

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS**

**HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO**

**UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Fernando Edwar Hernandez Laura**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA – PERÚ**

**2026**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA, 2022-2025**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Fernando Edwar Hernandez Laura**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobada por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado

  
\_\_\_\_\_  
DR. CLAUDIO WILBERT RAMIREZ ATENCIO  
PRESIDENTE

  
\_\_\_\_\_  
MED. JORGE LUIS LÓPEZ ARCE  
MIEMBRO

  
\_\_\_\_\_  
MGR. NEIL ALFREDO FLORES VALDEZ  
MIEMBRO

  
\_\_\_\_\_  
DR. ZULMA GLADYS BOLUARTE SILVA  
ASESOR

## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo ZULMA GLADYS BOLUARTE SILVA en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 14658-2026-FACS UNJBG del proyecto de investigación titulado:

**"CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022-2025"**, Presentado por el Bachiller FERNANDÓ EDWAR HERNANDEZ LAURA para optar el Título profesional de MÉDICO CIRUJANO.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud del trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es del 4%.

Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la presente tesis esta de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el siguiente certificado con fines de continuar con los tramites respectivos para su obtención de título.

Tacna, 30 de marzo del 2026

FIRMA DE ASESOR

Dra. Zulma Gladys Boluarte Silva  
Méd. Especialidad Medicina Interna  
CMP: 019669  
DNI: 04436873



FIRMA TESISTA

Bach. Fernando Edwar Hernandez Laura  
DNI: 74911142



## **DEDICATORIA**

Dedico mi tesis con todo mi corazón a mi madre, pues sin ella no lo hubiera logrado. A mi padre, a mis hermanos, porque ellos estuvieron siempre brindándome su compañía y apoyo a pesar de las adversidades.

Se la dedico a quien fue como mi padre Buenaventura, por ser mi fuente de sabiduría e inspiración. Aunque ya no estes físicamente con nosotros, tu espíritu y amor siguen guiándome en cada paso de este trayecto.

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, doy gracias a dios, por permitir el día de hoy. Gracias a mi padre y mi madre, mis hermanos y Joselyn por la compañía, apoyo y motivación durante este capítulo de mi vida.

Gracias a la universidad por permitir convertirme ser un profesional, en la carrera que tanto me apasiona. Gracias a mis maestros, quienes hicieron parte de este proceso integral de formación, quienes no escatimaron su tiempo, ni sus conocimientos para el aprendizaje.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT .....	xix
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2.1. Problema general .....	5
1.2.2. Problemas Específicos .....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.4. OBJETIVOS .....	8
1.4.1. Objetivo General.....	8
1.4.2. Objetivos Específicos .....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	10
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	10
2.1.1. A nivel internacional.....	10
2.1.2. A nivel nacional .....	16
2.1.3. A nivel regional .....	22
2.2. BASES TEÓRICAS .....	26
2.2.1. Definición.....	26

2.2.2.	Etiología .....	27
2.2.3.	Epidemiología.....	36
2.2.4.	Fisiopatología .....	37
2.2.5.	Diagnóstico y evaluación inicial .....	43
2.2.6.	Tratamiento .....	48
2.2.7.	Trasplante y cuidados paliativos .....	69
2.2.8.	Pronóstico .....	69
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	73
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....		76
3.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	76
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	76
3.2.1.	Población .....	76
3.2.2.	Criterios de selección .....	76
3.3.	VARIABLES .....	78
3.3.1.	Operacionalización de variables .....	78
3.4.	TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	80
3.4.1.	Técnica.....	80
3.4.2.	Instrumento .....	80
3.4.3.	Validez del instrumento.....	80
3.5.	ACCIONES Y ACTIVIDADES .....	81
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	83
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS.....	83

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	85
4.1. RESULTADOS.....	85
4.2. DISCUSION .....	123
CONCLUSIONES .....	185
RECOMENDACIONES.....	186
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	187

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	DISTRIBUCIÓN ANUAL DE HOSPITALIZACIONES POR CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	86
TABLA N° 2	DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	88
TABLA N° 3	DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	90
TABLA N° 4	DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	92
TABLA N° 5	DISTRIBUCIÓN SEGÚN HOSPITALIZACIÓN PREVIA POR CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	94
TABLA N° 6	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES	

	HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	96
TABLA N° 7	FRECUENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	98
TABLA N° 8	NÚMERO DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	100
TABLA N° 9	ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	102
TABLA N° 10	MOTIVO PRINCIPAL DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	104
TABLA N° 11	COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN	

	EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022– 2025.....	106
TABLA N° 12	GRADOS DE ASCITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022– 2025.....	109
TABLA N° 13	GRADOS DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE WEST HAVEN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022– 2025.....	111
TABLA N° 14	FRECUENCIA Y GRADOS DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022– 2025.....	113
TABLA N° 15	CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SCORE DE CHILD- PUGH AL INGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022– 2025.....	115

TABLA N° 16	CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SCORE MELD-NA AL INGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	117
TABLA N° 17	ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	119
TABLA N° 18	CONDICIÓN DE EGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	121

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	DISTRIBUCIÓN ANUAL DE HOSPITALIZACIONES POR CIRROSIS HEPÁTICA Y CONDICIÓN DE EGRESO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	87
GRÁFICO N° 2	DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	89
GRÁFICO N° 3	DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	91
GRÁFICO N° 4	DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	93
GRÁFICO N° 5	DISTRIBUCIÓN SEGÚN HOSPITALIZACIÓN PREVIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	95

GRÁFICO N° 6	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	97
GRÁFICO N° 7	FRECUENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	99
GRÁFICO N° 8	NÚMERO DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	101
GRÁFICO N° 9	ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	103
GRÁFICO N° 10	MOTIVO PRINCIPAL DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025 .....	105

GRÁFICO N° 11 COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	108
GRÁFICO N° 12 GRADOS DE ASCITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	110
GRÁFICO N° 13 GRADOS DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE WEST HAVEN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	112
GRÁFICO N° 14 FRECUENCIA Y GRADOS DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	114
GRÁFICO N° 15 CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SCORE DE CHILD-PUGH AL INGRESO EN PACIENTES	

HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	116
GRÁFICO N° 16 CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SCORE MELD-NA AL INGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	118
GRÁFICO N° 17 ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	120
GRÁFICO N° 18 CONDICIÓN DE EGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025.....	122

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar las características clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, no experimental, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de 203 pacientes hospitalizados. **RESULTADOS:** De los 203 pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, predominó el sexo masculino (63,1%) y la mediana de edad fue de 60 años. La mayoría procedía del área metropolitana de Tacna (85,5%) y el 44,3% tenía antecedente de hospitalización previa. El tiempo de enfermedad fue menor de un año en el 33,5% de los casos, mientras que en el 32,0% no se consignó esta información. La etiología más frecuente fue la alcohólica (43,8%), seguida de la indeterminada (29,6%) y MASLD/MASH (9,9%). El 81,8% presentó al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes obesidades, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 (23,6%), hipertensión arterial (22,7%) y obesidad (20,0%). La tuberculosis estuvo presente en el 12,4% de los pacientes. El principal motivo de hospitalización fue la ascitis (32,0%). Durante la estancia hospitalaria, las complicaciones más frecuentes fueron ascitis (61,1%), coagulopatía (46,3%), encefalopatía hepática (40,4%) y falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) (37,9%). La ascitis severa representó el 42,7% y la encefalopatía hepática grado II el 45,1%. La

mayoría de los pacientes ingresó en estadios avanzados de enfermedad, con 84,7% en Child-Pugh B o C y 84,2% con MELD-Na  $\geq$ 10. La mediana de estancia hospitalaria fue de 13,5 días y la mortalidad intrahospitalaria fue de 21,2%. **CONCLUSIÓN:** Los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática presentaron un perfil predominantemente masculino, de adulto mayor, con etiología alcohólica y elevada frecuencia de comorbilidades metabólicas. La enfermedad se caracterizó por ingreso en estadios avanzados, alta frecuencia de ascitis, encefalopatía hepática y ACLF, así como estancia hospitalaria prolongada y mortalidad intrahospitalaria relevante.

**Palabras clave:** Cirrosis hepática, estudio clínico-epidemiológico, hospitalización, falla hepática aguda sobre crónica, ACLF, Child-Pugh, MELD-Na.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To determine the clinical-epidemiological characteristics of hospitalized patients with liver cirrhosis at Hipólito Unanue Hospital in Tacna during the period 2022–2025. **MATERIALS AND METHODS:** An observational, non-experimental, retrospective, cross-sectional, descriptive study. Medical records of 203 hospitalized patients were reviewed. **RESULTS:** Among the 203 hospitalized patients with liver cirrhosis, male sex predominated (63.1%), and the median age was 60 years. Most patients came from the metropolitan area of Tacna (85.5%), and 44.3% had a history of prior hospitalization. Disease duration was less than one year in 33.5% of cases, while this information was not recorded in 32.0%. The most frequent etiology was alcohol-related (43.8%), followed by indeterminate (29.6%) and MASLD/MASH (9.9%). At least one comorbidity was present in 81.8% of patients; the most common were obesity, dyslipidemia, diabetes mellitus type 2 (23.6%), arterial hypertension (22.7%), and obesity (20.0%). Tuberculosis was present in 12.4% of patients. The main reason for hospitalization was ascites (32.0%). During hospital stay, the most frequent complications were ascites (61.1%), coagulopathy (46.3%), hepatic encephalopathy (40.4%), and acute-on-chronic liver failure (ACLF) (37.9%). Severe ascites accounted for 42.7%, and grade II hepatic encephalopathy for 45.1%. Most patients were admitted at advanced disease stages, with 84.7% classified as Child-Pugh

B or C and 84.2% with MELD-Na  $\geq 10$ . The median hospital stay was 13.5 days, and in-hospital mortality was 21.2%. CONCLUSION: Hospitalized patients with liver cirrhosis were predominantly male, older adults, with alcohol-related etiology and a high frequency of metabolic comorbidities. The disease was characterized by admission at advanced stages, a high rate of ascites, hepatic encephalopathy, and ACLF, as well as prolonged hospital stay and substantial in-hospital mortality.

**Keywords:** Liver cirrhosis, clinical-epidemiological study, hospitalization, acute-on-chronic liver failure, ACLF, Child-Pugh, MELD-Na.

## INTRODUCCION

La cirrosis hepática constituye la etapa final común de múltiples enfermedades hepáticas crónicas y continúa siendo un problema relevante de salud pública a nivel mundial. De acuerdo con el estudio de Carga Global de Enfermedad, en 2019 se le atribuyeron aproximadamente 1,47 millones de muertes, lo que refleja su importante contribución a la morbimortalidad en adultos (1,2). En el Perú, esta enfermedad mantiene una carga significativa de mortalidad y su comportamiento ha mostrado una tendencia creciente en las últimas décadas, con particular relevancia en la región costa, donde se ubica Tacna (3,4).

Además de su magnitud epidemiológica, la cirrosis hepática representa un desafío clínico por la heterogeneidad de su presentación y por los cambios observados en su perfil etiológico. En la actualidad, las hepatitis virales han reducido su peso relativo, mientras que las etiologías alcohólicas y esteatóticas metabólicas han adquirido mayor importancia (2,5). A ello se suma que los pacientes hospitalizados suelen ingresar en fases avanzadas o descompensadas, con complicaciones que incrementan la complejidad asistencial y el riesgo de desenlaces adversos. Aunque los modelos Child-Pugh, MELD y MELD-Na siguen siendo herramientas fundamentales para valorar gravedad y pronóstico, persisten limitaciones

para una estratificación totalmente individualizada en todos los escenarios clínicos (6,7).

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, la información disponible sobre los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática sigue siendo limitada, lo que dificulta contar con una visión actualizada de su perfil clínico y epidemiológico (8,9). En ese contexto, el presente estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025, considerando variables sociodemográficas, etiología, comorbilidades, complicaciones, severidad al ingreso según Child-Pugh y MELD-Na, presencia de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) y evolución intrahospitalaria.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La cirrosis hepática constituye la fase avanzada de múltiples enfermedades hepáticas crónicas y se caracteriza por la distorsión de la arquitectura hepática, hipertensión portal e insuficiencia hepatocelular. En el ámbito hospitalario, su importancia radica en que suele manifestarse en estadios descompensados, con complicaciones como ascitis, hemorragia digestiva, encefalopatía hepática, infecciones y deterioro renal, las cuales incrementan la necesidad de hospitalización, prolongan la estancia hospitalaria y empeoran el pronóstico de los pacientes (1,10).

Desde el punto de vista epidemiológico, la cirrosis hepática continúa representando un problema relevante de salud pública. A nivel mundial, se ha estimado que ocasionó aproximadamente 1,47 millones de fallecimientos en 2019, lo que refleja su importante contribución a la morbimortalidad en adultos (1,2). En el Perú, la enfermedad mantiene una elevada carga de mortalidad y diversos reportes han mostrado una tendencia creciente de morbimortalidad, incluyendo regiones del sur del país como Tacna (3,4). Asimismo, las cifras nacionales vinculadas a enfermedad hepática alcohólica refuerzan la magnitud de este problema en el contexto peruano (11).

A ello se suma que el perfil etiológico y clínico de la cirrosis hepática ha cambiado en los últimos años. Las hepatitis virales han disminuido en importancia relativa, mientras que las etiologías alcohólicas y metabólicas han adquirido mayor peso, generando poblaciones hospitalarias más heterogéneas y con coexistencia frecuente de comorbilidades como obesidad y diabetes mellitus (2,5). En la práctica clínica, esta diversidad dificulta la comparación entre estudios y obliga a interpretar los hallazgos dentro de cada realidad institucional. Aunque herramientas como Child-Pugh, MELD y MELD-Na continúan siendo fundamentales para valorar gravedad y pronóstico, no permiten una individualización completa del riesgo en todos los escenarios clínicos (6,7).

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, la evidencia disponible sobre pacientes hospitalizados con cirrosis hepática no permite una caracterización integral y actualizada de esta población. Los antecedentes institucionales previos han sido limitados en la descripción de variables relevantes para la práctica clínica, como etiología, comorbilidades, complicaciones, severidad al ingreso y presencia de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) (8,9). Esta limitación restringe la comprensión del comportamiento clínico de la enfermedad en el hospital y reduce la disponibilidad de información útil para orientar la atención intrahospitalaria. Por ello, surge la necesidad de caracterizar el perfil clínico-epidemiológico

de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en esta institución durante el periodo 2022–2025.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- a. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática?
- b. ¿Cuál es la etiología de la cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados?
- c. ¿Cuáles son las comorbilidades más frecuentes en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática?
- d. ¿Cuál es el motivo principal de hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática?
- e. ¿Cuáles son las complicaciones durante la hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática?
- f. ¿Cuál es la severidad de la cirrosis hepática al ingreso según los scores Child-Pugh y MELD-Na en los pacientes hospitalizados?

- g. ¿Cuál es la estancia hospitalaria y la condición de egreso de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se justifica por su relevancia clínica, epidemiológica y académica, al abordar una enfermedad de elevada complejidad y frecuente repercusión hospitalaria como la cirrosis hepática. A nivel mundial, esta entidad continúa constituyendo una causa importante de mortalidad y carga asistencial. En las últimas décadas, además, su perfil etiológico ha experimentado modificaciones significativas, caracterizadas por el incremento del componente metabólico asociado a MASLD/MASH y por la persistencia de la enfermedad hepática relacionada con alcohol. En Latinoamérica, donde la carga de cirrosis supera el promedio global y los perfiles etiológicos muestran variaciones entre países y centros hospitalarios, resulta especialmente pertinente disponer de información actualizada y contextualizada. En el Perú, la cirrosis hepática mantiene una elevada importancia sanitaria, y en Tacna se han descrito previamente incrementos en su morbimortalidad. No obstante, persisten limitaciones en la caracterización contemporánea de los pacientes hospitalizados, particularmente en lo concerniente a la distribución etiológica actual, la severidad clínica al ingreso y la frecuencia de complicaciones mayores, entre ellas la falla hepática aguda sobre crónica.

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, contar con una caracterización reciente de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática resulta pertinente, en la medida en que permite describir con mayor precisión el perfil de la población atendida en un periodo actual. Su utilidad asistencial radica en que aporta información sobre etiología, comorbilidades, complicaciones, severidad clínica y evolución intrahospitalaria, aspectos que favorecen una comprensión más integral del comportamiento de la enfermedad en el ámbito hospitalario. De este modo, el estudio permite reconocer patrones clínicos frecuentes y aportar elementos objetivos para interpretar la complejidad de esta población en la práctica cotidiana.

En el plano epidemiológico y académico, la investigación aporta evidencia local en un escenario donde la información institucional continúa siendo limitada. La generación de datos propios fortalece el conocimiento sobre la realidad hospitalaria de Tacna y proporciona un referente útil para futuras comparaciones y para el desarrollo de nuevas investigaciones. Asimismo, el estudio adquiere particular interés al incorporar variables de estratificación de severidad y pronóstico, como Child-Pugh, MELD-Na y la falla hepática aguda sobre crónica, esta última entendida como una complicación mayor de la cirrosis descompensada y de especial relevancia pronóstica. Su inclusión amplía la caracterización clínica habitual y permite

una aproximación más completa al perfil del paciente hospitalizado con cirrosis hepática.

En ese sentido, los hallazgos de la presente investigación podrán constituir una base descriptiva útil para fortalecer el registro clínico, respaldar una valoración más sistemática de la gravedad al ingreso y orientar futuras líneas de investigación sobre cirrosis hepática en el ámbito hospitalario local.

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### **1.4.1. Objetivo General**

Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos**

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática.
2. Identificar la etiología de la cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados.
3. Describir las comorbilidades más frecuentes en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática.
4. Determinar el motivo principal de hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática.

5. Describir las complicaciones durante la hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática.
6. Clasificar la severidad de la cirrosis hepática al ingreso mediante los scores Child-Pugh y MELD-Na.
7. Determinar la estancia hospitalaria y la condición de egreso de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

##### **2.1.1. A nivel internacional**

Cao Z, Wong F, Choudhury AK, Kamath PS, Topazian M, Torre A, et al., en nombre del CLEARED Consortium (12), realizaron una cohorte prospectiva internacional, multicéntrica y observacional con el objetivo de determinar la prevalencia, las características y los desenlaces clínicos de las infecciones en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática. El estudio incluyó adultos mayores de 18 años con cirrosis hepática confirmada, hospitalizados de manera no electiva en 98 hospitales de 26 países o regiones de seis continentes, entre noviembre de 2021 y diciembre de 2022. La información fue recolectada al ingreso, durante la hospitalización y hasta 30 días después del alta, mediante revisión de historias clínicas y reportes de los pacientes. Se analizaron 4,238 pacientes. La edad media fue de 56,1 años y el 64,0% correspondió al sexo masculino. Se identificó infección al ingreso en el 31,9% de los pacientes, siendo los tipos más frecuentes la peritonitis bacteriana espontánea (28,9%), la neumonía (17,2%) y la infección urinaria (14,3%). La mortalidad intrahospitalaria o derivación a cuidados paliativos fue mayor en quienes presentaban infección al ingreso en comparación con quienes no la presentaban (22,1%

versus 8,0%). En conclusión, los autores establecieron que las infecciones son altamente prevalentes en los pacientes cirróticos hospitalizados y se asocian con mayor gravedad y mayor riesgo de muerte intrahospitalaria.

Bajaj JS, O'Leary JG y colaboradores del CLEARED Consortium (13) realizaron un estudio descriptivo observacional de cohorte con el objetivo de evaluar predictores de mortalidad y trasplante en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, considerando además el acceso a servicios según el nivel de ingresos del país. El estudio incluyó 3,884 pacientes hospitalizados no electivamente en 90 hospitales de 25 países de seis continentes. La edad media fue de 55,9 años y el 64,2% fueron varones. La mortalidad intrahospitalaria fue de 7,8% en países de altos ingresos, 10,4% en países de ingresos medios altos y 22,1% en países de bajos o medios bajos ingresos. Además, la probabilidad de recibir trasplante hepático fue significativamente menor en países de menores recursos. En conclusión, los autores señalaron que la mortalidad de la cirrosis hepática hospitalizada no depende solo de la severidad clínica, sino también de las desigualdades en el acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos.

Baijal R, Amarapurkar D, Praveen Kumar HR, Kulkarni S, Shah N, Doshi S, et al. (14) realizaron un estudio multicéntrico, descriptivo y observacional en India, con el objetivo de evaluar la epidemiología, los factores de riesgo y las consecuencias clínicas de las infecciones

bacterianas en pacientes con cirrosis hepática. La investigación incluyó 420 pacientes con cirrosis hepática atendidos en distintos centros hospitalarios. Se identificó infección en el 25,0% de los casos, con una frecuencia mayor en pacientes hospitalizados que en ambulatorios. Las infecciones más frecuentes fueron la peritonitis bacteriana espontánea, la infección del tracto urinario, la neumonía y la celulitis. Asimismo, se observó que los pacientes con infección presentaban mayor deterioro de la función hepática y una mortalidad a 30 días significativamente superior en comparación con aquellos sin infección. En conclusión, los autores señalaron que las infecciones constituyen una complicación frecuente y grave en pacientes con cirrosis hepática, particularmente en el contexto hospitalario, y que su presencia se asocia con mayor severidad clínica y peor pronóstico.

Prieto O, Sánchez P, et al. (15) Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo para caracterizar las variables clínicas y los episodios de descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos durante el 2010-2014 en dos centros de hepatología en Bogotá D.C., Colombia. Los resultados mostraron una edad media de 63 años y un 50,1% de mujeres, siendo la principal causa las esteatopatías no alcohólicas (25,5%), seguidas de la hepatopatía alcohólica (14,8%). De 394 pacientes estratificados según Child-Pugh, 59,1% fueron A, 32,4% B y 8,3% C; la principal descompensación fue ascitis (36,1%), hemorragia por vórices (28,4%) y hepatocarcinoma (15,3%). En conclusión, la principal causa en

esta cohorte fue la metabólica y las principales descompensaciones fueron ascitis, hemorragia variceal y hepatocarcinoma, lo que refuerza la importancia de la identificación y el manejo temprano para prevenir descompensaciones.

Favre-Bulle T, et al. (16), estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, para analizar las tendencias de las hospitalizaciones por cirrosis hepática durante el 1998-2020 en los hospitales de Suiza. Las hospitalizaciones asociadas con la cirrosis hepática experimentaron un incremento, pasando de 1631 en 1998 a 4052 en el año 2020. El 68,7% de los pacientes eran de género masculino. La principal etiología fue la enfermedad hepática asociada con el alcohol, incrementándose desde el 44,1% en 2012 hasta el 47,9% en 2020. La enfermedad del hígado graso no alcohólico emergió como la segunda causa, con un 42,7 % en el año 2020. La cirrosis hepática asociada con el virus de la hepatitis C experimentó una reducción desde un 12,3% en 2012 hasta un 3,2 % en 2020. La duración promedio de la estancia hospitalaria experimentó una reducción de 11 a 8 días. La mortalidad hospitalaria experimentó una reducción desde el 12,1% hasta el 9,7 %. Los gastos totales experimentaron un incremento desde 54,4 millones de dólares estadounidenses (51,4 millones de euros) en 2012 hasta alcanzar los 92,6 millones de dólares estadounidenses (87,5 millones de euros) en 2020. En conclusión, se observó un incremento en las hospitalizaciones asociadas

con la cirrosis hepática en Suiza durante el periodo comprendido entre 1998 y 2020, no obstante, se observó una reducción en la mortalidad hospitalaria. Las etiologías más prevalentes y prevenibles de hospitalizaciones asociadas con la cirrosis hepática fueron la enfermedad hepática asociada al alcohol y la enfermedad hepática grasa no alcohólica.

Vélez JL, Pérez A, Blanco JD, Berrouet MC, Valencia L, Soto S, et al. (17) realizaron un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo con el objetivo de caracterizar a los pacientes mayores de 18 años atendidos por descompensación aguda de cirrosis hepática en los servicios de emergencia de tres centros de alta complejidad de Medellín, Colombia. De 576 historias clínicas revisadas, se incluyeron 287 pacientes para el análisis; el 58,9% fueron varones y la edad promedio fue de  $64 \pm 13,5$  años. Las etiologías más frecuentes fueron el alcohol (47,7%), la etiología criptogénica o no especificada (29,6%) y la enfermedad por hígado grasa no alcohólico (9,1%). Los principales motivos de consulta fueron edema y/o ascitis (34,1%), sospecha de hemorragia gastrointestinal (26,5%), dolor abdominal (14,3%) y alteración del estado mental (13,9%). Asimismo, las manifestaciones más frecuentes de descompensación fueron ascitis (45,6%), hemorragia variceal (25,4%), encefalopatía hepática (23,0%) y peritonitis bacteriana espontánea (5,2%). En conclusión, los autores indicaron que los pacientes con cirrosis hepática descompensada atendidos en emergencias presentan una elevada carga de

complicaciones, alta demanda de recursos hospitalarios y una considerable mortalidad intrahospitalaria.

Vorobioff JD, Contreras F, Tanno F, Hernández L, Bessone F, Colombato L, et al. (18) realizaron una encuesta multicéntrica, transversal y observacional con el objetivo de describir el perfil demográfico, etiológico y clínico de pacientes con cirrosis hepática descompensada hospitalizados, así como los recursos disponibles para su manejo en centros de Latinoamérica. El estudio se llevó a cabo en 65 centros de 13 países e incluyó a 377 pacientes hospitalizados, de los cuales el 62% fueron varones y la edad promedio fue de  $58 \pm 11$  años. Las etiologías más frecuentes fueron la enfermedad hepática relacionada con el alcohol (40%), la esteatohepatitis no alcohólica (23%), la infección por virus de la hepatitis C (7%) y la hepatitis autoinmune (6%). Las principales causas de hospitalización fueron ascitis, hemorragia digestiva, encefalopatía hepática y peritonitis bacteriana espontánea u otras infecciones. En conclusión, los autores señalaron que el perfil epidemiológico y etiológico de la cirrosis hepática descompensada hospitalizada en Latinoamérica se asemeja al observado en otros contextos contemporáneos, con predominio de etiologías alcohólicas y metabólicas y alta frecuencia de complicaciones propias de la descompensación.

### **2.1.2. A nivel nacional**

Huaroc Surichaqui JI, et al. (19) llevaron a cabo una investigación descriptiva, cuantitativa, observacional, transversal y retrospectiva con el objetivo de caracterizar las características clínico-epidemiológicas en individuos con cirrosis hepática. El estudio se realizó en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, ubicado en Huancayo, Perú, durante el periodo comprendido entre 2017 y 2020. Los hallazgos indicaron una edad promedio de 58 años (51-65); predominó el sexo masculino (57,58%); el principal antecedente patológico fue la diabetes mellitus (13,13%); la etiología predominante fue la alcohólica (42,42%), seguida de la hepatitis B (14,14%); la duración promedio de la terapia fue de 10 días y la evolución final fue mejora en el 71,72%. Los diagnósticos hospitalarios más prevalentes fueron la encefalopatía, que representó el 32,32%, y la hemorragia variceal, que representa el 28,28%. Las puntuaciones predictivas más altas fueron Child-Pugh C (65,66%), MELD 10-19 (53,54%) y FIB-4 >3,23 (68,69%). Para concluir, la cirrosis hepática se manifestó predominantemente en individuos de mediana edad; las etiologías predominantes fueron el alcohol y la hepatitis B; la encefalopatía/hemorragia variceal se destacó como la causa principal de ingreso, predominando la gravedad avanzada (Child-Pugh C).

Santos Ayala CVL, Segura Zapata DG, et al. (20) llevaron a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo para

describir las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática. La investigación se realizó en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Lambayeque, Perú, durante el 2018-2020. La edad más frecuente de los hallazgos fue de 60-80 años (59%), siendo de sexo masculino (62,3%); la principal causa fue el consumo de alcohol (55,2%), con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. Las principales complicaciones fueron ascitis (58,9%) y hemorragia digestiva alta (29,5%), siendo la clasificación Child-Pugh más utilizada la B (53%). En el perfil de laboratorio se encontró anemia en 98,1%, bilirrubina total entre 2 y 3 mg/dl (44,3%), albúmina entre 3 y 3,5 g/dl (50,8%) y tiempo de protrombina prolongado de 1 a 3 segundos en el mismo porcentaje. En conclusión, la cirrosis hepática hospitalaria se presentó principalmente en ancianos; la causa más frecuente fue la alcohólica, siendo la ascitis la principal complicación. Además, presentaron alteraciones laboratoriales importantes y gravedad intermedia según la clasificación de Child-Pugh.

Bustíos C, Dávalos M, Román R y Zumaeta E. (21) realizaron un estudio transversal, observacional y descriptivo con el objetivo de determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, entre enero de 2001 y junio de 2004. Se incluyeron 475 pacientes, con edad promedio de 63,4 años, de los

cuales el 45,1% fueron mujeres. Las etiologías más frecuentes fueron el consumo de alcohol (28,0%), la hepatitis B crónica (15,2%) y la hepatitis C crónica (11,8%). Según la clasificación Child-Pugh, predominó la clase C (42,5%) seguida muy de cerca por la clase B (42,3%). El principal motivo de hospitalización fue la hemorragia digestiva por hipertensión portal, seguida de ascitis y encefalopatía. Las infecciones más frecuentes fueron la urinaria, la neumonía y la peritonitis bacteriana espontánea. En conclusión, los autores señalaron que la cirrosis hepática hospitalizada en este hospital de referencia se presentó mayoritariamente en estadios avanzados, con predominio etiológico alcohólico y viral y con alta frecuencia de complicaciones infecciosas y hemorrágicas.

Malpica-Castillo A, Ticse R, Salazar-Quiñones M, Cheng-Zárate L, Valenzuela-Granados V y Huerta-Mercado Tenorio J. (22) realizaron un estudio prospectivo y descriptivo con el objetivo de determinar la frecuencia de mortalidad y readmisión a los tres meses, así como las características clínico-epidemiológicas de pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. El estudio incluyó 96 pacientes hospitalizados entre octubre de 2011 y octubre de 2012. La edad media fue de 59,2 años y la etiología más frecuente fue el alcohol (45,8%). El principal motivo de hospitalización fue la hemorragia digestiva alta (29,2%). La mortalidad total a los tres meses fue de 39,6%, de la cual el 63,2% correspondió a muertes intrahospitalarias, siendo el choque séptico la

causa más frecuente. La readmisión hospitalaria fue de 42,8%, y más de un tercio de los readmitidos falleció durante el seguimiento. En conclusión, los autores establecieron que los pacientes cirróticos hospitalizados presentan elevada mortalidad y readmisión temprana, lo que refleja la gravedad clínica y la fragilidad de esta población.

Matos Santiváñez SP, et al. (23) estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal para determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú (Lima), durante el periodo 2013–2016. En los resultados, 59,72% de los pacientes fueron mujeres y la edad media fue  $74,85 \pm 14,18$  años (rango 50–99), con mayor frecuencia del grupo 60–69 años (26,39%). La etiología más frecuente fue cirrosis hepática biliar primaria (26,39%), seguida de alcohol (18,06%) y esteatohepatitis no alcohólica/NASH (18,06%). Además, 61,11% presentó hospitalizaciones previas, siendo la causa más común infecciones (45,45%), seguida de ascitis (18,18%), encefalopatía (15,91%) y hemorragia digestiva alta (13,64%). Respecto a severidad, por Child-Pugh predominó A (51,39%), luego B (31,94%) y C (16,67%); por MELD, 45,83% se ubicó entre 10–19, 43,06% fue  $< 9$  y 11,11% entre 20–29. En conclusión, esta cohorte evidencia una presentación heterogénea de la cirrosis hepática en términos epidemiológicos, etiológicos y clínicos, útil para

orientar la caracterización local y la planificación de intervenciones preventivas y asistenciales.

Llamoga Boñon RKF, et al. (24) ejecutaron una investigación descriptiva, observacional, transversal y retrospectiva con la finalidad de establecer el perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2021-2023. Se llevaron a cabo evaluaciones de 46 historias clínicas seleccionadas de un total de 53 pacientes admitidos con este diagnóstico. La mayoría de los participantes se encontraba en el segmento etario de 60 a 80 años (47,83%), con un promedio de edad de 61,37 años, y predominando el sexo masculino (65,22%). El 58% de la población de Cajamarca contaba con estudios de nivel primario, mientras que el 39% contaba con educación superior. Las afecciones clínicas de mayor prevalencia incluyeron la obesidad (25,22%), la hipertensión arterial (19,57%) y la diabetes mellitus tipo 2 (15,22%) La cirrosis hepática descompensada constituyó el 19,57% de los ingresos hospitalarios del año previo. La principal causa de hospitalizaciones fue la hemorragia digestiva alta (47,83%), con una prevalencia más alta de origen variceal (39,13%), seguido de ascitis (11%). El alcohol (58,7%), la enfermedad hepática metabólica (17,9%) y la enfermedad hepática metabólica (13,04%). La duración promedio de la estancia hospitalaria se extendió durante 7,5 días, con variaciones entre 5 y 10 días. Durante la evaluación pronóstica, se

identificaron combinaciones de Child-Pugh B y C en un 45,65%, mientras que el MELD-Na > 10-19 representó un 39,13%. A lo largo del período hospitalario, más del 58,70% de los pacientes experimentaron una mejora clínica; no obstante, la tasa de mortalidad se incrementó hasta alcanzar el 21,74%. Los resultados ecográficos revelaron predominantemente un hígado de dimensiones normales (60,87%), con contornos irregulares (91,3%) y superficie nodular (75,09%), frecuentemente asociado con esplenomegalia (63,04%) y un diámetro portal superior a 13 mm (45,65%).

Araujo Reyes N. (25) realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de determinar el índice de MELD en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Departamento de Medicina del Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias durante los años 2014 y 2015. La población estuvo conformada por 81 pacientes y la muestra final por 67 historias clínicas con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática. El índice de MELD promedio fue 17, y el intervalo más frecuente correspondió a 10-19 puntos, representando el 61,2% de los casos. Asimismo, la etiología más frecuente fue el consumo crónico de alcohol, y entre las complicaciones destacaron anemia, ascitis, hipertensión portal y hemorragia por várices gastroesofágicas. En conclusión, el autor señaló que la mayoría de pacientes hospitalizados presentaba un MELD elevado, compatible con una enfermedad clínicamente relevante y de mayor complejidad pronóstica.

