospitalario, siendo la mayoría mujeres, con una edad promedio de 62.08 años. La causa principal de la cirrosis varió según el género, siendo criptogénica en mujeres y enólica en hombres. La mayoría de los pacientes presentaron várices esofagogástricas y ascitis. En la primera hospitalización, el motivo principal de ingreso fue el sangrado digestivo alto de tipo variceal, seguido de encefalopatía y ascitis. Se observó un reingreso del 41.3% a los 30 días y 32.7% a los 90 días, siendo la encefalopatía la causa principal. En un 8.4% fue mortalidad hospitalaria, y las principales complicaciones asociadas fueron la encefalopatía e injuria renal aguda.

Rodriguez A. et al (16) llevaron a cabo una investigación con el propósito de evaluar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con cirrosis hepática que recibieron atención en el Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin”. Este estudio fue de un diseño observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Los resultados obtenidos indican que hubo un predominio en pacientes en el rango de edad comprendido entre los 50 a 55 años, de sexo masculino y de raza blanca. Además, la mayoría de pacientes ingreso al hospital en un estadio avanzado de la enfermedad, con menos de una semana en estancia hospitalaria, y evolución clínica favorable al momento del egreso. El factor de riesgo predominante identificado fue el alcoholismo, y la complicación más común asociada a cirrosis hepática fue la presencia de ascitis.

Criollo E. (17) realizó un estudio con el propósito de identificar las características clínicas y epidemiológicas de 109 pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática ingresados en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Se encontró que

afectó más a mujeres y adultos con una edad promedio de 60.92 años, con bajo nivel educativo, con la presencia de otras patologías concurrentes y puntuaciones más desfavorables según las escalas de Child-Pugh y MELD. La causa predominante de la cirrosis fue el alcoholismo crónico. La mortalidad de los pacientes hospitalizados fue del 5,5% por complicaciones de la cirrosis hepática avanzada. Entre las complicaciones intrahospitalarias estuvo la insuficiencia hepática aguda, sangrado digestivo alto, enfermedad diarreica aguda, parada cardiorrespiratoria, bacteremia por infección de vías urinarias y sepsis de origen urinario, lo que generó una prolongada estancia hospitalaria.

Martinez L. et al (18) realizaron una investigación para analizar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática en Cuba. Los hallazgos revelaron que el grupo de edad predominante fue entre 60 y 69 años, con mayor frecuencia en mujeres. Las causas más frecuentes de la cirrosis hepática fueron la infección por el virus de hepatitis C y el alcoholismo. La mayoría de casos fueron diagnosticados mediante ecografía abdominal. La ascitis fue la complicación más común. Además, la mayoría de los pacientes mostraron signos de hipertensión portal, y las formas no compensadas de la enfermedad fueron las que predominaron. En cuanto a la clasificación según el estadio Child-Pugh, la mayoría de los pacientes se encontraba en el estadio A, mientras que el estadio C fue menos frecuente.

Roesch F. et al (7) realizaron un estudio retrospectivo, multicéntrico y relacional en pacientes con cirrosis, utilizando 182 historias clínicas de cinco instituciones de Salud de Veracruz. Se identificó que las causas subyacentes fueron el consumo crónico de alcohol, enfermedad viral, enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA), autoinmune, colestasis y criptogénica. La edad promedio de los pacientes fue 66.14, con predominio en los varones. Al analizar los factores socioculturales y económicos asociados con la etiología, se encontró que, en los casos de consumo de alcohol, el sexo masculino, la educación de nivel medio y superior, así como el estado civil soltero fueron estadísticamente significativos en comparación con otras causas. Las enfermedades virales y EHGNA se asociaron con el sexo femenino y la ausencia de ingresos económicos. La etiología

criptogénica mostró una asociación con el sexo femenino, y no se encontraron asociaciones significativas en la colestasis y la autoinmune.

Mero J. et al (19) realizaron un estudio observacional y analítico de casos y controles con el objetivo de determinar los factores vinculados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Universitario Dr. Salvador Allende, Cuba. Se seleccionaron 77 pacientes tanto para los casos, que fueron los fallecidos con el diagnóstico de cirrosis hepática, como para los controles, que fueron pacientes vivos dados de alta con el mismo diagnóstico. Se encontró que ambos grupos mostraron un predominio de hombres. El factor causal más común fue el consumo de alcohol, seguido de las infecciones por hepatitis C y la hepatitis B. La encefalopatía hepática fue identificada como la causa principal de los fallecimientos por cirrosis. La anemia predominó como el principal factor de riesgo presente en los pacientes. Las variables asociadas a mortalidad incluyeron la clasificación de Child Pugh en estado descompensado y la presencia de síndrome hepatorenal.

Muñoz R. et al (20) llevaron a cabo un estudio en Ecuador, con el propósito de examinar los factores etiológicos y las complicaciones asociadas a la cirrosis hepática en pacientes que recibieron hospitalización. Este estudio incluyó a 185 pacientes con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática. Los resultados obtenidos indicaron que el sexo femenino predominó, con una proporción hombre: mujer de 1:1.3, y el grupo etario más frecuente se situó entre los 60 y 79 años. Utilizando la escala de Child-Pugh, se observó que el estadio B fue el más frecuente. La etiología predominante de la cirrosis hepática fue la relacionada con el hígado graso no alcohólico, seguido por la cirrosis no determinada, y la cirrosis causada por el consumo de alcohol. Entre las complicaciones más frecuentes se destacaron el sangrado por várices esofágicas, la ascitis y la encefalopatía.

Mendieta I. (21) realizó un estudio describiendo las características clínicas y demográficas de pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Gustavo Nelson Collado Ríos, en Panamá. Se observó que la edad con el mayor número de casos fue 60 a 69 años con predominio en el género femenino. Los factores asociados más comunes incluyeron diabetes mellitus 2, sobrepeso, obesidad,

consumo de alcohol, hepatopatías autoinmunes y VHB. El análisis reveló una letalidad del 20%, con una mediana de supervivencia de 2 años para los pacientes vivos al momento del estudio y una mediana de supervivencia de 18 meses para aquellos que fallecieron debido a complicaciones de cirrosis. Se concluyó que hay una tendencia a la disminución de casos de cirrosis de etiología alcohólica y viral, con un aumento de enfermedades metabólicas que generan daño hepático a largo plazo.

Nacionales

Pérez M. (22) realizó un estudio para identificar las características clínico y epidemiológicas de pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, examinando 92 historias clínicas de pacientes con este diagnóstico. Se identificó que el grupo de edad predominante correspondió a pacientes de 60 a 79 años, observándose un predominio del género femenino, y una mayor proporción de pacientes con secundaria incompleta. El antecedente de diabetes mellitus fue el más frecuente, y la etiología más predominante el consumo crónico de alcohol. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 11 días, siendo la ascitis la razón más común de hospitalización. La condición de egreso más frecuente fue la mejoría. La clasificación más común según el score de CHILD-PUHG fue la clase C, y en cuanto al score de MELD el puntaje de 10 – 19 fue el más frecuente.

Santos C. y Segura D. (23) elaboraron un estudio en el Hospital Regional Docente Las Mercedes para analizar las características clínicas, epidemiológicas y laboratoriales de los pacientes ingresados con cirrosis hepática, contando con 183 pacientes. El grupo etario más comúnmente afectado abarcó edades entre 60-80 años, con un predominio en los varones, con un nivel educativo de primaria completa en su mayoría. La causa principal de la cirrosis identificada fue la etiología alcohólica. Entre los antecedentes relevantes destacaron la presencia de diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad. Las complicaciones más frecuentemente observadas incluyeron la ascitis y la hemorragia digestiva alta. Al evaluar el estadio clínico según la escala de Child-Pugh, se observó que el estadio más común fue el B. En cuanto a los resultados de laboratorio, se evidenció que la mayoría de los pacientes se encontraban en estadios avanzados de la enfermedad.

Peralta K. (24) realizó un estudio en el Hospital Regional del Cusco con el fin de identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática, con una muestra de 268 historias clínicas. Se observó que predominó el grupo de edad entre 50 a 69 años, siendo más frecuente en varones. El estado civil más común fue el de casado, y la mayoría de los pacientes tenían educación primaria y provenían de áreas rurales. La causa más común de cirrosis fue la alcohólica. Los signos clínicos más notables incluyeron la distensión abdominal y edema en miembros inferiores. Entre las complicaciones más frecuentes estuvo la ascitis, las infecciones, la encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal. La mayoría presentó una clasificación en escala de Child el tipo C, con la escala de MELD situada entre 10 a 19 puntos. La estancia hospitalaria fue superior a 9 días y aproximadamente un tercio de los pacientes fallecieron.

Huaroc J. (12) desarrolló un estudio en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, con el objetivo de determinar las características clínicas epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cirrosis hepática. La edad promedio de participantes fue de 58 años, y la mayoría fueron hombres. El antecedente patológico más frecuente fue la diabetes mellitus. La causa más común de cirrosis fue la ingesta de alcohol y virus de la hepatitis B. La duración media de la estancia hospitalaria fue de aproximadamente de 10 días, y la tendencia predominante en la evolución final fue la mejoría. Los motivos más frecuentes por el cual los pacientes ingresaron a hospitalización fueron la encefalopatía y sangrado variceal. Al evaluar las escalas pronósticas, se encontró que la más frecuente fue la categoría C en el Child Pugh, el puntaje de 10 a 19 en la escala MELD el puntaje de 10 a 19 y en el FIB 4 el valor más frecuente fue el mayor a 3.23.

Calderon W. et al (9) llevaron a cabo una investigación en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé con el propósito de identificar la presentación clínica, la etiología y las complicaciones de pacientes con cirrosis hepática en una población que reside en una región de altura del Perú. La edad promedio de los participantes fue de 60 a 50 años y la mayoría de ellos fueron varones. La causa más frecuente de cirrosis fue la ingesta alcohólica, seguida por las infecciones crónicas por

hepatitis B y C. La mayoría presentaba un estadio B según la clasificación de Child-Pugh, seguido por el estadio C. La distensión abdominal fue la manifestación clínica más común. Entre las complicaciones más comunes se encontró a la ascitis, la encefalopatía hepática y el síndrome hepatorenal.

Locales

Cruzado M. (25) llevó a cabo una investigación para determinar la prevalencia de la falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) en pacientes hospitalizados con cirrosis descompensada. Se encontró que una prevalencia del 53.125% de ACLF, el grado más frecuente fue el I. La predominancia de cirrosis descompensada se presentó en el sexo masculino, con una edad media 57.125. La ascitis fue identificada como el factor precipitante más frecuente. Más de la mitad de los pacientes ya tenían un diagnóstico previo de cirrosis, y la mayoría de ellos estaban bajo algún tipo de tratamiento. La etiología más común de cirrosis fue la alcohólica. En cuanto a la frecuencia de mortalidad, se observó que fue del 53.125% en cirrosis descompensada, mientras que aquellos que desarrollaron ACLF fue del 88.24%. Entre estos últimos la mayoría falleció entre los 28 y 90 días y todos los pacientes que presentaron grado III de ACLF murieron.

2.2. BASES TEÓRICAS

CIRROSIS HEPÁTICA

2.2.1. DEFINICIÓN

La cirrosis se trata de un trastorno definido por características histopatológicas y presentando muchas manifestaciones y complicaciones clínicas, las cuales pueden ser letales (26). La lesión crónica del hígado ocasiona la aparición de fibrosis y la formación de nódulos en el hígado, alterado su estructura normal. Diversos factores agresores, como infecciones virales, toxinas, condiciones hereditarias o procesos autoinmunes, pueden causar daño al hígado. En lesiones prolongadas, la mayor parte del tejido hepático se fibrosa, lo que lleva a la pérdida progresiva de la función, alteraciones en el flujo sanguíneo y eventual desarrollo de cirrosis hepática (3).

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La cirrosis ocasiona aproximadamente un millón de fallecimientos anuales en el mundo, siendo la decimocuarta causa de muerte a nivel mundial. A largo de su desarrollo puede manifestarse con diversos episodios de descompensación o complicaciones, tales como encefalopatía, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, várices esofágicas, síndrome hepatorenal, entre otras (2).

La complicación más preocupante, debido a su alta tasa de mortalidad (35-37%), es la ruptura de várices gastroesofágicas (20).

La cirrosis hepática en países de Latinoamérica como Chile y México, ocupa la quinta y sexta posición como las principales causas de muerte (27). En el Perú cirrosis hepática se sitúa en la quinta posición en mortalidad general, y es segundo en el grupo etario de 20 a 64 años (10).

La cirrosis en los adultos, en la mayoría están relacionados con el consumo de alcohol crónico, enfermedades causadas por los virus de la hepatitis B y C, y, en los últimos años, la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA). Menos comúnmente, se asocia con enfermedades autoinmunes y colestasis. Por lo general, se diagnostica entre los 50 y 70 años (7).

En la cirrosis se observa que el sexo masculino es el que predomina, posiblemente atribuible a la mayor incidencia de infecciones por hepatitis y alcoholismo en los hombres. Además, factores como el entorno urbano y el nivel económico más bajo, contribuyen a la progresión de la enfermedad hepática hacia la cirrosis (12).

2.2.3. PATOGENIA

En la cirrosis hepática los factores agresores diversos como virus, hepatotoxinas, los ácidos biliares y la hipoxia pueden provocar daño hepático y desencadenar fibrosis hepática. Aunque este proceso se contrarresta mediante la fibrólisis, la repetición de las lesiones favorece la fibrogénesis, estableciendo una regulación

negativa. Esto conduce a una alteración de la arquitectura funcional del hígado que aumenta la rigidez hepática y ocasionando una pérdida progresiva de su función (12).

Los hepatocitos dañados en este proceso liberan especies reactivas de oxígeno y mediadores inflamatorios, estimulando la activación de las células estrelladas hepáticas, las cuales se transforman en miofibroblastos y depositan colágeno, generando fibrosis hepática. Las células endoteliales sinusoidales, se defenestran, resultado del consumo crónico de alcohol, promoviendo fibrosis perisinusoidal (3).