### **2.1.3. A nivel regional**

Arucutipa Pineda G, et al. (8) desarrollaron un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal para establecer la incidencia y características clínico-epidemiológicas de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados. El estudio se realizó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (Tacna, Perú) Durante el 2013-2016; la población estudiada fueron 95 pacientes hospitalizados. Entre los resultados, las edades más frecuentes fueron entre 41 y 60 años (45,3%) y 61-80 años (45,3%); las mayores de 81 años (9,5%); predominó el sexo masculino (52,6%). La obesidad fue el factor asociado más frecuente (50,5%), siendo la causa más común el consumo de alcohol (51,6%). La principal complicación fue ascitis (63,2%) y encefalopatía (41,1%); en cuanto a la gravedad, Child-Pugh C (47,4%) y MELD 10–19 (55,9%), 20–29 (31,6%). En conclusión, la cirrosis hepática hospitalaria en este servicio se dio principalmente en ancianos y muy ancianos; predominó la cirrosis hepática severa (Child-Pugh C) y el MELD intermedio 10-18.

Larico Bernabé ML y cols. (9) Se realizó un estudio de corte retrospectivo, descriptivo y de corte transversal con el objetivo de caracterizar el perfil clínico, las complicaciones y la sobrevida de pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo 2010-2012. A partir del conjunto de 104 pacientes hospitalizados con este diagnóstico, se

incorporaron 91 casos. La población de estudio consistió predominantemente en hombres (53,8%) y individuos de más de 60 años (71,4%). Una proporción significativa de la población no presentaba antecedentes de comorbilidades (20,9%) y más de la mitad indicaba una enfermedad que había ocurrido hace menos de un año (53,8%). La causa predominante fue la alcohólica (72,5%), y el diagnóstico se basó primordialmente en criterios clínico-laboratorios (56,0%). Respecto a la progresión clínica, todos los pacientes manifestaron al menos una complicación; Las complicaciones más frecuentes fueron ascitis (71,4%), encefalopatía hepática (61,5%), ictericia (59,3%), anemia (81,3%) y pancitopenia (34,1%), alteraciones hematológicas frecuentes. La mayoría de las complicaciones se encontraban en estadio Child-Pugh avanzado (81,3% en grado C). La mortalidad fue del 23,1%, siendo las principales causas sepsis y falla multiorgánica (52,4%).

Álvarez Cárdenas, Fernando y colaboradores. (26) Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y de caso-control con el propósito de identificar factores epidemiológicos asociados a la cirrosis hepática y caracterizarla clínicamente y epidemiológicamente en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión-EsSalud Tacna durante el periodo 2006-2008. Se incorporaron 51 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática, representando el 2,32% de la totalidad de los 2202 pacientes hospitalizados, en comparación con un

grupo control pareado sin cirrosis hepática. Las principales etiologías fueron la hepatitis C crónica, con una ocurrencia promedio de 5,4; el alcoholismo crónico, con una ocurrencia promedio de 13,7; y la hepatitis B crónica, con una ocurrencia promedio de 4,5. En el total de la investigación, el 68,6% de los participantes tenía más de 61 años y el 11,8% menos de 50; el riesgo de cirrosis hepática se incrementó en los individuos de más de 61 años en comparación con aquellos menores de 50 y en comparación con el conjunto de 51 a 60 años (OR: 12,25; IC: 4,2-53,1) El 54,9% de la población era de género masculino, con un rango de edad de 2,23 (1,0-4,9). El principal motivo de hospitalización fue la hemorragia digestiva variceal, seguida de la encefalopatía hepática (29,4%) y la ascitis (21,6%). La principal causa de descompensación se atribuyó a las infecciones: sepsis no precisada (45,5%), infección urinaria (36,4%), gastroenteritis aguda (9%) y neumonía aspirativa (4,5%). Se observó una mejora en el 56,9% de los casos y la duración de la estancia hospitalaria fue inferior a 10 días en el 60,8% de los casos.

Condori Ticona LA. (27) realizó una investigación observacional, analítica, transversal y retrospectiva con el objetivo de determinar los factores asociados a mortalidad en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Área de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2018-2021. El estudio incluyó a 95 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, evaluándose variables clínicas,

laboratoriales y de gravedad relacionadas con la evolución intrahospitalaria. Se encontró una tasa de mortalidad de 23,75%, con predominio en adultos mayores, quienes representaron el 56,8% de los casos fallecidos. Asimismo, el estudio identificó que la mayor severidad clínica al ingreso y la presencia de complicaciones propias de la descompensación hepática estuvieron relacionadas con un peor pronóstico durante la hospitalización. En conclusión, la autora evidenció que la mortalidad en pacientes cirróticos hospitalizados del Hospital Hipólito Unanue de Tacna se mantuvo elevada, lo que pone de manifiesto la importancia de reconocer oportunamente los factores de riesgo asociados y de fortalecer la valoración pronóstica en esta población para optimizar su manejo clínico y reducir desenlaces desfavorables.

Pérez Rosas PM y cols. (9) Se efectuó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo comprendido entre 2018 y 2021. Se llevaron a cabo análisis de 92 historias clínicas, de las cuales se incorporaron 80 tras la exclusión de 12 por información incompleta. El grupo etario más prevalente consistió en pacientes de 60 a 79 años, representando el 61,3% del total. Contrariamente a otros informes, se observó una predominancia femenina (55,0%). El nivel de educación más prevalente fue la secundaria incompleta (35,0%), mientras que el año con mayor número de hospitalizaciones fue

2021 (36,3%). Dentro de los antecedentes examinados, la diabetes mellitus se destacó con un 30,0%. El alcohol fue la causa predominante (33,8%). La duración promedio de la estancia hospitalaria fue de 11 días. La ascitis constituyó la principal causa de ingreso (33,8%), mientras que la condición más frecuente al egreso fue la mejora. En el proceso de estratificación de gravedad, la clase Child-Pugh C se destacó como la más prevalente (56,3%), mientras que las puntuaciones MELD de 10 a 19 fueron las más frecuentes (58,8%).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Definición**

La cirrosis hepática tiene múltiples causas, cada una con una presentación clínica diferente. Las causas más frecuentes son el consumo crónico de alcohol, la enfermedad hepática no alcohólica relacionada con disfunción metabólica (MASLD/MASH), las hepatitis virales B y C, las enfermedades autoinmunes (colangitis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria). También se ha encontrado de causa genética como la hemocromatosis o la deficiencia de alfa 1-antitripsina. Estas enfermedades fisiopatológicamente producen una noxa persistente sobre la unidad hepatocelular, liberando el proceso inflamatorio, hay necrosis y cicatrización celular crónica. lo que finalmente conduce a aumento de flujo portal, deforma la arquitectura hepática y, por lo tanto, se pierde función hepática en forma progresiva.

La evolución natural presenta variabilidad temporal, desde rápidas transformaciones en determinadas condiciones (como la colestasis severa) hasta evoluciones graduales a lo largo de décadas en afecciones hepáticas crónicas. Como es habitual, la enfermedad progresa desde una etapa inicial compensada, caracterizada por la ausencia de síntomas en el paciente y la preservación de sus funciones vitales por parte del hígado, hacia una etapa descompensada, caracterizada por la aparición de eventos clínicos significativos. Durante esta fase emergen complicaciones tales como ascitis, hemorragia digestiva hipertensiva portal (por ejemplo, sangrado variceal), encefalopatía hepática e insuficiencia hepática, las cuales frecuentemente demandan hospitalización y se correlacionan con un incremento en la mortalidad (28).

Desde un enfoque de salud pública, la cirrosis hepática emerge como una causa significativa de carga de enfermedad a nivel global, con un impacto significativo en la mortalidad y el uso de servicios de salud. Adicionalmente, en conjunto con el carcinoma hepatocelular, constituye una considerable proporción de las defunciones atribuibles a la enfermedad hepática crónica (28,29).

### **2.2.2. Etiología**

Las causas de la cirrosis hepática varían mucho según la geografía, la transición epidemiológica, los patrones de consumo de alcohol, las

hepatitis virales y la obesidad/diabetes. A nivel mundial, las principales causas son la enfermedad hepática alcohólica, la hepatitis viral crónica (VHB y VHC) y el síndrome metabólico asociado a esteatosis hepática (antes llamada NAFLD, hoy en día en proceso de cambio a MASLD/MASH). (5-7,30,31)

En Latinoamérica el alcohol sigue siendo una importante causa de cirrosis hepática y muerte, en la misma proporción que las hepatitis virales y el creciente componente metabólico. Las revisiones locales señalan al alcohol como la principal causa en algunas naciones, como en el Perú, en un contexto de subdiagnóstico de enfermedad hepática crónica y acceso desigualitario a medidas preventivas y tratamientos etiológicos. (31)(32) En el Perú, los estudios históricos de los hospitales (Lima, HNERM, Cayetano Heredia) han mostrado altas proporciones de cirrosis hepática alcohólica, hepatitis viral y otras etiologías, con diferencias cronológicas y por hospitales. (21) (22)

### **Cirrosis hepática alcohólica**

La cirrosis hepática alcohólica representa la fase terminal de la patología hepática asociada al alcohol, producto de una agresión prolongada que provoca inflamación, esteatohepatitis y avance hacia la fibrosis avanzada. El riesgo se relaciona con dosis acumulada y patrón de consumo, aunque existe variabilidad individual (sexo, genética,

comorbilidades metabólicas). En clínica, puede coexistir con desnutrición, sarcopenia y mayor susceptibilidad a infecciones; además, el alcohol potencia la hipertensión portal y acelera descompensaciones (ascitis, hemorragia variceal, encefalopatía). El abordaje se centra en la abstinencia completa, que es la intervención con mayor impacto pronóstico; debe acompañarse de manejo de trastorno por consumo de alcohol y soporte nutricional. En cirrosis hepática establecida, se mantiene vigilancia de complicaciones: evaluación de hipertensión portal, profilaxis de sangrado variceal cuando corresponda, y tamizaje de carcinoma hepatocelular. En casos avanzados, la elegibilidad para trasplante requiere evaluación integral y estrategias para sostener abstinencia y adherencia terapéutica (33).

### **Cirrosis hepática viral (hepatitis B o C)**

La cirrosis hepática por hepatitis B (VHB) o C (VHC) deriva de inflamación crónica con necroinflamación y fibrosis progresiva. Su relevancia clínica es que el tratamiento etiológico modifica historia natural: en VHC, la terapia antiviral de acción directa logra curación virológica en la mayoría de pacientes, con reducción del riesgo de descompensación y de complicaciones relacionadas, aunque el riesgo de carcinoma hepatocelular no desaparece y requiere vigilancia si existe cirrosis hepática. En VHB, la supresión viral sostenida con análogos nucleotidos de alta barrera genética (p. ej., entecavir o tenofovir) reduce progresión y eventos hepáticos;

también aquí la vigilancia de carcinoma hepatocelular se mantiene en cirrosis hepática. El diagnóstico etiológico se basa en serologías/virología, estadificación de fibrosis (idealmente con pruebas no invasivas) y evaluación de actividad/inflamación. En la práctica, una parte importante del impacto sanitario depende de pesquisa, acceso a tratamiento, adherencia y seguimiento longitudinal, más que del diagnóstico aislado (34,35).

### **Cirrosis hepática metabólica-genética (hemocromatosis y enfermedad de Wilson)**

En este grupo, la cirrosis hepática es secundaria a depósito y toxicidad por metales con daño hepatocelular acumulativo. En hemocromatosis, el exceso de hierro genera estrés oxidativo, inflamación y fibrosis; el diagnóstico suele apoyarse en saturación de transferrina, ferritina, confirmación genética (HFE en formas clásicas) y valoración de daño orgánico. El tratamiento mediante flebotomías reduce sobrecarga férrica y, si se inicia precozmente, puede prevenir progresión; en fibrosis avanzada se mantiene vigilancia por carcinoma hepatocelular. En enfermedad de Wilson, el defecto del metabolismo del cobre conduce a acumulación hepática y sistémica (neurológica/psiquiátrica); se utilizan parámetros bioquímicos (ceruloplasmina, cobre urinario 24 h), pruebas complementarias (contenido hepático de cobre, genética) y puntuaciones diagnósticas. El manejo incluye quelación o terapia con zinc, con

seguimiento estrecho; en falla hepática aguda o cirrosis hepática avanzada descompensada, el trasplante puede ser definitivo. La clave operativa es sospecha clínica dirigida porque son causas tratables y subdiagnosticadas. (33,36)

### **Cirrosis hepática por MASH (asociada a obesidad y síndrome metabólico)**

La cirrosis hepática por MASH (dentro del espectro de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica) se produce por acumulación de grasa hepática con inflamación, balonización y fibrosis progresiva, estrechamente ligada a resistencia a la insulina, obesidad central, dislipidemia y DM2. En la práctica, muchos pacientes avanzan con aminotransferasas normales o discretamente elevadas, por lo que se recomienda estratificación con pruebas no invasivas (p. ej., FIB-4 y elastografía según disponibilidad) en poblaciones de riesgo, especialmente DM2. El tratamiento se apoya en reducción ponderal sostenida (mejoras histológicas con pérdidas significativas de peso), control intensivo de factores cardiometabólicos y selección de terapias que aporten beneficio metabólico. La enfermedad cardiovascular compite como causa mayor de mortalidad, por lo que el enfoque no debe limitarse al hígado. En cirrosis hepática por MASH, se mantiene vigilancia de hipertensión portal y carcinoma hepatocelular; además, el control de DM2 y obesidad es parte del manejo etiológico que busca frenar progresión. (18,%56%)

### **Cirrosis hepática biliar (colangitis biliar primaria)**

La cirrosis hepática biliar por colangitis biliar primaria (CBP/PBC) es una patología autoinmune colestásica caracterizada por destrucción progresiva de conductos biliares intrahepáticos, colestasis crónica y evolución a fibrosis/cirrosis hepática si no se controla. Suele presentarse con prurito, fatiga y elevación persistente de fosfatasa alcalina; el diagnóstico se apoya en perfil colestásico, autoanticuerpos (anti-mitocondriales en la mayoría) y, en casos seleccionados, histología. El primer tratamiento en línea es ácido ursodesoxicólico; la respuesta bioquímica se correlaciona con pronóstico y guía escalamiento terapéutico. En pacientes con cirrosis hepática, el enfoque se amplía la vigilancia de complicaciones como la hipertensión portal, osteoporosis y déficit de vitaminas liposolubles; además, algunos fármacos de segunda línea tienen restricciones en cirrosis hepática avanzada, por lo que la estratificación de estadio es clave antes de indicarlos. (37)

### **Cirrosis hepática por obstrucción biliar (colangitis esclerosante primaria)**

La colangitis esclerosante primaria (CEP/PSC) es una patología fibroinflamatoria crónica que produce estenosis y dilataciones de la vía biliar intra y/o extrahepática, con colestasis persistente y progresión a fibrosis/cirrosis hepática. Se asocia con frecuencia a enfermedad inflamatoria intestinal, lo que obliga a una evaluación integral (hígado–

intestino) y vigilancia de neoplasias asociadas. El diagnóstico se sustenta en colangiografía (MRCP/ERCP según caso), perfil colestásico y exclusión de causas secundarias de colangitis esclerosante. Su curso es heterogéneo: algunos pacientes permanecen estables, otros progresan con episodios de colangitis, deterioro funcional y necesidad de trasplante. Un punto crítico es el riesgo incrementado de colangiocarcinoma y otras neoplasias, por lo que se indican estrategias de vigilancia y abordaje temprano de estenosis dominantes. En estadios avanzados, la gestión de prurito, colestasis, deficiencias nutricionales y complicaciones de cirrosis hepática se integra al seguimiento hepatológico. (38)

### **Cirrosis hepática autoinmune**

Este grupo corresponde principalmente a la hepatitis autoinmune (HAI) que ha progresado a fibrosis avanzada y cirrosis hepática como consecuencia de inflamación hepatocelular persistente mediada por mecanismos inmunitarios. El espectro clínico es amplio: desde elevación de transaminasas hasta cuadros de hepatitis aguda severa, y en una proporción relevante el diagnóstico se realiza cuando ya existe cirrosis hepática. En la evaluación suelen hallarse IgG elevada y autoanticuerpos (p. ej., ANA, SMA, anti-LKM1 según el subtipo), junto con hallazgos histológicos compatibles (hepatitis de interfase), aunque el diagnóstico es integrador y requiere descartar causas virales, tóxicas y metabólicas. En cirrosis hepática establecida, la HAI puede seguir activa y favorecer

descompensación si no se controla la inflamación; por ello, el tratamiento se orienta a remisión bioquímica (y, cuando es posible, histológica), usualmente con corticoides y un fármaco de mantenimiento como azatioprina. El seguimiento debe vigilar recaídas, eventos adversos del tratamiento e instauración de complicaciones de hipertensión portal; en caso de cirrosis hepática, se mantiene vigilancia según protocolos locales para carcinoma hepatocelular (39,40).

### **Cirrosis hepática por causas tóxicas o medicamentos**

La cirrosis hepática por causas tóxicas o medicamentosas se entiende como el desenlace de un daño hepático inducido por fármacos o sustancias (DILI) que persiste o se repite y progresa a lesión crónica con fibrosis. En la práctica, la atribución causal es compleja por polifarmacia, comorbilidades y exposiciones no siempre reconocidas (incluyendo fitoterápicos y suplementos), por lo que la sospecha exige una anamnesis farmacológica detallada (fármaco, dosis, latencia, reexposición) y la exclusión sistemática de etiologías competidoras. El patrón bioquímico puede ser hepatocelular, colestásico o mixto, y existen fenotipos crónicos (p. ej., colestasis persistente, ductopenia u otras lesiones colangiopáticas) que, en casos seleccionados, evolucionan a fibrosis avanzada y cirrosis hepática (41). La intervención crítica es suspender el agente sospechoso y evitar reexposición; el manejo posterior se ajusta al fenotipo clínico y a la severidad, integrando medidas estándar de cirrosis hepática (profilaxis de

hemorragia variceal, manejo de ascitis, prevención de infecciones y vigilancia de carcinoma hepatocelular cuando corresponda) (41).

### **Cirrosis hepática de etiología no identificada**

La cirrosis hepática de etiología no identificada corresponde a los casos en los que, tras una evaluación clínica, bioquímica e imagenológica razonable y completa, no es posible establecer con certeza la causa subyacente; por ello, se considera un diagnóstico de exclusión. Antes de clasificar un caso en esta categoría, deben haberse descartado las etiologías más frecuentes y relevantes, incluyendo enfermedad relacionada con alcohol, hepatitis B y C, hepatopatías autoinmunes y colestásicas, causas metabólicas o genéticas, así como exposición a fármacos o toxinas.

En la práctica clínica actual, una proporción de estos casos puede corresponder a enfermedad hepática esteatósica avanzada de origen metabólico, particularmente a formas evolucionadas de MASH en las que la esteatosis y la inflamación pueden atenuarse o desaparecer cuando la cirrosis ya está establecida, dificultando la identificación retrospectiva de la etiología. En ese contexto, los antecedentes cardiometabólicos —como obesidad, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico— adquieren especial importancia como pistas etiológicas indirectas (42,43).

### **2.2.3. Epidemiología**

La cirrosis hepática es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo. Las revisiones apoyadas por el GBD(Global Burden Disease) muestran que la cirrosis hepática sigue siendo muy frecuente y que la etiología está cambiando; aumentan las metabólicas y se mantienen el alcohol y las hepatitis virales según la geografía. Estudios actuales que analizan series de 1990 a 2019 y proyecciones muestran una heterogeneidad regional en incidencia, mortalidad y DALYs por sexo y edad. (6,30,44) Además, las últimas estimaciones mundiales de la carga de enfermedad hepática confirman que el alcohol sigue siendo una de las principales etiologías de cirrosis hepática y sus complicaciones, con mayor repercusión en la población en edad productiva. (45)

En el Perú, la cirrosis hepática (CH) constituye una de las principales causas de morbimortalidad y su impacto se ha ido incrementando. Entre 2004 y 2016 se registraron 199,255 casos en la base de datos del Ministerio de Salud (MINSA), período en el que la tasa de morbilidad aumentó de 52.3 a 117.9 casos por 100,000 habitantes (3). La costa fue la zona con mayor número de casos, con el 69% del total, y la selva la que menos aportó, con un 8.8% (3).

Durante el mismo tiempo murieron 45,577 personas por CH, que equivalen al 3.8% de todas las muertes registradas en el país. La tasa de mortalidad aumentó de 12.1 a 16.3 muertes por cada 100,000 personas entre 2004 y 2016 (3). Los mayores aumentos se registraron en Lambayeque, Ica y Callao, mientras que las tasas disminuyeron en regiones amazónicas como Ucayali y Loreto.

El aumento de la morbimortalidad por cirrosis hepática se asocia a los cambios demográficos y sociales que se están viviendo en la costa, donde vive el 55.9% de la población del país. En estos ambientes prevalecen estilos de vida sedentarios, con mayor obesidad, consumo de alcohol y tabaco, diabetes mellitus, todas condiciones de alto riesgo para desarrollar diabetes mellitus (46,47). A esto se suma la expansión del Seguro Integral de Salud (SIS) y el fortalecimiento de los sistemas de información en salud, que han permitido una mejor identificación de casos y un mejor registro de la enfermedad.

#### **2.2.4. Fisiopatología**

##### **Lesión hepática crónica y respuesta de “cicatrización” persistente**

La cirrosis hepática representa el desenlace común de múltiples agresiones hepáticas crónicas (alcohol, hepatitis virales, colestasis, hígado graso asociado a disfunción metabólica, autoinmunidad y otras), en las que el hígado mantiene una respuesta reparativa sostenida. En condiciones

agudas, el proceso de reparación es autolimitado; en cambio, cuando el estímulo lesivo persiste, la reparación se “desregula” y se transforma en una respuesta de cicatrización patológica, con deposición progresiva de matriz extracelular (MEC), distorsión de la microarquitectura y formación de nódulos de regeneración. Este continuum explica por qué la fibrosis avanzada es el precursor inmediato de la cirrosis hepática y por qué, en algunos escenarios, la fibrosis puede ser parcialmente reversible si se elimina el estímulo causal antes de que se consolide la remodelación estructural. (48,49)

### **Inflamación crónica: señalización, células efectoras y amplificación del daño**

La lesión hepatocelular repetida induce necrosis/apoptosis y libera señales de peligro endógenas (DAMPs), que activan células de la inmunidad innata (macrófagos hepáticos/células de Kupffer, monocitos reclutados, neutrófilos) y promueven un microambiente proinflamatorio. A su vez, productos microbianos derivados del intestino (PAMPs), favorecidos por disbiosis y aumento de permeabilidad intestinal, activan receptores de reconocimiento de patrones e intensifican la respuesta inflamatoria. Esta inflamación sostenida no solo perpetúa el daño hepatocelular, sino que también es un estímulo clave para la activación de vías profibrogénicas, en especial las mediadas por TGF- $\beta$  y otros mediadores que convergen en la activación de células productoras de matriz. (49)

## **Activación de células estrelladas hepáticas y transición a miofibroblastos: núcleo de la fibrogénesis**

Un evento central en la fibrogénesis es la activación de las células estrelladas hepáticas (HSC), que en el hígado sano almacenan vitamina A y mantienen un fenotipo quiescente. Ante lesión crónica, las HSC se activan y adquieren un fenotipo miofibroblástico: proliferan, migran, expresan  $\alpha$ -SMA, se vuelven contráctiles y aumentan la síntesis de colágenos fibrilares (I y III), fibronectina y otros componentes de MEC. Además de las HSC, otras fuentes de miofibroblastos pueden contribuir según el contexto (p. ej., fibroblastos portales en colestasis), pero el concepto operativo es que la cirrosis hepática es el resultado de una producción de MEC persistente que supera su degradación (49).

## **Remodelación de matriz extracelular: acumulación, rigidez y “cicatriz” madura**

La acumulación de MEC no depende únicamente de síntesis aumentada; también interviene el balance degradación/inhibición. En cirrosis hepática, la degradación de MEC por metaloproteinasas (MMP) queda funcionalmente limitada por un aumento relativo de inhibidores tisulares (TIMP), facilitando la persistencia de la cicatriz. Con el tiempo, la matriz se vuelve más densa y rígida, lo cual genera un círculo vicioso: la rigidez mecánica de la MEC potencia señales profibrogénicas y favorece la persistencia del fenotipo miofibroblástico. Esta “cicatriz madura” contribuye

a la distorsión arquitectural y a la alteración hemodinámica intrahepática que caracteriza a la cirrosis hepática (49).

### **Disfunción sinusoidal: capilarización, pérdida de fenestraciones y alteración del intercambio**

Paralelamente a la fibrosis, se producen cambios estructurales en la sinusoide hepática. La capilarización sinusoidal (pérdida de fenestraciones del endotelio sinusoidal y deposición de membrana basal) reduce el intercambio eficiente entre sangre sinusoidal y hepatocitos, deteriorando funciones metabólicas, depurativas y sintéticas. En la práctica, esta transformación microvascular contribuye a la disfunción hepática aun antes de que los parámetros de laboratorio se alteren de manera marcada, y se integra al componente “funcional” de la hipertensión portal (vasoconstricción intrahepática y disfunción endotelial). (49)

### **Hipertensión portal: resistencia intrahepática aumentada + incremento de flujo esplácnico**

La hipertensión portal (HP) surge por la combinación de dos mecanismos principales:

#### **A. Aumento de la resistencia vascular intrahepática.**

Existe un componente **estructural** (fibrosis, septos, nódulos que comprimen y desorganizan el lecho vascular) y un componente **dinámico** (aumento del tono vascular intrahepático por disfunción endotelial,

reducción de biodisponibilidad de óxido nítrico en el microambiente hepático y mayor influencia de vasoconstrictores). Este segundo componente explica por qué fármacos que modifican el tono y la hemodinamia pueden reducir presión portal incluso sin revertir completamente la fibrosis (50,51).

### **B. Aumento del flujo sanguíneo esplácnico.**

La HP induce vasodilatación esplácnica y formación de colaterales (angiogénesis y apertura de derivaciones portosistémicas), aumentando el retorno portal y perpetuando la elevación de presión. Este fenómeno se asocia a un estado hiperdinámico sistémico (alto gasto, baja resistencia vascular sistémica), que es típico de cirrosis hepática avanzada y se relaciona con complicaciones como varices, ascitis y alteraciones circulatorias (49).

En el marco de consensos actuales, la presencia de **hipertensión portal clínicamente significativa** se considera un punto de inflexión en el riesgo de progresión clínica y aparición de complicaciones (50).

### **Consecuencias funcionales: insuficiencia hepatocelular y disfunción multiorgánica progresiva**

La pérdida de masa hepatocitaria funcional y la disfunción sinusoidal se traducen en alteración de síntesis (albúmina, factores de coagulación), metabolismo (glucosa, lípidos, hormonas) y depuración (bilirrubina,

amonio, fármacos). A nivel clínico, esto contribuye a ictericia, coagulopatía “re-equilibrada” pero frágil, susceptibilidad a infecciones y encefalopatía. La formación de shunts portosistémicos también disminuye la depuración hepática de toxinas, facilitando el paso de amonio y otras sustancias neurotóxicas al sistema nervioso central (48).

### **Eje intestino–hígado, inflamación sistémica e inmunodisfunción asociada a cirrosis hepática**

En cirrosis hepática, se describe un síndrome de inmunodisfunción asociada a cirrosis hepática, en el que coexisten inflamación sistémica de bajo o alto grado e inmunodeficiencia funcional. La disbiosis intestinal, el incremento de la permeabilidad y la translocación bacteriana favorecen activación crónica del sistema inmune y, paradójicamente, disfunción de células efectoras, lo que incrementa el riesgo de infecciones bacterianas, sepsis y descompensaciones. Este componente inflamatorio sistémico no es un epifenómeno: participa de forma directa en la progresión de la enfermedad, en la vasodilatación sistémica y en la disfunción de órganos extrahepáticos.

### **Descompensación: integración de hipertensión portal, disfunción circulatoria e inflamación**

La transición a cirrosis hepática descompensada se entiende hoy como la convergencia de: (i) hipertensión portal sostenida, (ii) disfunción

circulatoria hiperdinámica y (iii) inflamación sistémica, sumadas a alteraciones metabólicas y mitocondriales. Desde una perspectiva fisiopatológica, la vasodilatación esplácnica disminuye el volumen arterial efectivo, estimula los sistemas vasoconstrictores (RAAS, SNS, vasopresina) y fomenta la retención de sodio/agua, contribuyendo a la aparición de ascitis e hiponatremia. La inflamación sistémica exacerba la disfunción endotelial y propicia la disfunción renal (AKI y síndrome hepatorenal), la encefalopatía y la vulnerabilidad a infecciones bacterianas. En casos graves, esta cascada puede desembocar en fallo multiorgánico y en el síndrome de falla hepática aguda sobre crónica (ACLF).

#### **2.2.5. Diagnóstico y evaluación inicial**

El diagnóstico de cirrosis hepática se basa en datos clínicos, de laboratorio y de imagenología. En la práctica clínica, la confirmación suele basarse en: historia de enfermedad hepática crónica, estigmas clínicos, trombocitopenia por hiperesplenismo, pruebas hepáticas/INR/albúminas anormales e imagenología compatible (ecografía con nodularidad, signos de hipertensión portal como esplenomegalia, colaterales, ascitis; o TC/RM si está disponible). Las pruebas no invasivas (elastografía, scores) son estadísticas, pero no siempre se encuentran disponibles en el ámbito regional (50).

La endoscopia digestiva alta es el mejor método diagnóstico de várices esofagogástricas y de profilaxis hemorrágica, la cual se coordina con criterios no invasivos en las actuales guías consensuadas, especialmente en la estratificación del riesgo CSPH cuando se dispone de recursos. (6,52) En la cirrosis hepática, vigilar también el hepatocarcinoma, según las guías de práctica clínica. Pero en la práctica de un estudio en pacientes hospitalizados, la prioridad diagnóstica es descartar descompensaciones, infecciones, falla renal o hemodinámica (3,10).

La valoración preliminar de un individuo con sospecha o diagnóstico de cirrosis hepática debería guiarse por tres puntos fundamentales: (i) confirmar/estadificar la enfermedad hepática (fibrosis avanzada/cirrosis hepática), (ii) identificar la etiología y factores modificables, y (iii) establecer si el paciente se encuentra compensado o descompensado, además de estratificar riesgo de hipertensión portal y carcinoma hepatocelular (HCC) para definir intervenciones y vigilancia (10).

### **1. Evaluación clínica**

La anamnesis debe priorizar antecedentes que orienten etiología y gravedad: consumo de alcohol (cantidad/tiempo), síndrome metabólico/DM2/obesidad, exposiciones medicamentosas o tóxicas, antecedente de hepatitis viral, colestasis/autoinmunidad y antecedentes familiares. En el examen físico se buscan estigmas de hepatopatía crónica

y, sobre todo, signos de descompensación e hipertensión portal: ascitis, edemas, esplenomegalia, ictericia, encefalopatía (asterixis, alteración del sensorio), hemorragia digestiva previa o signos de infección asociada (10,50). En esta fase se recomienda documentar comorbilidades, estado nutricional y sarcopenia, por su impacto pronóstico y terapéutico.

## 2. Evaluación de laboratorio

El laboratorio inicial debe cubrir función hepática, reserva sintética, estado hematológico y función renal/electrolitos, dado que estos parámetros se integran en scores pronósticos y guían decisiones clínicas (10,50):

- **Hemograma completo:** anemia, leucocitosis/leucopenia, trombocitopenia (frecuente por hiperesplenismo/hipertensión portal).
- **Perfil hepático:** AST/ALT, fosfatasa alcalina, GGT, bilirrubina total/directa.
- **Función sintética:** albúmina, INR/tiempo de protrombina.
- **Función renal y electrolitos:** creatinina, urea, sodio (clave en cirrosis hepática avanzada), potasio.

Con estos datos se calcula Child-Pugh y MELD/MELD-Na, útiles para estratificación pronóstica y oportunidad de referencia a trasplante en enfermedad avanzada.

El estudio etiológico comúnmente comprende: HBsAg/anti-HBc y ADN-VHB cuando corresponda; anti-VHC y ARN-VHC; perfil férrico (ferritina y saturación de transferrina) para hemocromatosis; ceruloplasmina/cobre urinario para hemocromatosis; y ceruloplasmina/cobre urinario para hemocromatosis en pacientes jóvenes o sospecha de Wilson; autoanticuerpos e IgG (ANA, SMA, anti-LKM1) en sospecha autoinmune; alfa-1 antitripsina en contextos sugerentes; y evaluación cardiometabólica (HbA1c, perfil lipídico) en MASLD/NASH (49).

### **3. Evaluación por imágenes (incluida doppler)**

La ecografía abdominal suele ser el estudio de primera línea por accesibilidad, porque permite valorar morfología hepática (contorno nodular), presencia de ascitis, esplenomegalia y signos indirectos de hipertensión portal, además de orientar tamizaje inicial de lesiones focales (10,50). Idealmente se complementa con Doppler para evaluar permeabilidad y dirección de flujo portal, y descartar trombosis portal en contextos clínicos compatibles (10).

Si el ultrasonido sugiere lesión focal sospechosa o el paciente está en vigilancia de HCC con hallazgos indeterminados, se indica imagen contrastada multiphásica (TC o RM) según protocolos de diagnóstico de HCC (49).

#### **4. Pruebas no invasivas (NITs) y elastografía:**

##### **confirmación/estratificación**

Las guías actuales recomiendan un enfoque secuencial con NITs para identificar fibrosis avanzada y reducir necesidad de biopsia en la mayoría de escenarios. En términos operativos, se suele iniciar con marcadores séricos simples (p. ej., FIB-4, APRI) y, si el resultado es indeterminado o sugiere fibrosis avanzada, confirmar/estratificar con elastografía (p. ej., elastografía transitoria) u otros marcadores más específicos donde estén disponibles. Las NITs se emplean tanto para diagnóstico como para pronóstico, y su rendimiento depende de la etiología y del contexto (inflamación activa, colestasis, congestión, etc.).

En cuanto a elastografía, la escala de rigidez hepática (LSM) por elastografía transitoria se ha consolidado como herramienta con el objetivo de estratificar el riesgo de hipertensión portal en casos de enfermedad hepática crónica avanzada compensada (cACLD). En Baveno VII se propone que, en cACLD, una LSM  $\leq 15$  kPa combinada con plaquetas  $\geq 150 \times 10^9/L$  permite descartar hipertensión portal clínicamente significativa (CSPH) con alto valor predictivo negativo; por el contrario, una LSM  $\geq 25$  kPa puede confirmar CSPH en contextos clínicos específicos (virus/alcohol y NASH no obeso), lo cual impacta decisiones preventivas (50). Adicionalmente, para la necesidad de endoscopia de pesquisa de varices, Baveno VII plantea que los pacientes con cirrosis hepática compensada

que no cumplen criterios para evitar endoscopia deben realizarse endoscopia si LSM  $\geq 20$  kPa o plaquetas  $\leq 150 \times 10^9/L$  (50). Estas aproximaciones se alinean con guías modernas de estratificación y manejo de hipertensión portal/varices (53).

## 5. Tamizaje y evaluación basal de complicaciones

Desde la evaluación inicial, debe definirse una línea de base para complicaciones mayores:

- **Varices esofagogástricas/hipertensión portal:** estratificación con plaquetas + elastografía y endoscopia cuando corresponda.
- **HCC:** en todo paciente con cirrosis hepática, se recomienda vigilancia con **ecografía cada 6 meses**, con o sin AFP según el protocolo adoptado.
- **Ascitis/infección:** si hay ascitis de novo o descompensación, la evaluación se amplía conforme a guías de cirrosis hepática descompensada.

### 2.2.6. Tratamiento

La terapia de la cirrosis hepática se organiza en tres líneas principales: (i) tratamiento etiológico, (ii) prevención y tratamiento de complicaciones, y (iii) valoración para trasplantes y cuidados paliativos en los casos que se implementen.

### **2.2.6.1. Tratamiento etiológico**

Siempre que sea factible, el tratamiento de la causa modifica la historia natural: abstinencia prolongada y tratamiento por trastorno por consumo de alcohol en enfermedad vinculada al alcohol; terapias antivirales altamente eficaces para el Virus del Papiloma Humano (VHC); supresión viral sostenida para el Virus del Papiloma Humano (VHB); regulación de factores cardiometabólicos y pérdida de peso en el espectro MASLD/MASH; e inmunosupresión en determinadas patologías autoinmunes. El consenso de MASLD enfatiza la relevancia de los factores cardiometabólicos (diabetes, obesidad, dislipidemia) en la evolución hacia la cirrosis hepática y en el riesgo cardiovascular asociado (5,7).

### **2.2.6.2. Manejo de complicaciones**

#### **A. Hipertensión portal y várices (tamizaje, profilaxis primaria, manejo del sangrado)**

La **hipertensión portal** es una consecuencia directa de la cirrosis hepática y resulta de la combinación de incremento de la resistencia intrahepática (componente estructural y dinámico) y aumento del flujo esplácnico. Su expresión clínica más relevante es el desarrollo de **várices gastroesofágicas**, cuyo sangrado constituye una urgencia con elevada morbimortalidad. Por ello, el abordaje actual se centra en: identificar a los pacientes con mayor riesgo, prevenir el primer sangrado y aplicar un

manejo estandarizado del episodio agudo, con estrategias escalonadas según riesgo (1,3,10).

### **Tamizaje de várices y estratificación no invasiva**

En todo paciente con cirrosis hepática, la evaluación inicial debe definir si existe riesgo de várices que requieran tratamiento (varices needing treatment, VNT) y si se requiere endoscopia. En cirrosis hepática compensada, se recomienda usar pruebas no invasivas para reducir endoscopias innecesarias. El consenso Baveno VII propone que, en pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada compensada, la combinación de elastografía hepática (LSM)  $<20$  kPa y plaquetas  $>150 \times 10^9/L$  permite descartar VNT con un riesgo suficientemente bajo, por lo que puede evitarse la endoscopia inicial, siempre con reevaluación periódica (10).

Cuando el paciente no cumple esos criterios (p. ej., LSM  $\geq 20$  kPa y/o plaquetas  $\leq 150 \times 10^9/L$ ), se indica endoscopia para detección y clasificación de várices, y así definir profilaxis primaria. Esta lógica también es consistente con guías recientes de AASLD orientadas a estratificación y manejo de hipertensión portal y várices (1).

## **Profilaxis primaria: prevenir el primer sangrado y la primera descompensación**

La profilaxis primaria depende del tamaño de las várices y de la presencia de signos de alto riesgo endoscópico (p. ej., “red wale marks”), así como del estadio clínico. En términos operativos, las recomendaciones centrales incluyen:

- Pacientes con várices medianas/grandes o con alto riesgo de sangrado: se recomienda profilaxis con beta-bloqueadores no selectivos (NSBB) (propranolol/nadolol o carvedilol, según contexto) o ligadura endoscópica (EVL), eligiendo según tolerancia, comorbilidades, disponibilidad y preferencia clínica (1,3).
- Carvedilol se considera una opción eficaz en profilaxis primaria, por su efecto sobre el componente dinámico de la hipertensión portal; su selección exige vigilancia de presión arterial y tolerancia, especialmente en cirrosis hepática más avanzada. (1,10)
- En cirrosis hepática compensada con evidencia de hipertensión portal clínicamente significativa (CSPH), el uso de NSBB puede orientarse no solo a prevenir sangrado, sino también a reducir el riesgo de primera descompensación en subgrupos apropiados, en concordancia con el enfoque moderno de prevención de descompensación. (1,10)

La endoscopia de control y el intervalo de seguimiento dependen de si el paciente recibe NSBB, del hallazgo endoscópico inicial y del control etiológico (por ejemplo, supresión viral, abstinencia, control metabólico), dado que la reducción de presión portal y el “recompensar” la enfermedad pueden modificar el riesgo. (1,10)

### **Manejo del sangrado variceal agudo**

El sangrado variceal agudo debe manejarse como una urgencia tiempo-dependiente. Las guías actuales recomiendan un paquete de medidas simultáneas:

#### **a. Reanimación y estabilización inicial**

Se prioriza asegurar vía aérea cuando sea necesario, restaurar perfusión sin sobretransfusión y corregir factores precipitantes. Se recomienda una estrategia transfusional restrictiva en la mayoría, evitando elevar excesivamente la presión portal, y ajustar según choque, cardiopatía o comorbilidades (3).

#### **b. Antibióticos y fármacos vasoactivos tempranos**

Se recomienda iniciar antibióticos profilácticos de forma temprana por el alto riesgo de infección bacteriana asociada al sangrado y su impacto pronóstico. En paralelo, se indica terapia vasoactiva (p. ej., terlipresina u octreótido/análogos de somatostatina según disponibilidad) para reducir la presión portal y facilitar control hemostático. (3,11)

### **c. Endoscopia terapéutica**

La ligadura con bandas es el tratamiento endoscópico de primera línea para hemorragia por várices esofágicas; debe realizarse tempranamente una vez estabilizado el paciente. En várices gástricas, el abordaje cambia (p. ej., terapia con cianoacrilato u otras estrategias según tipo de várice), y el manejo debe individualizarse. (3)

### **d. TIPS temprano en pacientes de alto riesgo**

En pacientes seleccionados con alto riesgo de fracaso del control inicial o resangrado precoz (según estadio y hallazgos), se considera TIPS temprano como estrategia para mejorar control y supervivencia. Esta indicación se recoge en guías recientes específicas de TIPS y se integra a recomendaciones de manejo de hipertensión portal/hemorragia variceal en cirrosis hepática. (1,2)

### **e. Profilaxis secundaria**

Tras un sangrado variceal, la estrategia estándar para prevenir resangrado combina NSBB + EVL de forma programada, junto con manejo etiológico y de complicaciones de cirrosis hepática, de acuerdo con recomendaciones de práctica clínica consolidadas (3).

## **B. Ascitis, PBE/SBP y síndrome hepatorenal (HRS) + AKI en cirrosis hepática**

En la cirrosis hepática descompensada, la **ascitis** es la complicación más frecuente y suele ser el primer evento clínico mayor; su presencia refleja hipertensión portal sostenida y disfunción circulatoria hiperdinámica, con activación del sistema renina–angiotensina–aldosterona y retención renal de sodio/agua. En este contexto, la evaluación inicial debe centrarse en: confirmar que la ascitis es por hipertensión portal, descartar infección del líquido ascítico (PBE) y valorar compromiso renal (AKI), debido a que estos componentes se interrelacionan y condicionan pronóstico (54).

### **Ascitis: diagnóstico, clasificación y evaluación basal**

Ante ascitis de novo o cualquier deterioro clínico (dolor abdominal, fiebre, encefalopatía, hipotensión, deterioro renal), se recomienda paracentesis diagnóstica temprana, idealmente al ingreso hospitalario, porque la PBE puede presentarse sin síntomas claros y su retraso incrementa mortalidad. El análisis del líquido incluye recuento de PMN, albúmina y proteína total; la diferencia SAAG (gradiente albúmina suero–ascitis)  $\geq 1.1$  g/dL sugiere hipertensión portal como mecanismo principal (10). La ascitis se clasifica de forma práctica por magnitud: grado 1 (solo detectable por imagen), grado 2 (moderada, distensión simétrica) y grado 3 (tensa/masiva) (10).

El manejo estándar inicia con restricción moderada de sodio, evitar AINEs y optimizar etiología; en ascitis grado 2–3, el pilar farmacológico es diurético con antagonistas de aldosterona (p. ej., espironolactona) y, si se requiere, un diurético de asa (p. ej., furosemida), ajustando según respuesta, sodio y función renal (10,54). En ascitis grado 3, la paracentesis evacuadora de gran volumen es una medida eficaz; cuando se extraen volúmenes grandes se recomienda albúmina para prevenir disfunción circulatoria post-paracentesis (54). La ascitis refractaria (no controlable o recidivante pese a diuréticos/medidas) obliga a reevaluación: descartar precipitantes, valorar TIPS en candidatos y considerar derivación temprana para trasplante según gravedad y comorbilidades (54).

### **PBE/SBP: diagnóstico, tratamiento y profilaxis**

La PBE se define por infección del líquido ascítico sin foco intraabdominal quirúrgico evidente y se diagnostica cuando el recuento de PMN  $\geq 250$  células/mm<sup>3</sup> en líquido ascítico, independientemente del resultado del cultivo. Dado que la presentación puede ser atípica, se insiste en paracentesis diagnóstica en ascitis de novo y en todo paciente con cirrosis hepática y ascitis que ingresa a hospital o presenta deterioro clínico, AKI, encefalopatía o sangrado digestivo (54).

El tratamiento inicial recomendado es antibiótico empírico (frecuentemente cefalosporinas de tercera generación, ajustando a

epidemiología local, infecciones nosocomiales y patrones de resistencia), con reevaluación mediante control de PMN a las 48 horas cuando sea necesario para confirmar respuesta. Además, en PBE se recomienda albúmina intravenosa en pacientes seleccionados (especialmente con disfunción renal o hiperbilirrubinemia), porque reduce riesgo de insuficiencia renal y mortalidad (54).

En profilaxis, se diferencian dos escenarios: profilaxis secundaria (tras un episodio de PBE, por alto riesgo de recurrencia) y profilaxis primaria en pacientes de alto riesgo (por ejemplo, ascitis con baja proteína y disfunción renal/hepática significativa, o durante sangrado digestivo variceal, donde la profilaxis antibiótica es parte del manejo estándar). La selección del antibiótico para profilaxis debe considerar resistencia bacteriana y contexto local; las guías recalcan que la indicación debe individualizarse para minimizar eventos adversos y selección de resistencia (54).

### **AKI en cirrosis hepática: definición ICA, estadios y enfoque diagnóstico**

El AKI en cirrosis hepática se define y estadifica usando criterios propuestos por el International Club of Ascites (ICA), basados en cambios dinámicos de creatinina: aumento de creatinina  $\geq 0.3$  mg/dL en 48 h o  $\geq 50\%$  respecto a un valor basal reciente; y su estadificación (10,54) se

fundamenta en la magnitud del incremento y el nivel alcanzado (55). Este enfoque reemplaza definiciones antiguas que dependían de un umbral fijo (p. ej., creatinina  $\geq 1.5$  mg/dL), porque en cirrosis hepática la creatinina puede subestimar disfunción renal por baja masa muscular y otras interferencias.

En la práctica, el AKI en cirrosis hepática incluye varios fenotipos: hipovolemia/prerrenal (diuréticos, hemorragia, diarrea), necrosis tubular aguda (sepsis, isquemia, nefrotóxicos) y HRS-AKI, que es un AKI funcional en cirrosis hepática avanzada con ascitis y vasodilatación esplácnica marcada, con vasoconstricción renal secundaria y reducción del filtrado. La evaluación inicial debe suspender precipitantes (AINEs, nefrotóxicos, diuréticos si corresponde), tratar infecciones, optimizar perfusión y realizar expansión con albúmina cuando se sospeche componente prerrenal, mientras se monitoriza respuesta (54).

### **HRS-AKI: concepto actual y manejo**

El HRS-AKI se considera un fenotipo específico de AKI en pacientes con cirrosis hepática avanzada y ascitis, caracterizado por deterioro renal en ausencia de shock o daño renal estructural evidente, típicamente precipitado por infecciones (incluida PBE), sangrado o empeoramiento circulatorio (54). Los criterios diagnósticos se basan en: cirrosis hepática con ascitis, presencia de AKI por criterios ICA, ausencia de mejoría tras

medidas iniciales (incluida expansión con albúmina y suspensión de diuréticos cuando aplique), y exclusión razonable de otras causas (p. ej., nefrotoxicidad, shock sostenido, proteinuria/hematurias significativas o hallazgos sugerentes de nefropatía parenquimatosa) (54).

El tratamiento recomendado se fundamenta en albúmina + vasoconstrictor para revertir la vasodilatación sistémica y mejorar perfusión renal. Las guías describen el uso de vasoconstrictores (terlipresina donde esté disponible; alternativas como noradrenalina en UCI o esquemas con midodrina/octreótido según recursos), siempre acompañado de albúmina y monitorización estrecha por riesgo de sobrecarga, isquemia y eventos respiratorios en pacientes con fragilidad avanzada (54). A pesar de que parte de los pacientes responde, el HRS-AKI se asocia a alta mortalidad, por lo que se recomienda evaluar oportunamente candidaturas a trasplante hepático y, en casos seleccionados, terapias puente como soporte renal, dentro de un plan integral.

### **C. Encefalopatía hepática (definiciones, diagnóstico diferencial, tratamiento)**

La encefalopatía hepática (EH) es un síndrome neuropsiquiátrico potencialmente reversible que aparece en el contexto de cirrosis hepática y se explica por la combinación de insuficiencia hepatocelular y derivación portosistémica, con alteraciones en neurotransmisión y acumulación de

neurotoxinas, particularmente amonio, moduladas por inflamación sistémica e infecciones intercurrentes. En términos operativos para un proyecto sobre cirrosis hepática, la EH se entiende como un cuadro de alteración del estado mental o del rendimiento cognitivo atribuible a la enfermedad hepática avanzada, cuya gravedad puede variar desde formas sutiles (encefalopatía “encubierta”, detectable con pruebas neuropsicométricas) hasta formas manifiestas con desorientación, somnolencia, asterixis, estupor o coma. Aunque el amonio participa en la fisiopatología, su medición aislada no confirma ni descarta el diagnóstico, por lo que la EH sigue siendo esencialmente un diagnóstico clínico sustentado en la evaluación global del paciente (52,56).

El diagnóstico de EH requiere, por definición, un diagnóstico diferencial activo, ya que el paciente cirrótico puede presentar alteración del sensorio por múltiples causas no hepáticas. En la práctica, la prioridad es descartar hipoglucemia, sepsis/encefalopatía séptica, alteraciones hidroelectrolíticas (hiponatremia, hipopotasemia y alcalosis), uremia/AKI, intoxicación o efecto de sedantes (benzodiazepinas, opioides), abstinencia alcohólica, déficit de tiamina (Wernicke), y patología neurológica aguda (ACV, hemorragia intracraneal, crisis epilépticas), especialmente si existen signos focales, fiebre persistente, rigidez meníngea o ausencia de respuesta a medidas iniciales. En paralelo, debe buscarse un factor precipitante, porque la EH en cirrosis hepática suele ser precipitada y su

corrección cambia el curso clínico: infección (incluida PBE), hemorragia digestiva, estreñimiento, deshidratación por diuréticos, exceso de paracentesis sin reposición adecuada, deterioro renal, uso de fármacos depresores del SNC y progresión de la enfermedad son desencadenantes típicos . Esta lógica es útil para tu proyecto porque la presencia de precipitantes y su registro (infección, sangrado, AKI, hiponatremia, etc.) suelen estar documentados en historias clínicas y se asocian con rehospitalización y mortalidad.

El tratamiento de la EH en cirrosis hepática se apoya en tres pilares: corregir el precipitante, reducir la carga intestinal de neurotoxinas y prevenir recurrencias. En un episodio de EH manifiesta, la intervención inicial es tratar la causa desencadenante (antibióticos si hay infección, control del sangrado, corrección hidroelectrolítica, ajuste de diuréticos, suspensión de sedantes innecesarios y optimización del estado circulatorio/renal), junto con soporte general (prevención de aspiración y protección de vía aérea si hay compromiso del nivel de conciencia) (52,56). La terapia de primera línea es lactulosa, titulada para lograr aproximadamente 2–3 deposiciones blandas al día, evitando diarrea intensa que favorezca deshidratación e hiponatremia, complicaciones que perpetúan la EH. En pacientes con episodios recurrentes o respuesta insuficiente, se recomienda asociar rifaximina como complemento, estrategia que reduce recurrencias y rehospitalizaciones y constituye el estándar de profilaxis secundaria tras un

episodio manifiesto. En cuanto a nutrición, las guías actuales desaconsejan la restricción proteica rutinaria; por el contrario, se prioriza soporte nutricional adecuado, dado que la desnutrición y sarcopenia empeoran pronóstico y favorecen recurrencias. En pacientes con EH recurrente y factores anatómicos relevantes (por ejemplo, grandes shunts o post-TIPS), el manejo debe individualizarse dentro de un enfoque integral de cirrosis hepática, considerando que la EH es un marcador de enfermedad avanzada y un punto de inflexión pronóstico (52,56).

#### **D. Infecciones y disfunción inmune en cirrosis hepática**

En la cirrosis hepática, las infecciones no deben entenderse como eventos “intercurrentes”, sino como una consecuencia esperable de la propia enfermedad. Esto se explica por la **disfunción inmune asociada a cirrosis hepática** (CAID), un espectro de alteraciones que combina **inmunodeficiencia funcional** y **inflamación sistémica**. En términos fisiopatológicos, convergen la disbiosis y la mayor permeabilidad intestinal con translocación bacteriana, la disfunción de neutrófilos y monocitos/macrófagos, alteraciones del complemento y de la opsonización, además de un estado inflamatorio persistente que varía según el estadio de cirrosis hepática y la presencia de “eventos incidentales” (51). Esta condición es dinámica: en etapas más estables puede predominar un fenotipo de inflamación de bajo grado que favorece progresión y descompensación; en etapas avanzadas o ante infecciones, la respuesta

puede tornarse intensa y desregulada, con alto riesgo de falla orgánica (57). Por ello, la susceptibilidad a infecciones bacterianas y su evolución desfavorable constituyen un rasgo clínico distintivo de la cirrosis hepática avanzada.

Desde el punto de vista pronóstico, las infecciones en cirrosis hepática se asocian a mayor probabilidad de **descompensación aguda**, desarrollo de **ACLF**, estancia hospitalaria prolongada y aumento de mortalidad a corto plazo, especialmente cuando se acompañan de falla orgánica extrahepática. En cohortes internacionales se ha descrito, además, una carga relevante de infecciones por bacterias multirresistentes (MDR), con variabilidad regional, lo que incrementa la tasa de fracaso del tratamiento empírico y condiciona peores desenlaces (51). En la práctica clínica, esto se traduce en que un episodio infeccioso puede marcar un “punto de inflexión” en la historia natural: precipita deterioro circulatorio, empeora la función renal (AKI/HRS), favorece encefalopatía y acelera la transición hacia estadios de mayor gravedad, lo que impacta directamente en rehospitalizaciones y mortalidad relacionada a hígado (10,51). En consecuencia, la identificación precoz de infección, el inicio oportuno de antibióticos adecuados al contexto epidemiológico y la aplicación de estrategias preventivas selectivas (por ejemplo, profilaxis antibiótica en escenarios definidos, vacunación y medidas para reducir riesgo de

translocación/infecciones nosocomiales) son medidas que no solo tratan el evento agudo, sino que modifican el pronóstico global del paciente cirrótico.

#### **E. ACLF (acute-on-chronic liver failure): definición, criterios, pronóstico y manejo**

El acute-on-chronic liver failure (ACLF) se desarrolla en personas con enfermedad hepática crónica subyacente que se presentan con una descompensación y rápidamente desarrollan falla multiorgánica, con alto riesgo de muerte a 28 días. En la clínica, no es una cirrosis hepática descompensada más grave, sino un estado fisiopatológico diferente, caracterizado por una respuesta inflamatoria sistémica masiva y descontrolada. Esta respuesta generalmente es provocada por causas identificables, como infecciones/sepsis, hepatitis alcohólica grave o hemorragia digestiva. Pero en muchos casos no se llega a identificar un factor desencadenante preciso, con falla orgánica progresiva y deterioro clínico severo. El ACLF no es una entidad estática; en días, el paciente puede deteriorarse o mejorar parcialmente la función de órganos, por lo que la valoración clínica y funcional repetida es esencial en el abordaje del síndrome (51).

En cuanto a su definición, hay diferencias operativas según las localizaciones geográficas. Según la EASL, el ACLF se define en pacientes con cirrosis hepática descompensada aguda y se diagnostica por criterios

de falla orgánica según el sistema CLIF (CLIF-C OF o CLIF-SOFA). Este puntaje considera órganos como hígado, riñón, cerebro, coagulación, sistema circulatorio y respiratorio, y puede definir la gravedad según el número y tipo de órganos en falla. Según los criterios APASL/AARC, siempre se ha dado importancia al daño hepático agudo inicial, icterico y coagulopático, con ascitis o encefalopatía de inicio precoz, para definir el síndrome antes de que aparezcan fallos extrahepáticos. En Norteamérica, leyes como NACSELD lo definen como la presencia de dos o más fallos extrahepáticos en pacientes hospitalizados en ausencia de infección. En las investigaciones de cirrosis hepática y desenlaces intrahospitalarios, es más apropiado definirla explícitamente (generalmente la EASL-CLIF) y utilizarla de forma consistente. Esto hace posible la comparación con series internacionales y la estratificación de los grados de ACLF según la carga de falla orgánica (57).

El pronóstico en el ACLF está determinado por el número de órganos fallando y la duración de su falla, más que por medidas aisladas de la función hepática. En el estudio CANONIC, la mortalidad a 28 días en pacientes con ACLF se acercó a un tercio, muy por encima de la observada en pacientes con descompensación aguda sin criterios de ACLF (51). Las guías de la EASL indican que la mortalidad a corto plazo aumenta en forma significativa a medida que se van sumando fallos orgánicos, y se dispara cuando hay tres o más sistemas afectados (57). En este contexto, se han

creado escalas pronósticas: el puntaje CLIF-C ACLF, que combina la falla orgánica con la edad y el conteo de leucocitos, ha mostrado mejor capacidad predictiva de mortalidad que MELD o MELD-Na, las cuales pueden infravalorar el riesgo en pacientes con ACLF y retrasar la toma de decisiones. En la realidad hospitalaria, la valoración pronóstica debe repetirse en el tiempo, ya que la evolución clínica en los primeros 3 días (mejoría o empeoramiento) suele ser más informativa que una medición única al ingreso.

El tratamiento para el ACLF es el mismo que para la cirrosis hepática en cuidados intensivos. Lo primero es reconocer y tratar inmediatamente la causa precipitante, dar soporte hemodinámico, respiratorio y renal si es necesario, y definir tempranamente el nivel de atención necesario: cuidados intermedios o unidad de cuidados intensivos, con reevaluación continua. En la práctica clínica, esto se traduce en el uso de antibióticos apropiados para la situación epidemiológica en caso de sospecha de infección, reanimación dirigida por objetivos, inicio de vasopresores en caso de choque, ventilación mecánica si está indicada y terapia de reemplazo renal en caso de lesión renal aguda grave o refractaria. También deben corregirse causas reversibles comunes, como hemorragia gastrointestinal, hipovolemia, exposición a nefrotóxicos o sedantes. Ya que el ACLF puede ser reversible en una proporción importante de pacientes, se sugiere una estrategia de máximo soporte en una ventana inicial, en especial si existe

la posibilidad de una solución definitiva. Sin embargo, cuando el trasplante no es una opción y el daño orgánico es irreversible, las guías recomiendan la inutilidad del tratamiento intensivo, basándose en la extensión del fallo orgánico y las altas puntuaciones pronósticas (57).

El trasplante hepático debe realizarse precozmente en pacientes elegibles, ya que en la ACLF la ventana de oportunidad es limitada y el deterioro puede ser fulminante. Tanto la EASL como la AASLD hacen hincapié en la necesidad de estabilizar rápidamente a los candidatos, controlando el factor desencadenante y proporcionando soporte multiorgánico, lo que definirá la viabilidad y el beneficio esperado del trasplante. Por el contrario, las terapias extracorpóreas de soporte hepático son, en general, terapias alternativas en centros experimentados, que no sustituyen el tratamiento del agente causal ni el trasplante, cuando esté indicado, y cuyo uso se adaptará a la situación clínica y los recursos disponibles (57).

#### **F. Carcinoma hepatocelular (HCC): vigilancia, diagnóstico y manejo inicial**

El carcinoma hepatocelular (HCC) es la principal complicación de la cirrosis hepática y a menudo es asintomático en sus primeras etapas. Por lo tanto, el pronóstico depende de un diagnóstico temprano y una estadificación inicial que incluya la extensión tumoral, la función hepática

remanente y el estado funcional del paciente (57). En la práctica clínica, la vigilancia se recomienda para todo paciente cirrótico, independientemente de la causa, y para ciertos grupos no cirróticos de alto riesgo (portadores crónicos de hepatitis B), ya que la incidencia anual de HCC supera el límite de costo-efectividad. El método más habitual de tamizaje es la ecografía abdominal cada seis meses; las directrices contemporáneas permiten la incorporación de la alfa-fetoproteína para optimizar la sensibilidad, a pesar de reconocer las restricciones inherentes a cada técnica. En situaciones donde la ecografía resulta inviable —como obesidad, interposición gaseosa, hígado muy nodular—, se puede contemplar la implementación de técnicas de imagenología seccional en casos específicos, respetando el intervalo de 6 meses (57).

Si se encuentra un nódulo sospechoso en la vigilancia o en la AFP elevada, es preferible completar el estudio con imágenes multifásicas (TC o RM dinámica). En pacientes cirróticos, el diagnóstico de HCC puede basarse únicamente en criterios radiológicos cuando se identifican patrones radiológicos clásicos de vascularización tumoral, sin necesidad de confirmación histológica (57). En este contexto, la estandarización desempeña un papel crucial: sistemas como LI-RADS categorizan las lesiones desde probable benignas hasta HCC definitivo basándose en características superiores tales como realce arterial no periférico, "washout" no periférico, cápsula realzada o crecimiento umbral, facilitando así la toma

de decisiones más cohesivas entre centros. Si la imagen no satisface los criterios radiológicos habituales (ausencia de cirrosis hepática, hallazgos atípicos), la biopsia o el seguimiento radiológico estricto pueden ser considerados, dado el riesgo de error de muestreo y la necesidad de confirmación histológica antes de iniciar tratamientos sistémicos (57).

La estadificación clínica, que va más allá del tamaño o número de lesiones e incluye la reserva funcional hepática y el estado general del paciente. El sistema BCLC sigue siendo el más utilizado, con revisiones que favorecen las decisiones apoyadas en la respuesta en vivo y la genuina adaptación a las opciones terapéuticas. En estadios muy iniciales, la intención es curativa: la resección está indicada en perfiles muy seleccionados con función hepática conservada y sin hipertensión portal clínicamente relevante; la ablación por radiofrecuencia/microondas puede ser una opción con intención curativa en tumores de pequeño tamaño; y el trasplante hepático permite controlar simultáneamente el tumor y la cirrosis hepática en candidatos adecuados según criterios como los de Milán, pudiendo ser una estrategia puente o de reducción tumoral en dependencia de la disponibilidad. En la etapa intermedia, la terapia locorregional, en especial la quimioembolización transarterial, sigue siendo la terapia más utilizada, con una selección cada vez más afinada de subgrupos según carga tumoral y función hepática. En enfermedad avanzada o cuando las terapias locorregionales no son factibles o fallan, el tratamiento sistémico

se convierte en la primera línea, cada vez con más esquemas basados en inmunoterapia (inhibidores de puntos de control/antiangiogénicos o doble inmunoterapia); los inhibidores multiquinasa surgen como opciones de segunda línea, según tolerancia y comorbilidades. En cualquier contexto clínico es fundamental definir si el paciente está compensado o descompensado y dejar registradas puntuaciones como Child-Pugh y MELD-Na. La reserva hepática determina la seguridad y factibilidad de las estrategias oncológicas y requiere un abordaje multidisciplinario (57).

### **2.2.7. Trasplante y cuidados paliativos**

Evaluación para el trasplante de órganos: cirrosis hepática descompensada (especialmente ascitis refractaria, sangrado recurrente, encefalopatía recurrente, síndrome hepatorenal u otros indicadores de gravedad). En individuos no candidatos, la intervención terapéutica paliativa orientada a los síntomas (disnea por ascitis, dolor, prurito, insomnio, ansiedad, entre otros) es adecuada y recomendada por las directrices contemporáneas de gestión de descompensación y cuidado avanzado de enfermedades crónicas (10,54).

### **2.2.8. Pronóstico**

El pronóstico para la cirrosis hepática se evalúa en función de la fase (compensada o descompensada), la etiología, la recurrencia de complicaciones, el estado nutricional/sarcopenia, las infecciones y la

funcionalidad renal. La transición de una condición de compensada a descompensada conlleva un incremento significativo en la mortalidad y las hospitalizaciones, por lo que prevenir la primera descompensación y optimizar el tratamiento de las subsiguientes constituyen metas clínicas de relevancia.

### **Child-Pugh**

La clasificación de Child-Pugh es una de las más utilizadas para estimar la severidad y el pronóstico de la cirrosis hepática. Originalmente fue planteada por Child y Turcotte en 1964; luego, Pugh la adaptó para crear la forma actual, que utiliza 5 variables clínicas y de laboratorio: bilirrubina y albúmina séricas, tiempo de protrombina o INR, ascitis y encefalopatía hepática. Cada uno de estos elementos se puntúa de 1 a 3 en función de su gravedad, y la suma total define las categorías A, B o C, que corresponden a enfermedad hepática leve, moderada o grave, respectivamente. El Child-Pugh ha demostrado a lo largo del tiempo ser un buen predictor de mortalidad en la cirrosis hepática. En múltiples modelos multivariados ha surgido como el mejor predictor; una revisión sistemática de 118 estudios lo reconoció como el más común predictor de mortalidad en dos tercios de los estudios. Mientras tanto, múltiples series clínicas que incluyen albúmina, bilirrubina, ascitis, encefalopatía y tiempo de protrombina han demostrado ser predictores independientes (58). Una de las razones de su uso se basa en que puede demostrar insuficiencia

hepatocelular e hipertensión portal clínica. En las etapas compensadas de la cirrosis hepática, las variables bioquímicas que integran el puntaje mantienen su capacidad predictiva aun en ausencia de signos clínicos. En contextos de cirrosis hepática descompensada, la clasificación se vuelve más relevante, informando simultáneamente sobre el deterioro de la función hepática y la presencia de complicaciones indicativas de peor pronóstico. En la práctica clínica, el método de Child-Pugh se sigue utilizando y se sigue validando en estudios de investigación para estimar el riesgo y el pronóstico en pacientes con cirrosis hepática. Su uso en estudios con fines predictivos sigue siendo metodológicamente adecuado, ya que permite la comparación entre estudios y proporciona un marco clínico interpretable en la práctica clínica (58).

### **MELD-Na**

El MELD-Na representa una modificación del modelo para enfermedad hepática terminal (MELD), que incorpora la concentración sérica de sodio con el objetivo de optimizar la predicción de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática. La hiponatremia, asociada con alteraciones hemodinámicas en la cirrosis hepática avanzada, constituye un indicador independiente de mortalidad en pacientes en lista de espera para el trasplante hepático. Investigaciones retrospectivas y prospectivas han evidenciado que el riesgo de mortalidad en la lista de espera se incrementa

en un 12% por cada mmol/L, mientras que el sodio sérico se reduce entre 120 y 135 mmol/L.

Biggins et al. (54) elaboraron el MELD-Na, un modelo que integra el sodio sérico en la ecuación original del MELD y que logra una predicción más precisa de la supervivencia a 6 meses en pacientes con cirrosis hepática. Tras. La ecuación del MELD-Na fue modificada, estableciendo límites inferiores y superiores para el sodio sérico (125 y 140 mmol/L, respectivamente). Este nuevo modelo mejoró en la predicción de la mortalidad a corto plazo, especialmente en pacientes con MELD < 30 (59).

El MELD-Na ha evidenciado su utilidad particular en pacientes con cirrosis hepática descompensada y MELD bajo, en los que la hiponatremia constituye un indicador significativo de riesgo de mortalidad. Ruf et al. y Biggins et al. evidenciaron que la incorporación de sodio sérico en el modelo MELD optimiza su habilidad para predecir la mortalidad en la lista de espera. Adicionalmente, se ha evidenciado que el MELD-Na supera al MELD en la predicción de salida de la lista a los tres meses, posicionándose como el predictor más eficaz de dropout (60).

Pese a sus ventajas, el MELD-Na presenta ciertas restricciones, tales como la variabilidad interlaboratorial en la determinación del sodio sérico y su potencial alteración por intervenciones terapéuticas, tales como la administración de diuréticos o la ampliación del volumen plasmático

(59,61). No obstante, su competencia en la optimización de la predicción de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática avanzada lo ha hecho valioso en la evaluación y priorización para el trasplante hepático.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**Cirrosis:** Enfermedad crónica y progresiva del hígado, ocasionada por fibrosis diseminada y nódulos regenerativos que distorsionan la morfología del hígado, lo que provoca hipertensión portal e insuficiencia hepatocelular; finalmente conduce a complicaciones e ingresos hospitalarios repetidos (10,50).

**Cirrosis compensada:** Etapa de la cirrosis en la que no se han producido complicaciones mayores de hipertensión portal o insuficiencia hepatocelular (p. ej., ascitis, hemorragia variceal, encefalopatía o ictericia clínicamente significativa). (50)

**Cirrosis descompensada:** Fase en la que ya se observan signos clínicos evidentes de descompensación; los más comunes son ascitis, hemorragia (generalmente variceal), encefalopatía e ictericia. Tras el primer episodio, la historia natural es hacia la muerte o el trasplante. (10)

**Hipertensión portal:** Aumento anormal de la presión en el sistema portal, siendo la principal causa la cirrosis y causante de complicaciones severas como ascitis, hemorragia por várices gastroesofágicas y encefalopatía. (53)

**Hipertensión portal clínicamente significativa (CSPH):**

Hipertensión portal de importancia clínica porque se asocia a mayor riesgo de descompensación y complicaciones relacionadas con la hipertensión portal; los consensos actuales sugieren identificarla con métodos invasivos o no invasivos cuando estén disponibles. (50)

**Ascitis:** Acumulación anormal de líquido en el espacio peritoneal; hallazgo clínico más frecuente de la cirrosis (62).