A nivel intrahepático, hay un aumento de endotelina -1 y una reducción de la síntesis óxido nítrico (NO) por parte de las células endoteliales sinusoidales, lo cual induce vasoconstricción intrahepática y resistencia vascular, iniciando la hipertensión portal. Las células estrelladas hepáticas por sus efectos contráctiles remodelan la vascularización en los sinusoides aumentando la resistencias vascular, compensándose con la circulación colateral (3).

A nivel sistémico y esplácnico, aumenta la producción de NO, resultando en vasodilatación sistémica y esplácnica, promoviendo la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona y una circulación hiperdinámica. La falta de vasodilatadores intrahepáticos, junto con el exceso de NO extrahepático, contribuye a la vasoconstricción sinusoidal y vasodilatación esplácnica en la cirrosis con hipertensión portal (3).

La fibrosis y los cambios vasoreguladores al desarrollar hipertensión portal, generan circulación colateral y circulación hiperdinámica, siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes cirróticos (3).

2.2.4. CLASIFICACIÓN

Desde el punto de vista morfológico, la cirrosis se clasifica: cirrosis micronodular con nódulos uniformes de diámetro < 3mm, asociado al consumo de alcohol;

cirrosis macronodular con nódulos irregulares de diámetro > 3 mm, en casos de hepatitis B y C; y cirrosis mixta que evoluciona de la cirrosis micronodular a macronodular con el tiempo (4).

2.2.5. ETIOLOGÍA

- **ALCOHOL.**

El consumo diario de alcohol durante un período de 10 años, en mujeres con 20-40 g/día y en varones con 60-80 g/día; desencadena respuestas inflamatorias que aumentan el riesgo a desarrollar carcinoma hepatocelular y cirrosis, inclusive tras la suspensión de su consumo. (2).

El etanol se absorbe principalmente en el intestino delgado. La oxidación del etanol principalmente ocurre mediante el alcohol deshidrogenasa, formando acetaldehído, una molécula reactiva. La ingestión de etanol provoca acumulación intracelular de triglicéridos, altera la síntesis de proteínas y la secreción de lipoproteínas, y causa lesiones oxidativas en las membranas del hepatocito. La lisis de hepatocitos, junto con la producción y almacenamiento aumentados de colágeno, resulta en la contracción y retracción del hígado. Este proceso, requiere lesiones repetidas, se desarrolla a lo largo de años a décadas (26).

En pacientes que continúan bebiendo y han tenido complicaciones de cirrosis, la supervivencia a 5 años es menor al 50%. Por otro lado, aquellos que han interrumpido el consumo de alcohol tienen un pronóstico mucho mejor, especialmente si se han resuelto las complicaciones hepáticas (26).

- **HEPATITIS VÍRICA.**

El 20 y 30% de pacientes expuestos al VHC desarrollará cirrosis en 20 a 30 años. La verdadera incidencia de cirrosis debido a la hepatitis C es desconocida, ya que muchos de estos individuos también consumen alcohol. En cambio, 5% de individuos expuestos al VHB desarrollarán la forma crónica, y cerca del 20% de este grupo desarrollará cirrosis. Para el diagnóstico, se requiere una evaluación de laboratorio detallada, que incluye pruebas cuantitativas de ARN del VHC, análisis de genotipo de HCV, o

estudios serológicos de la hepatitis B, incluyendo HBsAg, antiHBs, HBeAg, antiHBe y cuantificación de las concentraciones de DNA del VHB (26).

- ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD). Es cada vez más común que evolucione hacia la cirrosis, especialmente debido a la creciente epidemia de obesidad en los países occidentales (26). Su prevalencia varía entre el 20% y el 33% en la población adulta, dependiendo de criterios y ubicación geográfica, y está vinculada a factores dietéticos y metabólicos, aumentando los valores con los índices de obesidad y diabetes (2).

- HEPATITIS AUTOINMUNE (AIH).

Es más común en las mujeres y en la hiperglobulinemia, manifestándose a través de cambios histológicos como perivenulitis y agregados linfoides (2). Muchos pacientes con AIH ya presentan cirrosis establecida y, en algunos casos, el tratamiento inmunodepresor con glucocorticoides o azatioprina no es beneficioso. Para diagnosticar la AIH, se requieren marcadores inmunitarios positivos como anticuerpos antinucleares (ANA) o anticuerpos contra músculo liso (26).

- OBSTRUCCIÓN BILIAR

COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (PBC)

Afecta a casi 100-200 individuos por millón, siendo más común en mujeres alrededor de los 50 años. Su causa es desconocida, pero se caracteriza por inflamación y necrosis portal de colangiocitos en vías biliares pequeñas y medianas. La PBC presenta cuatro etapas histopatológicas, desde colangitis destructiva no supurativa crónica hasta cirrosis micronodular o macronodular. Las manifestaciones principales son colestásicas, y la cirrosis biliar se evidencia con aumento de bilirrubina e insuficiencia hepática. Es común la fatiga desproporcionada y el prurito. En la exploración física se observa ictericia, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis y edema; además puede haber hiperpigmentación, xantelasma y xantoma. Los datos de

laboratorio muestran anomalías colestásicas, elevación de IgM y, a menudo, resultados positivos para anticuerpos antimitocondriales (26).

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA (CEP)

Es un síndrome colestásico crónico con causa desconocida que conlleva a la inflamación y fibrosis en el árbol biliar. La progresión de la enfermedad lleva a la obstrucción del árbol biliar intrahepático y extrahepático, desencadenando cirrosis biliar, hipertensión portal e insuficiencia hepática. La enfermedad comparte síntomas con otras hepatopatías colestásicas. El CEP se suele identificar durante la evaluación de enzimas hepáticas anormales. El diagnóstico se confirma mediante estudios de imágenes, siendo la colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP) el método preferido (26).

- HEPATOPATÍAS METABÓLICAS HEREDITARIAS

HEMOCROMATOSIS

Es una condición hereditaria que afecta el metabolismo del hierro, causando un aumento progresivo en su depósito en el hígado, llevando a la fibrosis portal, cirrosis, insuficiencia hepática y, en casos extremos, cáncer hepatocelular. Su diagnóstico se da con aumento en la saturación de transferrina y un incremento en la concentración de ferritina, junto con la identificación de anomalías mediante el análisis de la mutación de HFE (26).

ENFERMEDAD DE WILSON

Es una condición genética que afecta la regulación del cobre en el cuerpo, causando acumulación en el hígado debido a la incapacidad para excretar el exceso de cobre. Esta afección es poco común, afectando a uno de cada 30,000 individuos, y suele presentarse en adolescentes y adultos jóvenes. Un diagnóstico rápido es importante para evitar complicaciones irreversibles y mejorar significativamente la condición clínica del paciente. El diagnóstico se establece mediante concentraciones bajas de ceruloplasmina y altas concentraciones de cobre en orina de 24 horas. Además, se observa la presencia de anillos corneales de Kayser-Fleischer (26).

DEFICIENCIA DE α -1 ANTITRIPSINA

Es de causa genético que provoca en la proteína α 1AT un plegamiento anormal, impidiendo su secreción por el hígado. Aunque no se comprende completamente cómo la proteína retenida desencadena la hepatopatía, solo el 10% al 20% desarrollará hepatopatía crónica. El diagnóstico implica medir las concentraciones de α 1AT y determinar el fenotipo (26).

- **CIRROSIS CRIPTOGÉNICA.**

La cirrosis criptogénica comparte similitudes en la presentación clínica con otras formas de cirrosis. Es una cirrosis cuya causa no puede determinarse de manera definitiva debido a la falta de criterios clínicos e histológicos específicos, por lo que su diagnóstico es de exclusión. Se estima que representa entre el 5% y el 30% de pacientes cirróticos, afectando principalmente a mujeres con una edad promedio de los 60 años (28).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La presencia de síntomas puede variar, eso depende de si el paciente con cirrosis está compensado o descompensado. En la fase compensada, los pacientes generalmente no presentan síntomas, o puede presentar síntomas inespecíficos como anorexia, pérdida de peso, debilidad y fatiga (29). Se detecta incidentalmente y es común un leve a moderado aumento de las aminotransferasas con el hígado o bazo agrandado. En cambio, en la fase descompensada, los pacientes experimentan diversos signos y síntomas derivados de la disfunción hepática e hipertensión portal. La transición de estas fases se manifiesta como distensión abdominal por ascitis, ictericia, encefalopatía hepática, hemorragia por vórices o carcinoma hepatocelular (3).

La cirrosis afecta múltiples órganos, dando lugar a manifestaciones en diferentes sistemas:

- **Gastrointestinal.** La hipertensión portal causa ascitis, hepatoesplenomegalia, y vórices esofágicas, con riesgo de hemorragia. En la cirrosis alcohólica hay un riesgo mayor de sobrecrecimiento bacteriano en el

intestino delgado y de pancreatitis crónica. En cambio, en la enfermedad hepática crónica hay un mayor riesgo de formar cálculos biliares (3).

- **Hematológico.** Puede provocar anemia, hiperesplenismo y alteraciones en la coagulación (3).
- **Renal.** Los pacientes son propensos al síndrome hepatorenal debido a hipotensión sistémica y vasoconstricción renal. Los mecanismos compensatorios no son suficiente para superar la vasodilatación sistémica producida por la cirrosis, lo que resulta en una disminución del flujo sanguíneo efectivo hacia los riñones. Esta situación se agrava por la vasoconstricción renal, llevando a la insuficiencia renal (3).
- **Pulmonar.** El síndrome hepatopulmonar, hipertensión portopulmonar, hidrotórax hepático, reducción de la saturación de oxígeno y alteración de la ventilación y perfusión (3).
- **Piel.** Aparecen telangiectasias en araña frecuentemente en tronco, cara y extremidades superiores debido a hiperestrogenemia, eritema palmar frecuente en la eminencia tenar e hipotenar, e ictericia (aumento de bilirrubina mayor a 3 mg/dL) (29), (3).
- **Endocrino.** La cirrosis alcohólica causa hipogonadismo y ginecomastia. En las mujeres puede haber amenorrea, menstruación irregular e infertilidad.
- **Cambios en las uñas.** Como las uñas Muehrcke (franjas blancas horizontales junto con espacios del color habitúa) y uñas Terry (dos tercios proximales son blancos, mientras que el tercio distal es rojo) (29). Asimismo, se presentan acropaquias, osteoartropatía hipertrófica y contractura de Dupuytren (3).
- **Otros.** Fetor hepático y asterixis son características de encefalopatía hepática. La cirrosis puede dar lugar a la pérdida de masa muscular magra, calambres musculares y el desarrollo de hernia umbilical (3). En la hepatopatía alcohólica se presenta un agrandamiento bilateral de la glándula parótida (29).

Con la progresión de la cirrosis, los pacientes experimentan una disminución en la presión arterial media (PAM), que hace que los pacientes que antes eran hipertensos se vuelven normotensos o hipotensos, y contribuye al desarrollo del síndrome hepatorenal. Además, es un predictor de la supervivencia (29).

2.2.6. DIAGNÓSTICO

Pruebas de laboratorio

Las aminotransferasas suelen elevarse en cirrosis, pero el aspartato aminotransferasa (AST) es mayor, aunque los niveles normales no descartan la enfermedad. En hepatitis crónica, la relación AST/ALT es menor a uno, pero no en la hepatitis alcohólica. La fosfatasa alcalina tiende a aumentar, aunque por lo general no supera dos o tres veces el valor máximo normal. Los niveles de bilirrubina pueden ser normales, pero tienden a aumentar a medida que progresa la cirrosis (29). Enzimas colestásicas como ALP, 5'-nucleotidasa y gamma-glutamil transpeptidasa se elevan en trastornos colestásicos. El tiempo de protrombina elevado y albúmina baja reflejan la capacidad funcional hepática (3).

Los cirróticos presentan alteraciones hematológicas como anemia normocrómica, excepto en la cirrosis alcohólica que se presenta con anemia macrocítica y leucopenia y trombocitopenia secundarias al agrandamiento del bazo. Las inmunoglobulinas, tienden a estar elevadas debido al aclaramiento deficiente hepático (3). Los trastornos de la coagulación son notables, especialmente en cirrosis descompensada, afectando factores dependientes de vitamina K (4).

En la cirrosis recién diagnosticada, se emplean técnicas de serología y PCR para detectar hepatitis virales y anticuerpos autoinmunes para hepatitis autoinmune. Además, se utilizan pruebas adicionales según la sospecha etiológica (3).

Imágenes

El ultrasonido, es una opción económica y no invasiva, es útil para evaluar la cirrosis al detectar nodularidad y aumento de ecogenicidad en el hígado. Sin embargo, carece de especificidad, ya que estos hallazgos también pueden estar presentes en la esteatosis hepática. Además, puede medir la relación entre el ancho del lóbulo caudado y el del lóbulo derecho, que tiende a aumentar en la cirrosis. La ecografía Doppler dúplex complementa la evaluación al examinar la permeabilidad de las venas hepáticas, porta y mesentérica. También sirve como herramienta de detección para el carcinoma hepatocelular (CHC) en pacientes cirróticos (3).

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) con contraste son capaces de identificar CHC y lesiones vasculares, siendo mejor la RM. La RM puede evaluar la presencia de depósitos de hierro y grasa en el hígado, útil para diagnósticos de hemocromatosis y esteatosis, así como para detectar obstrucciones biliares mediante colangiografía por resonancia magnética (3). La elastografía transitoria o fibroscan, representa un método no invasivo que emplea ondas de ultrasonido para medir la rigidez hepática, correlacionándose con el grado de fibrosis (3).

Biopsia

El estándar de oro es la biopsia hepática para el diagnóstico de la cirrosis y evaluar el grado de inflamación y estadio de la fibrosis en la enfermedad hepática. El diagnóstico de cirrosis a través de la biopsia requiere la presencia de fibrosis y la formación de nódulos. Estos nódulos pueden tener patrones distintos, como micronodular, macronodular o una combinación de ambos, siendo el patrón micronodular un factor de riesgo independiente para un mayor gradiente de presión venosa hepática (HVPG) y una enfermedad más severa (3). Sin embargo presenta riesgos y falsos negativos, por lo que su uso se limita en la práctica clínica, prefiriéndose criterios y pruebas no invasivas para el diagnóstico (4).