**Ascitis refractaria:** Ascitis que no responde a tratamiento médico habitual (restricción de sodio y diuréticos) o que recurre precozmente tras paracentesis terapéutica; es la forma de descompensación más severa (62).

**Hemorragia digestiva alta variceal:** Sangrado de tubo digestivo alto por várices gastroesofágicas hipertensivas en cirrosis hepática; es una urgencia y una forma aguda de descompensación (53).

**Encefalopatía hepática (EH):** Síndrome neuropsiquiátrico que se desarrolla en el contexto de insuficiencia hepática y/o derivación portosistémica, y que se manifiesta con un amplio espectro de alteraciones neuropsiquiátricas que oscilan entre alteraciones cognitivas sutiles y el coma (52).

**Peritonitis bacteriana espontánea (PBE):** Infección del líquido peritoneal en pacientes con cirrosis hepática y ascitis sin evidencia de fuente intraabdominal quirúrgica; asociado con alta morbilidad y riesgo de falla orgánica. (54,62)

**Síndrome hepatorenal (HRS):** Insuficiencia renal funcional que se desarrolla en pacientes con cirrosis hepática avanzada y alteración circulatoria sin enfermedad estructural renal subyacente y de mal pronóstico que necesita un manejo específico (62).

**Child-Pugh (clasificación de severidad):** Sistema de puntuación para determinar la gravedad y el pronóstico de la cirrosis hepática, que tiene en cuenta bilirrubina, albúmina, INR/tiempo de protrombina, ascitis y encefalopatía en grados A, B y C (de menor a mayor gravedad) (63).

**MELD (Model for End-stage Liver Disease):** Puntaje pronóstico que emplea principalmente variables de laboratorio (p. ej., bilirrubina, INR y creatinina) para estimar la gravedad y el riesgo de muerte, siendo ampliamente utilizado para la priorización de trasplante (59).

**MELD-Na:** Adaptación del MELD que incorpora el sodio sérico para mejorar la capacidad predictiva en cirrosis hepática avanzada, ya que la hiponatremia es un indicador de alteración circulatoria y mal pronóstico (54,59).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de la investigación es observacional, no experimental, retrospectivo, transversal y descriptivo.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.2.1. Población**

La población estuvo conformada por 296 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025, de los cuales se eliminaron 66 registros por repetición del mismo paciente en el periodo establecido, de estas se excluyeron 27 historias clínicas, 17 por historia incompleta o exámenes de laboratorio no disponible y 10 historias sin confirmación definitiva de cirrosis hepática. Quedando 206 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y criterios de exclusión. Dado que se trabajó con la totalidad de la población accesible elegible, no se realizó muestreo.

##### **3.2.2. Criterios de selección**

###### **Criterios de inclusión:**

- a. Pacientes hospitalizados con diagnóstico clínico, laboratorial y/o ecográfico de Cirrosis hepática.
- b. Pacientes mayores de 18 años al momento de ingreso.

**Criterios de exclusión:**

- a. Historias clínicas incompletas que no contengan la información necesaria para el análisis de las variables principales.
- b. Registros duplicados correspondientes a un mismo paciente hospitalizado en más de una ocasión durante el periodo de estudio, considerando únicamente el primer ingreso para evitar sesgos de dependencia estadística.

### 3.3. VARIABLES

#### 3.3.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	CATEGORÍA	TIPO	ESCALA
Epidemiológica	Edad	1 = 18–29 años, 2 = 30–39 años, 3 = 40–49 años, 4 = 50–59 años, 5 = 60–69 años, 6 = 70–79 años, 7 = 80–89 años, 8 = ≥90 años, 9 = NC	Cualitativa	Ordinal
	Sexo	1 = Masculino, 0 = Femenino, 9 = NC	Cualitativa	Nominal
	Procedencia	1 = Tacna, 2 = Gregorio Albarracín 3= Alto de la alianza, 4= Ciudad Nueva, 5= otra region, 9 = NC	Cualitativa	Nominal
	Año de hospitalización	2022, 2023, 2024, 2025	Cualitativa	Ordinal
	Hospitalización previa	1 = Sí, 0 = No, 9 = NC	Cualitativa	Nominal
Clínica	Tiempo de enfermedad	• < 1 año, • 1–5 años, • 6–10 años, • > 10 años, • NC	Cualitativa	Ordinal
	Comorbilidades	Diabetes mellitus tipo 2 (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
		Obesidad (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
		Hipertensión arterial (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
		Dislipidemia (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
		Enfermedad renal crónica (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
		EPOC/Asma (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
		VIH (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
		Tuberculosis (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
		Otras comorbilidades (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Ninguna comorbilidad (1 = Sí, 0 = No)	Cualitativa	Nominal	
	Número de comorbilidades	0, 1, 2, 3, ≥4, NC	Cuantitativa	Razón
	Etiología	1 = Alcohol, 2 = MASLD/MASH, 3 = VHC, 4 = VHB, 5 = Autoinmune/colestásica, 6 = Otras, 7 = Indeterminada, 9 = NC	Cualitativa	Nominal
Motivo de hospitalización	1 = HDA por HTP, 2 = Ascitis/PBE, 3 = Encefalopatía, 4 = Infección no peritoneal/sepsis, 5 = Hidrotórax, 6 = Ictericia/colestasis, 7 = Otras, 9 = NC	Cualitativa	Nominal	

Complicaciones durante la hospitalización	Ascitis (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Encefalopatía (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Hemorragia digestiva alta (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Ictericia (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Coagulopatía (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Peritonitis bacteriana espontánea (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Infección no peritoneal (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Síndrome hepatorenal (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Síndrome hepatopulmonar (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Hidrotórax hepático (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Hepatocarcinoma (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
	Falla hepática aguda sobre crónica (1 = Sí, 0 = No, 9 = NC)	Cualitativa	Nominal
Grado de ascitis	1 = Leve, 2 = Moderada, 3 = Severa, 9 = NC	Cualitativa	Ordinal
Grado de encefalopatía	I, II, III, IV, 9 = NC	Cualitativa	Ordinal
Grado de ACLF	0 = No, 1 = Grado 1, 2 = Grado 2, 3 = Grado 3, 9 = NC	Cualitativa	Ordinal
Severidad (Child-Pugh)	A (5–6), B (7–9), C (10–15), 9 = NC	Cualitativa	Ordinal
Severidad (MELD-Na)	1 = 0–9, 2 = 10–19, 3 = 20–29, 4 = 30–39, 5 = ≥40, 9 = NC	Cualitativa	Ordinal
Egreso hospitalario	Estancia hospitalaria 0= menor a 9 días, 1= mayor o igual a 9 días	Cualitativa	Nominal
	Condición de egreso 0 = Vivo, 1 = Fallecido, 9 = NC	Cualitativa	Nominal

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO**

#### **3.4.1. Técnica**

La técnica que se utilizó es la recolección de datos de las historias clínicas de pacientes hospitalizados por Cirrosis hepática en el hospital Hipólito Unanue de Tacna que cumplieron con los criterios mencionados anteriormente.

#### **3.4.2. Instrumento**

Se empleó una ficha de recolección de datos con las variables a estudiar. Se realizó la revisión de las historias clínicas exclusivamente de pacientes diagnosticados con Cirrosis hepática durante el periodo comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2025. Los datos pertinentes fueron transferidos al instrumento de investigación, tal como se detalla en el Anexo 1.

#### **3.4.3. Validez del instrumento**

La validez de contenido de la ficha de recolección de datos fue revisada mediante juicio de expertos, contando con la participación de tres especialistas con experiencia en el área clínica y en metodología de la investigación. Los expertos evaluaron la pertinencia, claridad, coherencia y suficiencia de los ítems en relación con las variables y objetivos del estudio. Con base en sus observaciones y sugerencias, se realizaron los ajustes

necesarios antes de definir la versión final del instrumento. Las fichas de validación debidamente firmadas se adjuntan en la sección de anexos.

### **3.5. ACCIONES Y ACTIVIDADES**

Como primera etapa, se realizó una revisión bibliográfica sobre cirrosis hepática, incluyendo antecedentes internacionales, nacionales y locales, así como fundamentos teóricos relacionados con su fisiopatología, etiología, manifestaciones clínicas, complicaciones y principales puntajes de severidad, como Child-Pugh y MELD-Na.

Posteriormente, se elaboró una ficha de recolección de datos estructurada en dos secciones. La primera correspondió a las características epidemiológicas, que incluyeron edad, sexo, procedencia, lugar de nacimiento, año de hospitalización, antecedente de hospitalización previa y grado de instrucción. La segunda comprendió las características clínicas, tales como tiempo de enfermedad, comorbilidades, etiología, motivo de hospitalización, complicaciones —incluyendo ascitis, encefalopatía hepática, coagulopatía y falla hepática aguda sobre crónica (ACLF)—, valores de laboratorio, puntajes de severidad, estancia hospitalaria y condición de egreso.

La validez de contenido de la ficha de recolección de datos fue establecida mediante juicio de expertos, con la participación de tres especialistas con experiencia en el área clínica y en metodología de la

investigación. Ellos evaluaron la pertinencia, claridad, coherencia y suficiencia de los ítems en relación con las variables y objetivos del estudio. A partir de sus observaciones y sugerencias, se realizaron los ajustes necesarios antes de definir la versión final del instrumento. Las fichas de validación debidamente firmadas se adjuntan en la sección de anexos.

Luego, el proyecto fue sometido a revisión por la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Las observaciones formuladas fueron subsanadas antes de continuar con el trámite de aprobación institucional y ética. Posteriormente, se obtuvo la autorización correspondiente para la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática durante el periodo 2022–2025.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante revisión documental de historias clínicas, utilizando la ficha previamente elaborada. La información fue registrada de manera sistemática y uniforme, con la finalidad de reducir errores de extracción y mantener consistencia en el registro de las variables. En una etapa posterior, se verificó la consistencia de los datos recolectados y se excluyeron los registros incompletos, inconsistentes o que no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Finalmente, se elaboró la base de datos y se procedió al análisis estadístico correspondiente.

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos recolectados fueron ingresados en una base electrónica en Microsoft Excel, donde se realizó una depuración inicial para identificar registros duplicados, inconsistencias y campos vacíos. Posteriormente, la base fue exportada al programa IBM SPSS Statistics para su análisis.

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo. Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas, como los días de estancia hospitalaria, se emplearon medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó media y desviación estándar cuando la distribución de los datos lo permitió, y mediana con rango intercuartílico cuando los datos no presentaron distribución simétrica.

Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos descriptivos. Dado que el objetivo del estudio fue caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, no se realizaron pruebas de hipótesis ni análisis inferencial.

### **3.7. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio fue observacional, retrospectivo y basado en revisión de historias clínicas, sin intervención sobre los pacientes ni modificación de la atención brindada, por lo que se consideró de riesgo mínimo. La investigación se desarrolló respetando los principios éticos para

la investigación en seres humanos, en concordancia con la Declaración de Helsinki y la normativa institucional vigente.

Se contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación y con la autorización administrativa del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Para preservar la confidencialidad, los registros fueron codificados y no se incluyeron datos de identificación directa, como nombres, documento nacional de identidad o dirección. Asimismo, la base de datos fue resguardada con acceso restringido.

Debido a que se trató de una investigación con fuentes secundarias y sin contacto directo con los pacientes, se solicitó la dispensa del consentimiento informado, de acuerdo con la evaluación del comité de ética. Los resultados fueron presentados de manera agrupada, sin posibilidad de identificación individual.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. RESULTADOS**

Durante el periodo 2022–2025, se registraron 296 pacientes registrados con diagnóstico de cirrosis hepática del Departamento de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de. Tras eliminar 66 registros duplicados (pacientes hospitalizados en más de una ocasión durante el periodo de estudio), se obtuvo un total de 230 historias clínicas únicas. De estas, se excluyeron 27 historias porque 17 historias clínicas presentaban información incompleta o exámenes de laboratorio no disponibles y 10 historias no tenían diagnóstico confirmado de cirrosis hepática según los criterios establecidos en la metodología. Finalmente, se incluyeron 203 pacientes que cumplieron con todos los criterios de selección, constituyendo la muestra final del estudio.

**TABLA N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN ANUAL DE HOSPITALIZACIONES POR CIRROSIS**  
**HEPÁTICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

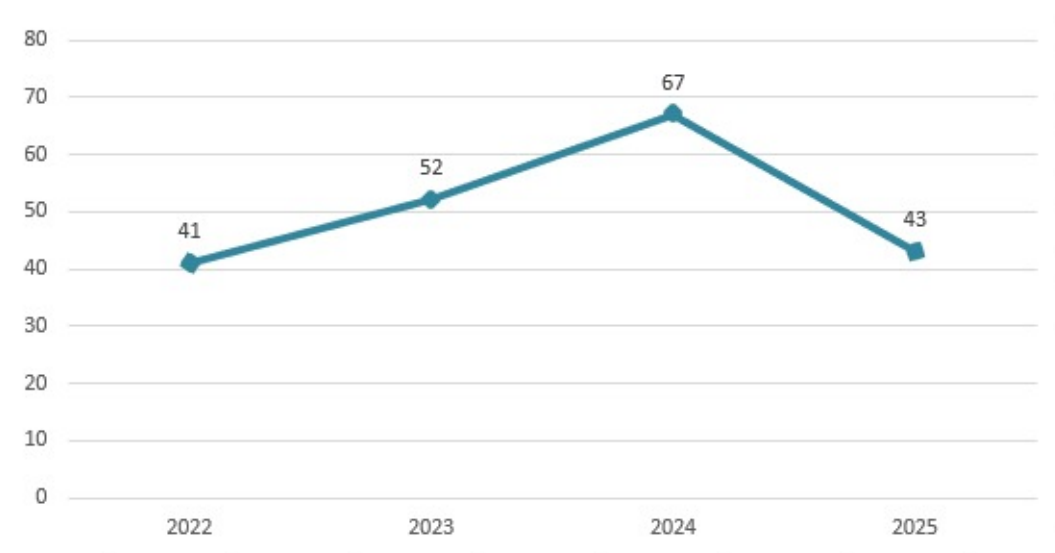
Año	Total	Porcentaje (%)
2022	41	20,2
2023	52	25,6
2024	67	33
2025	43	21,2
Total	203	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N°01 muestra la distribución de los pacientes según el año de hospitalización con un predominio de ingresos en 2024, con 67 casos (33,0% del total), seguido de 2023 con 52 pacientes (25,6%) y 2022 con 41 (20,2%). El año 2025 registró 43 hospitalizaciones (21,2%).

**GRÁFICO N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN ANUAL DE HOSPITALIZACIONES POR CIRROSIS**  
**HEPÁTICA Y CONDICIÓN DE EGRESO EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,**  
**2022-2025**



Fuente: Tabla N°01

**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

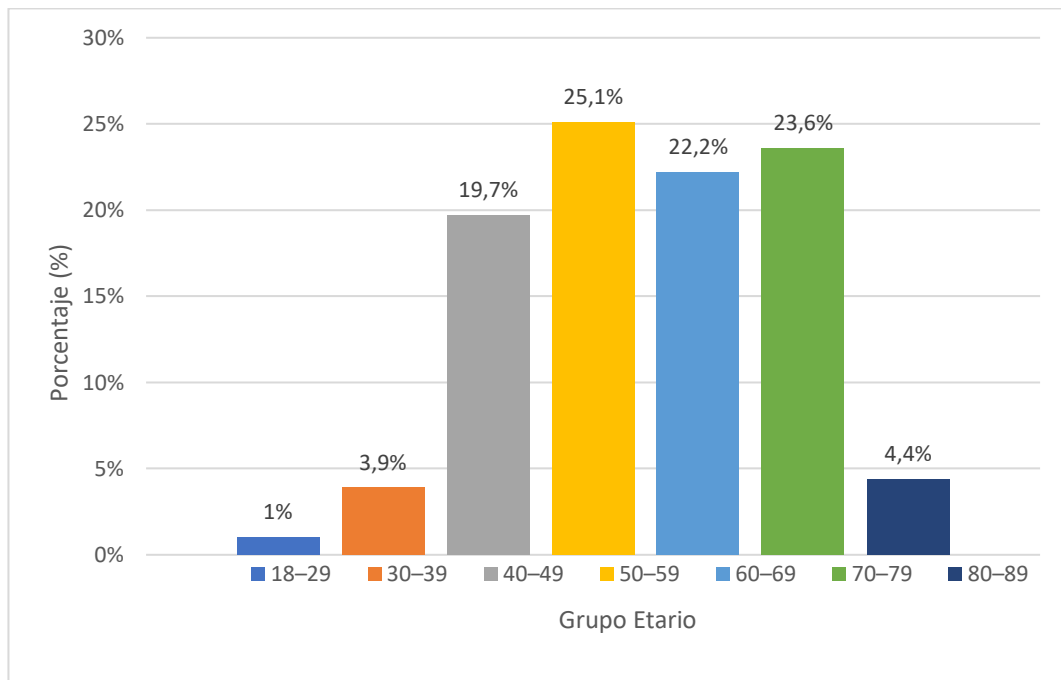
Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
18–29	2	1
30–39	8	3,9
40–49	40	19,7
50–59	51	25,1
60–69	45	22,2
70–79	48	23,6
80–89	9	4,4
Total	203	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N°02 se observa que la mayoría de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática se concentra en los grupos etarios de 50 a 59 años (25,1%), 70 a 79 años (23,6%) y 60 a 69 años (22,2%), lo que representa en conjunto el 70,9% de la población. Los grupos de 40 a 49 años representan el 19,7%, mientras que los extremos (18-29 años, 30-39 años y 80-89 años) tienen frecuencias bajas, con 1%, 3,9% y 4,4% respectivamente. Esta distribución indica un predominio de pacientes de mediana edad y adultos mayores.

**GRÁFICO N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**



Fuente: Tabla N°02

**TABLA N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

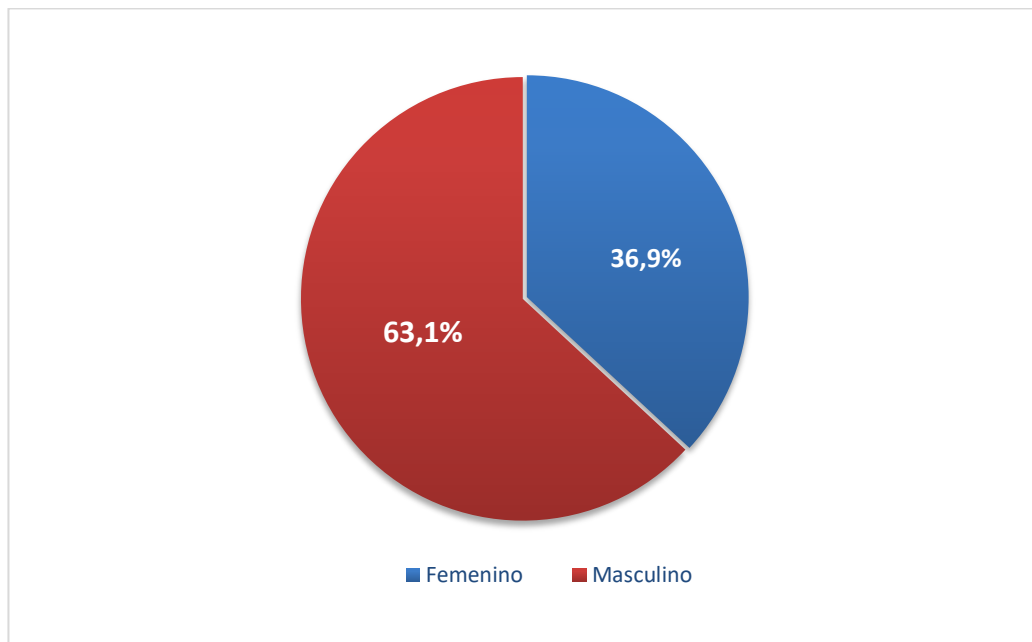
SEXO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	75	36,9
Masculino	128	63,1
Total	203	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

En la Tabla N°03 se observa un claro predominio del sexo masculino, con 128 pacientes (63,1%), mientras que el sexo femenino representa 75 pacientes (36,9%).

**GRÁFICO N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**



Fuente: Tabla N°03.

**TABLA N° 4**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA EN LOS**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

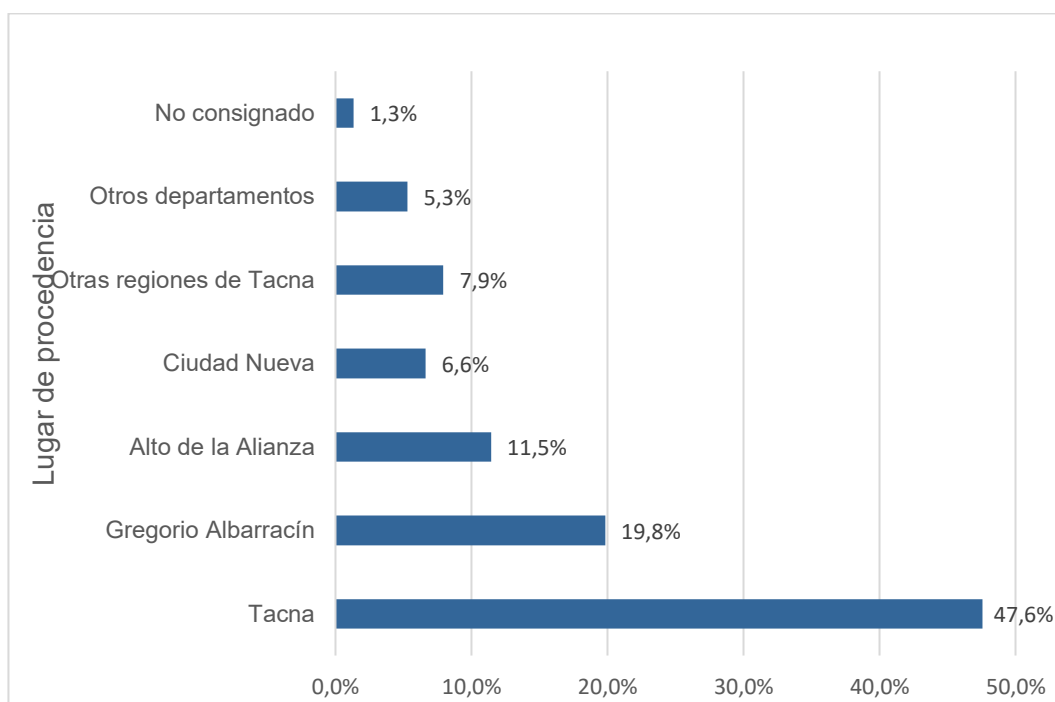
Procedencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tacna	96	47,6
Gregorio Albarracín	40	19,8
Alto de la Alianza	24	11,5
Ciudad Nueva	12	6,6
Otras regiones de Tacna	16	7,9
Otros departamentos	12	5,3
No consignado	3	1,3
Total	203	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

En la Tabla N° 04 se observa que la mayoría de los pacientes proceden de la ciudad de Tacna, con un 47,6%. Le siguen los distritos de Gregorio Albarracín (19,8%), Alto de la Alianza (11,5%) y Ciudad Nueva (6,6%). El 7,9% proviene de otras regiones de Tacna, el 5,3% de otros departamentos del Perú y solo el 1,3% tiene procedencia no consignada. Esto indica que la población atendida proviene principalmente del área metropolitana de Tacna.

**GRÁFICO N° 4**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA EN LOS**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**



Fuente: Tabla N°04.

**TABLA N° 5**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN HOSPITALIZACIÓN PREVIA POR CIRROSIS**  
**HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–**  
**2025**

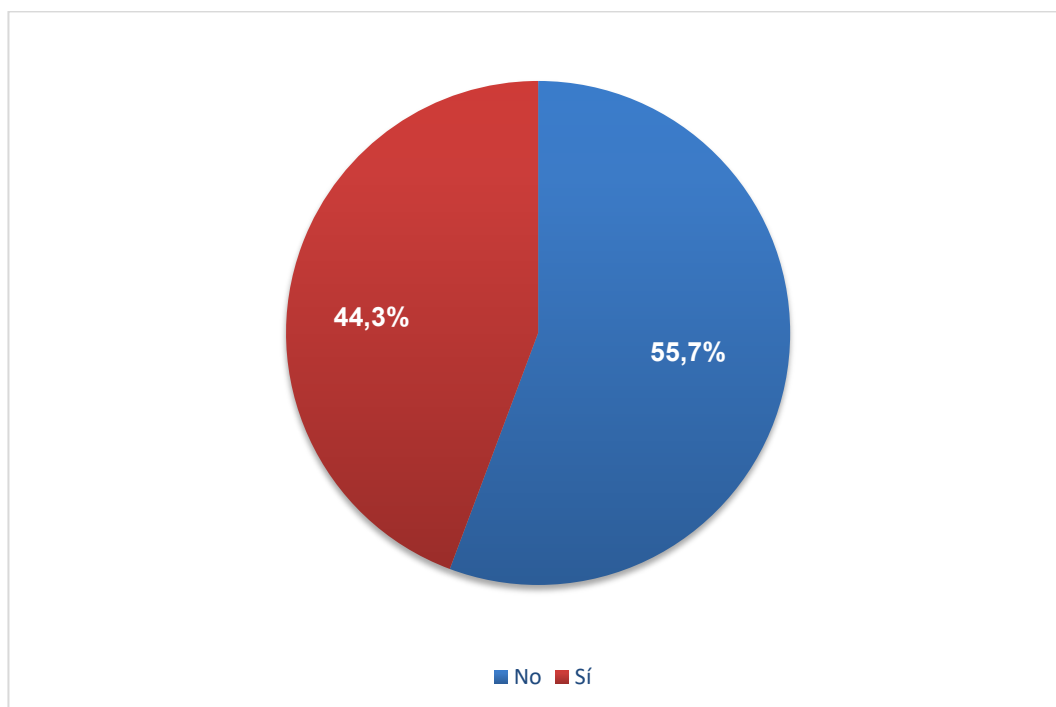
Hospitalización previa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	113	55,7
Sí	90	44,3
Total	203	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

En la Tabla N°05 se observa que 90 pacientes (44,3%) tenían antecedente de al menos una hospitalización previa por cirrosis hepática, mientras que 113 pacientes (55,7%) ingresaban por primera vez. Esto refleja que una proporción importante de los pacientes ya había requerido atención hospitalaria con anterioridad por la misma enfermedad.

**GRÁFICO N° 5**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN HOSPITALIZACIÓN PREVIA EN LOS**  
**PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL**  
**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**



**Fuente:** Tabla N°05.

**TABLA N° 6**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LOS**

**PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL**

**HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

Tiempo de enfermedad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
< 1 año	68	33,5
1–5 años	53	26,1
6–10 años	14	6,9
> 10 años	3	1,5
No consignado	65	32,0
Total	203	100

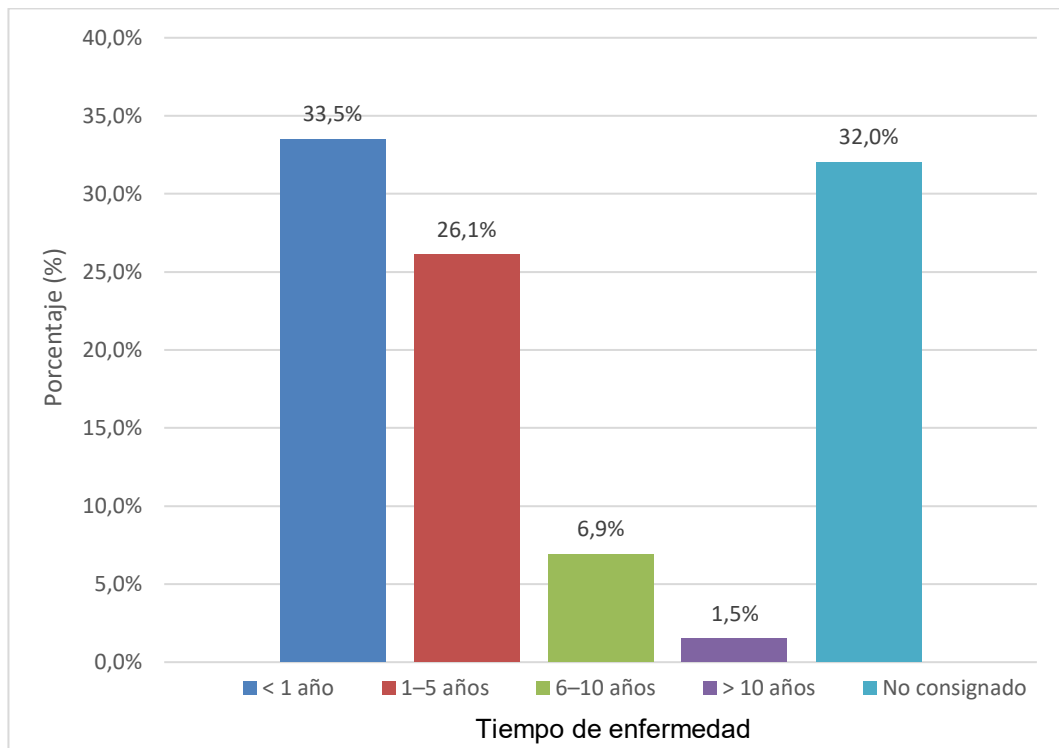
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

En la Tabla N° 06 se presenta la distribución de los pacientes según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cirrosis hepática hasta la hospitalización actual. Se observa que 68 pacientes (33,5%) tenían menos de un año de diagnóstico, 53 pacientes (26,1%) tenían entre 1 y 5 años, 14 pacientes (6,9%) tenían entre 6 y 10 años y solo 3 pacientes (1,5%) tenían más de 10 años de evolución.

### GRÁFICO N° 6

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025



Fuente: Tabla N°06.

**TABLA N° 7**  
**FRECUENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

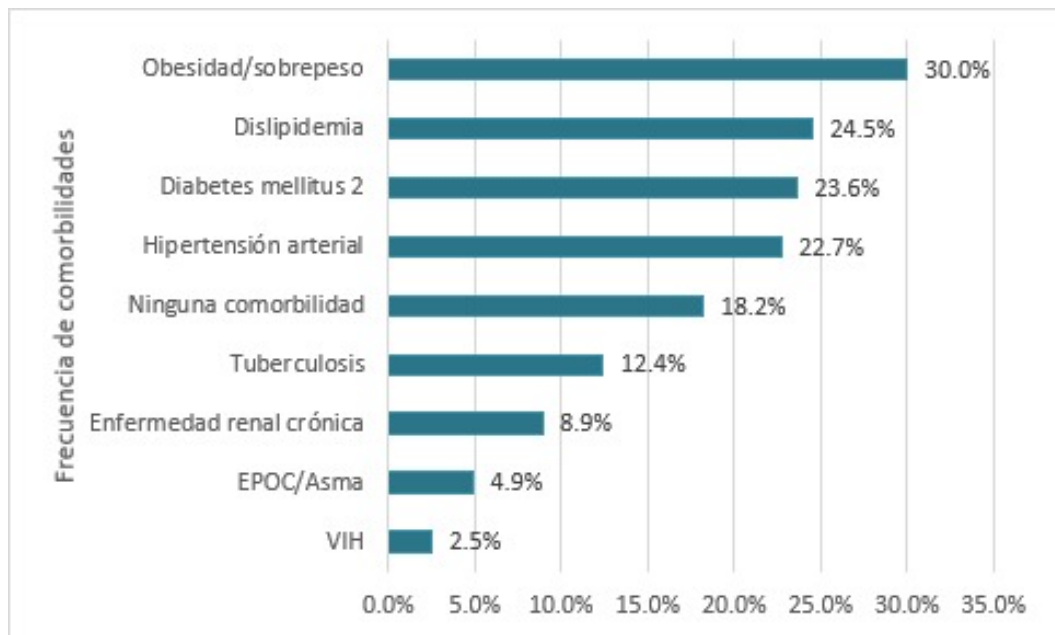
Comorbilidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna comorbilidad	37	18,2
Diabetes mellitus 2	48	23,6
Obesidad	59	30
Hipertensión arterial	46	22,7
Dislipidemia	49	24,5
Enfermedad renal crónica	18	8,9
EPOC/Asma	10	4,9
VIH	5	2,5
Tuberculosis	25	12,4

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 07 muestra las comorbilidades más frecuentes, Las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad en 59 pacientes (30%) seguido de dislipidemia en 49 pacientes (24,5%), diabetes mellitus tipo 2 en 48 pacientes (23,6%) e hipertensión arterial en 46 (22,7%). También destacó el antecedente de tuberculosis (12,4%). Se encontró que 37 pacientes (18,2%) no presentaban ninguna comorbilidad.

**GRÁFICO N° 7**  
**FRECUENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**



**Fuente:** Tabla N°07.

**TABLA N° 8**  
**NÚMERO DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

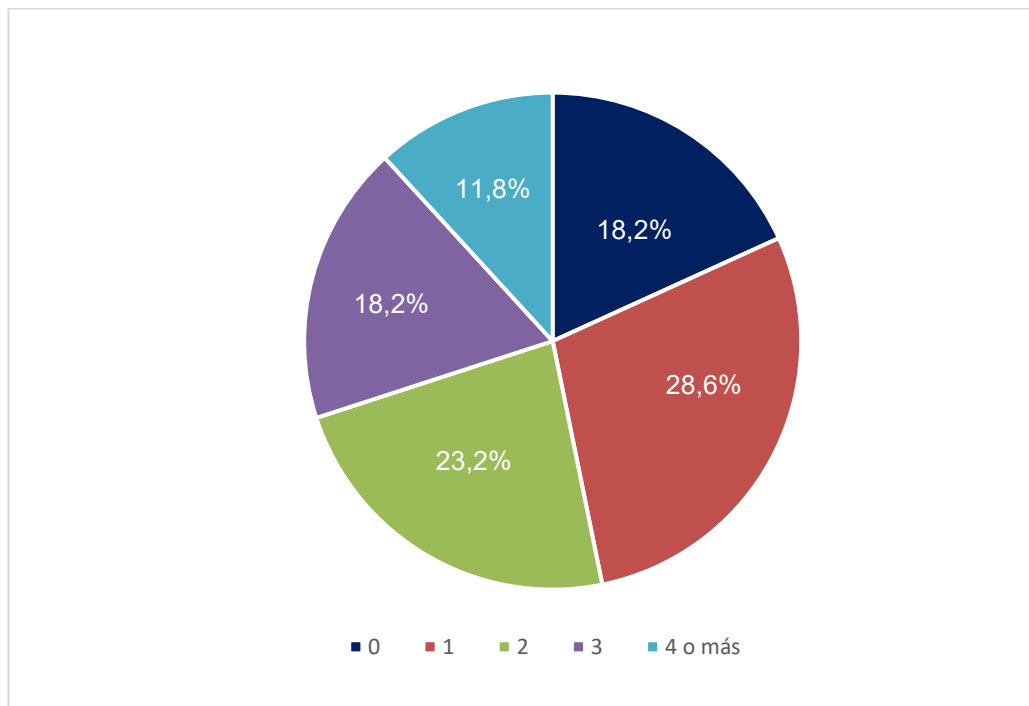
N° comorbilidades	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
(NINGUNO)	37	18,2
1	58	28,6
2	46	23,2
3	37	18,2
4 o más	24	11,8

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 08 muestra que 37 pacientes (18,2%) no presentaban ninguna comorbilidad asociada. Solo una comorbilidad son 58 casos (28,6%), con dos comorbilidades 46 (23,2%). Tres comorbilidades 37 pacientes (18,2%), y 24 (11,8%) presentaban cuatro o más.

**GRÁFICO N° 8**  
**NÚMERO DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**



**Fuente:** Tabla N°08.

**TABLA N° 9**  
**ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alcohol	89	43,8
MASLD/MASH	20	9,9
VHC	10	4,9
VHB	2	1
Autoinmune/colestásica	14	6,9
Otras	8	3,9
Indeterminada/EAD	60	29,6
Total	203	100

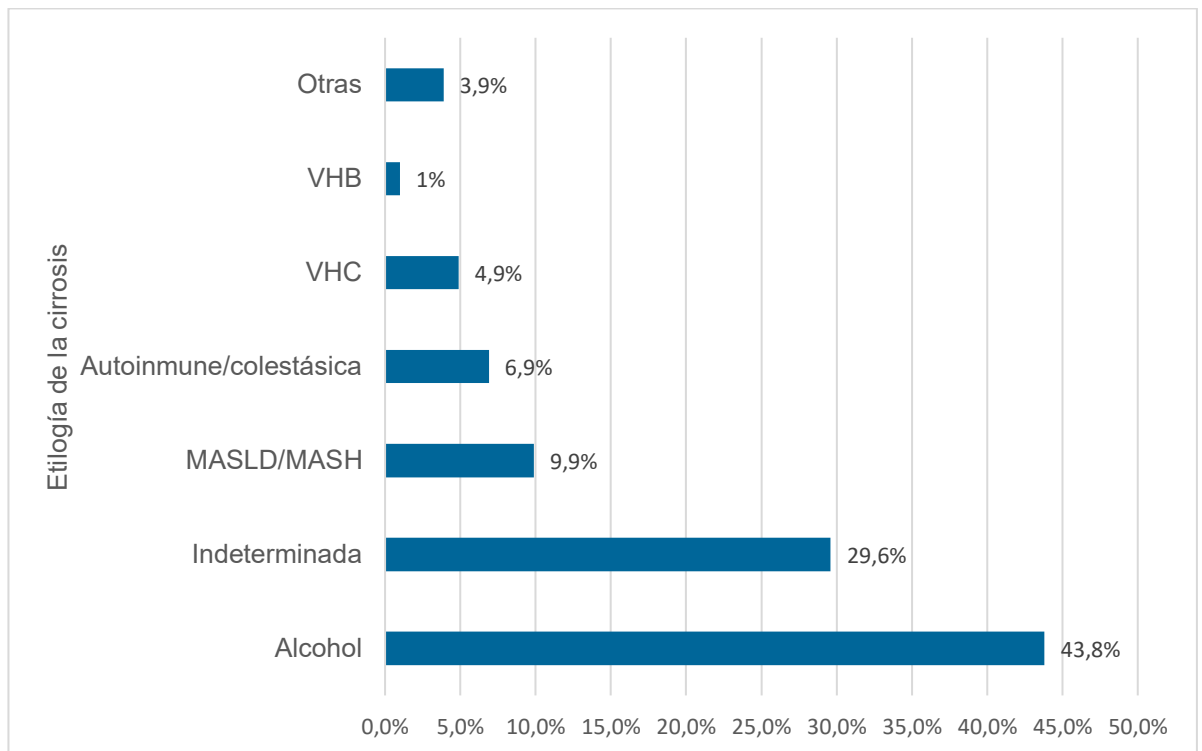
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 09 se presenta la distribución etiológica de la cirrosis hepática en los pacientes estudiados. La causa más frecuente fue el alcohol, con 89 casos (43,8%). Le siguieron las etiologías indeterminadas en 60 pacientes (29,6%), MASLD/MASH en 20 (9,9%), autoinmune/colestásica en 14 (6,9%), VHC en 10 (4,9%), otras causas en 8 (3,9%) y VHB en 2 pacientes (1,0%).

### GRÁFICO N° 9

#### ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025



Fuente: Tabla N°09.

**TABLA N° 10**

**MOTIVO PRINCIPAL DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES**

**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**

**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

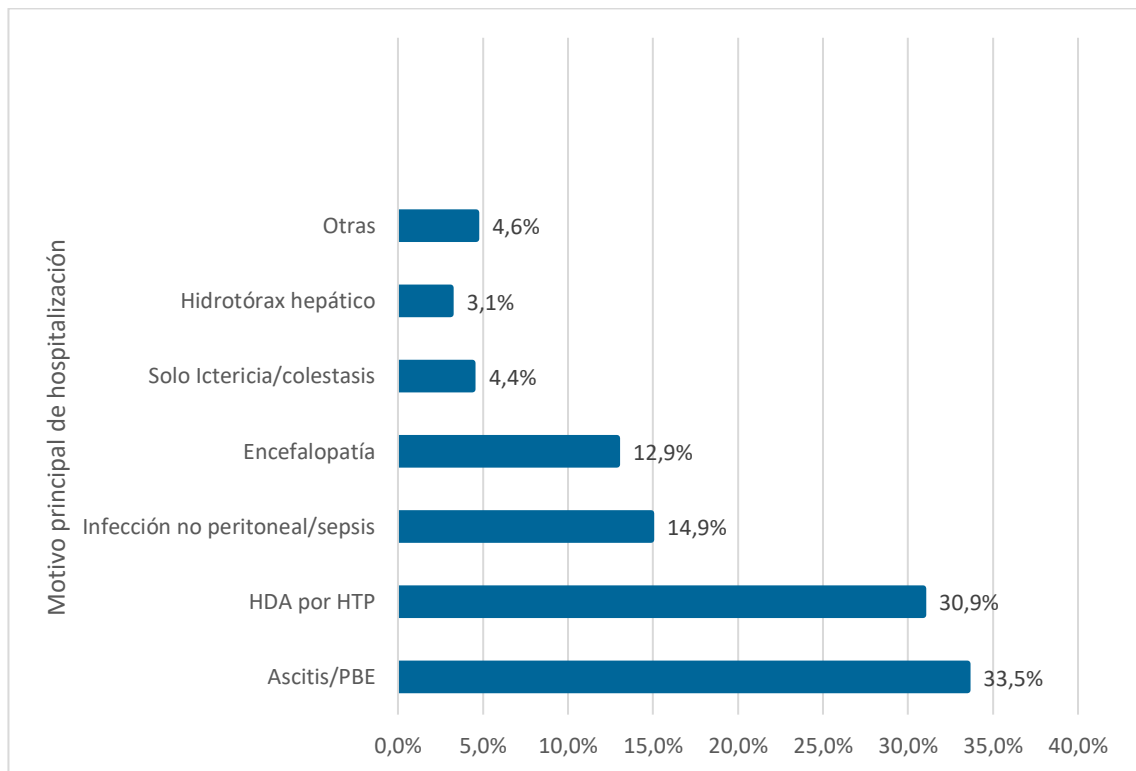
MOTIVO PRINCIPAL	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
HDA por HTP	60	29,6
Ascitis	65	32,0
Encefalopatía	25	12,3
Infección no peritoneal/sepsis	29	14,3
Hidrotórax hepático	6	3,0
Ictericia/colestasis	9	4,4
Otras	9	4,4
Total	203	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 10 se presentan los motivos principales de hospitalización. El motivo más frecuente fue ascitis o peritonitis bacteriana espontánea (PBE), con 65 casos (32,0%), seguido de hemorragia digestiva alta por hipertensión portal (HDA por HTP) en 60 pacientes (29,6%). La infección no peritoneal o sepsis motivó el ingreso en 29 casos (14,3%), mientras que la encefalopatía hepática representó 25 ingresos (12,3%). Otros motivos menos frecuentes fueron ictericia o colestasis aislada (9 casos; 4,4%), hidrotórax hepático (6 casos; 3,0%) y otras causas no especificadas (9 casos; 4,4%).

**GRÁFICO N° 10**  
**MOTIVO PRINCIPAL DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES**  
**HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**



Fuente: Tabla N°10.

**TABLA N° 11****COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN  
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

Complicación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ascitis	124	61,1
Encefalopatía	82	40,4
HDA	68	33,5
Ictericia	65	32
Coagulopatía	94	46,3
PBE	23	11,3
Infección no peritoneal	63	31
SHR/AKI	34	16,7
Hidrotórax	27	13,3
HCC	11	5,4
ACLF	77	37,9

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

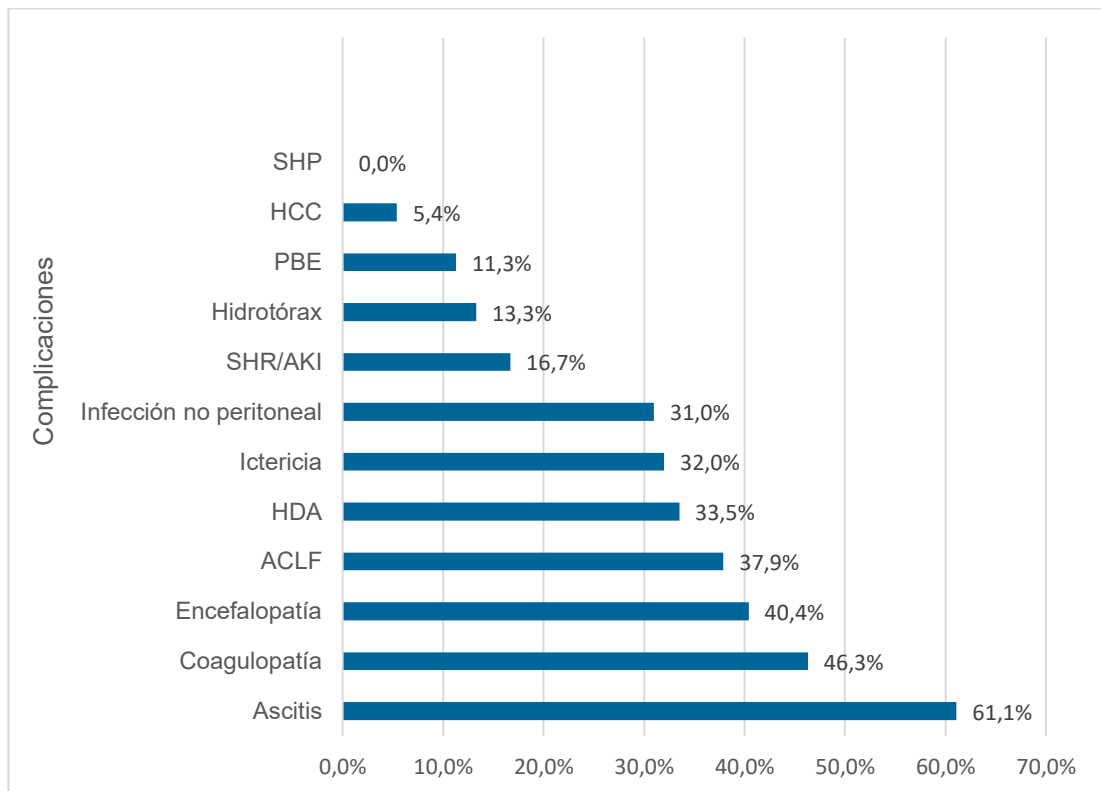
**INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 11 se presenta la frecuencia de complicaciones durante la hospitalización. La complicación más frecuente fue la ascitis, presente en 124 pacientes (61,1%), seguida de coagulopatía en 94 casos (46,3%), encefalopatía en 82 (40,4%) y ACLF en 77 (37,9%). Otras complicaciones

incluyeron hemorragia digestiva alta (HDA) en 68 pacientes (33,5%), ictericia en 65 (32%), infección no peritoneal en 63 (31%), síndrome hepatorenal (SHR/AKI) en 34 (16,7%), hidrotórax hepático en 27 (13,3%), peritonitis bacteriana espontánea (PBE) en 23 (11,3%) y hepatocarcinoma (HCC) en 11 (5,4%).

### GRÁFICO N° 11

#### COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025



Fuente: Tabla N°11.

**TABLA N° 12**  
**GRADOS DE ASCITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON**  
**CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE**  
**TACNA, 2022–2025**

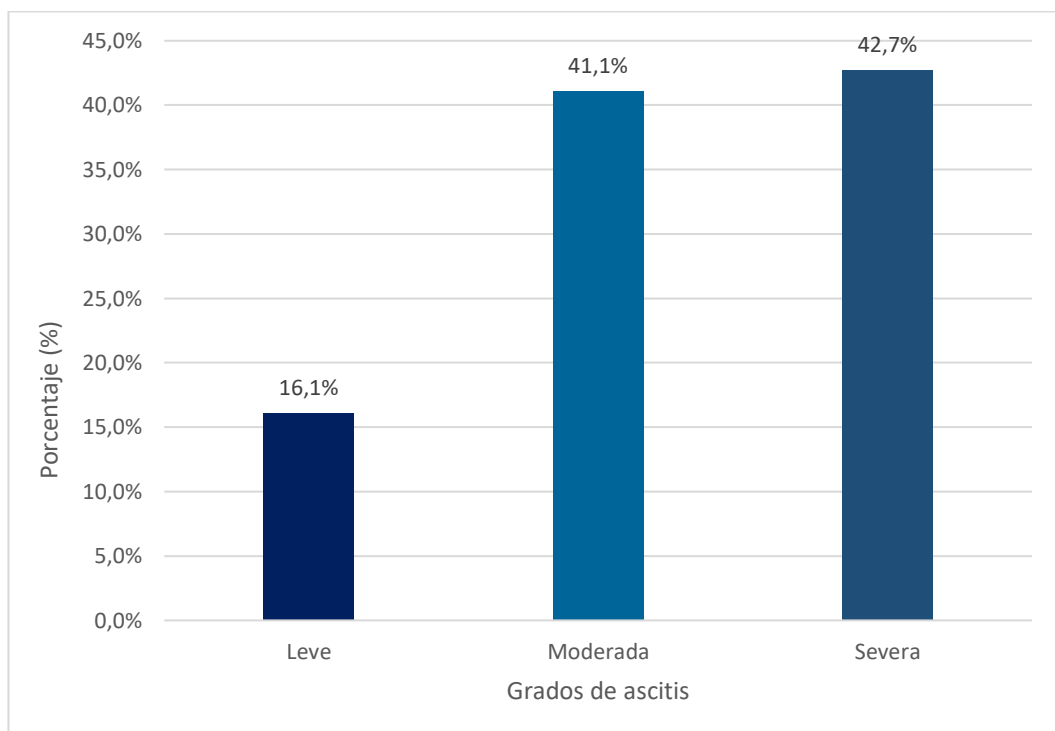
Grado	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Leve	20	16,1
Moderada	51	41,1
Severa	53	42,7
Total	124	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 12 se presenta la distribución de los grados de ascitis en los 124 pacientes que presentaron esta complicación. La ascitis severa fue la más frecuente, con 53 casos (42,7%), seguida de la ascitis moderada en 51 pacientes (41,1%). La ascitis leve se registró en 20 pacientes (16,1%).

**GRÁFICO N° 12**  
**GRADOS DE ASCITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON**  
**CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE**  
**TACNA, 2022–2025**



Fuente: Tabla N°12

**TABLA N° 13**

**GRADOS DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE WEST HAVEN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

Grados	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
I	22	26,8
II	37	45,1
III	23	28
Total	82	100

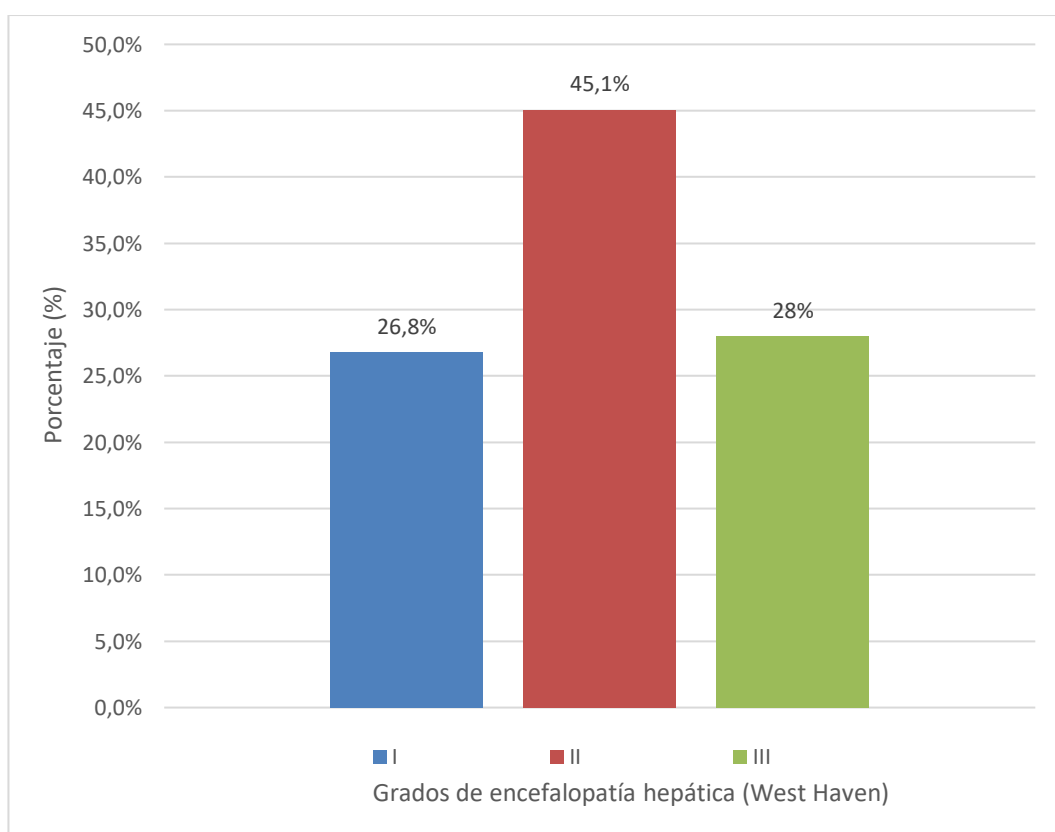
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 13 se presenta la distribución de los grados de encefalopatía hepática según la clasificación de West Haven en los 82 pacientes que presentaron esta complicación durante la hospitalización. El grado más frecuente fue el II, con 37 casos (45,1%), seguido del grado III con 23 pacientes (28,0%) y del grado I con 22 pacientes (26,8%). No se registraron casos de encefalopatía grado IV en la serie. Estos datos reflejan que la mayoría de los pacientes presentó un compromiso neurológico de moderado a severo, siendo el grado II el predominante.

### GRÁFICO N° 13

#### GRADOS DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE WEST HAVEN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025



Fuente: Tabla N°13.

**TABLA N° 14**

**FRECUENCIA Y GRADOS DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE  
CRÓNICA (ACLF) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–  
2025**

Grados	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grado 0 (No)	126	62,1
Grado 1	52	25,6
Grado 2	16	7,9
Grado 3	9	4,4
Total	203	100

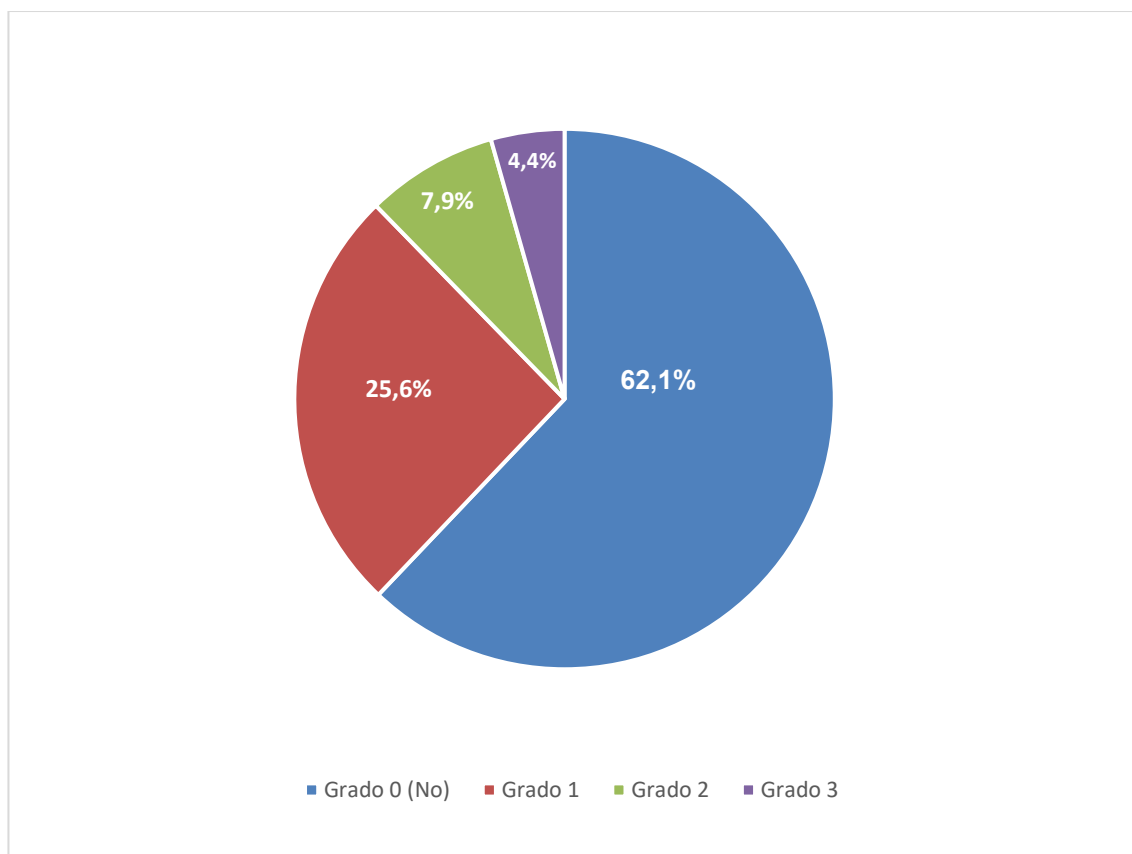
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 14 se presenta la distribución de los pacientes según la presencia y grado de ACLF. De los 203 pacientes, 126 (62,1%) no presentaron ACLF (grado 0). Entre los 77 pacientes con ACLF (37,9%), el grado 1 fue el más frecuente con 52 casos (25,6%), seguido del grado 2 con 16 (7,9%) y el grado 3 con 9 pacientes (4,4%).

**GRÁFICO N° 14**

**FRECUENCIA Y GRADOS DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE  
CRÓNICA (ACLF) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–  
2025**



Fuente: Tabla N°14.

**TABLA N° 15**

**CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA  
SEGÚN SCORE DE CHILD-PUGH AL INGRESO EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
C (10–15 pts)	84	41,4
B (7–9 pts)	88	43,3
A (5–6 pts)	31	15,3
Total	203	100

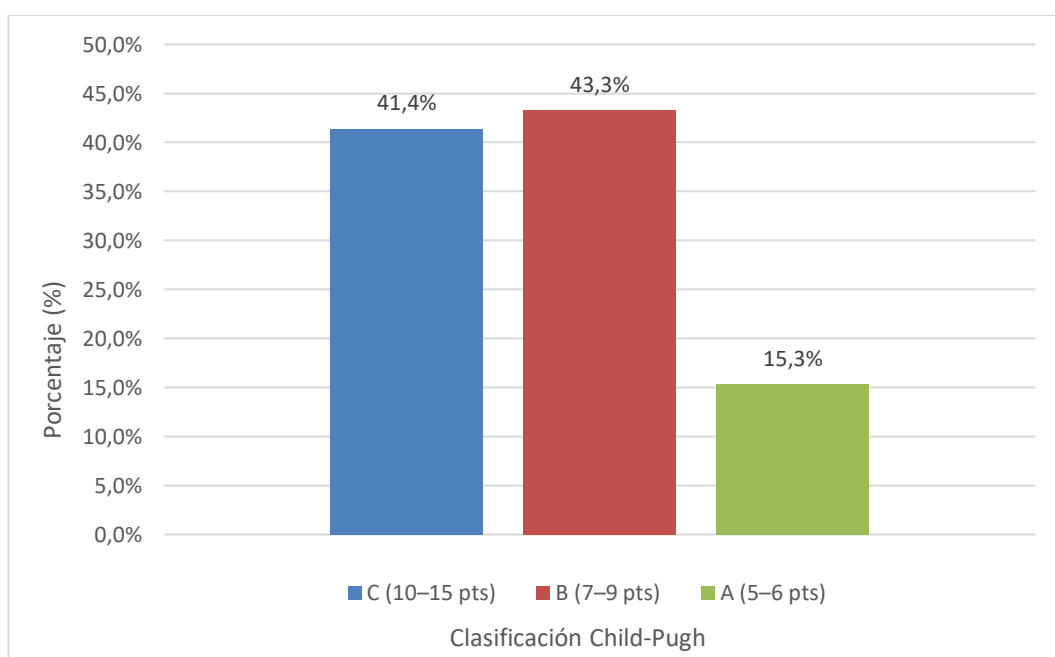
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 15 se presenta la distribución de los pacientes según la clasificación Child-Pugh. La clase B (7–9 puntos) fue la más frecuente, con 88 pacientes (43,3%), seguida de la clase C (10–15 puntos) en 84 pacientes (41,4%). La clase A (5–6 puntos) se observó en 31 pacientes (15,3%).

### GRÁFICO N° 15

#### CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SCORE DE CHILD-PUGH AL INGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025



Fuente: Tabla N°15.

**TABLA N° 16**

**CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA  
SEGÚN SCORE MELD-NA AL INGRESO EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025**

Clasificación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0–9	30	14,8
10–19	96	47,3
20–29	50	24,6
30–39	25	12,3
≥40	2	1
Total	203	100

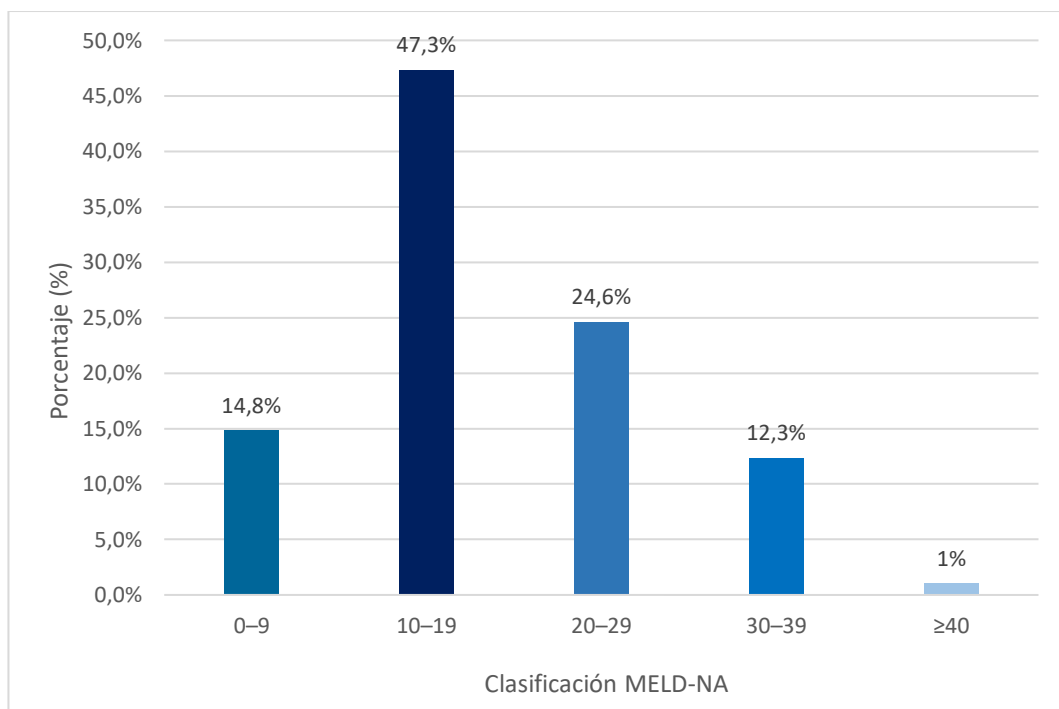
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**INTERPRETACIÓN**

La tabla N° 16 se presenta la distribución de los pacientes según la clasificación MELD-Na. La categoría más frecuente fue 10–19 puntos, con 96 pacientes (47,3%), seguida de 20–29 puntos en 50 casos (24,6%). Las categorías 0–9, 30–39 y ≥40 puntos se observaron en 30 (14,8%), 25 (12,3%) y 2 pacientes (1,0%), respectivamente.

### GRÁFICO N° 16

#### CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SCORE MELD-NA AL INGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022–2025



Fuente: Tabla N°16.

**TABLA N° 17**

**ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON**

**CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE**

**TACNA, 2022–2025**

Estancia Hospitalaria (días)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0–8	73	36,0%
≥9	130	64,0%
Total	203	100,0%

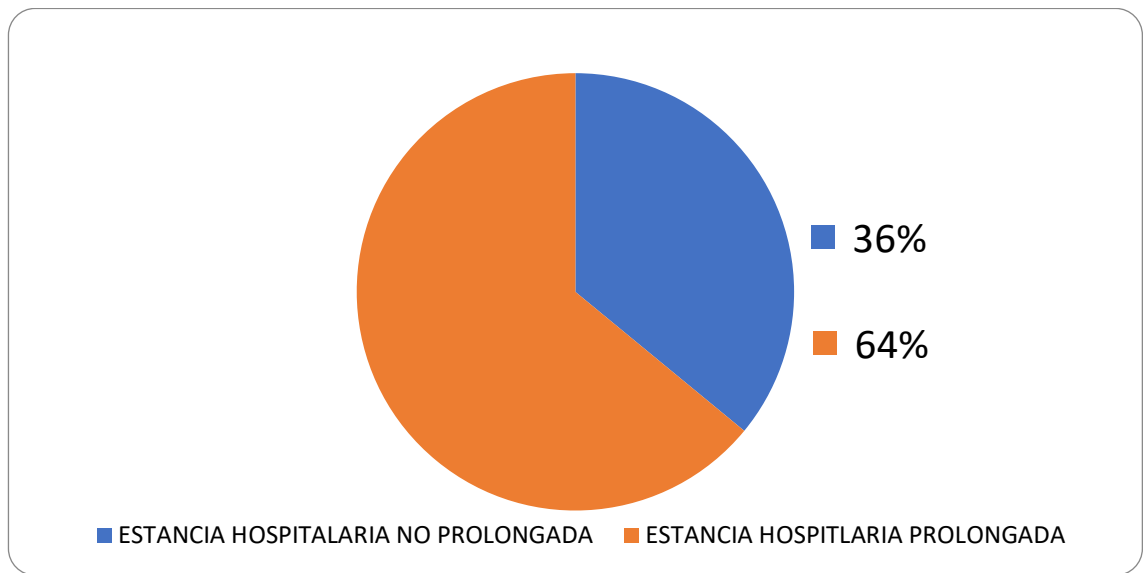
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La Tabla N.° 17 de los 203 pacientes incluidos en el estudio, el 64,0% (n=130) presentó una estancia hospitalaria igual o superior a 9 días, mientras que el 36,0% (n=73) tuvo una estancia entre 0 y 8 días. Estos resultados muestran que la mayoría de los pacientes requirió una hospitalización prolongada, lo que podría reflejar la complejidad clínica de la cirrosis hepática en esta población.

**GRÁFICO N° 17**

**ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON  
CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA, 2022–2025**



Fuente: Tabla N°17.

**TABLA N° 18**  
**CONDICIÓN DE EGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON**  
**CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE**  
**TACNA, 2022–2025**

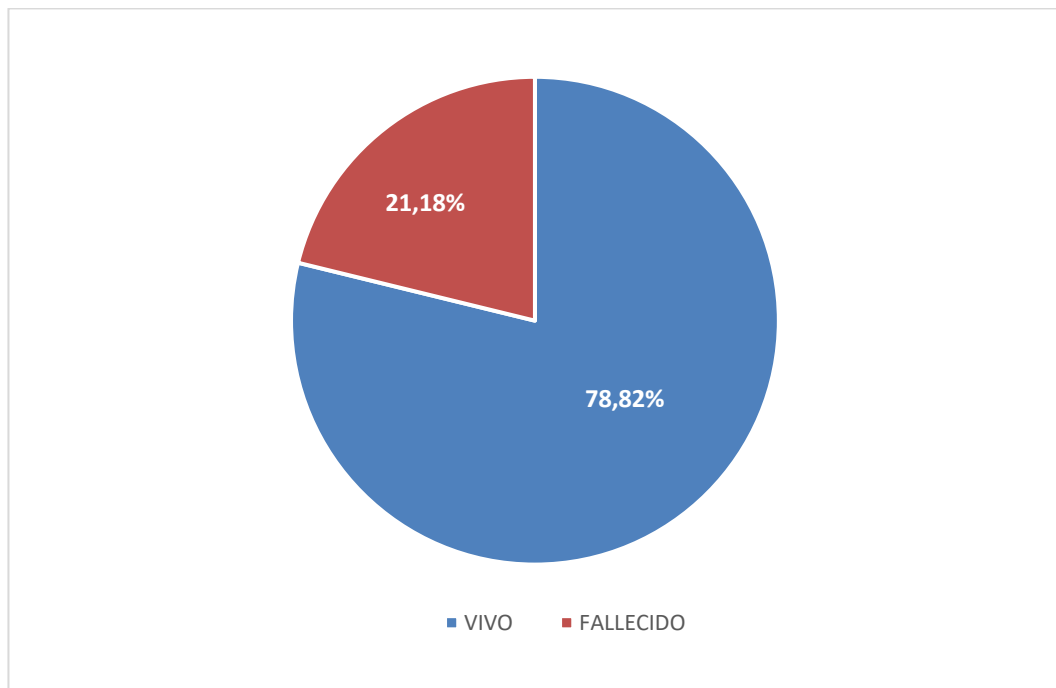
Condición de egreso	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Vivo	160	78,82
Fallecido	43	21,18
Total	203	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **INTERPRETACIÓN**

La Tabla N.º 18 muestra que 160 pacientes (78,82%) egresaron con vida, mientras que 43 pacientes (21,18%) fallecieron durante la hospitalización. Estos resultados indican que, aunque la mayoría presentó egreso favorable, la mortalidad intrahospitalaria fue considerable en la población estudiada.

**GRÁFICO N° 18**  
**CONDICIÓN DE EGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON**  
**CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE**  
**TACNA, 2022–2025**



Fuente: Tabla N°18.