2.2.7. COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS

- **ASCITIS.** Es la complicación más común y está relacionada a un mal pronóstico. Se produce cuando dentro de la cavidad peritoneal se acumula líquido, debido a varias anomalías circulatorias, vasculares, funcionales y bioquímicas (1).
- **HEMORAGIA POR VÁRICES.** La hemorragia originada por várices suele manifestarse a través de hematemesis y/o melena; que se aborda mediante la ligadura endoscópica de las várices utilizando una banda. (1). Presentando una mortalidad de al menos el 20% a las seis semanas después de una hemorragia (3)

- **PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA.** Es una complicación grave y común de la ascitis, se produce por la translocación bacteriana, donde la microflora intestinal atraviesa el intestino, provocando bacteriemia y una siembra bacteriana en el líquido ascítico, siendo la *Echerichia coli* y otras bacterias intestinales los microorganismos más comunes. En cirróticos hospitalizados con ascitis grave, hasta el 30% puede desarrollar esta peritonitis, con una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 25% (26).
- **SÍNDROME HEPATORRENAL (HRS).** Se trata de una insuficiencia renal funcional sin evidencia de patología renal que afecta al 10% de los pacientes con cirrosis avanzada o insuficiencia hepática aguda (26). El HRS-1, ahora denominado HRS-AKI, se caracteriza por una rápida deterioración de la función renal, vinculada a un evento desencadenante, mientras que el HRS-2 presenta una disfunción renal moderada y estable, asociada a ascitis refractaria (30).
- **ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (EH).** Afecta al 30-60% de los pacientes con cirrosis y se manifiesta como un conjunto de anormalidades neuropsiquiátricas potencialmente reversibles. Estas anormalidades están relacionadas con la acumulación de sustancias neurotóxicas en el cerebro, la cual está vinculada a la función sintética y de reserva del hígado (31). Teniendo la EH como desencadenantes a la hipopotasemia, infección, aumento de proteínas en los alimentos o trastornos electrolíticos (26).
- **SÍNDROME HEPATOPULMONAR (SHP).** Este síndrome afecta al 5% al 35% de los pacientes con enfermedad hepática terminal y se asocia a mayor mortalidad. Se debe a fallos en la oxigenación debido a la vasodilatación intrapulmonar vinculada a enfermedad hepática crónica, hipertensión portal o derivaciones portosistémicas congénitas (32).

2.2.8. TRATAMIENTO

El daño hepático es permanente, pero se busca detener su progresión y prevenir mayores daños. Las medidas generales para prevenir la progresión incluyen abstenerse del consumo de alcohol, vacunarse contra el VHB y el VHC, mantener una buena nutrición con una dieta balanceada, reducir el peso y tratar tempranamente factores desencadenantes como deshidratación, hipotensión e infecciones. El monitoreo regular se enfoca en el volumen, la función renal, el desarrollo de várices y la posibilidad de desarrollar CHC (3).

El tratamiento específico se dirige a la causa subyacente, empleando en la hepatitis viral medicamentos antivirales, en la hepatitis autoinmunitaria esteroides e inmunosupresores, en la colangitis biliar primaria ácido ursodesoxicólico y ácido obeticólico, en la enfermedad de Wilson quelación del cobre, y en la hemocromatosis quelación del hierro y flebotomía. Además, la pérdida de peso del 7% especialmente en la EHNA, y la abstinencia total de alcohol son cruciales en la cirrosis alcohólica (3).

El trasplante hepático no se recomienda para la cirrosis hepática compensada, a menos que se presente un carcinoma hepatocelular. Las principales indicaciones de trasplante en la cirrosis son la insuficiencia hepatocelular y las complicaciones clínicas, así como el desarrollo de carcinoma hepatocelular (4).

2.2.9. PRONÓSTICO

La evolución de la cirrosis tiene un pronóstico muy variable, influenciado por varios factores como la causa subyacente, la gravedad, la presencia de complicaciones y condiciones médicas adicionales. Cuando se produce la descompensación la tasa mortalidad se eleva (1).

La supervivencia estimada de la cirrosis hepática a 10 años, es del 47% en cirrosis compensada, pero disminuye al 16% tras la descompensación (3). Las principales causas de muerte incluyen el síndrome de insuficiencia hepática aguda sobre crónica, desencadenado por infecciones bacterianas, y hepatocarcinoma. El pronóstico se evalúa mediante clasificaciones como Child-Pugh o la puntuación de MELD. El trasplante hepático es el tratamiento ideal para mejorar el pronóstico en cirrosis descompensada, aunque no siempre es viable debido a contraindicaciones (4).

- **Clasificación de Child- Pugh**

Clasifica el pronóstico y magnitud de la cirrosis, en base a 5 criterios los cuales son la albúmina sérica, bilirrubina, TP, grado de ascitis y encefalopatía hepática. Divide a los pacientes en 3 clases A, B y C, con tasas de supervivencia a 1 y 2 años del 100% y 85% en la clase A, 80% y 60% en la clase B, y 45% y 35% en la clase C (3). La clase A (5-6 puntos) representa una buena función hepática, la clase B (7-9 puntos) representa una función hepática moderadamente deteriorada y la clase C (10-15 puntos) una disfunción hepática avanzada (33).

Tabla 1. Clasificación Child-Pugh

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dL)	< 2	2-3	> 3
Albúmina (g/L)	>3.2	2.8-3.2	<2.8
Tiempo de protrombina (%)	>50	30-50	<30
Ascitis	Ausente	Moderada	Abundante
Encefalopatía	Ausente	Grados I-II	Grados III- IV

Fuente: Rozman C. Cirrosis hepática, 19 ed; pag 266

- **Escala de MELD (Modelo para enfermedad hepática en etapa terminal)**

Utiliza los valores de la bilirrubina, creatinina e INR, prediciendo la mortalidad a tres meses. A más puntaje se obtenga, el pronóstico de supervivencia es peor (3). La mortalidad según el puntaje obtenido es ≤ 9 (1.9%), 10-19 (6%), 20-29 (19%), 30-39 (52.3%), ≥ 40 (71.3%) (12).

Para su cálculo se utiliza la siguiente fórmula (34):

$$\text{MELD} = 3,8 * \log_e (\text{bilirrubina sérica [mg/dL]}) + 11,2 * \log_e (\text{INR}) + 9,6 * \log_e (\text{creatinina sérica [mg/dL]}) + 6,4$$

2.3. TÉRMINO BÁSICOS

- **Características clínicas.** Son la combinación de síntomas y signos con el respaldo de análisis de laboratorio y estudios de imágenes. Dirigido hacia el diagnóstico de una enfermedad (12).
- **Características epidemiológicas.** Son los factores que generan o están vinculados a la enfermedad, así como el análisis de la prevalencia, incidencia y distribución de las enfermedades que impacta a una población, y así identificar estrategias de prevención y el control de enfermedades (12).
- **Cirrosis hepática.** Es la lesión crónica del hígado que genera fibrosis y la formación de nódulos en el hígado, alterado su estructura normal (3).
- **Etiología.** Es la causa o un conjunto de causas responsables de una enfermedad específica (35).
- **Escala de Child-Pugh.** Es una escala que fue elaborada para predecir la mortalidad casos de cirrosis hepática. Su puntuación se realiza con criterios clínicos y de laboratorio, los cuales son la bilirrubina sérica, albúmina sérica, ascitis, alteración neurológica y tiempo de protrombina (33)
- **Tasa de mortalidad.** Es la relación entre la cantidad de personas que han fallecido en una población durante un periodo específico y la totalidad de la población en ese mismo periodo. Además, puede representarse en forma de porcentaje (36).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS NULA

Dado que se trata de un estudio descriptivo, la hipótesis se considera implícita, por lo tanto, no confirma ni refuta las características clínico epidemiológicas de pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo de enero del 2021 a diciembre del 2023.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

El presente estudio al ser descriptivo, no se establece una distinción entre variable dependiente o independiente.

VARIABLES DE INTERÉS

- Características epidemiológicas:
 - Edad
 - Sexo
 - Lugar de procedencia
 - Grado de instrucción

- Características clínicas:
 - Etiología
 - Antecedentes patológicos
 - Motivo de hospitalización
 - Estancia hospitalaria
 - Escala Child Pugh
 - Evolución clínica
 - Hallazgo ecográfico

CUADRO N° 01: OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Características epidemiológicas					
Edad	Tiempo de vida de una persona	Edad en años del sujeto en estudio presente en la historia clínica	Cuantitativa	Intervalo	A. < 40 años B. 40-59 años C. 60- 80 años D. > 80 años
Sexo	Género de una persona, según las características fenotípicas	Género consignado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal	A. Masculino B. Femenino
Lugar de procedencia	Lugar donde reside una persona	Zona geográfica de donde procede una persona	Cualitativa	Nominal	A. Cajamarca B. Provincia
Grado de instrucción	El grado más alto de estudios realizados o en proceso	Grado de instrucción consignado en la historia clínicas	Cualitativa	Ordinal	A. Analfabeto B. Primaria C. Secundaria D. Técnico E. Superior universitario
Características clínicas					

Etiología	Causa que lleva a la cirrosis hepática	Etiología de la cirrosis hepática del sujeto en estudio	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> A. Consumo de alcohol B. Virus de hepatitis B C. Virus de hepatitis C D. Enfermedades metabólicas <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (MAFLD) - Hemocromatosis E. Enfermedades autoinmunes <ul style="list-style-type: none"> - Hepatitis autoinmune - Cirrosis biliar primaria - Colangitis esclerosante primaria F. Criptogénica G. Otras causas
Antecedentes patológicos	Presencia de una enfermedad además de la cirrosis hepática	Patologías independientes de la cirrosis antes de la hospitalización	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> A. Sin antecedentes B. Obesidad C. Diabetes mellitus D. Hipertensión arterial E. Síndrome metabólico F. Insuficiencia renal

					G. Hospitalización anterior (último año) H. Otros antecedentes
Motivo de hospitalización	Causa de ingreso hospitalario para su diagnóstico y tratamiento	Motivo por el cual el sujeto en estudio se hospitalizó	Cualitativo	Nominal	A. Encefalopatía B. Ascitis C. Hemorragia digestiva alta D. Peritonitis bacteriana espontánea E. Síndrome hepatorenal F. Síndrome hepato pulmonar G. Otros
Estancia hospitalaria	Duración de la estancia hospitalaria	Tiempo en días de la hospitalización	Cuantitativa	Intervalo	A. < 5 días B. 5 -10 días C. >10 días
Escala de Child Pugh	Clasificación usada para evaluar el pronóstico de la cirrosis hepática	Estadificación del pronóstico de la cirrosis en el sujeto de estudio, utilizando los valores de bilirrubina, albúmina, TP o INR, grado de ascitis y encefalopatía.	Cuantitativo	Ordinal	A: 5-6 puntos B: 7-9 puntos C: 10-15 puntos
Escala de MELDNa	Escala para estimar la mortalidad a corto plazo	Mortalidad en 3 meses usando valores de bilirrubina total, creatinina, INR y sodio sérico.	Cuantitativa	Intervalo	A. 0-9 B. (1,9%) C. 10-19 (6%) D. 20-29 (19,6%)

					E. 30-39 (52,6%) F. >40 (71%)
Evolución clínica	Curso y desarrollo de los signos y síntomas de una enfermedad a lo largo del tiempo	Cambios en la condición de un paciente a lo largo del tiempo.	Cualitativa	Nominal	A. Mejoró B. Estacionario C. Falleció D. Alta médica E. Retiro voluntaria
Hallazgos ecográficos	Son resultados obtenidos mediante ecografía que permiten observar el estado y las características del hígado y otras estructuras hepáticas.	Evaluación de características específicas del hígado y estructuras asociadas a través de ecografía abdominal.	Cualitativa	Nominal	A. Tamaño del hígado B. Forma del hígado C. Superficie del hígado D. Esplenomegalia
			Cuantitativo	Intervalo	E. Diámetro de la vena porta (mm)

Fuente: Variables de operacionalización modificadas por Llamoga R, Adaptado de: Huaroc, J. Características clínicas - epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en un Hospital de Huancayo 2017-2020. Tesis de Pregrado para optar el Título de Médico Cirujana. Universidad Peruana los Andes. 2020. p.

61-62.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. MATERIALES Y MÉTODO.

4.1.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- **Según la intervención del investigador:** Se trata de un estudio de tipo observacional, ya que las variables solo se analizan y observan.
- **Según el alcance:** Es un estudio descriptivo, debido a que detalla las características de la enfermedad.
- **Según el número de mediciones de la variable de estudio:** Es transversal, debido a que los datos se tomarán en un periodo de tiempo establecido, sin hacer un seguimiento.
- **Según el momento:** Es retrospectivo, ya que se recolectará datos de las historias clínicas.

Diseño de la investigación. El estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

4.1.2. TÉCNICAS DE MUESTREO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

POBLACIÓN. La población estuvo comprendida por todas las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática (CIE 10: K70 y K74) atendidos en el servicio de Medicina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca entre enero del 2021 a diciembre del 2023, sumando un total de 53 pacientes.

MUESTRA. La muestra fueron los pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en el servicio de Medicina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca comprendido entre enero del 2021 a diciembre del 2023 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. De un total de 53 pacientes, se seleccionaron 46 como muestra, ya que cumplieron con los criterios de inclusión. Los 7 pacientes restantes fueron excluidos debido a que 5 historias clínicas presentaron datos incompletos y en 2 casos no se encontró la historia clínica de manera física.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo de enero del 2021 a diciembre del 2023.
- Pacientes con historia clínica completa.
- Historias clínicas de pacientes con 18 o más años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas o ilegibles o extraviadas.

4.1.3. FUENTES E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con la autorización previa del comité de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, se solicitó el acceso a las historias clínicas de la oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional Docente de Cajamarca, de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La búsqueda se realizó usando el código CIE10 K70 y K74 para cirrosis hepática, atendidos durante el periodo de enero de 2021 a diciembre del 2023.