## **4.2. DISCUSION**

La cirrosis hepática constituye una enfermedad crónica de evolución progresiva que, en el ámbito hospitalario, suele manifestarse en fases de descompensación y mayor complejidad clínica. Su comportamiento no depende únicamente del daño hepático acumulado, sino también de la interacción entre la reserva funcional del paciente, las complicaciones asociadas y las comorbilidades que acompañan su evolución. En ese sentido, la discusión de los resultados del presente estudio debe entenderse dentro del contexto de una patología que, en nuestro medio, con frecuencia es identificada cuando ya ha alcanzado estadios avanzados y genera una importante carga pronóstica y asistencial.

**En la Tabla N° 01** se observa que la distribución anual de hospitalizaciones por cirrosis hepática hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo 2022-2025, no siguió un patrón uniforme. El mayor número de ingresos se registró en 2024 (33,0%), seguido de 2023 (25,6%), 2025 (21,2%) y 2022 (20,2%). Este comportamiento permite inferir una carga asistencial sostenida, aunque con oscilaciones entre los años evaluados, destacando el incremento observado en 2024, el cual podría estar relacionado con una mayor demanda de atención, mejor captación de casos o variaciones en las condiciones epidemiológicas de la población atendida.

A nivel internacional, la cirrosis hepática continúa representando una causa importante de hospitalización. En Suiza, Favre-Bulle et al. documentaron entre 1998 y 2020 un incremento progresivo de los ingresos hospitalarios por cirrosis hepática, desde 1631 hasta 4052 casos anuales, lo que evidencia una tendencia ascendente sostenida en la carga asistencial atribuible a esta enfermedad (16). De manera concordante, el consorcio CLEARED confirmó que los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática continúan constituyendo una población numerosa y clínicamente compleja en distintos continentes, reflejando que su impacto sobre los servicios hospitalarios permanece elevado (12). Asimismo, Vorobioff et al., en una encuesta multicéntrica latinoamericana, describieron que la cirrosis hepática descompensada mantiene una presencia relevante en el ámbito hospitalario regional, reafirmando la persistencia de esta patología como motivo frecuente de ingreso (18).

En el contexto peruano, Rojas-Acuña et al. reportaron mediante un análisis ecológico una tendencia ascendente de la morbilidad y mortalidad por cirrosis hepática entre 2004 y 2016, con mayor afectación en la región costa, donde se ubica Tacna; en dicho periodo, la tasa de mortalidad aumentó de 12,1 a 16,3 por 100 000 habitantes (3). De forma similar, Santos y Segura, en Chiclayo, identificaron una mayor concentración de hospitalizaciones durante 2018-2020, con predominio en 2019 (20). Por su parte, Araujo Reyes, en Loreto, también evidenció una demanda

hospitalaria importante por cirrosis hepática, lo que respalda que esta enfermedad continúa generando una carga intrahospitalaria sostenida en diversas regiones del país (25).

En el ámbito local, la comparación con periodos previos del mismo hospital muestra una diferencia evidente. Arucutipa registró 95 hospitalizaciones entre 2013 y 2016, equivalente a 23,8 ingresos por año (8), mientras que Pérez Rosas reportó 80 entre 2018 y 2021, con un promedio anual de 20 ingresos (9). En contraste, en la presente serie se registraron 203 hospitalizaciones en cuatro años, lo que equivale a 50,8 ingresos por año, cifra claramente superior a la observada en etapas previas. Del mismo modo, el pico alcanzado en 2024, con 67 hospitalizaciones, refuerza la impresión de un aumento reciente de la carga hospitalaria por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

En la presente serie, el mayor número de hospitalizaciones se registró en 2024, con 67 casos (33,0%), lo que refuerza la impresión de un aumento reciente de la carga hospitalaria por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Este comportamiento puede interpretarse en relación a la mayor supervivencia de pacientes con enfermedad hepática crónica y la creciente frecuencia de comorbilidades metabólicas. Así mismo, en el ámbito local podrían haber influenciado una mejor identificación de casos, mejor sistema de referencias de pacientes y

mejor registro clínico entre los años evaluados. Este comportamiento adquiere mayor relevancia cuando se contrasta con los antecedentes locales del mismo hospital, ya que Arucutipa, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, reportó 95 hospitalizaciones entre 2013 y 2016, es decir, 23,8 ingresos por año, mientras que Pérez Rosas informó 80 hospitalizaciones entre 2018 y 2021, con un promedio de 20 ingresos por año. En comparación, la presente cohorte acumuló 203 hospitalizaciones en cuatro años, con un promedio de 50,8 ingresos anuales, cifra claramente superior a la observada en periodos previos del mismo establecimiento. Esta diferencia no solo sugiere un incremento sostenido de la carga hospitalaria por cirrosis hepática en el ámbito local, sino también a una intensificación de la demanda asistencial asociada a enfermedad avanzada.

En conjunto, los hallazgos muestran que la carga hospitalaria por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se ha incrementado respecto de periodos previos, alcanzando su valor más alto en 2024. Lo observado guarda coherencia con la tendencia nacional de aumento de la morbimortalidad por esta enfermedad y confirma que la cirrosis hepática continúa siendo una causa relevante de hospitalización en nuestro medio.

**En la tabla 02** se observa que la mayor proporción de pacientes hospitalizados por cirrosis hepática se concentró entre los 50 y 59 años

(25,1%), seguida por los grupos de 70 a 79 años (23,6%) y de 60 a 69 años (22,2%). En conjunto, estos tres estratos reunieron el 70,9% del total de la serie. En contraste, la frecuencia fue marcadamente menor en los extremos etarios, con solo 1% de pacientes entre 18 y 29 años y 4,4% entre 80 y 89 años. Este patrón sugiere que la hospitalización por cirrosis hepática en nuestra población se presenta predominantemente en adultos de mediana edad avanzada y adultos mayores, lo que es coherente con la evolución crónica y acumulativa del daño hepático.

A nivel internacional, los hallazgos muestran una distribución etaria semejante. Vélez et al., en Colombia, reportaron una edad promedio de 64 años en pacientes atendidos por descompensación aguda de cirrosis hepática, con predominio de adultos mayores, hallazgo que se aproxima a la concentración observada en nuestro estudio entre la sexta y octava década de vida (17). De forma concordante, el consorcio CLEARED describió en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática una edad media cercana a los 56 años, lo que confirma que esta enfermedad suele motivar ingreso hospitalario en edades intermedias y avanzadas, más que en población joven (12). Asimismo, Vorobioff et al., en una encuesta multicéntrica latinoamericana de cirrosis hepática descompensada hospitalizada, informaron una edad promedio de 58 años, reforzando que este perfil etario se repite en distintos escenarios hospitalarios de la región (18).

En el ámbito nacional, la tendencia también es similar. Araujo Reyes, en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en Loreto, informó una edad promedio de 59 años, con predominio del grupo entre 50 y 69 años, distribución cercana a la encontrada en la presente serie (25). De igual manera, en un estudio peruano sobre cirrosis hepática descompensada se reportó una edad promedio de 61 años, lo que mantiene la misma orientación hacia edades medias y avanzadas (64). A ello se suma el análisis ecológico de Rojas-Acuña et al., que mostró que la mortalidad por cirrosis hepática en el Perú se concentra principalmente en población de mayor edad, lo que sugiere que la carga clínica de esta enfermedad tiende a expresarse con más intensidad en grupos etarios avanzados (3).

A nivel local, los hallazgos también guardan correspondencia con lo descrito previamente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Arucutipa reportó una edad promedio de 56 años, con predominio de los grupos comprendidos entre 41 y 60 años y entre 61 y 80 años, los cuales representaron la mayor parte de los casos evaluados (8). Esta similitud con la serie actual respalda que, en nuestro medio, la cirrosis hepática que requiere hospitalización afecta principalmente a pacientes en edades avanzadas, más que a adultos jóvenes.

Desde la literatura, este comportamiento resulta esperable, ya que la cirrosis hepática suele ser la consecuencia de una agresión hepática

sostenida durante varios años antes de manifestarse clínicamente con descompensación. Tanto el consumo nocivo de alcohol como las hepatopatías metabólicas y virales requieren, en general, una evolución prolongada para producir fibrosis avanzada y deterioro de la reserva funcional hepática. Además, en edades mayores es más frecuente la coexistencia de comorbilidades que favorecen la descompensación y aumentan la probabilidad de ingreso hospitalario. La baja proporción de pacientes menores de 30 años también es consistente con la historia natural de la enfermedad, pues la cirrosis hepática avanzada en grupos jóvenes suele limitarse a contextos particulares, como etiologías genéticas, autoinmunes o exposición temprana e intensa a factores de riesgo.

En conjunto, la distribución etaria observada indica que la cirrosis hepática hospitalizada en nuestra población se concentra principalmente entre la sexta y séptima década de vida, en concordancia con lo reportado a nivel internacional, nacional y local. Este patrón no solo describe una característica demográfica, sino que también refleja el carácter progresivo y acumulativo del daño hepático, así como la necesidad de enfocar la atención hospitalaria en pacientes con mayor carga de comorbilidad, fragilidad y complejidad clínica.

**En la tabla 03** se evidenció una marcada predominancia del sexo masculino entre los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática, con 128

varones (63,1%) frente a 75 mujeres (36,9%). Este hallazgo indica que, en nuestra población, la cirrosis hepática que requiere hospitalización afecta con mayor frecuencia a los hombres, lo que resulta consistente con la distribución descrita en distintos estudios y sugiere la influencia de patrones diferenciales de exposición a factores de riesgo y de progresión de la enfermedad.

A nivel internacional, diversos estudios han mostrado una mayor carga de cirrosis hepática y de sus desenlaces adversos en varones. En una cohorte poblacional de gran magnitud publicada en JAMA Network Open, los hombres con cirrosis hepática presentaron mayor riesgo de descompensación hepática, carcinoma hepatocelular y necesidad de trasplante en comparación con las mujeres, diferencia que fue más evidente en las etiologías alcohólica y metabólica (65,66). De manera concordante, en Brasil se describió una mortalidad por cirrosis hepática considerablemente mayor en varones que en mujeres, con una razón hombre:mujer de 4,5 en determinadas regiones. En el ámbito latinoamericano, Vorobioff et al. reportaron en una encuesta multicéntrica de 13 países que el 62% de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada correspondía al sexo masculino, proporción muy cercana a la observada en nuestra serie, lo que reafirma que este predominio también se mantiene en poblaciones hospitalarias de la región (18).

En el contexto nacional, los hallazgos conservan la misma orientación. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se reportó una predominancia masculina de 58% en pacientes con cirrosis hepática descompensada (64). De forma similar, Araujo Reyes, en el Hospital Regional de Loreto, encontró que el 62,8% de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática correspondía al sexo masculino, con una relación hombre:mujer de 1,7, dato muy próximo al encontrado en nuestro estudio (25). En conjunto, estos resultados sugieren que en el Perú la cirrosis hepática hospitalizada continúa afectando con mayor frecuencia a varones, reproduciendo el mismo patrón descrito a nivel internacional.

A nivel local, los antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna también muestran una tendencia predominantemente masculina, aunque con ciertas variaciones. Arucutipa reportó una frecuencia de 52,6% de varones en pacientes con cirrosis hepática hospitalizada (8), mientras que Pérez Rosas encontró una distribución más equilibrada, con predominio femenino (55%) sobre el masculino (45%) (9). En la presente serie, el 63,1% de los casos correspondió a varones, proporción que se aproxima más a lo descrito en estudios nacionales e internacionales que a lo hallado en la serie de Pérez Rosas. Esto podría sugerir que, en el periodo actual, el perfil epidemiológico local se encuentra nuevamente más vinculado al patrón clásico de predominio masculino.

Desde la literatura, esta diferencia por sexo suele explicarse por la mayor exposición de los varones a factores de riesgo como el consumo nocivo de alcohol y algunas formas de hepatopatía viral, además de posibles diferencias biológicas en la progresión de la fibrosis y en la respuesta inflamatoria hepática (66,67). En nuestro medio, esta distribución también podría guardar relación con la importante participación de la etiología alcohólica en la serie estudiada, la cual tiende a concentrarse con mayor frecuencia en hombres. Las discrepancias con algunos estudios locales probablemente respondan a variaciones en el tamaño muestral, el periodo evaluado, el perfil etiológico predominante y las características específicas de la población atendida en cada etapa.

En conjunto, la distribución por sexo observada en nuestra población, con claro predominio masculino, guarda concordancia con lo reportado a nivel internacional y nacional, así como con parte de los antecedentes locales. Este patrón refuerza que la cirrosis hepática hospitalizada continúa afectando principalmente a varones, lo que debe considerarse al interpretar los factores de riesgo, el perfil etiológico y las estrategias de prevención y control en nuestra población.

**En la tabla 04**, referida al lugar de procedencia, se observó que el 47,6% de los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna provenía de la ciudad de Tacna. A continuación,

se ubicaron Gregorio Albarracín con 19,8%, Alto de la Alianza con 11,5% y Ciudad Nueva con 6,6%. Asimismo, el 7,9% procedía de otras provincias o localidades de la región Tacna y el 5,3% de otros departamentos, mientras que en 1,3% no se consignó este dato. En conjunto, esta distribución muestra una clara concentración de casos en el área urbana y periurbana, lo que sugiere que la mayor parte de la carga hospitalaria por cirrosis hepática se está expresando en la población más próxima al principal establecimiento de referencia regional.

A nivel internacional, la carga de la cirrosis hepática tampoco se distribuye de manera homogénea entre los distintos espacios geográficos. Un análisis global sobre la carga de enfermedad por cirrosis hepática mostró que la mortalidad y la carga poblacional tienden a concentrarse en determinadas regiones, en relación con diferencias en exposición a factores de riesgo, transición epidemiológica y disponibilidad de servicios de salud (55). Aunque estos hallazgos corresponden a escalas más amplias, resultan útiles para interpretar que la distribución territorial de la cirrosis hepática no depende únicamente de la presencia de enfermedad, sino también del contexto social, demográfico y sanitario en el que esta se detecta y atiende.

En el contexto nacional, Rojas-Acuña et al. evidenciaron mediante un análisis ecológico que la morbilidad y mortalidad por cirrosis hepática en

el Perú se concentraron predominantemente en la región costa, incluyendo Tacna, además de mostrar una tendencia ascendente entre 2004 y 2016 (3). Este hallazgo guarda relación con lo encontrado en nuestra serie, en la que la mayor parte de pacientes procede del núcleo urbano de Tacna y de sus distritos más poblados. En ese sentido, la distribución observada no solo refleja la dinámica local de la enfermedad, sino también el comportamiento territorial descrito previamente en el país.

A nivel local, los resultados mantienen coherencia con antecedentes del mismo hospital. Arucutipa reportó que el 77,5% de los pacientes con cirrosis hepática procedía de Tacna (8), mientras que Pérez Rosas encontró una proporción cercana al 80% (9). En la presente serie, al considerar en conjunto la ciudad de Tacna y los principales distritos periurbanos, el 85,5% de los casos se concentró en el área metropolitana, lo que reafirma la tendencia previamente descrita, aunque en esta ocasión con una caracterización más detallada según distrito de procedencia.

Desde una perspectiva epidemiológica, la mayor frecuencia de casos procedentes de la ciudad de Tacna, Gregorio Albarracín y Alto de la Alianza puede relacionarse, en parte, con su mayor densidad poblacional y con la cercanía geográfica al hospital de referencia. Sin embargo, también es posible que intervengan otros factores, como una mejor accesibilidad a la atención, mayor probabilidad de diagnóstico y referencia, así como

diferencias en la exposición a factores de riesgo presentes en contextos urbanos y periurbanos. Por otro lado, la menor representación de pacientes provenientes de zonas más alejadas no debe interpretarse necesariamente como una menor frecuencia real de cirrosis hepática, sino también como la posible expresión de barreras geográficas, económicas o administrativas que limitan el acceso oportuno a servicios hospitalarios de mayor complejidad.

En conjunto, los hallazgos indican que la hospitalización por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se concentra principalmente en pacientes procedentes del área urbana y periurbana de la región. Este patrón coincide con lo reportado a nivel nacional y local, y sugiere que la procedencia no solo refleja distribución geográfica de los casos, sino también diferencias en acceso, captación y oportunidad de atención especializada.

**En la tabla 05** se observó que 90 pacientes (44,3%) habían tenido al menos una hospitalización previa por cirrosis hepática, mientras que 113 (55,7%) correspondían a su primer ingreso. Aunque los ingresos iniciales fueron ligeramente más frecuentes, resalta que casi uno de cada dos pacientes ya contaba con antecedentes de hospitalización, lo que sugiere que en una proporción importante de casos la enfermedad sigue un curso

recurrente, con nuevas descompensaciones que motivan reingresos y reflejan una evolución clínica inestable.

A nivel internacional, este comportamiento ha sido descrito de manera consistente. En Estados Unidos, un estudio en 78 546 pacientes con cirrosis hepática reportó una tasa de reingreso a 30 días de 20,4%, evidenciando que la readmisión constituye un evento frecuente en esta población (68). De forma similar, en España, un estudio en 1286 pacientes con cirrosis hepática descompensada encontró que el 34% reingresó a los tres meses y el 47% al año, identificándose como factores asociados una mayor gravedad de la enfermedad y la presencia de complicaciones clínicas (69). Asimismo, en China, una investigación en 3402 pacientes mostró que la evolución posterior al ingreso inicial guardaba relación con la severidad de la disfunción hepática, lo que refuerza que la rehospitalización forma parte del curso natural de una cirrosis hepática (70).

En el contexto nacional, aunque la evidencia sobre reingresos en cirrosis hepática aún es limitada, los estudios disponibles muestran una tendencia semejante. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se documentó antecedente de hospitalización previa en 32% de los pacientes con cirrosis hepática descompensada, proporción menor a la hallada en nuestra serie, pero que confirma la recurrencia de ingresos en esta población (64). De igual manera, Santos y Segura, en Chiclayo, reportaron

que el 28% de los pacientes había sido hospitalizado previamente, con un promedio de 1,8 ingresos por paciente (20). Por su parte, el análisis ecológico de Rojas-Acuña et al. mostró un incremento sostenido de las hospitalizaciones por cirrosis hepática en el Perú entre 2004 y 2016, hallazgo que, de manera indirecta, también sugiere una carga progresiva de ingresos repetidos y enfermedad persistente (3).

A nivel local, los resultados guardan coherencia con los antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Arucutipa reportó que el 42% de sus pacientes presentaba hospitalización previa (8), mientras que Pérez Rosas encontró una frecuencia de 36,3%, con una media de 1,5 ingresos anteriores (9). Además, Larico Bernabé observó una mayor mortalidad en pacientes reingresados en comparación con aquellos hospitalizados por primera vez, lo que refuerza el valor clínico de esta variable como marcador de mayor vulnerabilidad (71). En la presente serie, la proporción de 44,3% se sitúa ligeramente por encima de lo descrito previamente en el mismo hospital, lo que sugiere que la recurrencia de hospitalizaciones continúa siendo una característica relevante en esta población.

Desde el punto de vista clínico, la hospitalización previa suele interpretarse como expresión de una cirrosis hepática que ya ha entrado en una fase de descompensación reiterada. La literatura señala que los

reingresos son más frecuentes en pacientes con mayor gravedad hepática, complicaciones acumuladas y persistencia de factores de riesgo que no han podido ser controlados de forma sostenida (69). En nuestro contexto, esta situación resulta plausible si se considera la elevada proporción de etiología alcohólica y de pacientes en estadios Child-Pugh B y C, condiciones que favorecen una evolución menos estable y mayor probabilidad de nuevos ingresos. Asimismo, la recurrencia de hospitalizaciones también puede reflejar limitaciones en el seguimiento ambulatorio, en la adherencia al tratamiento o en la intervención oportuna sobre factores modificables.

En conjunto, los hallazgos muestran que una proporción importante de los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna tenía antecedentes de hospitalización previa, lo que confirma el carácter recurrente e inestable de esta enfermedad en una parte considerable de la población estudiada. Este patrón coincide con lo descrito a nivel internacional, nacional y local, y refuerza que la rehospitalización constituye un indicador de mayor complejidad clínica y de mayor carga asistencial para el sistema de salud.

**En la tabla 06** se observó que el 33,5% de los pacientes tenía menos de un año desde el diagnóstico de cirrosis hepática. Le siguieron los grupos con 1 a 5 años de evolución (26,1%), 6 a 10 años (6,9%) y más de 10 años

(1,5%). Sin embargo, en el 32,0% de las historias clínicas esta información no se encontró registrada. En conjunto, estos hallazgos sugieren que una proporción importante de pacientes fue diagnosticada en un periodo relativamente reciente, probablemente en etapas cercanas a la hospitalización, mientras que los casos con evolución prolongada fueron menos frecuentes.

A nivel internacional, la literatura muestra que la cirrosis hepática puede mantenerse compensada durante varios años antes de hacerse clínicamente evidente. En Italia, un estudio en pacientes con hepatopatía crónica viral demostró que la progresión hacia cirrosis hepática ocurre de forma acumulativa a lo largo del tiempo y que, una vez establecido el diagnóstico, la supervivencia disminuye progresivamente conforme la enfermedad avanza (72). De manera semejante, en Grecia se reportó que el tiempo medio hasta la primera descompensación en pacientes con cirrosis hepática compensada fue de aproximadamente 58 meses, lo que confirma que la enfermedad puede permanecer silenciosa durante varios años antes de manifestarse con un episodio clínico mayor (73). Estos datos ayudan a interpretar por qué en nuestra serie predominaron los pacientes con diagnóstico reciente, ya que en muchos casos la identificación de la cirrosis hepática puede coincidir con la aparición de la primera descompensación o con un ingreso hospitalario.

En el ámbito nacional, no se han identificado estudios que evalúen de manera directa el tiempo de evolución desde el diagnóstico como variable independiente, lo que limita una comparación estricta. No obstante, algunos antecedentes permiten una aproximación indirecta. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se describió una población con edad promedio de 61 años y predominio de pacientes en Child-Pugh B y C, lo que sugiere enfermedad avanzada al momento del ingreso, probablemente reconocida en fases ya evolucionadas (64).

A nivel local, esta variable había sido poco explorada. Arucutipa describió diversas características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, pero no incluyó el tiempo transcurrido desde el diagnóstico dentro de su análisis (8). En ese sentido, los hallazgos de la presente investigación constituyen uno de los primeros acercamientos locales a esta dimensión, aportando información adicional sobre la forma en que la enfermedad viene siendo reconocida en pacientes hospitalizados de nuestra región.

Desde una perspectiva clínica, el hallazgo de que una tercera parte de los pacientes tuviera menos de un año desde el diagnóstico no necesariamente implica una enfermedad de inicio reciente. Más bien, podría reflejar una situación frecuente en la práctica: pacientes que permanecen durante años en una fase compensada o poco sintomática y

que son diagnosticados recién cuando aparece una complicación que motiva la hospitalización. Por ello, en cirrosis hepática, “diagnóstico reciente” no siempre equivale a “enfermedad reciente”. A esto se suma que la escasa proporción de pacientes con más de 10 años de evolución podría relacionarse con la menor supervivencia conforme progresa la enfermedad, especialmente después de la primera descompensación (73). Del mismo modo, el 32,0% de datos no registrados constituye una limitación importante, ya que refleja dificultades propias de los estudios retrospectivos y del registro clínico, lo que obliga a interpretar esta variable con cautela.

En conjunto, los resultados muestran que en nuestra serie predominan los pacientes con diagnóstico relativamente reciente de cirrosis hepática, probablemente identificados en el contexto de una hospitalización o de una descompensación clínica, mientras que los casos con evolución prolongada fueron escasos. Este patrón sugiere que, en nuestro medio, la cirrosis hepática continúa siendo reconocida con frecuencia en etapas avanzadas o cuando deja de ser silenciosa, además de evidenciar limitaciones en la consignación cronológica del diagnóstico en las historias clínicas.

**En la Tabla N.º 07** se observó que las comorbilidades más frecuentes en los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática fueron la obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 (23,6%) y la hipertensión

arterial (22,7%). Estos hallazgos muestran que una proporción importante de la población estudiada presenta una carga metabólica relevante, la cual no constituye un elemento accesorio, sino una condición que probablemente influye en la progresión de la enfermedad, en la aparición de descompensaciones y en la complejidad del manejo intrahospitalario. Asimismo, destacó la presencia de tuberculosis en el 12,4% de los pacientes, hallazgo que aporta una dimensión infecciosa particularmente importante en nuestro contexto.

A nivel internacional, la literatura ha descrito de manera consistente la estrecha relación entre cirrosis hepática y alteraciones metabólicas. Diversos estudios han señalado que la diabetes mellitus es frecuente en estos pacientes y que su presencia se asocia con mayor progresión de fibrosis, mayor riesgo de complicaciones y peor pronóstico global (17,74). En esa misma línea, se ha reportado que la diabetes clínica puede presentarse aproximadamente en un tercio de los pacientes con cirrosis hepática, e incluso alcanzar cifras mayores cuando se emplean métodos diagnósticos más sensibles, lo que sugiere que una parte del trastorno metabólico permanece subdiagnosticado (75). De igual manera, la MASLD/MASH ha cobrado creciente importancia como causa de hepatopatía crónica y se encuentra estrechamente vinculada a componentes del síndrome metabólico como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus (76). Además, la obesidad ha dejado de

considerarse solo un exceso de peso, ya que actualmente se reconoce su participación en un estado proinflamatorio que favorece la progresión del daño hepático y agrava la evolución clínica.

En el contexto nacional, los hallazgos disponibles siguen una orientación semejante. En el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2, con proporciones incluso superiores a las observadas en nuestra serie (23). En Loreto, Araujo Reyes encontró diabetes mellitus en 23% e hipertensión arterial en 18% de los pacientes, cifras muy próximas a las registradas en nuestro estudio (25). Asimismo, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se informó que la presencia de comorbilidades se asociaba con mayor mortalidad intrahospitalaria, lo que refuerza que estas afecciones no solo acompañan a la cirrosis hepática, sino que también pueden agravar su evolución (75). En conjunto, estos resultados sugieren que la carga metabólica asociada a la cirrosis hepática también constituye un patrón reconocible en la población hospitalaria peruana.

A nivel local, los antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna muestran una tendencia similar. Arucutipa reportó obesidad en 50,5% y diabetes mellitus en 23,2% de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizada entre 2013 y 2016 (8). Posteriormente, Pérez Rosas identificó

que la diabetes fue la comorbilidad más frecuente (30,0%), seguida de la obesidad (25,0%) (9). En la presente serie, la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad continúan ocupando un lugar predominante, lo que sugiere que la asociación entre cirrosis hepática y comorbilidades metabólicas no constituye un fenómeno aislado ni reciente, sino una característica persistente de la población cirrótica hospitalizada en nuestro medio.

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos son relevantes porque en el paciente con cirrosis hepática la diabetes puede corresponder a una enfermedad metabólica previa, formar parte del espectro de MASLD/MASH o aparecer como diabetes hepatógena secundaria al propio daño hepático (17,75). En cualquiera de estos escenarios, su presencia se ha relacionado con mayor frecuencia de descompensaciones y peor evolución clínica (74). La hipertensión arterial, por su parte, incrementa la carga cardiovascular de una población ya vulnerable, especialmente cuando coexiste con obesidad y trastornos metabólicos (76). La obesidad también adquiere importancia por su papel en la inflamación sistémica y en la progresión de la fibrosis hepática. A ello se suma el hallazgo de tuberculosis en una proporción no despreciable de pacientes, lo cual merece atención especial en un país donde esta infección sigue siendo endémica. La coexistencia de cirrosis hepática y tuberculosis incrementa la complejidad terapéutica, no solo por el estado de inmunocompromiso del

paciente, sino también por el riesgo de hepatotoxicidad asociado al tratamiento antituberculoso. En ese sentido, la carga de comorbilidades observada en nuestra serie sugiere que el paciente cirrótico hospitalizado requiere una valoración integral que vaya más allá de la enfermedad hepática de base.

En conjunto, los resultados muestran que la cirrosis hepática hospitalizada en nuestra población coexiste con una importante carga de comorbilidades metabólicas, especialmente diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y obesidad, además de infecciones crónicas relevantes como la tuberculosis. Este patrón coincide con lo descrito en otros estudios y refuerza que la complejidad clínica del paciente cirrótico no depende únicamente del daño hepático, sino también de las enfermedades asociadas que pueden modificar el curso de la hospitalización y condicionar el pronóstico.

**En la Tabla N.º 08** se observó que solo 37 pacientes (18,2%) no presentaban comorbilidades documentadas, mientras que el 81,8% tenía al menos una enfermedad asociada. Además, el 28,6% presentó una comorbilidad, el 23,2% acumuló dos, el 18,2% tres y el 11,8% cuatro o más, de modo que más de la mitad de la serie (53,2%) agrupó dos o más comorbilidades. Estos hallazgos muestran que el paciente cirrótico hospitalizado en nuestra población rara vez cursa con la enfermedad de

forma aislada, sino que suele presentar una carga adicional de patologías que incrementa su vulnerabilidad clínica y complejiza su manejo intrahospitalario.

A nivel internacional, aunque no todos los antecedentes describen el número exacto de comorbilidades por paciente, sí evidencian que la cirrosis hepática hospitalizada suele coexistir con una importante carga de enfermedad asociada. Vorobioff et al., en una encuesta multicéntrica latinoamericana de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada, describieron una población en la que las alteraciones metabólicas y otras condiciones concomitantes estaban presentes de forma relevante, lo que confirma que la multimorbilidad forma parte del perfil clínico habitual de estos pacientes (18). De manera semejante, el consorcio CLEARED mostró que, en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, la presencia de enfermedades concomitantes como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca se asocia con mayor complejidad y peores desenlaces clínicos (13). En conjunto, estos antecedentes respaldan que la coexistencia de múltiples comorbilidades en cirrosis hepática no constituye una excepción, sino una característica frecuente del paciente hospitalizado.

En el contexto nacional, los antecedentes disponibles apuntan en la misma dirección. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se reportó

que la presencia de comorbilidades se asociaba con mayor mortalidad intrahospitalaria, con un odds ratio de 3,0, lo que evidencia su impacto pronóstico en pacientes con cirrosis hepática descompensada (75). Por su parte, Araujo Reyes, en Loreto, documentó diabetes mellitus e hipertensión arterial en 23% y 18% de los pacientes, respectivamente, cifras próximas a las encontradas en nuestra serie y que reflejan la frecuencia de enfermedades asociadas en esta población (25). Asimismo, el análisis ecológico de Rojas-Acuña et al. mostró un incremento de la mortalidad por cirrosis hepática en el país, especialmente en la región costa, lo que resulta concordante con un escenario donde la enfermedad hepática coexiste con otras condiciones crónicas que agravan su evolución (3).

A nivel local, los antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna también muestran una población con importante carga de comorbilidad, aunque sin cuantificarla por número de enfermedades por paciente. Arucutipa registró obesidad en 50,5% y diabetes mellitus en 23,2% de los casos (8), mientras que Pérez Rosas reportó que la diabetes mellitus fue la comorbilidad más frecuente (30,0%), seguida de la obesidad (25,0%) (9). A diferencia de estos estudios, la presente tabla permite una apreciación más integral, al evidenciar no solo la presencia de comorbilidades, sino también su acumulación. En ese sentido, nuestros resultados aportan una perspectiva complementaria, al mostrar que más de la mitad de los

pacientes no solo tenía comorbilidades, sino que presentaba dos o más de manera simultánea.

Desde el punto de vista clínico, esta acumulación de comorbilidades resulta relevante porque modifica la evolución del paciente más allá del daño hepático propiamente dicho. Estudios internacionales han mostrado que incorporar la carga de comorbilidad en modelos pronósticos mejora la estimación de mortalidad frente a los modelos centrados exclusivamente en la función hepática (77,78). Esto se explica porque muchas de estas enfermedades interactúan con la fisiopatología de la cirrosis hepática: las comorbilidades metabólicas, cardiovasculares y renales pueden agravar la disfunción circulatoria, favorecer complicaciones y dificultar el tratamiento (65,79). En nuestra serie, este escenario resulta plausible si se considera la elevada frecuencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad renal crónica y tuberculosis. Esta última, además, adquiere especial importancia en nuestro medio por su carácter endémico y por la complejidad que añade al tratamiento debido al riesgo de hepatotoxicidad y al deterioro del estado general del paciente. Por ello, la multimorbilidad observada no debe entenderse como un simple acompañante de la cirrosis hepática, sino como un componente que probablemente condiciona su gravedad y su pronóstico.

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 08 muestran que la mayoría de los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna presenta una carga importante de enfermedad concurrente, y que más de la mitad acumula dos o más comorbilidades. Este patrón coincide con lo descrito en antecedentes internacionales, nacionales y locales, y refuerza que la cirrosis hepática hospitalizada en nuestro medio suele presentarse en pacientes clínicamente más complejos, con mayor vulnerabilidad y mayores demandas para el manejo asistencial.

**En la Tabla N.º 09** se observó que la etiología alcohólica ocupó el primer lugar entre los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática, con 89 casos (43,8%). En segundo lugar, destacó un grupo considerable de pacientes con etiología indeterminada, que representó el 29,6% de la serie. En proporciones menores se identificaron la etiología metabólica vinculada a MASLD/MASH (9,9%), las causas autoinmunes o colestásicas (6,9%) y las hepatitis virales, con VHC en 4,9% y VHB en 1,0%. Este patrón muestra que, en nuestra población hospitalizada, el alcohol continúa siendo el principal determinante etiológico de la cirrosis hepática, mientras que la elevada proporción de casos indeterminados sugiere limitaciones diagnósticas y la probable coexistencia de causas subreconocidas, especialmente de origen metabólico.

A nivel internacional, la distribución etiológica de la cirrosis hepática hospitalizada varía según el contexto geográfico y la transición epidemiológica de cada región; sin embargo, en múltiples estudios el alcohol mantiene un papel predominante. En la encuesta multicéntrica latinoamericana de Vorobioff et al., que incluyó pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada en 13 países, la etiología alcohólica fue también la más frecuente, con 40%, seguida de la enfermedad hepática metabólica y de las etiologías virales, patrón muy cercano al observado en nuestra serie (18). De manera concordante, el consorcio CLEARED reportó una clara predominancia de la etiología alcohólica en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, además de peores desenlaces en aquellos con consumo activo, lo que reafirma la relevancia clínica de esta causa en escenarios de hospitalización (13). Por su parte, un estudio argentino que comparó dos periodos diferentes mostró que, aunque la cirrosis hepática alcohólica disminuyó de 51,2% a 36,1%, continuó ocupando un lugar central dentro del perfil etiológico, lo que evidencia que, aun con la transición hacia causas metabólicas, el alcohol sigue siendo un componente mayor de la carga de enfermedad hepática en Latinoamérica (80).