La recolección de los datos de cada paciente se realizó mediante una ficha de recolección de datos, basada en el instrumento realizado por Huaroc (ver anexo 02). Posteriormente se codificaron los datos para realizar el análisis correspondiente. La información recopilada comprendió las características epidemiológicas (edad, sexo, lugar de procedencia y grado de instrucción), las características clínicas (etiología, antecedentes patológicos, motivo de hospitalización, estancia hospitalaria, evolución clínica), hallazgos de laboratorio para calcular la escala pronóstica de Child- Pugh y MELDNa, además de hallazgos ecográficos.

4.1.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recopilada se digitó en una base de datos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2019 y posteriormente se usó el programa SPSS versión 26.0 para llevar a cabo el análisis estadístico.

Se empleó la estadística descriptiva para analizar los datos. La presentación de los resultados se realizó mediante cuadros estadísticos, tablas y gráficos con el fin de facilitar la comprensión e interpretación de los resultados.

4.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca siguiendo todos los procedimientos y requisitos éticos establecidos. Asimismo, se obtuvo los permisos necesarios para tener acceso y utilizar los datos de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática.

Se garantizó el anonimato de los pacientes, implementando una codificación adecuada protegiendo la privacidad de la información recopilada durante la revisión de las historias clínicas, por lo tanto, la recopilación de esta información no afectó de manera alguna a los participantes. Dado el diseño del estudio, en el cual se usaron historias clínicas existentes, no se hizo uso del consentimiento informado.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

Los pacientes hospitalizados registrados con el diagnóstico de cirrosis hepática fueron de un total de 53, se excluyeron 7 debido a no cumplir con los criterios de inclusión, por contener datos incompletos o no encontrarse físicamente. Así la población total final consistió en 46 pacientes.

Tabla 1: Características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

<i>Características epidemiológicas</i>	<i>N=46</i>		<i>%</i>
Rango de edad	Media, sd Rango	Media=61,37 Mínimo=24	Sd=15.15 Máximo=82
	< 40 años	4	8,70%
	40 - 59 años	15	32,61%
	60 - 80 años	22	47,83%
	> 80 años	5	10,87%
Sexo	Masculino	30	65,22%
	Femenino	16	34,78%
Lugar de procedencia	Cajamarca	27	58,70%
	San Marcos	4	8,70%
	San Pablo	4	8,70%
	Otras provincias	11	23,91%
Grado de instrucción	Analfabeto	7	15,22%
	Primaria	18	39,13%
	Secundaria	16	34,78%
	Técnico	3	6,52%
	Universitario	2	4,35%

*Otras provincias: Celendín, Chota, Contumazá, Hualgayoc, Pacasmayo, San Ignacio, San Miguel, Chepén

Los 46 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se los agrupó según las características epidemiológicas, como se detalla en la TABLA 1, 30 pacientes fueron del sexo masculino, lo que representa el 65.22%, mientras que 16 pacientes fueron del sexo femenino, con un 34.78%. En cuanto al rango de edad, el grupo mayoritario correspondió a adultos mayores de 60 a 80 años, con 22 pacientes (47.83%), de los cuales 10 fueron varones (21.74%) y 12 mujeres (26.09%). A continuación, se encontraron los pacientes de 40 a 59 años, que representaron el 32.61%, de los cuales 14 fueron varones y una mujer. Los pacientes mayores de 80 años sumaron 5 (10.87%). Finalmente, los pacientes menores de 40 años fueron 4 (8.70%).

En cuanto al lugar de procedencia, el 58.70% de los pacientes provinieron de Cajamarca, mientras que el 41.3 % fueron de otras provincias. Las provincias más frecuentes fue San Marcos y San Pablo, cada una con un 8.7%. En relación al grado de instrucción, el 39.13% de pacientes tuvieron estudios primarios, el 34.78% contó con estudios secundarios, el 15.22% fue analfabeto, el 6.52% presentó estudios técnicos y el 4.35% alcanzó estudios universitarios.



Gráfico 1: Antecedentes patológicos de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

El gráfico 1 muestra los antecedentes patológicos de los pacientes, donde el 10.87% no reportaron antecedentes, mientras que el 89.13% presentaron alguno.

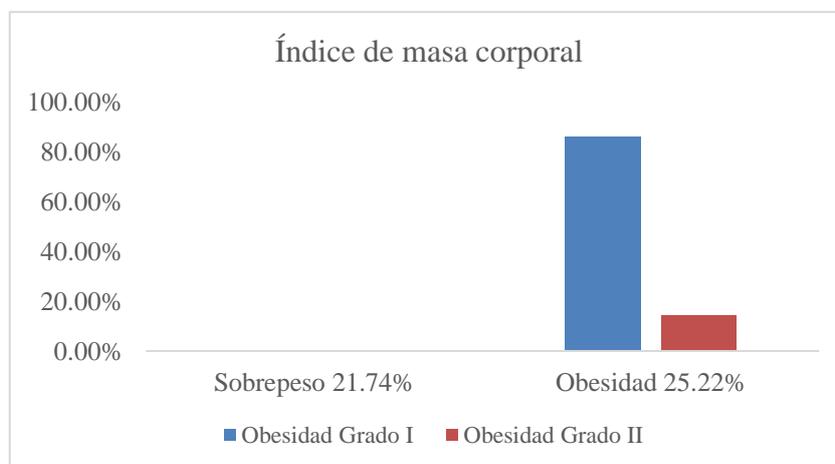


Gráfico 2: Índice de masa corporal de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

En el gráfico 2 en cuanto al índice de masa corporal (IMC), el 21.74% de los pacientes tenían sobrepeso y el 25.22% padecían obesidad. Dentro de los casos de obesidad, el 85.71% correspondió a obesidad grado I, seguido por un 14.29% con obesidad grado II. No se registraron casos de obesidad grado III.

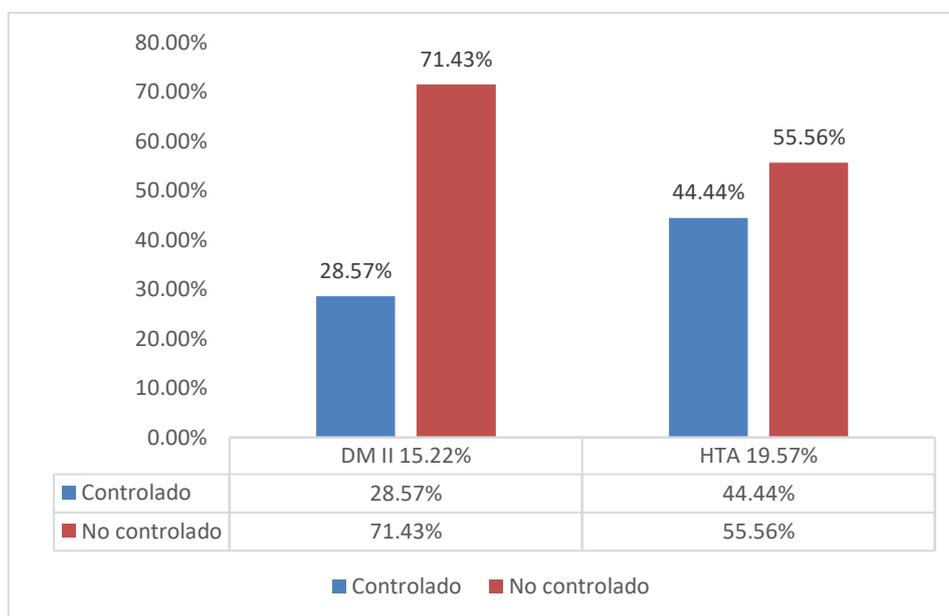


Gráfico 3: DM tipo 2 e HTA en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

La gráfica 3 muestra que el 15.22% padecían de diabetes mellitus tipo 2; de estos, el 71.43% no la tenía controlada, mientras que el 28.57% estaba controlada. En relación con la hipertensión arterial, el 19.57% de los pacientes la presentaron; de ellos, el 44.44% la tenía controlada y el 55.56% no.

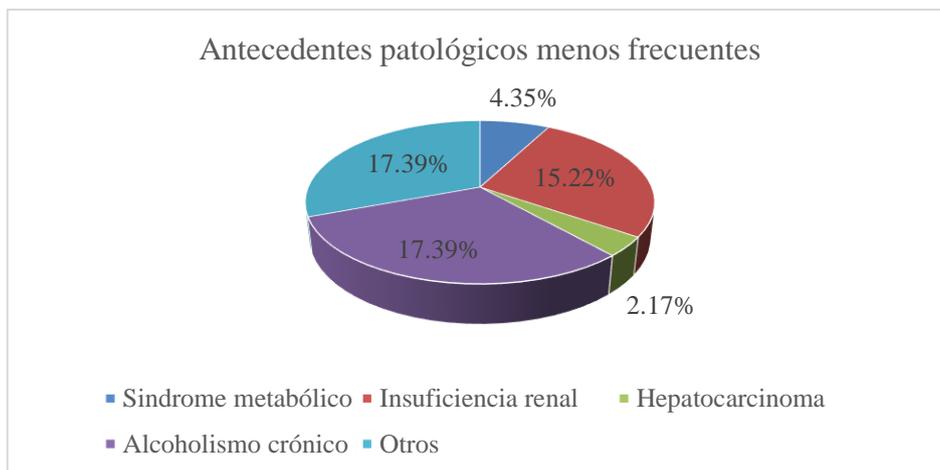


Gráfico 4: Antecedentes patológicos menos frecuentes en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

El gráfico 4 muestra que el 17.39% de los pacientes presentó alcoholismo crónico. Un 17.39% presentó otras condiciones asociadas, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca y litiasis vesicular. Además, el 4.35% de los pacientes padeció síndrome metabólico, y el 15.22% presentó insuficiencia renal. Solo un paciente (2.17%) fue diagnosticado con hepatocarcinoma, detectado mediante un hallazgo ecográfico.

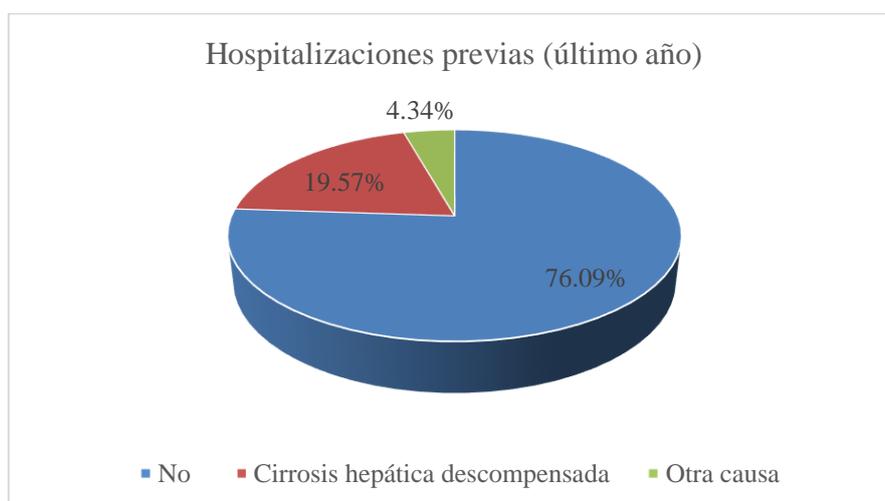


Gráfico 5: Hospitalizaciones previas (último año) en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

El gráfico 5 muestra las hospitalizaciones, el 76.09% de los pacientes no presentaron hospitalizaciones en el último año. El 19.57% fue hospitalizado debido a cirrosis hepática descompensada, mientras que el 4.34% presentó otras causas de hospitalización.

Tabla 2: Motivo de hospitalización de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

	<i>N= 46</i>	<i>%</i>
Motivo de hospitalización Ascitis	11	23,91%
Encefalopatía hepática	8	17,39%
Hemorragia digestiva alta no variceal	3	6,52%
Hemorragia digestiva alta variceal	18	39,13%
Peritonitis bacteriana espontánea	2	4,35%
Otros	4	8,70%
Total	46	100%

*Otros se refiere a motivos de hospitalización: neumonía, constipación e insuficiencia cardíaca descompensada.

La TABLA 2 muestra los motivos de hospitalización de los pacientes, siendo la hemorragia digestiva alta el más frecuente, presentado por el 47.83% de los pacientes. De estos, el 39.13% presentó hemorragia de origen variceal y el 6.52% fue de origen no variceal. El siguiente motivo de hospitalización fue la ascitis (29.91%). En tercer lugar, está encefalopatía hepática, que fue otro motivo relevante de hospitalización (17.39%). En cuanto a la peritonitis bacteriana espontánea, solo el 4.35% de los pacientes (equivalente a 2 personas) la presentó. Entre otros motivos de hospitalización (8.70%) incluyeron neumonía, constipación e insuficiencia cardíaca descompensada.

Tabla 3: Etiología y estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

Etiología			
Sin etiología		8	17,39%
Consumo de alcohol		27	58,70%
Enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica		6	13,04%
Cirrosis biliar primaria		2	4,35%
Virus de la hepatitis B		1	2,17%
Cirrosis biliar secundaria		1	2,17%
Cirrosis biliar no especificada		1	2,17%
Estancia hospitalaria			
	Media, sd	Media=7,50	Sd=4.64
	Rango	Mínimo=1	Máximo=21
	< 5 días	17	36,96%
	5-10 días	20	43,48%
	> 10 días	9	19,57%
	Total	46	100.00%

La TABLA 3 muestra la etiología y estancia hospitalaria de la cirrosis hepática. En cuanto a la etiología, la causa más frecuente de cirrosis hepática fue el de consumo de alcohol con un 58.7%. En segundo lugar, se encuentran los casos sin una etiología específica, con un 17.39%. Le siguen los casos de enfermedad hepática esteatósica asociado a disfunción metabólica (MASLD) con un 13.04%, cirrosis biliar primaria con un 4.35% y causa viral por el virus de hepatitis B con un 2.17%. Además, tanto la cirrosis biliar secundaria como la cirrosis biliar no especificada representaron un 2.17%. No se registraron casos de cirrosis hepática atribuida al virus de hepatitis C.