En el contexto nacional, los hallazgos de nuestra investigación guardan una estrecha relación con lo previamente descrito. Bustíos et al., en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, identificaron al alcohol

como la principal etiología de la cirrosis hepática, con 28%, seguido de hepatitis virales e importante proporción de casos sin causa claramente definida (21). En Loreto, Araujo Reyes encontró una frecuencia de cirrosis hepática alcohólica de 42,4%, cifra prácticamente superponible a la registrada en nuestra serie (25). De forma similar, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se informó una frecuencia de etiología alcohólica de 38%, además de su asociación con mayor mortalidad, lo que refuerza su importancia no solo epidemiológica, sino también pronóstica (75). Estos antecedentes permiten sostener que, en el Perú, la cirrosis hepática hospitalizada continúa mostrando un perfil etiológico predominantemente alcohólico, con persistencia de casos virales y una proporción no menor de etiologías no definidas.

A nivel local, los antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna también muestran continuidad en este patrón. Arucutipa reportó que la cirrosis hepática alcohólica representó el 51,6% de los casos durante el periodo 2013-2016 (8), mientras que Pérez Rosas encontró 33,8% en el periodo 2018-2021, manteniéndose igualmente como la principal etiología (9). En la presente serie, el 43,8% se ubica entre ambas cifras, lo que sugiere que, a pesar de ciertas fluctuaciones temporales, el alcohol continúa siendo el eje etiológico predominante en los pacientes hospitalizados de nuestro hospital. Esta persistencia a lo largo de distintos periodos refuerza que no se trata de un hallazgo aislado, sino de una

característica estable de la cirrosis hepática hospitalizada en nuestro medio.

Desde una perspectiva académica y clínica, dos aspectos de esta tabla merecen especial atención. El primero es la persistencia del alcohol como principal etiología. Ello resulta coherente con la literatura, que vincula esta causa con formas de presentación más inestables, mayor recurrencia de descompensaciones y dificultades en la adherencia al seguimiento y a la abstinencia, especialmente en contextos hospitalarios (13,80). El segundo aspecto, incluso más relevante desde el punto de vista metodológico y epidemiológico, es la elevada proporción de etiología indeterminada (29,6%). Esta cifra es superior a la comunicada en otras series y probablemente refleja la interacción de varios factores: limitaciones para completar estudios etiológicos específicos, subregistro en la historia clínica y un probable subdiagnóstico de cirrosis hepática metabólica (78). Esta última posibilidad es particularmente plausible en una población donde coexisten obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, y donde la transición epidemiológica hacia MASLD/MASH ha cobrado creciente importancia. De hecho, estudios recientes en población latinoamericana e hispanoamericana sugieren una alta prevalencia de enfermedad hepática metabólica, lo que hace razonable suponer que parte de los casos clasificados como indeterminados podrían corresponder en realidad a esta etiología no reconocida (76,81). A ello se suma la baja frecuencia de

hepatitis virales en nuestra serie, lo que podría indicar un cambio en el perfil epidemiológico local respecto de décadas previas, probablemente relacionado con vacunación, tamizaje y mayor acceso a terapias antivirales, además del incremento relativo de las etiologías alcohólicas y metabólicas (9,21).

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 09 muestran que la cirrosis hepática hospitalizada en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna mantiene un perfil etiológico predominantemente alcohólico, en concordancia con antecedentes internacionales, nacionales y locales. No obstante, la elevada proporción de etiología indeterminada sugiere que una parte importante del problema aún no está completamente caracterizada y que probablemente incluya limitaciones diagnósticas, deficiencias en el registro clínico y subreconocimiento de la enfermedad hepática metabólica. Este patrón indica que la cirrosis hepática que hoy llega al hospital en nuestra región parece concentrarse sobre todo en un eje alcohólico-metabólico, con menor peso relativo de las etiologías virales que en series previas.

**En la Tabla N.º 10** se observó que la ascitis constituyó el principal motivo hepatológico de hospitalización, con 32,0% de los casos, seguida de la hemorragia digestiva alta secundaria a hipertensión portal (29,6%), las infecciones extraabdominales/no peritoneales (14,3%) y la encefalopatía hepática (12,3%). En menor proporción se registraron

ictericia o colestasis (4,4%), otras causas (4,4%) e hidrotórax hepático (3,0%). Este patrón indica que la hospitalización en nuestra cohorte estuvo determinada predominantemente por descompensaciones mayores de la cirrosis hepática, especialmente aquellas relacionadas con hipertensión portal, retención hidrosalina y procesos infecciosos distintos de la peritonitis bacteriana espontánea, lo que sugiere una población que ingresó en fases clínicamente avanzadas de la enfermedad.

A nivel internacional, los antecedentes hospitalarios muestran una distribución semejante. Vorobioff et al., en una encuesta multicéntrica latinoamericana de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada, describieron que las principales causas de ingreso fueron la ascitis, la hemorragia digestiva, la encefalopatía hepática y las infecciones, patrón que guarda estrecha concordancia con el observado en nuestra serie (18). De manera similar, Vélez et al., en tres centros de alta complejidad de Colombia, reportaron que los principales motivos de consulta y hospitalización en pacientes con descompensación aguda de cirrosis hepática incluyeron edema o ascitis, sospecha de hemorragia gastrointestinal y alteración del estado mental, dentro de un espectro clínico donde las infecciones también formaron parte de las causas de descompensación (82). En conjunto, estos antecedentes confirman que la ascitis, la hemorragia digestiva y los procesos infecciosos continúan siendo

formas frecuentes de presentación hospitalaria de la cirrosis hepática descompensada en el ámbito latinoamericano.

En el contexto nacional, la tendencia es comparable. Bustíos et al., en un hospital de referencia peruano, reportaron que la principal causa de hospitalización fue la hemorragia digestiva alta asociada a hipertensión portal, seguida de la ascitis y la encefalopatía hepática (21). Aunque en nuestra serie la ascitis superó ligeramente a la hemorragia digestiva como motivo principal de ingreso, el núcleo clínico de presentación es el mismo: pacientes que requieren hospitalización por complicaciones mayores de una cirrosis hepática ya descompensada. Asimismo, Rojas-Acuña et al. mostraron que la morbimortalidad por cirrosis hepática en el Perú se relaciona estrechamente con complicaciones como infecciones, hemorragia digestiva, encefalopatía hepática y ascitis, todas ellas representadas en nuestra cohorte (3). Por lo tanto, el patrón observado en nuestro estudio se mantiene dentro del mismo espectro clínico descrito previamente a nivel nacional.

A nivel local, aunque no todos los antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna describen de manera estricta el motivo principal de hospitalización, sí permiten una comparación indirecta de valor. Larico Bernabé reportó que las complicaciones más frecuentes en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática fueron la ascitis descompensada, la

encefalopatía hepática y la ictericia (71). Del mismo modo, Arucutipa y Pérez Rosas describieron una elevada frecuencia de manifestaciones propias de la cirrosis hepática descompensada en la población hospitalaria del mismo establecimiento (8,9). Si bien estos estudios no diferencian con precisión entre complicación presente y motivo principal de ingreso, en conjunto muestran continuidad con nuestra serie, en la que la ascitis, la hemorragia digestiva y las infecciones extraabdominales/no peritoneales siguen ocupando un lugar relevante en la dinámica de hospitalización local.

Desde la perspectiva clínica, este comportamiento resulta coherente con la historia natural de la cirrosis hepática descompensada. De acuerdo con Baveno VII, la descompensación clínicamente significativa se expresa principalmente a través de ascitis, hemorragia por hipertensión portal, encefalopatía hepática, infecciones bacterianas y disfunción renal asociada, eventos que marcan un punto de quiebre pronóstico en la evolución de la enfermedad (83). En ese marco, que la ascitis haya ocupado el primer lugar en nuestra serie no debe interpretarse como un hallazgo menor, ya que suele ser la manifestación más frecuente de hipertensión portal clínicamente significativa y una de las principales causas de ingreso hospitalario. De manera semejante, la hemorragia digestiva alta conserva su relevancia por su inicio agudo, su potencial gravedad y la necesidad de manejo intrahospitalario especializado. En cuanto a las infecciones extraabdominales/no peritoneales, su presencia

como uno de los principales motivos de hospitalización sugiere que los procesos infecciosos distintos de la peritonitis bacteriana espontánea también desempeñan un papel importante como precipitantes de descompensación en nuestros pacientes. Las diferencias puntuales con otras series, como el predominio de ascitis por encima de hemorragia digestiva, podrían explicarse por variaciones en la etiología predominante, en la oportunidad del manejo ambulatorio, en la referencia hospitalaria o en las características propias de la población atendida.

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 10 muestran que la hospitalización por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna estuvo determinada principalmente por ascitis, hemorragia digestiva alta secundaria a hipertensión portal, infecciones extraabdominales/no peritoneales y encefalopatía hepática. Este patrón guarda concordancia con los antecedentes internacionales, nacionales y locales, y confirma que los pacientes de nuestra serie ingresaron mayoritariamente por descompensaciones mayores de una cirrosis hepática avanzada, lo que refuerza la necesidad de estrategias de detección precoz, seguimiento oportuno y prevención secundaria de estas complicaciones.

**En la Tabla N.º 11** se observó que 124 pacientes presentaron ascitis durante la hospitalización, lo que representó el 61,1% del total de la cohorte. Este hallazgo muestra que la ascitis fue una de las complicaciones

más frecuentes en los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática, confirmando que una proporción importante de la población estudiada ingresó en un contexto de descompensación clínicamente establecida. Más que una manifestación aislada, la ascitis constituye una de las expresiones más reconocidas de la cirrosis hepática descompensada y una causa frecuente de atención hospitalaria en estos pacientes (18,83).

A nivel internacional, la elevada frecuencia de ascitis en pacientes cirróticos hospitalizados ha sido descrita de forma consistente. Vorobioff et al., en una encuesta multicéntrica latinoamericana de pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada, reportaron que la ascitis figuró entre las manifestaciones y causas de ingreso más frecuentes, en concordancia con lo observado en nuestra serie (18). De manera semejante, Vélez et al., en Colombia, describieron que el edema y/o ascitis constituyeron el principal motivo de consulta en pacientes con descompensación aguda de cirrosis hepática, además de ser una de las manifestaciones clínicas más habituales en este contexto (82). Estos antecedentes confirman que la ascitis continúa ocupando un lugar central dentro del perfil clínico de la cirrosis hepática hospitalizada.

En el contexto nacional, los hallazgos siguen la misma orientación. Bustíos et al., en un hospital de referencia peruano, identificaron a la ascitis entre las complicaciones más frecuentes en pacientes hospitalizados por

cirrosis hepática, junto con la hemorragia digestiva alta y la encefalopatía hepática (21). Asimismo, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se reconoció a la ascitis como una de las complicaciones más prevalentes en pacientes con cirrosis hepática descompensada (75). De igual manera, Araujo Reyes, en Loreto, también reportó una alta frecuencia de ascitis en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, dentro de un perfil de enfermedad avanzada (25). En conjunto, estos antecedentes nacionales muestran que la ascitis representa una complicación constante en la cirrosis hepática hospitalizada en el Perú.

A nivel local, los resultados guardan continuidad con lo previamente reportado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Arucutipa describió una frecuencia de ascitis de 63,2% en pacientes hospitalizados por cirrosis hepática durante el periodo 2013-2016 (8), cifra muy cercana al 61,1% encontrado en la presente investigación. Asimismo, Pérez Rosas también documentó una elevada frecuencia de complicaciones asociadas a descompensación, dentro de las cuales la ascitis mantuvo un papel importante en la población cirrótica del mismo hospital (9). Esta semejanza permite sostener que la ascitis no constituye un hallazgo circunstancial, sino una manifestación persistente dentro del perfil clínico de la cirrosis hepática hospitalizada en nuestro medio.

Desde el punto de vista clínico, la alta frecuencia de ascitis observada en nuestra cohorte resulta coherente con la historia natural de la cirrosis hepática. Su aparición suele marcar el paso desde una fase compensada hacia otra de mayor inestabilidad clínica, por lo que su presencia en el ámbito hospitalario suele asociarse a enfermedad ya descompensada (18,83). En ese sentido, el hallazgo de ascitis en más de la mitad de nuestros pacientes refuerza la idea de que la población estudiada acudió al hospital cuando la enfermedad ya había desarrollado manifestaciones clínicas relevantes. Las pequeñas diferencias con otras series pueden explicarse por variaciones en la etiología predominante, el acceso al control ambulatorio y las características propias de cada población hospitalaria.

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 11 muestran que la ascitis fue una complicación altamente prevalente en los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Este patrón coincide con lo descrito en antecedentes internacionales, nacionales y locales, y confirma que la ascitis continúa siendo una de las manifestaciones más frecuentes de descompensación en la cirrosis hepática hospitalizada de nuestro medio.

**En la Tabla N.º 12** se observó que, entre los 124 pacientes que presentaron ascitis durante la hospitalización, predominaron claramente las

formas de mayor gravedad. La ascitis severa fue la más frecuente, con 53 casos (42,7%), seguida muy de cerca por la ascitis moderada, con 51 casos (41,1%); en contraste, la ascitis leve solo se documentó en 20 pacientes (16,1%). En conjunto, el 83,8% de los casos correspondió a formas moderadas o severas, lo que sugiere que la ascitis en nuestra cohorte no solo fue común, sino que se presentó mayoritariamente en estadios de mayor compromiso clínico. Este hallazgo resulta relevante porque la gravedad de la ascitis refleja una descompensación más avanzada y suele asociarse con peor evolución clínica y mayor vulnerabilidad pronóstica (50,84).

A nivel internacional, aunque no todos los antecedentes describen de manera uniforme la gradación de la ascitis, sí muestran que esta complicación adquiere mayor trascendencia clínica cuando aparece en escenarios de mayor severidad. En Noruega, un estudio en 231 pacientes hospitalizados por ascitis reportó una frecuencia global de 62%, muy cercana a la observada en nuestra serie, con predominio de etiología alcohólica, lo que refuerza que esta complicación suele concentrarse en poblaciones clínicamente complejas (%124%). De manera complementaria, una cohorte multicéntrica alemana en pacientes con cirrosis hepática y ascitis infectada mostró que la mortalidad intrahospitalaria aumentaba en los cuadros más graves, especialmente en la peritonitis secundaria, seguida de la peritonitis bacteriana espontánea y

la bacterascitis (85). Asimismo, un estudio reciente evidenció que incluso los pacientes con recuentos intermedios de polimorfonucleares en líquido ascítico presentaban mayor riesgo de mortalidad a 90 y 365 días, lo que sugiere que la ascitis clínicamente significativa, aun cuando no cumpla criterios clásicos de infección, no constituye una condición benigna (84).

En el contexto latinoamericano y nacional, la información también apunta a una elevada carga clínica vinculada a la ascitis. En una investigación multicéntrica latinoamericana sobre recursos para el manejo de la cirrosis hepática descompensada, la ascitis fue identificada como una de las principales causas de hospitalización, destacándose además que su manejo adecuado depende de la disponibilidad de procedimientos fundamentales como paracentesis, albúmina y acceso a terapias avanzadas en casos seleccionados. En Colombia, un estudio en pacientes con insuficiencia hepática crónica agudizada reportó ascitis en 74% de los casos, lo que refuerza su estrecha relación con escenarios de descompensación grave (82). En el Perú, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la ascitis fue descrita entre las complicaciones más frecuentes y su presencia se asoció de manera significativa con mayor mortalidad intrahospitalaria, lo que confirma su relevancia como marcador de peor evolución (75).

A nivel local, la frecuencia de ascitis observada en nuestra serie guarda continuidad con lo descrito previamente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Arucutipa reportó una frecuencia de 63,2% durante el periodo 2013-2016 (8), mientras que Pérez Rosas también describió una importante presencia de esta complicación en pacientes cirróticos hospitalizados del mismo establecimiento (9). No obstante, los antecedentes locales no habían desarrollado con el mismo detalle la distribución por grados de ascitis. En ese sentido, la presente investigación aporta un elemento adicional de valor, al mostrar que la mayoría de los casos no corresponde a formas leves, sino a ascitis moderada y severa, lo que permite aproximarse con mayor precisión al nivel de descompensación con el que estos pacientes llegan al hospital.

Desde el punto de vista clínico, el predominio de ascitis moderada y severa sugiere una población con hipertensión portal clínicamente significativa, mayor alteración hemodinámica y mayor riesgo de complicaciones asociadas. La literatura ha señalado que la presencia y la gravedad de la ascitis guardan relación con un incremento en la presión portal y con la probabilidad de desarrollar peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal y nuevas descompensaciones (73). De manera concordante, estudios sobre los estadios clínicos de la cirrosis hepática descompensada han mostrado que cada nueva descompensación incrementa de forma importante el riesgo de mortalidad en fases

posteriores (65). En nuestra cohorte, esta interpretación se ve reforzada por la mayor mortalidad observada en los pacientes con ascitis frente a aquellos que no la presentaron, así como por el predominio de etiología alcohólica y de enfermedad avanzada, factores que probablemente contribuyen a que la ascitis se manifieste ya en grados más severos (67). Desde la perspectiva asistencial, ello implica hospitalizaciones de mayor complejidad, mayor necesidad de paracentesis, uso de albúmina y vigilancia más estrecha de complicaciones renales e infecciosas.

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 12 muestran que, entre los pacientes con ascitis, predominaron ampliamente las formas moderada y severa. Este patrón sugiere que la ascitis en nuestra población no solo es frecuente, sino clínicamente avanzada, y refuerza que muchos pacientes llegan al hospital cuando la cirrosis hepática ya se encuentra en una fase de descompensación significativa, con mayor complejidad terapéutica y peor pronóstico.

**En la Tabla N.º 13** se observó que, de los 82 pacientes que presentaron encefalopatía hepática durante la hospitalización, el grado II de West Haven fue el más frecuente, con 37 casos (45,1%), seguido del grado III con 23 casos (28,0%) y del grado I con 22 casos (26,8%). No se documentaron casos en grado IV. Esta distribución muestra que la encefalopatía hepática en nuestra cohorte no se expresó

predominantemente en formas leves, sino en grados clínicamente manifiestos, con compromiso neuropsiquiátrico moderado en una proporción importante de pacientes. En términos clínicos, ello sugiere que muchos de los pacientes ingresaron cuando la cirrosis hepática ya había producido alteraciones neurológicas evidentes, lo que refuerza el carácter avanzado de la descompensación observada en nuestra población (50).

A nivel internacional, la distribución por grados de encefalopatía hepática muestra variaciones entre estudios, aunque en general coincide en señalar que las formas clínicamente manifiestas se asocian con peor evolución. En el estudio epidemiológico EpHE, que incluyó 278 pacientes con cirrosis hepática, la encefalopatía clínica se identificó en 36% de los casos, con predominio del grado I, seguido de formas más avanzadas (84). De manera similar, en Pakistán, un estudio en 130 pacientes con cirrosis hepática reportó una distribución en la que predominaron los grados I y II, aunque también se observaron grados III y IV, confirmando que la encefalopatía suele abarcar un espectro clínico amplio en el contexto hospitalario (86). Por otro lado, una cohorte multicéntrica japonesa demostró que el desarrollo de encefalopatía hepática de grado  $\geq 2$  se asoció con un incremento significativo de la mortalidad, independientemente de la función hepática basal, hallazgo particularmente relevante para nuestra serie, en la que el grado II fue el predominante (85).

En el contexto regional y nacional, los hallazgos mantienen una orientación semejante. En Brasil, un estudio en pacientes hospitalizados por complicaciones de cirrosis hepática mostró que la encefalopatía al ingreso se asociaba con enfermedad hepática más avanzada y con mayor progresión a grados superiores durante la hospitalización (9). De manera más severa, en Camerún se describió predominio de encefalopatía grado III y una elevada mortalidad intrahospitalaria, especialmente en los grados más avanzados (20). En el Perú, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la encefalopatía hepática fue identificada como una complicación frecuente y se relacionó con mayor mortalidad intrahospitalaria, lo que confirma su importancia pronóstica dentro de la cirrosis hepática descompensada (75). En conjunto, estos estudios respaldan que la encefalopatía, particularmente en sus formas clínicamente manifiestas, constituye una expresión de mayor gravedad y peor evolución.

A nivel local, no se encontraron antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que hayan descrito de manera específica la distribución de encefalopatía hepática según la clasificación de West Haven. Estudios previos del mismo hospital, como el de Pérez Rosas, caracterizaron la presencia de complicaciones en pacientes con cirrosis hepática, pero sin detallar el grado de compromiso neurológico (9). En ese sentido, la presente investigación aporta un elemento novedoso dentro del contexto

local, al mostrar no solo la frecuencia de encefalopatía, sino también la intensidad con la que esta se presentó durante la hospitalización.

Desde el punto de vista clínico, el predominio del grado II resulta especialmente relevante porque este nivel ya implica desorientación, alteración conductual o trastorno cognitivo evidente, es decir, una encefalopatía claramente manifiesta y no meramente sutil. La literatura ha señalado que el riesgo pronóstico empeora a medida que aumenta el grado de encefalopatía, particularmente desde los grados II y III, que suelen reflejar mayor insuficiencia hepática, presencia de precipitantes activos y menor reserva fisiológica (50,85). En nuestra cohorte, la ausencia de grado IV podría interpretarse de distintas maneras: una posibilidad es que algunos pacientes hayan recibido atención antes de progresar a formas más profundas; otra, que los cuadros neurológicos más graves hayan coexistido con síndromes de mayor complejidad, como el ACLF, o que en algunos casos el registro retrospectivo no haya consignado con precisión el estadio más avanzado. Aun así, el hallazgo conserva relevancia clínica, porque el predominio de los grados II y III ya configura una población con compromiso neurológico importante. Además, la mayor mortalidad observada en pacientes con encefalopatía dentro de la cohorte refuerza su valor como marcador de peor pronóstico.

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 13 muestran que la encefalopatía hepática en los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna se presentó predominantemente en formas clínicamente manifiestas, con predominio del grado II de West Haven. Este patrón sugiere que los pacientes no solo llegaron con descompensación hepática, sino con compromiso neurológico ya establecido, lo que confirma la relevancia de esta complicación como expresión de enfermedad avanzada y como indicador de mayor complejidad clínica y pronóstica.

**En la Tabla N.º 14** se observó que 126 pacientes (62,1%) no presentaron *acute-on-chronic liver failure* (ACLF), por lo que correspondieron a grado 0. En contraste, 77 pacientes (37,9%) cumplieron criterios de ACLF, identificados al ingreso o durante la hospitalización. Dentro de ellos, el grado 1 fue el más frecuente, con 52 casos (25,6%), seguido del grado 2 con 16 casos (7,9%) y del grado 3 con 9 casos (4,4%). En conjunto, estos hallazgos muestran que, aunque la mayoría de la cohorte no presentó ACLF, una proporción importante sí cursó con este síndrome de descompensación aguda severa en algún momento del periodo hospitalario. El predominio del grado 1 sugiere que una parte considerable de los casos fue reconocida en estadios iniciales del síndrome; sin embargo, ello no disminuye su relevancia clínica, ya que

incluso en esta fase el ACLF implica falla orgánica y un cambio pronóstico significativo.

A nivel internacional, la frecuencia observada en nuestra serie guarda concordancia con las cohortes más representativas. El estudio CANONIC, base conceptual del sistema EASL-CLIF, documentó una prevalencia cercana al 30% de ACLF en pacientes hospitalizados por cirrosis hepática descompensada, mientras que revisiones y metaanálisis posteriores han situado esta frecuencia alrededor de 35% en pacientes cirróticos hospitalizados, cifras próximas al 37,9% hallado en nuestra cohorte (1,3,10). Asimismo, se ha descrito de forma consistente que el grado 1 suele ser la forma más frecuente de presentación, mientras que los grados 2 y 3, aunque menos numerosos, agrupan los cuadros de mayor gravedad y peor evolución a corto plazo (84,85). En ese sentido, el patrón observado en nuestra población resulta compatible con lo reportado internacionalmente: predominio de pacientes sin ACLF, seguido de una proporción importante de ACLF grado 1 y un grupo menor, pero clínicamente más crítico, con grados avanzados.

En el contexto nacional, la evidencia sobre ACLF en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática continúa siendo limitada, sobre todo cuando se busca una estratificación por grados. Esta ausencia de estudios comparables refleja que el síndrome todavía ha sido poco explorado de

manera sistemática en nuestro medio. No obstante, diversas investigaciones peruanas sobre cirrosis hepática descompensada han descrito con frecuencia un entorno clínico caracterizado por encefalopatía hepática, infecciones, lesión renal aguda y falla multiorgánica, elementos que en la práctica configuran el escenario en el que suele identificarse el ACLF. En ese sentido, aunque no se dispone de una cohorte peruana estrictamente comparable en cuanto a distribución por grados, nuestros hallazgos no son discordantes con la realidad nacional, sino que parecen insertarse dentro de un perfil de cirrosis hepática hospitalizada avanzada, inestable y expuesta a precipitantes de descompensación severa.

A nivel local, no se identificaron estudios previos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ni de hospitales cercanos que hayan descrito de manera estructurada la frecuencia y gravedad del ACLF en pacientes con cirrosis hepática. Esto confiere especial valor a nuestros resultados. El hecho de que aproximadamente cuatro de cada diez pacientes hayan presentado ACLF, identificado al ingreso o en el curso de la hospitalización, y que la mayoría de ellos se concentrara en grado 1, aporta una caracterización que hasta donde se ha revisado no había sido documentada con esta precisión en nuestra población. Por ello, esta tabla no solo describe una complicación o síndrome adicional, sino que establece una referencia local útil para futuras comparaciones dentro del mismo hospital y en otros centros de la región.

Desde el punto de vista fisiopatológico y pronóstico, el ACLF representa una de las formas más agresivas de descompensación en la cirrosis hepática. Se caracteriza por falla de uno o más órganos, intensa respuesta inflamatoria sistémica y una mortalidad a corto plazo considerablemente mayor que la de una descompensación convencional (50,84). En nuestra serie, el predominio del grado 1 podría reflejar que una parte de los pacientes fue captada antes de evolucionar hacia formas más extensas de falla orgánica, o bien que el patrón predominante correspondió a fallas únicas o combinaciones todavía limitadas, pero suficientes para clasificar como ACLF. Por el contrario, los grados 2 y 3, aunque menos frecuentes, probablemente representan a los pacientes con mayor compromiso fisiológico y peor pronóstico. Las diferencias entre estudios pueden depender de múltiples factores, como la etiología de la cirrosis hepática, la frecuencia de infecciones como precipitantes, el momento en que se evalúa al paciente y la disponibilidad de cuidados especializados. Además, en nuestro estudio debe considerarse que el ACLF fue registrado tanto en pacientes que ya cumplían criterios al ingreso como en aquellos que los desarrollaron durante la hospitalización, por lo que la distribución observada refleja la carga total del síndrome en el periodo intrahospitalario y no únicamente la situación basal de ingreso.

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 14 muestran que el ACLF estuvo presente en una proporción importante de los pacientes

hospitalizados por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, ya sea identificado al ingreso o durante la hospitalización, con predominio del grado 1, aunque con presencia también de grados más avanzados. Este patrón indica que el ACLF no constituyó una circunstancia excepcional, sino una expresión relevante de la descompensación severa en nuestra población, y refuerza que una parte considerable de nuestros pacientes llega o evoluciona en el hospital en condiciones de alta vulnerabilidad clínica y pronóstica.

**En la Tabla N°15** se observó que la mayoría de los pacientes ingresó en estadios avanzados de cirrosis hepática, ya que el 43,3% correspondió a la categoría Child-Pugh B y el 41,4% a la categoría Child-Pugh C. En conjunto, ello indica que el 84,7% de la cohorte presentaba deterioro funcional hepático significativo al momento del ingreso. Este hallazgo posee relevancia clínica, porque muestra que en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna los pacientes con cirrosis hepática suelen requerir hospitalización no en fases tempranas, sino cuando la enfermedad ya se encuentra descompensada o con reserva hepática marcadamente comprometida.

A nivel internacional, esta distribución resulta concordante con lo descrito en poblaciones hospitalarias con cirrosis hepática descompensada. El consenso Baveno VII reconoce al Child-Pugh como

uno de los sistemas más utilizados para estratificar la severidad de la cirrosis hepática, y señala que las categorías más avanzadas se asocian con mayor riesgo de descompensación, complicaciones y mortalidad a corto plazo (50). En la encuesta multicéntrica latinoamericana de Vorobioff et al., realizada en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática descompensada, predominó también una población con importante compromiso funcional hepático, compatible con enfermedad avanzada al momento del ingreso (18). De manera semejante, Vélez et al., en Colombia, describieron una cohorte de pacientes con descompensación aguda en la que la carga clínica y la frecuencia de complicaciones reflejaban igualmente estadios avanzados de enfermedad hepática (82). En conjunto, estos antecedentes apoyan que la hospitalización por cirrosis hepática suele concentrarse en pacientes con mayor deterioro funcional y no en fases compensadas.

En el contexto nacional, los hallazgos siguen una orientación similar. En el Hospital II-2 Tarapoto predominó la categoría Child-Pugh B, con 78,8% de los pacientes, lo que respalda que en la práctica hospitalaria peruana es frecuente que los pacientes cirróticos sean admitidos en fases intermedias o avanzadas de la enfermedad (60). Del mismo modo, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se describió una población con predominio de cirrosis hepática descompensada y mayor frecuencia de complicaciones y mortalidad en pacientes con peor reserva funcional

hepática (75). Asimismo, Araujo Reyes, en Loreto, reportó una población hospitalizada con perfil clínico de enfermedad avanzada, lo que también resulta compatible con la distribución observada en nuestra serie (25). En conjunto, estos estudios sugieren que en el Perú la cirrosis hepática hospitalizada suele identificarse mayoritariamente en categorías funcionales ya comprometidas.

En el plano local, los hallazgos de la presente serie guardan coherencia con los antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Arucutipa, en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, reportó predominio de Child-Pugh C, lo que evidencia que en periodos previos también se atendieron cohortes con compromiso funcional avanzado en el mismo establecimiento (8). De manera similar, Ayma Cruz, al estudiar pacientes cirróticos fallecidos, describió igualmente predominio de Child-Pugh C, hallazgo esperable dentro de una población con desenlace intrahospitalario desfavorable. Frente a ello, en la presente cohorte predominó Child-Pugh B (43,3%), aunque la categoría C también alcanzó una proporción elevada (41,4%). En ese sentido, la distribución actual mantiene el patrón local de enfermedad avanzada, pero con una concentración algo menos extrema en la categoría C, lo que amplía la caracterización funcional de la cirrosis hospitalizada en Tacna.

Desde el punto de vista clínico, la elevada frecuencia de pacientes en categorías Child-Pugh B y C puede interpretarse en relación con una población que llega al hospital con reserva funcional hepática ya comprometida. El mayor predominio de Child-Pugh C descrito por Arucutipa y, con mayor razón, por Ayma Cruz en cirróticos fallecidos, puede considerarse compatible con cohortes de mayor severidad basal y peor evolución intrahospitalaria. En cambio, que en la presente serie la categoría más frecuente haya sido Child-Pugh B, sin dejar de existir una alta proporción de Child-Pugh C, podría interpretarse en relación con una distribución clínica más amplia del espectro de hospitalización, que incluyó no solo pacientes en situación terminal, sino también casos admitidos en fases avanzadas aún potencialmente estabilizables. Esta lectura resulta coherente con el resto de hallazgos de la cohorte, como la alta frecuencia de ascitis, encefalopatía hepática, ACLF y MELD-Na elevado, y sugiere que las diferencias locales no necesariamente reflejan una mejoría aislada de un aspecto de gestión, sino variaciones en el perfil de pacientes incluidos, en el momento clínico del ingreso y en el desenlace de cada cohorte.

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 15 muestran que la mayoría de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna ingresó en fases funcionalmente avanzadas de la enfermedad, con predominio de las categorías Child-Pugh B y C. Este patrón ayuda a contextualizar la elevada frecuencia de complicaciones y la

mortalidad observada en la cohorte, y refuerza la necesidad de estrategias orientadas al diagnóstico precoz, seguimiento ambulatorio y prevención de la progresión hacia estadios de mayor gravedad.

**En la Tabla N.º 16** se observó que la categoría de MELD-Na más frecuente fue la de 10 a 19 puntos, con 96 pacientes (47,3%), seguida del intervalo de 20 a 29 puntos, con 24,6%. En menor proporción se encontraron los grupos de 0 a 9 puntos (14,8%), 30 a 39 puntos (12,3%) y  $\geq 40$  puntos (1,0%). En conjunto, destacó que el 84,2% de los pacientes ingresó con un MELD-Na  $\geq 10$  y que el 37,9% ya presentaba valores de 20 o más. Este patrón indica que la mayoría de la cohorte llegó al hospital con una carga importante de enfermedad y con un grado de severidad que no corresponde a cirrosis hepática leve, sino a pacientes con compromiso funcional y riesgo clínico significativo desde el momento del ingreso.

A nivel internacional, este comportamiento resulta coherente con la utilidad reconocida del MELD y del MELD-Na como herramientas de estratificación pronóstica en cirrosis hepática. El consenso Baveno VII mantiene al Child-Pugh y al MELD entre los sistemas más empleados para estimar gravedad, riesgo de complicaciones y evolución clínica en pacientes cirróticos (50). En ese mismo sentido, distintos estudios han mostrado que incluso valores relativamente moderados de MELD ya poseen capacidad pronóstica para mortalidad en poblaciones

hospitalizadas, especialmente cuando se asocian a descompensación clínica y deterioro de la reserva hepática (84). Por ello, el predominio de categorías de 10 a 19 y la proporción importante de pacientes con valores  $\geq 20$  en nuestra serie refuerzan la idea de una cohorte hospitalaria con severidad clínicamente relevante desde el ingreso.

En el contexto nacional, los hallazgos guardan similitud con lo reportado en otros hospitales peruanos. Araujo Reyes, en el Hospital Regional de Loreto, encontró que el intervalo de MELD más frecuente en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática fue de 10 a 19 puntos, presente en 61,2% de los casos, con un MELD promedio de 17, cifras cercanas al núcleo de gravedad identificado en nuestra población (25). Estos resultados sugieren que, en distintos contextos hospitalarios del país, la mayoría de pacientes cirróticos ingresa con un nivel de severidad al menos intermedio, que en la práctica ya se asocia a enfermedad clínicamente inestable y necesidad de manejo intrahospitalario. Asimismo, este perfil resulta coherente con la experiencia nacional de cirrosis hepática descompensada avanzada descrita en otros estudios peruanos, aunque no todos hayan reportado el MELD-Na por categorías.