En cuanto a la estancia hospitalaria, la mayoría de los pacientes estuvo hospitalizado entre 5 y 10 días (43.48%), seguida por aquellos que permanecieron menos de 5 días (39.96%) y, finalmente, los que estuvieron más de 10 días (19.57%).

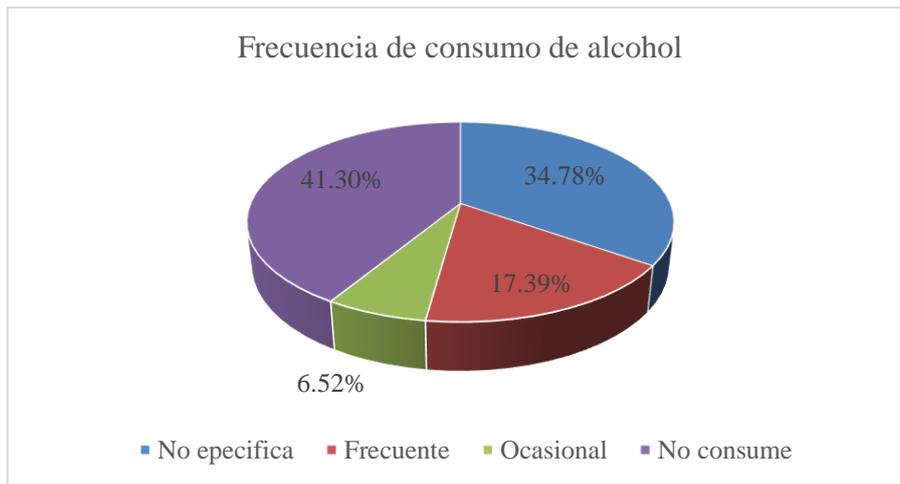


Gráfico 6: Frecuencia de consumo de alcohol de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

En cuanto a los pacientes con consumo de alcohol, en el gráfico 6 se muestra que en la mayoría de historias clínicas no se especificó la frecuencia del consumo, representando un 34.78%. Un 17.39% de los pacientes indicó un consumo frecuente, mientras que un 6.52% lo describió como ocasional y un 41.30% no consume.

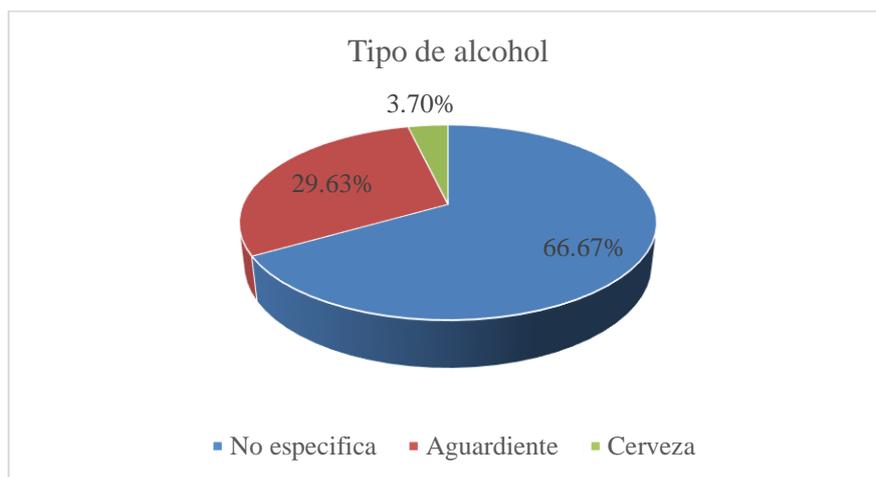


Gráfico 7: Tipo de alcohol consumido en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HDRC, 2021-2023.

En el gráfico 7 muestra el tipo de alcohol consumido, donde se observa que la mayoría no especificó el tipo (66.67%), un 29.63% consumió aguardiente, y el consumo de cerveza fue el menos frecuente, con un 3.70%.

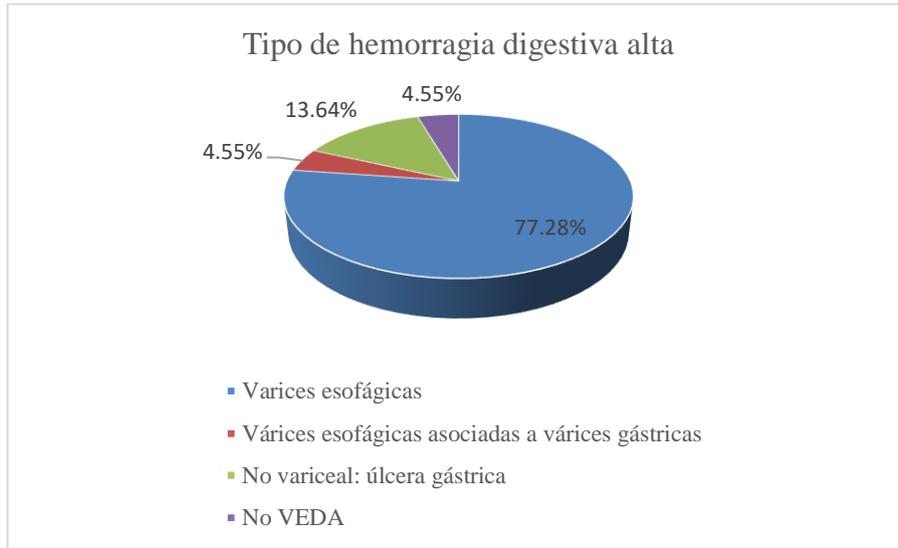


Gráfico 8: Tipos de hemorragia digestiva alta en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

El gráfico 8 muestra los tipos de hemorragia digestiva alta, entre los casos variceales, el 77.28% se debió a várices esofágicas, el 4.55% a várices esofágicas asociadas a várices gástricas. En los casos no variceales, el 13.64% fue causado por úlcera gástrica. Un 4.55% de los pacientes no se sometieron a endoscopia digestiva alta, por lo que no se pudo identificar la causa del sangrado.

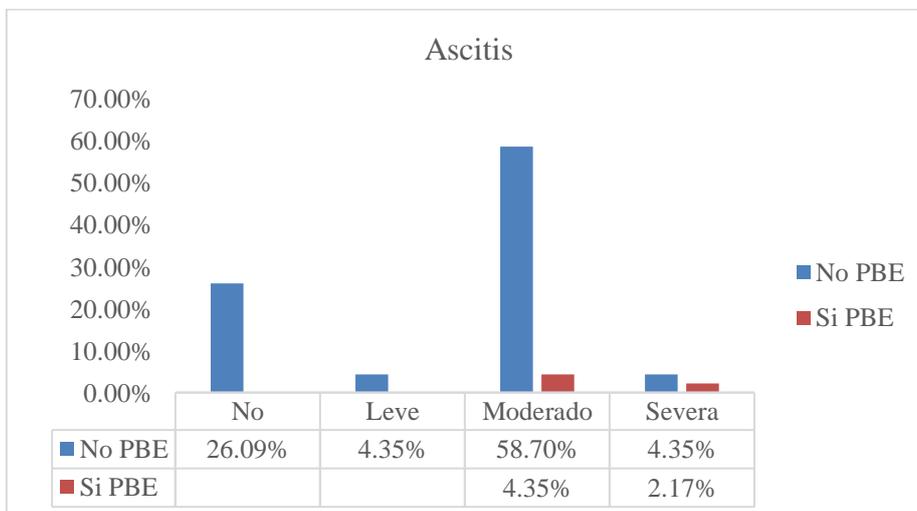


Gráfico 9: Asociación entre ascitis y peritonitis bacteriana espontánea en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

El gráfico 9 muestra que la mayoría de los pacientes presentó ascitis moderada (63.04%), seguida por aquellos que no presentaron ascitis (26.09%). El 6.52% presentó ascitis severa y el 4.35% ascitis leve. Asimismo, se observa la relación entre ascitis y peritonitis bacteriana espontánea (PBE), se observó que los pacientes con ascitis leve no presentaron evidencia de PBE. En cambio, los pacientes con ascitis moderada mostraron un 4.35% de PBE, mientras que aquellos con ascitis severa presentaron un 2.17% de PBE.

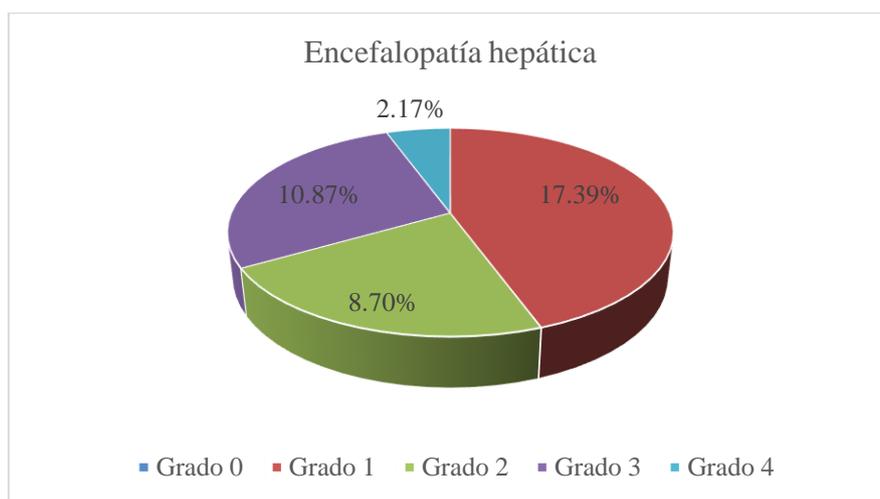


Gráfico 10: Grados de encefalopatía hepática en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

El gráfico 10 muestra los grados de encefalopatía hepática de los pacientes que lo presentaron, el 17.39% presentó encefalopatía hepática de grado 1, el 8.7% de grado 2, el 10.87% de grado 3, y el 2.17% de grado 4.

Tabla 4: Evolución clínica de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023.

		<i>N=46</i>	<i>%</i>
Evolución clínica	Mejóro	27	58,70%
	Estacionario	9	19,57%
	Falleció	10	21,74%
Total		46	100%

En la TABLA 4 muestra la evolución clínica, la mayoría de los pacientes mostró mejoría, según lo registrado en las epicrisis, representando el 58.70%. Le siguieron el 21.74% de pacientes que fallecieron y el 19.57% que presentó una evolución estacionaria. Respecto

al tipo de alta, predominó el alta médica, con un 91.30%, mientras que el resto correspondió a retiros voluntarios.

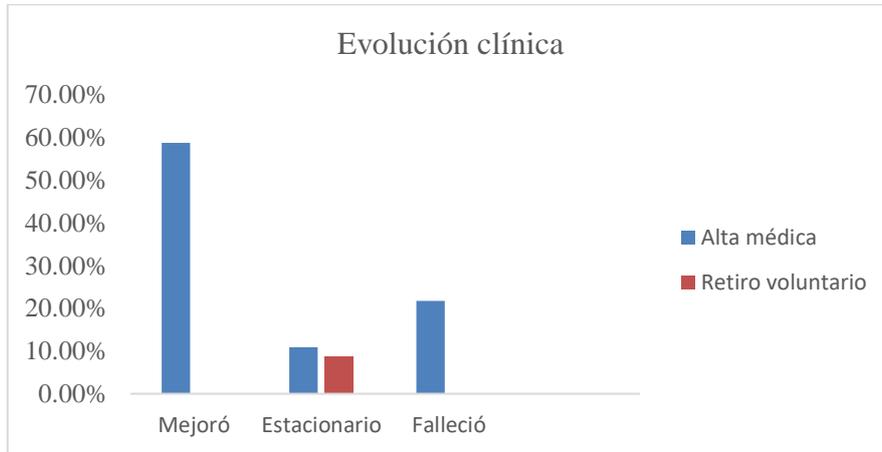


Gráfico 11: Evolución clínica asociada a tipo de alta en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

En el gráfico 11 se observa que, en los pacientes con evolución clínica estacionaria, el 10.87% recibió alta médica, mientras que el 8.70% optó por el retiro voluntario. En contraste, los pacientes que mejoraron y aquellos que fallecieron solo recibieron alta médica, con un 58.70% y un 21.74%, respectivamente.

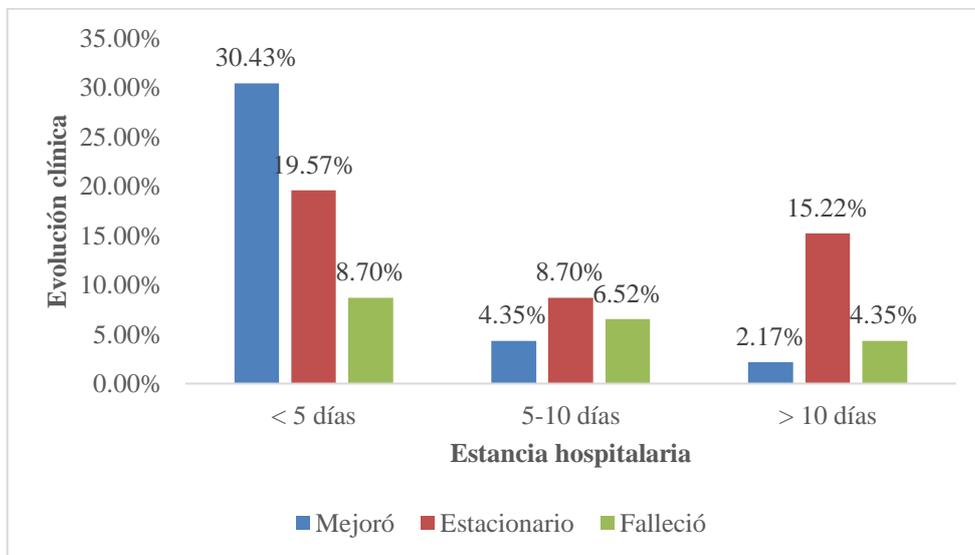


Gráfico 12: Estancia hospitalaria (días) asociado a evolución clínica en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

El gráfico 12 muestra que los pacientes con una estancia hospitalaria inferior a 5 días presentaron principalmente mejoría (30.43%), seguidos por aquellos con evolución estacionaria (4.35%) y los que fallecieron (2.17%). En los pacientes hospitalizados entre 5 y 10 días, la mayoría también mostró mejoría (19.57%), seguidos por los fallecimientos (15.22%) y la evolución estacionaria (8.70%). Por último, en los pacientes con una estancia superior a 10 días, el 8.70% experimentó mejoría, el 6.52% presentó evolución estacionaria y el 4.35% falleció.

Tabla 5: Escalas pronósticas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HDRC, 2021-2023.

Escalas pronósticas		N=46	%
Escala Child Pugh	A (5-6 ptos)	4	8,70%
	B (7-9 ptos)	21	45,65%
	C (10-15 ptos)	21	45,65%
Escala MELDNa	0-9 (1,9%)	4	8,70%
	10-19 (6%)	18	39,13%
	20-29 (19,6%)	15	32,61%
	30-39 (52,6%)	5	10,87%
	> 40 (71%)	4	8,70%
Total		46	100%

En la TABLA 5 se observa que, en la escala pronóstica de Child-Pugh, los pacientes con puntuaciones en el rango B (7-9 puntos) y C (10-15 puntos) presentaron un porcentaje similar, representando ambos el 45.65%. La puntuación A fue menos frecuente, con un 8.70%. En cuanto a la escala MELDNa, la mayoría de los pacientes obtuvo un puntaje de 10-19 puntos, representando el 39.13%. Le siguió el grupo con puntuaciones de 20-29 puntos (32.61%), y aquellos con 30-39 puntos representaron un 10.87%. Los valores extremos de la escala, con puntuaciones de 0-9 puntos y superiores a 40 puntos, presentaron un 8.70%.

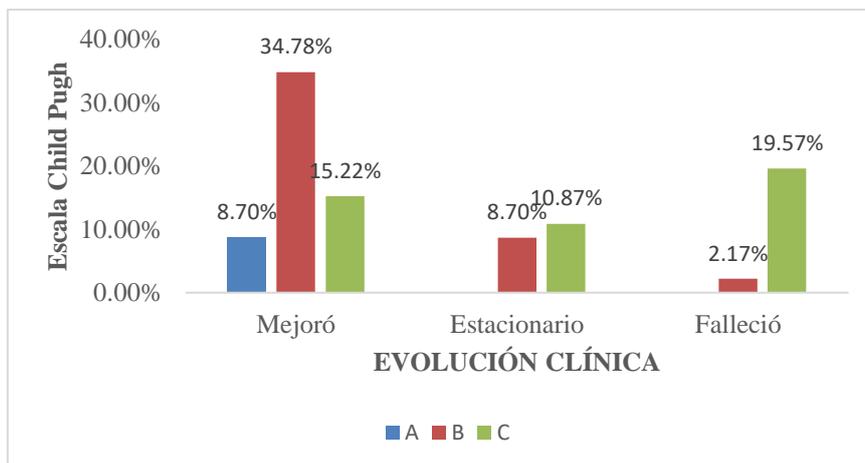


Gráfico 13: Evolución clínica asociada a la escala Child Pugh en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

El gráfico 13 muestra que los pacientes que mejoraron presentaron, con mayor frecuencia, una clasificación Child-Pugh B (34.75%), seguidos por aquellos clasificados en Child-Pugh C (15.22%). Además, fueron los únicos en presentar la categoría A, con un 8.70%. En contraste, los pacientes con evolución estacionaria mostraron una mayor frecuencia de clasificación Child-Pugh C (10.87%). Lo mismo ocurrió con los pacientes que fallecieron, en los cuales la categoría C fue la más predominante (19.57%), seguida por la categoría B, con un 8.70% en los pacientes con evolución estacionaria y un 2.17% en los pacientes fallecidos.

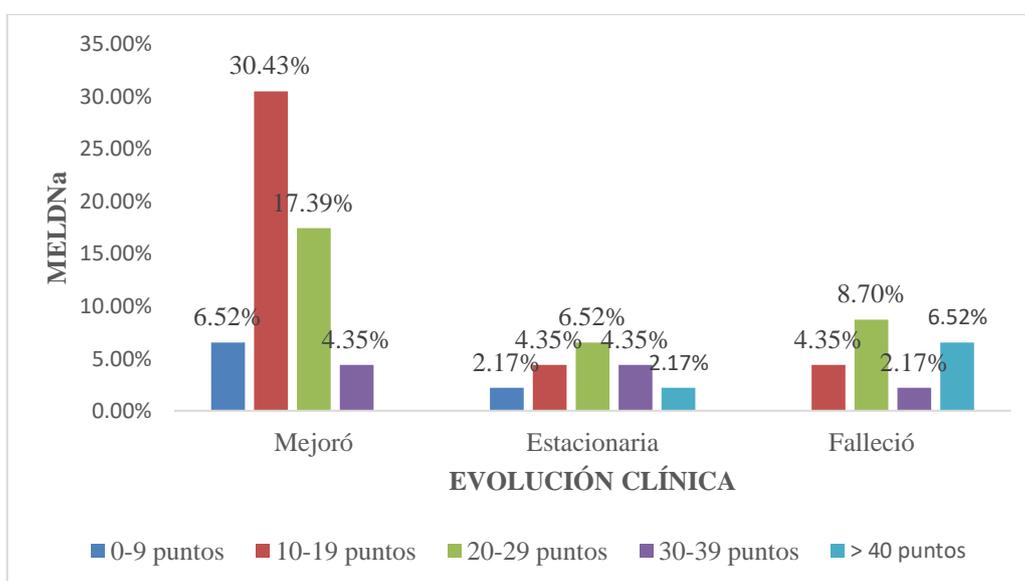


Gráfico 14: Evolución clínica asociada a la escala MELDNa en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

En el gráfico 14 se observa que la escala MELDNa asociada a la evolución clínica mostró que la mayoría de los pacientes con mejoría presentó un puntaje entre 10 y 19 puntos (30.43%), seguido de aquellos con un puntaje de 20 a 29 puntos (17.39%), 0 a 9 puntos (6.52%) y 30 a 39 puntos (4.35%). Ningún paciente presentó un puntaje superior a 40. En los pacientes con evolución estacionaria, el puntaje más frecuente fue el de 20 a 29 puntos (6.52%), seguido de los puntajes de 10 a 19 y 30 a 39 puntos (4.35% cada uno). Los puntajes menores a 9 puntos y mayores a 40 puntos fueron igualmente representados en un 2.17%. En los pacientes fallecidos, predominó el puntaje de 20 a 29 puntos, seguido por aquellos con un puntaje superior a 40 (6.52%), 10 a 19 puntos (4.35%) y 30 a 39 puntos (2.17%).

Tabla 6: Hallazgos ecográficos de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

Hallazgos ecográficos		N= 46	%
Tamaño del hígado	Conservado	28	60,87%
	Aumentado	11	23,91%
	Disminuido	7	15,22%
Forma del hígado	Regular	4	8,70%
	Irregular	42	91,3%
Superficie del hígado	Lisa	10	21,74%
	Granular	1	2,17%
	Nodular	35	76,09%
Esplenomegalia	Si	29	63,04%
	No	17	36,96%
Diámetro de la vena porta	< 13 mm	25	54,35%
	>= 13 mm	21	45,65%
Total		46	100%

La TABLA 6 muestra los hallazgos ecográficos, en cuanto al tamaño del hígado, la mayoría presentó un tamaño conservado (60.87%), seguido por un 23.91% con tamaño aumentado y un 15.22% con tamaño disminuido. Respecto a la forma del hígado, la mayoría de los pacientes (91.30%) presentó una forma irregular, mientras que el resto presentó una forma regular. En cuanto a la superficie del hígado, la característica más frecuente fue la superficie nodular, observada en el 76.09% de los pacientes, seguida de la superficie lisa en un 21.74%, y solo un 2.17% presentó una superficie granular. En relación con la esplenomegalia, esta fue observada en el 63.04% de la población total.

Por último, el diámetro de la vena porta fue igual o superior a 13 mm en el 45.65% de los casos, mientras que la mayoría presentó un diámetro inferior a 13 mm (54.35%).

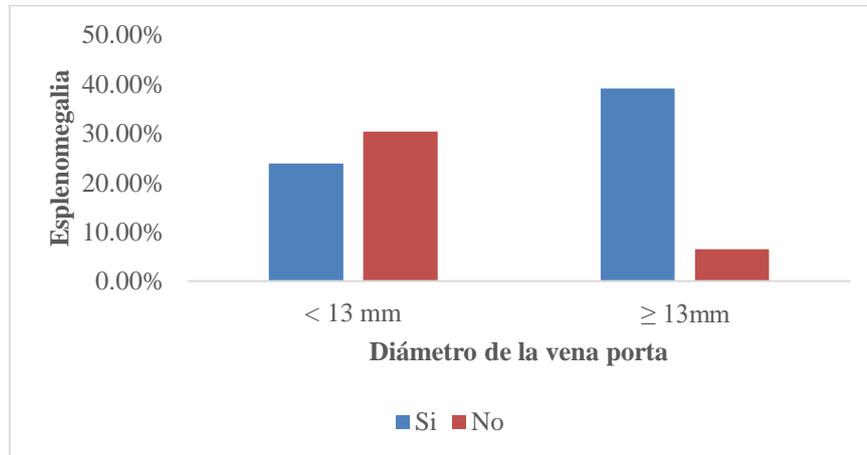


Gráfico 15: Diámetro de la vena porta asociado a esplenomegalia en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el HRDC, 2021-2023.

En el gráfico 15 se observa que los pacientes con un diámetro de la vena porta mayor o igual a 13 mm estuvieron, en su mayoría, asociados a esplenomegalia (39.13%), mientras que un 6.52% no presentaron esplenomegalia. Por otro lado, los pacientes con un diámetro inferior a 13 mm mostraron, en su mayoría, la ausencia de esplenomegalia (39.13%).

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

El estudio llevado a cabo tuvo el fin determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática en el servicio de medicina del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo 2021-2023, se estudiaron a un total de 46 pacientes.

En cuanto a la edad, el diagnóstico de cirrosis generalmente se establece entre los 50 y los 70 años (7). En este estudio, la edad promedio más frecuente es de 61,37 años y el grupo etario más afectado es el de 60 a 80 años. La edad mínima registrada de 24 años y una edad máxima de 82 años. Estos resultados son consistentes con los de Waldroph (15), quien reporta una edad promedio de 62,08 años, y Roesch (7), con una media de 66,14 años. Asimismo, Pérez (22) encuentra que la mayoría de los casos se concentran en el rango de 60 a 79 años. Sin embargo, Rodríguez (16), en Las Tunas, observa una mayor prevalencia en el grupo de 50 a 55 años, lo que podría explicarse por el incremento en el consumo de alcohol desde edades tempranas. En un estudio local de Alban (14), centrado en pacientes atendidos en consultorios externos y emergencias, la edad más común es de 50 a 59 años.

En cuanto al género, este estudio muestra una prevalencia del sexo masculino (65,22%), lo cual se asocia con el consumo de alcohol, más frecuente en este grupo. Este hallazgo es consistente con los resultados de Calderón (9) y Huaroc (12), donde también predomina el sexo masculino. Sin embargo, en el estudio de Waldroph (15), se presenta un leve predominio del sexo femenino, así como Pérez (22) encuentra que el sexo que predomina es el femenino. Si bien el consumo crónico de alcohol es la causa más frecuente de cirrosis, en el caso del sexo femenino, las etiologías más asociadas son la viral, la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica y la etiología biliar, presentándose probablemente con mayor frecuencia en mujeres debido a la menor asistencia de los hombres a los servicios de salud, influenciada por costumbres sociales (7).

En cuanto al lugar de procedencia, el 58,70% de los pacientes provienen de Cajamarca, mientras que el 41,30% son de otras provincias. Entre estas últimas, las más frecuentes son San Marcos y San Pablo, cada una representando un 8,7%. Similar a lo encontrado

por Alban (14), donde indica que la mayoría de los pacientes provienen de Cajamarca, con un 62,5%.

En grado de instrucción, predominan los pacientes con estudios primarios, representando un 39,13%, seguidos por aquellos con estudios secundarios. En cambio, los resultados de Pérez (22) en Tacna, Santos (23) en Chiclayo y Peralta (24) en Cusco muestran una mayor frecuencia de pacientes con estudios secundarios. Este patrón sugiere que los pacientes con cirrosis hepática tienden a tener un nivel educativo relativamente bajo, lo que podría estar relacionado con factores socioeconómicos que afectan tanto el acceso a la educación, así como el conocimiento de enfermedades y prevención.

El principal motivo de hospitalización en este estudio fue la hemorragia digestiva alta (HDA), con un 47.83%, seguida de la ascitis, y, en tercer lugar, la encefalopatía hepática. Este patrón coincide con los hallazgos de Waldroph (15), quien señala que la HDA es la complicación más común que lleva a la hospitalización. Sin embargo, los resultados difieren de los reportados por Huaroc (12), quien identificó tanto la encefalopatía hepática como la HDA como los principales motivos de ingreso hospitalario. Es importante destacar que este estudio se centró en pacientes cirróticos hospitalizados en el servicio de medicina, lo que limita la comparación con otros trabajos que abordan complicaciones sin especificar si estas resultaron en hospitalización. La literatura indica que la ascitis es una complicación frecuente en pacientes con cirrosis (15), aunque no siempre requiere hospitalización, lo que podría explicar las variaciones en los estudios de otros autores. Por ejemplo, Santos (15) menciona a la ascitis como la complicación más prevalente, mientras que Calderón (9) y Albán (14) identificaron la ascitis y la encefalopatía hepática como las causas más comunes de descompensación, sin especificar si ameritaban hospitalización.

La causa más frecuente de HDA en el estudio es de tipo variceal (39.13%), parecido a lo obtenido por Waldroph (15) que muestra que los sangrados digestivos en su mayoría fueron de tipo variceal.

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) fue poco frecuente en los pacientes del estudio, lo que coincide con lo reportado por Waldroph (15), quien también señaló que un bajo porcentaje de los ingresos hospitalarios correspondieron a ascitis complicada con

PBE. Además, en este estudio se observó una posible asociación entre la gravedad de la ascitis y la aparición de PBE, siendo más común en aquellos con ascitis moderada. Estos resultados sugieren que la aparición de PBE está estrechamente relacionada con la severidad de la ascitis, lo que resalta la importancia de un monitoreo cuidadoso en pacientes con esta condición para detectar complicaciones a tiempo. Por lo que en todos los pacientes cirróticos con ascitis al ingreso hospitalario, debe realizarse sin demora una paracentesis diagnóstica para descartar la presencia de PBE (37).

Otros motivos de hospitalización menos comunes en este estudio incluyeron la neumonía. Por otro lado, Waldroph (15) reportó que, entre las infecciones, la más frecuente fue la del tracto urinario. Además, entre los hallazgos adicionales, algunos pacientes presentaron síndrome hepatorenal tipo 1, síndrome hepatopulmonar y otros desarrollaron falla hepática aguda sobre crónica.

La mayoría de los pacientes presentó antecedentes patológicos, dentro de las cuales está la obesidad, especialmente la obesidad grado I (85.71%). La hipertensión arterial, de la cual el 55.56% no estaba controlada, y la diabetes mellitus tipo 2, con un 71.43% de los casos no controlados. Estos hallazgos coinciden con estudios previos, como el de Waldroph (15), que identificó la diabetes mellitus tipo 2 seguida de la hipertensión arterial como las comorbilidades más frecuentes. Mendieta (21) y Santos (23) destacan la importancia de la DM2 y la obesidad en los antecedentes de los pacientes como factores asociados. Dado que estas comorbilidades influyen significativamente en la progresión del daño hepático crónico.

Solo un 2.17% de los pacientes presentó hepatocarcinoma, diagnóstico probable identificado mediante hallazgo ecográfico. En contraste, Calderón (9) que no reportó pacientes cirróticos con hepatocarcinoma en su estudio.

En cuanto a las hospitalizaciones en el último año, la mayoría fueron debido a cirrosis hepática descompensada, generalmente causada por hemorragia digestiva alta. Sin embargo, la literatura indica que la encefalopatía hepática es responsable de un mayor número de hospitalizaciones y reingresos repetidos (38). En este sentido, Waldroph (15) señala que la complicación más frecuentemente reportada al reingreso es la encefalopatía hepática, seguida del sangrado digestivo alto.

La etiología de la cirrosis presenta una notable variabilidad geográficamente. En países de África y Asia, las infecciones virales son una causa predominante (7), mientras que, en países occidentales, el consumo de alcohol y la enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica son los factores más frecuentes (15). En este estudio, la causa más común de cirrosis hepática fue el consumo de alcohol, con un 57.8%, tendencia que se observó que predominó en ambos sexos. Esta misma prevalencia se ha replicado tanto a nivel internacional como nacional, con Rodríguez (16) identificando el alcoholismo crónico como la principal causa en su estudio realizado en Cuba (41.6%), Roesch (7) encontró un 47.8% en México, Santos (23) reportó un 55.2% en Chiclayo, y Calderón (9) documentó un 63% en Huancayo. De manera similar, estudios locales, como el de Albán (14), también confirman esta tendencia. Este aumento en el consumo de alcohol resulta preocupante, ya que los jóvenes peruanos inician el consumo de alcohol, en promedio, a los 13 años (9), lo que podría contribuir al aumento de casos con el tiempo. Sin embargo, Waldroph (15) reportó una discrepancia en su estudio, señalando que la causa más frecuente de cirrosis fue la criptogénica, con un 46.9%.

Es importante mencionar que los pacientes a menudo minimizan su consumo de alcohol, lo que dificulta la determinación precisa del consumo real y su impacto con el tiempo (39). Por lo tanto, la mayoría de los pacientes no tienen claro su consumo, lo que complica la precisión al intentar definirlo de manera más detallada, especificando los gramos, la duración y el tipo de bebidas que ingieren.

En segundo lugar, se encuentran los pacientes clasificados sin una causa específica, representando el 17.39%. Durante la recolección de datos, se observó que los exámenes serológicos para los virus de Hepatitis B y C no se realizan de manera rutinaria en los pacientes, y tampoco se lleva a cabo el análisis de anticuerpos para explorar posibles etiologías autoinmunes. Asimismo, no se registraron casos en los que se haya realizado biopsia hepática ni estudios post mortem para determinar la causa.

En tercer lugar, en este estudio se encuentra la enfermedad del hígado graso asociada a disfunción metabólica, con un 13.04%, evidenciada ecográficamente. Este mismo lugar de frecuencia fue reportado en el estudio de Roesch (7). Cabe señalar que la ecografía tiene una sensibilidad limitada y no detecta de manera confiable si es menor al 20%, además de tener un rendimiento subóptimo en personas con un IMC superior a 40 (39).

Por otro lado, Sheka (40) señala que esta enfermedad está asociada con la obesidad, la diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico, siendo la biopsia hepática el método diagnóstico más preciso. En consecuencia, en el presente estudio, la enfermedad podría estar subdiagnosticada debido a la falta de estudios, así como a la limitada atención prestada a la detección del síndrome metabólico y a la diabetes mellitus. Esto se reflejó en las historias clínicas, donde solo algunas reportaban el perímetro abdominal de los pacientes, pero no se solicitaron estudios serológicos como triglicéridos, HDL-colesterol, glucosa en ayunas, para diagnosticar el síndrome metabólico (39).

En cuarto lugar, se ubicaron las causas autoinmunes, que incluyen la cirrosis biliar primaria, la cual representó un 4.35% en este estudio. No se registraron casos de hepatitis autoinmune ni colangitis esclerosante primaria. Estos resultados coinciden con el estudio de Roesch (7), que también señala que las enfermedades autoinmunes y la colestasis son menos frecuentes.

En quinto lugar, se encuentra la cirrosis causada por el virus de la hepatitis B, con un 2.17%, mientras que no se presentaron casos relacionados con el virus de la hepatitis C. Estos hallazgos coinciden con los de Rodríguez (16), quien reportó un bajo porcentaje de etiologías virales, explicando que esto se debe a su programa de vacunación, que ha logrado reducir los índices de hepatitis aguda en la infancia y, por ende, ha disminuido la evolución hacia la cronicidad. Sin embargo, la literatura señala que la causa viral ha sido la segunda más común durante más de tres décadas, especialmente por el virus de la hepatitis C en países occidentales y por el virus de la hepatitis B en países orientales (7). De manera similar, Roesch (7) encontró que en México la hepatitis viral ocupó el segundo lugar (28.5%), y en Huancayo, a nivel nacional, el virus de la hepatitis B también se ubicó en el segundo lugar (7.40%). Esto destaca la importancia de los programas de vacunación y su impacto en la reducción de enfermedades hepáticas crónicas relacionadas con los virus de la hepatitis.

La mayoría de los pacientes estuvo hospitalizada entre 5 y 10 días, con una estancia hospitalaria promedio de 7.5 días, con un rango de 1 a 21 días. En este grupo, la mayoría experimentó mejoría, seguido por los fallecimientos. Este hallazgo es parecido al reporte de Huaroc (12), quien encontró una estancia hospitalaria promedio de 10 días en su estudio.

La evolución clínica de los pacientes estudiados en su mayoría mostró mejoría (58.70%), según lo registrado en las epicrisis, le siguieron los que fallecieron el resto presentó evolución estacionaria. Semejante a lo obtenido por Huaroc (12) con mejoría en la mayoría de los pacientes estudiados en Huancayo. En cuanto a la evolución clínica, solo los pacientes con evolución estacionaria se retiraron voluntariamente.

En cuanto a los scores pronósticos utilizados, se observó que en el score Child-Pugh, los grados más frecuentes fueron B y C, ambos en igual proporción, siendo el grado A el menos frecuente. Los pacientes fallecidos pertenecieron principalmente a la categoría C, seguida de la B. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que sugieren que la cirrosis hepática generalmente se diagnostica en etapas avanzadas, cuando los pacientes ya presentan un mayor grado de afectación hepática(16). Santos (23) y Calderón (9) reportan con mayor frecuencia un Child-Pugh B, mientras que Waldroph (15) y Alban (14) reportan un Child-Pugh C lo que sugiere una mayor gravedad en su población al ingreso. En relación con la escala MELDNa, la mayoría de los pacientes obtuvo un puntaje entre 10 a 19, en donde la mayoría mejoró, coincidiendo con los resultados de Huaroc (12) y Peralta (24), aunque ellos utilizaron el score MELD. En este solo los pacientes fallecidos presentaron un puntaje superior a 40.

La mortalidad en este estudio fue del 21.74% debido a las complicaciones derivadas de la cirrosis hepática, un valor comparable al reportado por Rodríguez (16) con un 29.1% y algo más alto en el estudio de Peralta (24) con un 32.8%. Sin embargo, esto es diferido en el estudio de Waldroph (15), donde la mortalidad fue significativamente menor, con un 8.4%.

Los hallazgos ecográficos revelaron que la mayoría de los pacientes presentó un hígado de tamaño conservado, con forma irregular y superficie nodular, y más de la mitad mostró esplenomegalia. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Silva (41), que también observó un hígado micronodular. En cuanto al diámetro de la vena porta, un porcentaje significativo presentó un diámetro igual o superior a 13 mm (45.65%). Sin embargo, Silva (41) reportó un porcentaje menor de pacientes con un diámetro aumentado.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

1. En las características epidemiológicas, se observó que el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 80 años (47.83%), con una edad promedio de 61.37 años. Predominó el sexo masculino (65.22%) y pacientes provenientes de la provincia de Cajamarca (58.70%), con estudios primarios (39.13%). Estas características sugieren una posible relación entre factores socioeconómicos con el diagnóstico y manejo de la cirrosis hepática.
2. En las características clínicas, el principal motivo de hospitalización fue la hemorragia digestiva alta (47.83%), de tipo variceal (39.13%). Esto refleja la gravedad de la enfermedad, pero también sugiere que la prevención y el manejo temprano podrían no estar siendo suficientes. Los pacientes presentaron antecedentes patológicos, como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. En cuanto a las hospitalizaciones en el último año, la mayoría fueron debido a cirrosis hepática descompensada.
3. La etiología más frecuente fue el consumo de alcohol (58.7%), seguida de la etiología no especificada (17.39%), que refleja la necesidad de complementar el abordaje diagnóstico para determinar las causas subyacentes. En tercer lugar, estuvo la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (13.04%). Además, la estancia hospitalaria promedio fue de 7.5 días.
4. Los estadios pronósticos, fueron mayormente estadios de cirrosis en grados B y C (45.65%) según la clasificación Child-Pugh, lo que indica que la cirrosis hepática se diagnostica generalmente en etapas avanzadas. En cuanto al MELDNa, la mayoría de los pacientes presentó puntajes intermedios, siendo los de mayor puntuación los que fallecieron. Sin embargo, en la evolución clínica de los pacientes estudiados en su mayoría mostró mejoría (58.70%).
5. La tasa de mortalidad fue del 21.74%, lo que se relaciona con las complicaciones derivadas de la cirrosis, como la hemorragia digestiva alta y la ascitis que fueron frecuentes en este estudio.

6. Los hallazgos ecográficos de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, mostraron en su mayoría un hígado de tamaño conservado, con una forma irregular y superficie nodular. La mayoría mostró esplenomegalia, y un porcentaje significativo presentó un diámetro esplénico igual o superior a 13 mm (45.65%).

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

1. Es fundamental un registro más detallado de la información en las historias clínicas, sobre todo en los antecedentes patológicos personales y hábitos nocivos, para tener menor probabilidad de sesgos en investigaciones futuras.
2. Optimizar la realización de estudios diagnósticos complementarios para lograr un análisis más exhaustivo y reducir el riesgo de subdiagnósticos. Esto permitirá un diagnóstico más preciso y garantizar un tratamiento adecuado.
3. Se sugiere implementar estrategias de monitoreo en consultorio externo para evitar descompensaciones y complicaciones en los pacientes con cirrosis atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Esto no solo ayudará a reducir las hospitalizaciones y la duración de la estancia hospitalaria, sino también la sobrevida de los pacientes.
4. Se sugiere desarrollar programas de detección y seguimiento en pacientes con riesgo atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, como aquellos con antecedentes de consumo frecuente de alcohol, obesidad y diabetes tipo 2, con el fin de orientar sobre modificar su estilo de vida, identificar la enfermedad en etapas tempranas y con ello mejorar el pronóstico.

CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldberg E, Chopra S. Cirrosis en adultos: descripción general de las complicaciones, manejo general y pronóstico. En: UpToDate [Internet] Waltham (MA): UpToDate; 2023 [actualizado 2023; citado 20 de diciembre 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis?search=cirrosis%20hepatica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
2. Miño J, López ES, Sandino NY y Molano D. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. *Rev Repert Med Cir.* 2022;31(2):112-22. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1052>.
3. Bashar S, Savio J. Cirrosis hepática. National Library of Medicine [Internet]. 2023 [citado 2023 dic 20]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482419/>
4. Rozman C. Cirrosis hepática. En: Farreras J. *Medicina Interna*. 19.a ed. España: Elsevier; 2020. p. 264-7.
5. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. El alcohol y el cuerpo humano [Internet]. 2023 [citado 20 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.niaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/en-esta-seccion/el-alcohol-y-el-cuerpo-humano>.
6. Ye F, Zhai M, Long J, Gong Y, Ren C, Zhang D, et al. The burden of liver cirrhosis in mortality: Results from the global burden of disease study. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 20 de diciembre 2023];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.909455>
7. Roesch F, González M, Sánche Y, Díaz F, Cano A, Amieva M, et al. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. *Rev Gastroenterol México.* 2021;86(1):28-35.
8. Boletín epidemiológico de Perú [Internet]. 2019 [citado 20 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/25.pdf>.

9. Calderón W, Ascanio M, Yarinsueca PR. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horiz Méd Lima. 2020 jun 30;20(2):e1186.
10. Castillo O, Flores C. Mortalidad por enfermedades digestivas no neoplásicas en la población adulta del Perú, 2010 - 2015. Fac Med Perú. 2019;80(1):39-44.
11. UFETS-INEN. Revisión Rápida N° 012-2022. Sorafenib como tratamiento del carcinoma hepatocelular, no operable o metastásico, sin tratamiento sistémico previo, en Child-Pugh clase A. [Internet]. 2022 [citado 20 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/12/Revision-Rapida-N-012-2022.pdf>.
12. Huaroc J. Características clínicas- epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en un Hospital de Huancayo 2017-2020 [Internet] [Tesis]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1321/HUAROC%20URICHAQUI%20JESSICA%20ISABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Fernández L, Albán M, López N, Rabanal D, Araujo V, Cabrera K. Seroprevalencia de hepatitis B en población adulta de un distrito de Cajamarca. Rev Gastroenterol Perú. 2021 ene;41(1):16-20.
14. Albán H. Prevención terciaria en salud para disminuir la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019-2021 [Internet] [tesis doctoral]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5380/Tesis%20Mart%C3%ADn%20Alb%C3%A1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Waldroph WA. Análisis de las complicaciones que motivan el ingreso, reingreso y la mortalidad en pacientes cirróticos descompensados hospitalizados en el servicio de gastroenterología, del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, durante el periodo de enero 2020 a diciembre 2021 [Internet] [Tesis de especialidad]. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2022. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/19931>.

16. Rodríguez A, Lamorú R, Carcasés S, Hernández F, Abelle A. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital “Vladimir Lenin”. *EsTuSalud*. 1 de mayo de 2022;4(2):221.
17. Criollo Á. Perfil clínico epidemiológico y complicaciones intrahospitalarias de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital de especialidades Eugenio Espejo de Quito durante el periodo 1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2022 [Internet] [Tesis de especialidad]. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2022. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/21497/5.%20Tesis%20Angel%20Efrain%20Criollo%20Supe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Martínez L, Palomino A, Quesada E, Oliva J, Yanes A, Descalzo Y. Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2021 Oct 22 [citado 19 de diciembre 2023];50(4). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1479>.
19. Santana JHM, Portelles EB, Núñez WAF. Factores asociados a la muerte en pacientes con cirrosis hepática [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado 19 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103796>.
20. Muñoz R, Martínez P, Santillán W, Paullan V, Rodríguez G. Complicaciones de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. *Rev Med E Investig Clínica Guayaquil*. 2021 nov 18;2(3):22-9.
21. Mendieta I. Características clínicas y demográficas de pacientes con cirrosis hepática, Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos. Enero - diciembre 2019. *Rev Medica Panamá*. 2021;41(1):28-34.
22. Pérez M. Características clínico epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Hipólito Unanue en Tacna durante el periodo 2018-2021 [Internet] [Tesis]. Universidad Privada de Tacna; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2943/Perez-Rosas-Paul.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

23. Santos C, Segura DG. Características clínicas, epidemiológicas y laboratoriales de la cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Enero 2018 – Diciembre 2020 [Internet] [Tesis]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; Disponible en:
https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/9229/Santos_Ayala_Christian_Victor_Larry_y_Segura_Zapata_Dangelo_Geampierre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Peralta KA. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con cirrosis hepática del Hospital Regional del Cusco, 2014-2018 [Internet] [Tesis]. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020. Disponible en:
<https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5382>
25. Cruzado M. Prevalencia de la falla hepática aguda sobre la crónica en pacientes con cirrosis descompensada al ingresar en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021 [Internet] [Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022. Disponible en:
<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4848>.
26. Jameson L, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Capítulo 344: Cirrosis y sus complicaciones. En: Harrison Manual de Medicina. 20.ª ed. McGraw-Hill; 2018. p. 567-9.
27. Guevara S, Lincango F. Caracterización clínico-epidemiológica de la cirrosis hepática descompensada. Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, 2022 [Internet] [Tesis]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2023. Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/10513/1/Guevara%20Benavides%20CS%20%20y%20Lincango%20Gualoto%20F%20%282023%29%20Caracterizaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnico-epidemiol%C3%B3gica%20de%20la%20cirrosis%20hep%C3%A1tica%20descompensada.%20Hospital%20Carlos%20Andrade%20Mar%C3%ADn.%20Quito%202022%28Tesis%20de%20Pregrado%29%20Universidad%20Nacional%20de%20Chimborazo%20C.pdf>

28. Patel N, Sharma B, Samant H. Cryptogenic Cirrhosis [Internet]. StatPearls; 2023 [citado 19 de diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534228/>.
29. Goldberg E, Chopra S. Cirrosis en adultos: etiologías, manifestaciones clínicas y diagnóstico [Internet]. UpToDate; 2023 [citado 20 de diciembre 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-manifestations-and-diagnosis?search=cirrosis%20hepatica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
30. Angeli P, Garcia G, Nadim M, Parikh C. News in pathophysiology, definition and classification of hepatorenal syndrome: A step beyond the International Club of Ascites (ICA) consensus document. *J Hepatol*. 1 de octubre de 2019;71(4):811-22.
31. González J, Higuera M, Moreno R, Torre A. Fisiopatología y opciones de tratamiento a futuro en la encefalopatía hepática. *Rev Gastroenterol México*. 2019 Abr;84(2):195-203.
32. Gandhi K, Taweeseedt P, Sharma M, Surani S. Hepatopulmonary syndrome: An update. *World J Hepatol*. 2021 Nov 27;13(11):1699-706.
33. Tsoris A, Marlar CA. Use of the Child-Pugh score in liver disease [Internet]. National Library of Medicine; 2023 [citado 29 de diciembre 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542308/>.
34. Bambha K, Kamath P. Modelo de enfermedad hepática terminal (MELD) [Internet]. UpToDate; 2023 [citado 29 de diciembre 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/model-for-end-stage-liver-disease-meld?search=cirrosis%20score&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
35. Real Academia Nacional de Medicina: Buscador [Internet]. [citado 12 de enero 2024]. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=etiologia

36. Real Academia Nacional de Medicina: Buscador [Internet]. [citado 12 de enero 2024]. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=mortalidad.
37. Aithal G, Palaniyappan N, Harlama S, Moore K, Leithead J, Hayes p, et al. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *BJM Journals*. 2020: 70(1):1-21. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321790>.
38. Rose CF, Amodio P, Bajaj JS, Dhiman RK, Montagnese S, Taylor-Robinson SD, et al. Hepatic encephalopathy: Novel insights into classification, pathophysiology and therapy. *J Hepatol*. 2020 Dic 1;73(6):1526-47. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.07.013>.
39. Eslam M, Newsome PN, Sarin SK, Anstee QM, Targher G, Romero-Gomez M, et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement. *J Hepatol*. 2020 Jul 1;73(1):202-9.
40. Sheka AC, Adeyi O, Thompson J, Hameed B, Crawford PA, Ikramuddin S. Nonalcoholic Steatohepatitis: A Review. *JAMA*. 2020 Mar 24;323(12):1175-83. doi: 10.1001/jama.2020.2298.
41. Silva A. Caracterización epidemiológica y la evolución pronóstica mediante las escalas MELD y Child-Pugh de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital II-2 Tarapoto. Periodo enero – diciembre 2018 [Internet] [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/item/cd61fb10-bf98-4487-9f9b-af5648ba5dd2>.

CAPÍTULO X: ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2021-2023”

AUTOR: LLAMOGA BOÑON RUTH KATHERINE FIORELLA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES E INDICADORES	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional de Cajamarca 2021-2023?	Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características clínicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023. • Identificar las características 	VARIABLES DE INTERÉS <ul style="list-style-type: none"> • Características epidemiológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Lugar de procedencia - Grado de instrucción - Mortalidad 	El estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.	POBLACIÓN: Historias clínicas de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca entre enero del 2021 a diciembre del 2023. MUESTRA. La muestra fueron los pacientes	Ficha de registro de datos con historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática hospitalizados, en el periodo de enero del 2021 a diciembre del 2023.

		<p>epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023.</p> <p>• Describir las principales características de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023</p>	<p>• Características clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etiología - Antecedentes patológicos - Motivo de hospitalización - Estancia hospitalaria - Escala Child Pugh - Evolución clínica - Hallazgo ecográfico 		<p>hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en el servicio de Medicina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca comprendido entre enero del 2021 a diciembre del 2023 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. De un total de 53 pacientes, se seleccionaron 46 como muestra, ya que cumplieron con los criterios de inclusión.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

2.3. Motivo de hospitalización	A. Encefalopatía: - Grado 0 -Grado 1 - Grado 2 -Grado 3 - Grado 4 B. Ascitis: 1. No 2. Leve (solo ecografía) 3. Moderado (distensión abdominal) 4. Severa (a tensión) C. Peritonitis bacteriana espontánea		D. Hemorragia digestiva alta: - Variceal - No variceal (especificar): E. Síndrome hepatorenal F. Síndrome hepato pulmonar G. Falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) H. Otros: _____ (especificar)
2.4. Estancia hospitalaria: _____ días	2.5. Escala de Child-Pugh (A) 5-6 puntos (B) 7-9 puntos (C) 10-15 puntos	2.6. Score MELD-Na A. 0-9 (1,9%) B. 10-19 (6%) C. 20-29 (19,6%) D. 30-39 (52,6%) E. >40 (71%)	2.7. Evolución clínica: A. Mejoró B. Estacionario C. Falleció D. Alta médica E. Retiro voluntario
2.8. Hallazgo de laboratorio - Bilirrubina: - Albúmina: - Tiempo de protrombina, INR: - Creatinina: - Na+:		2.9. Hallazgos ecográficos A. Tamaño del hígado: B. Forma del hígado: C. Superficie del hígado: D. Esplenomegalia: E. Diámetro de la vena porta:	

Fuente: historias clínicas

ANEXO 03: FICHA DE VALIDACIÓN SEGÚN AIKEN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del informante	Cargo o institución donde labora
Nombre del instrumento de evaluación	Autor del instrumento
Ficha de recolección de datos para el estudio de Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática.	Ruth Katherine Fiorella Llamoga Boñon
Título de la investigación: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2021-2023”	

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE CADA ÍTEM

Estimado Dr., complete la siguiente tabla después de haber observado y evaluado el instrumento adjunto. Escriba (A) acuerdo o (D) desacuerdo en la segunda columna. Asimismo, si tiene alguna opción o propuesta de modificación, escriba en la columna correspondiente.

ÍTEM	ACUERDO (A) O DESACUERDO (D)	MODIFICACIÓN Y OPINIÓN
1.1	A	
1.2	A	
1.3	A	
1.4	A	
2.1	A	
2.1.1	A	
2.1.2	A	
2.1.3	A	

2.1.4	A	
2.1.5	A	
2.1.6	A	
2.1.7	A	
2.2	A	
2.2.1	A	
2.2.2	A	
2.2.3	A	
2.2.4	A	
2.2.5	A	
2.2.6	A	
2.2.7	A	
2.2.8	A	
2.2.9	A	
2.3	A	
2.3.1	A	
2.3.2	A	
2.3.3	A	
2.3.4	A	
2.3.5	A	
2.3.6	A	
2.3.7	A	
2.3.8	A	
2.4	A	
2.5	A	
2.6	A	
2.7	A	
2.8	A	
2.9	A	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL INSTRUMENTO CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / ÍTEMS	PERTINENCIA ¹		RELEVANCIA ²		CLARIDAD ³		SUGERENCIAS
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	DIMENSIÓN 1: Características epidemiológicas							
1.1	Edad	X		X		X		
1.2	Sexo	X		X		X		
1.3	Lugar de procedencia	X		X		X		
1.4	Grado de instrucción	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Características clínicas							
2.1	Etiología	X		X		X		
2.1.1	Consumo de alcohol	X		X		X		
2.1.2	Virus de hepatitis B	X		X		X		
2.1.3	Virus de hepatitis C	X		X		X		
2.1.4	Enfermedades metabólicas	X		X		X		
2.1.5	Enfermedades autoinmunes	X		X		X		
2.1.6	Criptogénica	X		X		X		
2.1.7	Otras causas	X		X		X		

2.2	Antecedentes patológicos	X		X		X		
2.2.1	Sin antecedente	X		X		X		
2.2.2	Obesidad	X		X		X		
2.2.3	Diabetes mellitus	X		X		X		
2.2.4	Hipertensión arterial	X		X		X		
2.2.5	Síndrome metabólico	X		X		X		
2.2.6	Insuficiencia renal	X		X		X		
2.2.7	Hospitalización anterior (último año)	X		X		X		
2.2.8	Hepatocarcinoma	X		X		X		
2.2.9	Otros antecedentes	X		X		X		
2.3	Motivo de hospitalización	X		X		X		
2.3.1	Encefalopatía	X		X		X		
2.3.2	Ascitis	X		X		X		
2.3.3	Peritonitis bacteriana espontánea	X		X		X		
2.3.4	Hemorragia digestiva alta	X		X		X		
2.3.5	Síndrome hepatorenal	X		X		X		
2.3.6	Síndrome hepatopulmonar	X		X		X		
2.3.7	Falla hepática aguda sobre crónica (ACLF)	X		X		X		

2.3.8	Otros	X		X		X		
2.4	Estancia hospitalaria	X		X		X		
2.5	Escala de Child Pugh	X		X		X		
2.6	Escala MELD-Na	X		X		X		
2.7	Evolución clínica	X		X		X		
2.8	Hallazgos de laboratorio	X		X		X		
2.9	Hallazgos ecográficos	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: Marco Matta Bautista DNI: 45072164

Especialidad del validador: Gastroenterólogo

.....07 de 01 del 2025

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructor.


Dr. Marco E. Matta Bautista
Especialista en Gastroenterología
CMP: 70032 / RNE 41106

.....
Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: Espinoza Torre Rogel DNI: 40617516

Especialidad del validador: Gastroenterólogo

..... 7 de 01 del 2025

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructor.



.....
Rogel Espinoza Torre
Gastroenterólogo - Endoscopista
C.M.P. 4435 - RNE. 27435
.....


Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: *Manisol Rojas Torres* DNI: *43451951*

Especialidad del validador: *Gastroenteróloga*

.....*07*.....de.....*01*.....del 2025

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructor.


.....
Manisol Rojas Torres
Gastroenteróloga
.....
CMP: 87770 RNE: 38066

Firma del Experto Informante