A nivel local, no se identificaron antecedentes previos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que hayan descrito de manera comparable la distribución de pacientes según categorías de MELD-Na al ingreso. Los

estudios locales previos han caracterizado complicaciones y variables clínicas generales, pero no habían desagregado con este nivel de precisión la severidad pronóstica mediante este score. En ese sentido, la presente tabla aporta un elemento novedoso para la caracterización de la población cirrótica hospitalizada en nuestro hospital, al mostrar que una proporción considerable de pacientes llega con puntuaciones ya elevadas desde el ingreso.

Desde el punto de vista clínico, este hallazgo resulta importante porque el MELD-Na integra parámetros estrechamente vinculados con el pronóstico, como la bilirrubina, la creatinina, el INR y el sodio sérico, todos ellos marcadores indirectos de deterioro hepático, disfunción renal y alteraciones circulatorias propias de la cirrosis hepática avanzada. Por ello, el predominio de valores  $\geq 10$  y, especialmente, la proporción de pacientes con MELD-Na  $\geq 20$  sugieren una cohorte con mayor vulnerabilidad a complicaciones, estancia hospitalaria prolongada y mortalidad. Además, esta distribución es coherente con otros hallazgos de la serie, como la elevada frecuencia de ascitis, encefalopatía hepática, ACLF y categorías avanzadas de Child-Pugh. Las pequeñas diferencias con otros estudios pueden depender de la etiología predominante, del momento de evaluación al ingreso, del acceso previo a seguimiento ambulatorio y del perfil de referencia del hospital.

En conjunto, los hallazgos de la Tabla N.º 16 muestran que la mayoría de los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna ingresó con valores de MELD-Na compatibles con enfermedad clínicamente significativa, predominando el intervalo de 10 a 19 puntos, aunque con una proporción importante de pacientes en categorías más altas. Este patrón refuerza que la cirrosis hepática en nuestra población suele llegar al hospital en fases de severidad ya establecida y confirma la utilidad del MELD-Na como herramienta para contextualizar la gravedad de la cohorte desde el momento del ingreso.

**En la Tabla 17** se observó que 130 pacientes (64,0%) presentaron estancia hospitalaria prolongada, definida como una duración igual o mayor a 9 días, mientras que 73 pacientes (36,0%) tuvieron una estancia no prolongada, es decir, menor de 9 días. Además, la estancia hospitalaria mostró una media de  $15,8 \pm 13,01$  días, una mediana de 13,5 días y un rango entre 0 y 73 días, lo que evidenció una duración amplia y heterogénea del internamiento. En una primera interpretación, estos hallazgos permiten señalar que la hospitalización por cirrosis hepática en la presente cohorte fue prolongada en la mayoría de los casos y se desarrolló en un contexto de importante variabilidad clínica y asistencial.

En el ámbito internacional, los resultados del presente estudio fueron superiores a los comunicados en Italia, donde se reportó una estancia

media de  $10,3 \pm 8$  días en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática (87). En Argentina, por otro lado, se describió que los pacientes con internamientos prolongados presentaron una mediana de 17 días, valor próximo al observado en nuestra serie (88). Asimismo, en India se ha señalado que la estancia hospitalaria en pacientes con cirrosis hepática puede mostrar una variabilidad considerable entre casos (89).

En el contexto nacional, la estancia hospitalaria también ha sido reconocida como una variable de interés en pacientes con cirrosis hepática. En Chiclayo, un estudio desarrollado en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo abordó esta variable en pacientes con cirrosis descompensada (90). De manera similar, en Loreto, Araujo Reyes describió una duración variable del internamiento en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática, aunque sin el mismo nivel de detalle en las medidas descriptivas reportadas en nuestro estudio (25).

En el plano local, los antecedentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna muestran resultados que permiten contextualizar nuestros hallazgos. Pérez Rosas reportó una estancia promedio de 11 días en el mismo hospital (9), cifra menor a la observada en la presente investigación.

Desde la literatura, la estancia hospitalaria en pacientes con cirrosis hepática se describe como una variable clínicamente relevante y frecuentemente heterogénea en el entorno hospitalario (88). Las

semejanzas o diferencias encontradas entre estudios pueden entenderse a partir de las características de la población incluida, el perfil de hospitalización, el nivel de complejidad del establecimiento y la forma de resumir estadísticamente esta variable. En ese sentido, las diferencias observadas con algunas series, así como la cercanía con otras, no necesariamente expresan comportamientos contradictorios, sino realidades clínicas y hospitalarias distintas. En la presente serie, 130 pacientes (64,0%) presentaron una estancia hospitalaria igual o superior a 9 días, criterio que ha sido utilizado en estudios nacionales para definir hospitalización prolongada. Este hallazgo resulta concordante con reportes previos del país, en los que la estancia prolongada ha sido descrita con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados con enfermedad más compleja y con mayor carga de complicaciones. La elevada frecuencia de estancia hospitalaria prolongada puede interpretarse principalmente en relación con la alta carga de complicaciones documentadas durante la hospitalización. En la presente cohorte, destacaron ascitis (61,1%) de la mayoría de ascitis grado III, coagulopatía (46,3%), encefalopatía hepática (40,4%) en su mayoría de grado II, ACLF (37,9%), hemorragia digestiva alta (33,5%), infección no peritoneal (31,0%) y síndrome hepatorenal o lesión renal aguda (16,7%), hallazgos que reflejan una población con descompensación compleja y necesidad de manejo intrahospitalario sostenido. En este contexto, la prolongación del internamiento resulta

clínicamente coherente, ya que varias de estas complicaciones requieren estabilización hemodinámica, vigilancia neurológica, control infeccioso, seguimiento de la función renal y monitoreo de la respuesta terapéutica antes del egreso. Por ello, la estancia prolongada no debe interpretarse como un hallazgo aislado, sino como una consecuencia esperable de la elevada carga de complicaciones observada en la cohorte.

En síntesis, la Tabla N.º 17 muestra que la estancia hospitalaria en los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna fue predominantemente prolongada, al registrarse en 64,0% de la cohorte una duración igual o mayor a 9 días, junto con una amplia variabilidad en el tiempo de internamiento. Este comportamiento resulta coherente con la complejidad clínica del paciente cirrótico hospitalizado, cuya evolución suele estar condicionada por descompensaciones mayores, complicaciones asociadas y necesidad de estabilización clínica antes del egreso.

**En la tabla 18**, se observó que 160 pacientes (78,8%) egresaron con vida, mientras que 43 pacientes (21,2%) fallecieron durante la hospitalización. Estos resultados muestran que, si bien el egreso vivo fue la condición más frecuente, la mortalidad intrahospitalaria representó una proporción importante dentro de la cohorte estudiada.

A nivel internacional, la mortalidad intrahospitalaria encontrada en nuestra serie fue mayor que la descrita en Italia, donde se reportó una

frecuencia de 9,4% en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática (87). En Argentina se comunicó una mortalidad de 16,5% en pacientes con descompensación aguda (88), mientras que en Colombia se informó una mortalidad de 24% en pacientes con insuficiencia hepática crónica agudizada (91). De igual manera, Vorobioff et al. reportaron una mortalidad intrahospitalaria de 24,3% en una encuesta multicéntrica latinoamericana, cifra cercana a la observada en nuestro estudio (18).

En el ámbito nacional, nuestros hallazgos también guardan similitud con otras investigaciones. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se documentó una mortalidad intrahospitalaria de 23,7% en pacientes con cirrosis hepática descompensada (75). En Loreto, Araujo Reyes reportó una mortalidad de 18,5% en pacientes hospitalizados con esta enfermedad (25). Asimismo, Rojas-Acuña et al. describieron una tendencia creciente de mortalidad por cirrosis hepática en el Perú, con especial impacto en regiones de la costa (3).

En el contexto local, las cifras históricas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna resultan especialmente cercanas a las observadas en la presente investigación. Arucutipa registró una mortalidad de 23,1% en pacientes hospitalizados con cirrosis hepática durante 2013–2016 (8). De manera similar, Larico Bernabé reportó 23,1% en el periodo 2010–2012 (71), mientras que Pérez Rosas encontró una mortalidad de 23,75% entre 2018

y 2021 (9). En consecuencia, el 21,18% hallado en nuestra serie se mantiene próximo a lo descrito previamente en la misma institución.

La mortalidad intrahospitalaria observada de 21,2% resulta compatible con una cohorte admitida en fases avanzadas de cirrosis hepática y con una elevada carga de descompensación sistémica. En conjunto, las variables estudiadas no solo describen gravedad clínica, sino que reflejan la convergencia de hipertensión portal clínicamente significativa, deterioro de la función sintética hepática, compromiso neurológico, alteraciones hemostáticas, disfunción renal y circulatoria y, en una fracción relevante, falla multiorgánica aguda sobre crónica, todos ellos mecanismos estrechamente vinculados con peor pronóstico intrahospitalario. Bajo esa perspectiva, la mortalidad registrada no debe interpretarse como un hallazgo aislado, sino como la expresión final de una población biológicamente vulnerable, en la que la reserva funcional hepática ya se encontraba marcadamente reducida al ingreso o se deterioró durante la hospitalización.

En conclusión, la Tabla N.º 18 muestra que la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna fue de 21,18%, valor que resulta comparable con lo reportado en otros estudios y, especialmente, con los antecedentes locales del mismo hospital (75)(9).

## CONCLUSIONES

1. La característica sociodemográfica es del sexo masculino.
2. La etiología principal de la cirrosis hepática fue la alcohólica.
3. Las comorbilidades fueron la obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.
4. El principal motivo de hospitalización fue la ascitis y hemorragia digestiva alta.
5. Las complicaciones durante la hospitalización fue la ascitis, coagulopatía, hemorragia digestiva alta y falla hepática aguda sobre crónica.
6. Los pacientes ingresaron con una alta severidad clínica.
7. La estancia hospitalaria fue mayor a 9 días.

## **RECOMENDACIONES**

1. Realizar campañas de educación sanitaria orientadas a advertir sobre los riesgos del consumo nocivo de alcohol, considerando que la etiología alcohólica constituyó la principal causa de cirrosis hepática en la población estudiada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu XN, Xue F, Zhang N, Zhang W, et al. Global burden of liver cirrhosis and other chronic liver diseases caused by specific etiologies from 1990 to 2019. *BMC Public Health*. 2024; 24:363.
2. Duo H, You J, Du S, Yu M, Wu S, Yue P, Cui X, Huang Y, Luo J, Pan H, Ye Q. Liver cirrhosis in 2021: Global Burden of Disease study. *PLoS One*. 2025 Jul 18;20(7):e0328493. doi: 10.1371/journal.pone.0328493.
3. Rojas-Acuna D, Polo-Samillan N, Vasquez-Chavesta AZ, et al. Morbimortality associated with liver cirrhosis in Peru: an ecological analysis for the period 2004–2016. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9450.
4. Ministerio de Salud del Perú (MINSA), Oficina General de Estadística e Informática (OGEI). Tasa de mortalidad: comparación a través de los años (Lista de mortalidad 110, 2000–2024). Lima: MINSA; [cited 2026 Jan 19]. Available from: [https://public.tableau.com/app/profile/ogei.minsa7647/viz/Tasa\\_Mortalidad\\_17211584028030/Resumen](https://public.tableau.com/app/profile/ogei.minsa7647/viz/Tasa_Mortalidad_17211584028030/Resumen).
5. Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, Francque SM, Sanyal AJ, Kanwal F, et al. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *Hepatology*. 2023;78(6):1966-1986.

6. Huang DQ, Terrault NA, Tacke F, Gluud LL, Arrese M, Bugianesi E, et al. Global epidemiology of cirrhosis—etiology, trends and predictions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2023;20:388-404.
7. European Association for the Study of the Liver (EASL); European Association for the Study of Diabetes (EASD); European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol*. 2024 Sep;81(3):492-542. doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031.
8. Arucutipa Pineda GG. Incidencia y características clínico-epidemiológicas de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2013–2016 [tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017 [cited 2026 Jan 16]. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2302>
9. Pérez Rosas PM. Características clínico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2018-2021 [tesis en Internet]. Tacna (Perú): Universidad Privada de Tacna; 2023 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2943/Peréz-Rosas-Paul.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

10. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018 Aug;69(2):406-460. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.024.
11. Hernandez-Vasquez A, et al. Trends in mortality due to gastrointestinal diseases attributed to alcohol in Peru, 2003–2016. *Rev Gastroenterol Peru.* 2019;39(3)
12. Cao Z, Wong F, Choudhury AK, Kamath PS, Topazian M, Torre A, et al. Global prevalence and characteristics of infections and clinical outcomes in hospitalised patients with cirrhosis: a prospective cohort study for the CLEARED Consortium. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2024;9(12):1114-1128. doi:10.1016/S2468-1253(24)00224-3
13. Bajaj JS, Choudhury AK, Xie Q, Kamath PS, Topazian M, Hayes PC, et al. Global disparities in mortality and liver transplantation in hospitalised patients with cirrhosis: a prospective cohort study for the CLEARED Consortium. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2023;8(7):611-622. doi:10.1016/S2468-1253(23)00098-5.
14. Bajaj R, Amarapurkar D, Praveen Kumar HR, Kulkarni S, Shah N, Doshi S, et al. A multicenter prospective study of infections related morbidity and mortality in cirrhosis of liver. *Indian J Gastroenterol.* 2014;33(4):336-42. doi:10.1007/s12664-014-0461-3.

15. Prieto JE, Sanchez S, Prieto RG, Rojas EL, Gonzalez L, Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2016;31(1):1-8. doi:10.22516/25007440.66.
16. Favre-Bulle T, Moradpour D, Marques-Vidal P, Vaucher J. Trends in the burden of hospitalised patients with cirrhosis in Switzerland: a cross-sectional study of cirrhosis-related hospitalisations between 1998 and 2020. *BMJ Open*. 2024 Aug 24;14(8):e081822. doi: 10.1136/bmjopen-2023-081822
17. García-Compeán D, Jáquez-Quintana JO, González-González JA, Lavallo-González FJ, Villarreal-Pérez JZ, Maldonado-Garza HJ. La diabetes en la cirrosis hepática. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36(7):473-80.
18. Mendizabal M, Vorobioff J, Contreras F, et al. A Latin American survey on demographic aspects of hospitalized, decompensated cirrhotic patients and the resources for their management. *Ann Hepatol*. 2020;19(4):396-403.
19. Huaroc Surichaqui JI. Características clínicas–epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en un Hospital de Huancayo 2017–2020 [tesis]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2020 [cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1321>

20. Santos Ayala CVL, Segura Zapata DG. Características clínicas, epidemiológicas y laboratoriales de la cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Enero 2018–diciembre 2020 [tesis]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2021. Available from: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9229>
21. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 23 de septiembre de 2017 [citado 18 de enero de 2026];27(3). Disponible en: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/562>
22. Malpica-Castillo A, Ticse R, Salazar-Quiñones M, Cheng-Zárate L, Valenzuela-Granados V, Huerta-Mercado Tenorio J. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 8 de agosto de 2017 [citado 18 de enero de 2026];33(4):301-5. Disponible en: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/193>
23. Matos Santiváñez SP. Características clínicas-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante el periodo 2013-2016 [tesis]. Lima (Perú): Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2017.
24. Llamoga Boñon RKF. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional

- Docente de Cajamarca, 2021-2023 [tesis]. Cajamarca (Perú): Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2025. Available from: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/7870/T016\\_74747115\\_T.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/7870/T016_74747115_T.pdf?isAllowed=y&sequence=1)
25. Araujo Reyes N. Índice de MELD en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el departamento de medicina del Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias en los años 2014-2015 [tesis]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016.
26. Alvarez Cárdenas DF. Factores epidemiológicos asociados a cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión–EsSalud de Tacna, entre enero del 2006 y diciembre del 2008 [tesis en Internet]. Tacna (Perú): Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2009 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/37f8c721-b3ac-4992-a643-99eaec678fea>
27. Condori Ticona LA. Factores asociados a mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el Área de Medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018–2021 [tesis en Internet]. Tacna (Perú): Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2022 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/8a6ec6fe-f9d2-4ba1-9709-7ab967d037f8>

28. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(3):245-266. doi:10.1016/S2468-1253(19)30349-8.
29. Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of liver diseases in the world. *J Hepatol.* 2019;70(1):151-171. doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.014.
30. Wang Y, Wang M, Liu C, Hao M, Wang W, Li Y, Shi J, Jia X, Zhang X, Dang S. Global burden of liver cirrhosis 1990-2019 and 20 years forecast: results from the global burden of disease study 2019. *Ann Med.* 2024 Dec;56(1):2328521. doi: 10.1080/07853890.2024.2328521.
31. Díaz LA, Villota-Rivas M, Barrera F, Lazarus JV, Arrese M. The burden of liver disease in Latin America. *Ann Hepatol.* 2024;29:101175. doi:10.1016/j.aohep.2023.101175.
32. Devarbhavi H, Asrani SK, Arab JP, Nartey YA, Pose E, Kamath PS. Global burden of liver disease: 2023 update. *J Hepatol.* 2023 Aug;79(2):516-537. doi: 10.1016/j.jhep.2023.03.017.
33. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on haemochromatosis. *J Hepatol.* 2022 Aug;77(2):479-502. doi:10.1016/j.jhep.2022.03.033.

34. Bhattacharya D, Aronsohn A, Price J, Lo Re V; AASLD-IDSA HCV Guidance Panel. Hepatitis C Guidance 2023 Update: AASLD-IDSA Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection. *Clin Infect Dis*. 2023 May 25:ciad319. doi:10.1093/cid/ciad319.
35. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, Chang KM, Hwang JP, Jonas MM, et al. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology*. 2018 Apr;67(4):1560-1599. doi:10.1002/hep.29800.
36. European Association for the Study of the Liver. EASL-ERN Clinical Practice Guidelines on Wilson's disease. *J Hepatol*. 2025 Feb 22:S0168-8278(24)02706-5. doi:10.1016/j.jhep.2024.11.007.
37. Lindor KD, Bowlus CL, Boyer J, Levy C, Mayo M. Primary biliary cholangitis: 2021 practice guidance update from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2022 Apr;75(4):1012-1013. doi:10.1002/hep.32117.
38. Bowlus CL, Arrivé L, Bergquist A, Deneau M, Forman L, Ilyas SI, et al. AASLD practice guidance on primary sclerosing cholangitis and cholangiocarcinoma. *Hepatology*. 2023 Feb;77(2):659-702. doi:10.1002/hep.32771.
39. Mack CL, Adams D, Assis DN, Kerkar N, Manns MP, Mayo MJ, et al. Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis in Adults and

- Children: 2019 Practice Guidance and Guidelines From the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2020 Aug;72(2):671-722. doi:10.1002/hep.31065.
40. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 2015 Oct;63(4):971-1004. doi:10.1016/j.jhep.2015.06.030.
41. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injury. *J Hepatol*. 2019 Jun;70(6):1222-1261. doi:10.1016/j.jhep.2019.02.014.
42. Nalbantoglu I, Jain D. Cryptogenic cirrhosis: Old and new perspectives in the era of molecular and genomic medicine. *Semin Diagn Pathol*. 2019 Nov;36(6):389-394. doi:10.1053/j.semdp.2019.07.003.
43. Caldwell SH, Lee VD, Kleiner DE, Al-Osaimi AMS, Argo CK, Northup PG, et al. NASH and cryptogenic cirrhosis: a histological analysis. *Ann Hepatol*. 2009 Oct-Dec;8(4):346-352.
44. Xiao S, Xie W, Zhang Y, Lei L, Pan Y. Changing epidemiology of cirrhosis from 2010 to 2019: results from the Global Burden Disease study 2019. *Ann Med*. 2023;55(2):2252326. doi: 10.1080/07853890.2023.2252326.
45. Younossi ZM, Wong G, Anstee QM, Henry L. The Global Burden of Liver Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023;21:1978-1991. doi:10.1016/j.cgh.2023.04.015.

46. Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015;3:e000110. doi:10.1136/bmjdr-2015-000110.
47. Lee WG, Wells CI, McCall JL, Murphy R, Plank LD. Prevalence of diabetes in liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev*. 2019;35(6):e3157. doi:10.1002/dmrr.3157.
48. Zhou WC, Zhang QB, Qiao L. Pathogenesis of liver cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2014 Jun 21;20(23):7312-24. doi:10.3748/wjg.v20.i23.7312.
49. Bataller R, Brenner DA. Liver fibrosis. *J Clin Invest*. 2005 Feb;115(2):209-18. doi:10.1172/JCI24282.
50. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C; Baveno VII Faculty. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*. 2022 Apr;76(4):959-974. doi:10.1016/j.jhep.2021.12.022.
51. Moreau R, Jalan R, Ginès P, Pavesi M, Angeli P, Córdoba J, et al; CANONIC Study Investigators of the EASL–CLIF Consortium. Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis. *Gastroenterology*. 2013 Jun;144(7):1426-1437.e1-9. doi:10.1053/j.gastro.2013.02.042.

52. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, Cordoba J, Ferenci P, Mullen KD, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the AASLD and EASL. *Hepatology*. 2014;60(2):715-735.
53. Kaplan DE, Bosch J, Ripoll C, Thiele M, Fortune BE, Simonetto DA, Garcia-Tsao G, et al. AASLD Practice Guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. *Hepatology*. 2024 May 1;79(5):1180-1211. doi:10.1097/HEP.0000000000000647.
54. Biggins SW, Angeli P, Garcia-Tsao G, Gines P, Ling SC, Nadim MK, et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2021;74(2):1014-1048. doi:10.1002/hep.31884.
55. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(3):245-66.
56. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatic encephalopathy. *J Hepatol*. 2022 Sep;77(3):807-824. doi: 10.1016/j.jhep.2022.06.001. 2023 Nov;79(5):1340. doi: 10.1016/j.jhep.2023.09.004.

57. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. *J Hepatol.* 2023 Aug;79(2):461-491. doi:10.1016/j.jhep.2023.04.021.
58. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol.* 2006;44(1):217-231. doi:10.1016/j.jhep.2005.10.013.
59. Artru F, Samuel D. Approaches for patients with very high MELD scores. *JHEP Rep.* 2019 Feb 23;1(1):53-65. doi: 10.1016/j.jhepr.2019.02.008. 2019 Nov 09;1(5):414. doi: 10.1016/j.jhepr.2019.10.002.
60. Pellicoro A, Ramachandran P, Iredale JP, Fallowfield JA. Liver fibrosis and repair: immune regulation of wound healing in a solid organ. *Nat Rev Immunol.* 2014;14(3):181-194. doi:10.1038/nri3623.
61. Gómez García G, Melo Marmolejo S. Validez de la escala pronóstica de MELD en el paciente con cirrosis hepática hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Huancayo, 2011–2015 [tesis]. Huancayo (Perú): Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina Humana; 2016.
62. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome (Practice Guidance; updated 2021).

63. Tsoris A, Marlar CA. Use of the Child-Pugh Score in Liver Disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>
64. Medina Méndez MG. Insuficiencia renal aguda como factor de riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cirrosis hepática descompensada en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el período 2013-2018 [tesis]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020.
65. Jepsen P, Vilstrup H. Comorbidity in cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2014;20(23):7223-30.
66. Spann A, Louissaint J. Sex-Based Disparities in Cirrhosis Outcomes—From Recognition to Action. *JAMA Netw Open*. 2025;8(7):e2523685.
67. Shi Y, Zhang X, Wong T, Yan T, Henry L, Cheung R, Nguyen MH. Sex Differences in Risk of Adverse Liver Events in Patients With Cirrhosis. *JAMA Netw Open*. 2025;8(7):e2523674.
68. Natt AS, Elangovan A, Madhani K, Ravi S. Association between social determinants of health and 30-day readmissions in patients with cirrhosis. *J Clin Gastroenterol*. 2025;59(3):245-52.
69. Alvarado-Tapias E, Llop E, Martínez J, Ferreiro R, Garrido E, Santos L, et al. The role of active alcohol consumption in the clinical course of patients with decompensated cirrhosis. The CLEARED Consortium. *J Hepatol*. 2025;82(Suppl 1):S245-6.

70. Dai J, Zhao J, Du Y, McNeil EB, Chongsuvivatwong V. Biomarkers and sociodemographic factors predicting one-year readmission among liver cirrhosis patients. *Ther Clin Risk Manag.* 2019;15:979-89.
71. Larico Bernabé ML. Características clínicas, complicaciones y evaluación de sobrevida de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010–2012 [tesis en Internet]. Tacna (Perú): Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/48da40c5-cd33-428c-b47c-40f06d6d89fd>.
72. Gentilini P, Laffi G, La Villa G, Romanelli RG, Buzzelli G, Casini-Raggi V, et al. Long course and prognostic factors of virus-induced cirrhosis of the liver. *Am J Gastroenterol.* 1997;92(1):66-72.
73. D'Amico G, Morabito A, D'Amico M, Pasta L, Malizia G, Rebora P, et al. Clinical states of cirrhosis and competing risks. *J Hepatol.* 2018;68(3):563-76.
74. Hickman IJ, Macdonald GA. Impact of diabetes on the severity of liver disease. *Am J Med.* 2007;120(10):829-34.
75. García-Compeán D, Jáquez-Quintana JO, Maldonado-Garza HJ. Diabetes mellitus tipo 2 y cirrosis hepática: una asociación compleja. *Rev Gastroenterol Mex.* 2015;80(1):52-63.

76. Crespo M, Pérez R, Sanromán AL, et al. Biomarcadores séricos para la evaluación de la fibrosis hepática. *Adv Lab Med.* 2024;5(2):131-47.
77. Jepsen P, Vilstrup H, Lash TL. Development and validation of a comorbidity scoring system for patients with cirrhosis. *Gastroenterology.* 2014;146(1):147-56.
78. Crooks CJ, Card TR, West J. A validation study of the CirCom comorbidity score in an English cirrhosis population using the Clinical Practice Research Datalink. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;47(6):806-14. doi:10.1111/apt.14504
79. Nadim MK, Kellum JA, Forni L, Francoz C, Asrani SK, Ostermann M, et al. Acute kidney injury in patients with cirrhosis: joint consensus of the Acute Disease Quality Initiative (ADQI) and the International Club of Ascites (ICA). *J Hepatol.* 2024;81(1):163-83. doi:10.1016/j.jhep.2024.03.031
80. García DS, Martínez Artola Y, Poncino DA, Ferreira Rubino M, Escobar R, Khoury M. Etiología de la cirrosis hepática: los cambios epidemiológicos entre los períodos 1995-2002 y 2010-2017. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2020;50(3):271-8.
81. Díaz LA, Fuentes-López E, Ayares G, Idalsoaga F, Arnold J, Márquez L, et al. Clinical and epidemiological characteristics of patients with cirrhosis in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Ann Hepatol.* 2024;29(2):101210.

82. Vélez JL, Gallego L, Restrepo JC, Puerta G, Henao S, Jaramillo S, et al. Characterization of patients with acutely decompensated cirrhosis who received care in different highly complex emergency services of Medellín, Colombia. *Biomedica*. 2023;43(Sp. 3):9-20.
83. Tapper EB, Zhao Z, Parikh ND. The incidence of, risk factors for, and outcomes after ascites in a cohort of US Medicare enrollees with cirrhosis. *PLoS One*. 2023;18(4):e10905652.
84. Mezzano G, Aguirre H, Perez-Valenzuela J, Idalsoaga F, Ayares G, Fuentes-López E, et al. Acute on chronic liver failure in Latin America: sub-analysis of a systematic review and meta-analysis. *Ann Hepatol*. 2023;28(Suppl 1):101223. doi:10.1016/j.aohep.2023.101223
85. P133 | Bacterial infections as an increasing cause of decompensation in liver cirrhosis patients: a prospective analysis of admissions to an Internal Medicine unit from 2014 to 2023. *Ann Hepatol*. 2025;24(Suppl 1):101210.
86. Silva Quiroz 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 [tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2020.
87. Rojas Saunero LP, Bermudez C, Antinucci F, Parma F, Posadas-Martinez L, Giunta D, et al. Factores asociados a internación

prolongada y muerte en pacientes con descompensación aguda de la cirrosis hepática. SAM SMIBA 2017

88. Shah P, Reddy H, Patil R, Kadam A, Kumar S, Acharya S, et al. Utility of Hemogram-based Parameter in Predicting Hospital Stay in Liver Cirrhosis: A 2-year Prospective Observational Study. *J Datta Meghe Inst Med Sci Univ.* 2024;19(3):522-8.
89. Gamonal Yovera JN. Factores que influyen en estancia hospitalaria por cirrosis hepática descompensada. *HNAAA Chiclayo.* Enero-diciembre 2023 [tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2025.
90. Abendaño Rivera DF, Sánchez Sánchez CY, Cazarin Chávez K, Santana Vargas D, Higuera De la Tijera F, Pérez Hernandez JL. P-105 Risk factors for mortality in patients with decompensated cirrhosis during hospitalization. *Ann Hepatol.* 2024;29(Suppl 3):101210.
91. Jepsen P, Watson H, Macdonald S, Vilstrup H, Jalan R. MELD remains the best predictor of mortality in outpatients with cirrhosis and severe ascites. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020;52(3):492-9.

## ANEXOS

### ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (VERSIÓN RESUMIDA)

Código: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_ Fecha ingreso: // \_\_\_\_\_ Fecha egreso: // \_\_\_\_\_

---

#### 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Edad: \_\_\_\_\_ años
  - Grupo etario:  18-29  30-39  40-49  50-59  60-69  70-79  80-89  ≥90
  - Sexo:  Masculino  Femenino
  - Procedencia:  Tacna  Otra
  - Año:  2022  2023  2024  2025
  - Hospitalización previa:  Sí  No
  - Grado de instrucción:  Sin estudios  Primaria  Secundaria  Superior técnico  Superior universitario
- 

#### 2. TIEMPO DE ENFERMEDAD

< 1 año  1-5 años  6-10 años  > 10 años

---

#### 3. COMORBILIDADES (marcar Sí/No)

DM2	Obesidad	HTA	Dislipidemia	ERC	EPOC/Asma	VIH	TBC	Otras	Ninguna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° total de comorbilidades: \_\_\_\_\_

---

**4. ETIOLOGÍA (marcar una)**

Alcohol  MASLD/MASH  VHC  VHB  Autoinmune/colestásica  Otras: \_\_\_\_\_   
Indeterminada

---

**5. MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN (marcar uno)**

HDA  Ascitis/PBE  Encefalopatía  Infección no peritoneal/sepsis  Hidrotórax   
Ictericia/colestasis  Otras

---

**6. COMPLICACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN (marcar Sí/No)**

Ascitis	Encefalopatía	HD A	Ictericia	Coagulopatía	PBE	Inf. no peritoneal	SHR/AKI	SH P	Hidrotórax	HC	ACLF
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grado de ascitis:  Leve  Moderada  Severa

Grado de encefalopatía:  I  II  III  IV

Grado de ACLF:  1  2  3

---

**7. SCORES PRONÓSTICOS**

- Child-Pugh:  A (5-6)  B (7-9)  C (10-15)
  - MELD-Na:  0-9  10-19  20-29  30-39  ≥40
- 

**8. EVOLUCIÓN**

- Estancia hospitalaria (días): \_\_\_\_\_
- Condición de egreso:  Vivo  Fallecido

## ANEXO N° 02

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.</p>	<p>Variables clínico-epidemiológicas</p>	<p><b>Tipo de estudio:</b> Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.</p> <p><b>Población:</b> 203 pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante 2022–2025.</p>
<p><b>Problemas específicos:</b></p>	<p><b>Objetivos específicos:</b></p>		
<p>1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?</p>	<p>1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.</p>	<p>Edad, sexo, procedencia, año de hospitalización, hospitalización previa, grado de instrucción.</p>	<p><b>Criterios de inclusión:</b> Pacientes <math>\geq 18</math> años con diagnóstico confirmado de cirrosis hepática (histológico, imagenológico, clínico-laboratorial o elastográfico),.</p>
<p>2. ¿Cuál es la etiología de la cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?</p>	<p>2. Identificar la etiología de la cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.</p>	<p>Etiología (alcohol, MASLD/MASH, VHC, VHB, autoinmune/colestásica, otras, indeterminada).</p>	<p><b>Criterios de exclusión:</b> Historias clínicas incompletas, diagnóstico no confirmado, edad <math>&lt; 18</math> años, registros duplicados.</p>
<p>3. ¿Cuáles son las comorbilidades más frecuentes en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?</p>	<p>3. Describir las comorbilidades más frecuentes en los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.</p>	<p>Comorbilidades (DM2, obesidad, HTA, dislipidemia, ERC, EPOC/asma, VIH, TBC, otras, ninguna); número de comorbilidades.</p>	<p><b>Técnica:</b> Revisión documental de historias clínicas.</p> <p><b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos.</p> <p><b>Análisis estadístico:</b> Estadística</p>

4. ¿Cuál es el motivo principal de hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?	5. Determinar el motivo principal de hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.	Motivo de hospitalización (HDA, ascitis/PBE, encefalopatía, infección no peritoneal/sepsis, hidrotórax, ictericia/colestasis, otras).	descriptiva: frecuencias y porcentajes para variables cualitativas; medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, DE, RIC) para variables cuantitativas, según evaluación de normalidad (Kolmogorov-Smirnov).
5. ¿Cuáles son las complicaciones durante la hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?	6. Describir las complicaciones durante la hospitalización de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.	Complicaciones: ascitis, encefalopatía, HDA, ictericia, coagulopatía, PBE, infección no peritoneal, SHR/AKI, SHP, hidrotórax, HCC, ACLF; grados de ascitis, grados de encefalopatía, grados de ACLF.	
6. ¿Cuál es la severidad de la cirrosis hepática al ingreso según los scores Child-Pugh y MELD-Na en los pacientes hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?	7. Clasificar la severidad de la cirrosis hepática al ingreso mediante los scores Child-Pugh y MELD-Na en los pacientes hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.	Child-Pugh (A, B, C); MELD-Na (0–9, 10–19, 20–29, 30–39, ≥40).	
8. ¿Cuál es la estancia hospitalaria y la condición de egreso de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025?	8. Describir la estancia hospitalaria y la condición de egreso de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022–2025.	Estancia hospitalaria (días); condición de egreso (vivo/fallecido).	

## ANEXO N° 03

# AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO E INGRESO A ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



**HHUT**  
HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Ejecutiva Regional N°270-2024-ETARRRH-OEGDRRH-DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga:

### CREDECIAL

Del Proyecto de Investigación:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022-2025	CÓDIGO
	14-CIÉI-HHUT-2026

Autoría (es):

BACH. FERNANDO EDWAR HERNANDEZ LAURA

Dictamen otorgado por Miembro activo del CIÉI, MED. MED. YACKELINE YENNY ÑACA BAILÓN, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular  Suplente

Según Resolución Directoral N°080-2026-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI  NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI  NO

Vulnera derechos SI  NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI  NO  Escrito SI  NO  Pertinente SI  NO

Impacto Ambiental Positivo  Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI  NO  Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI  NO  Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité

Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 03 de marzo del 2026

Válido hasta el 03 de marzo del 2027




MED. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE  
Director Ejecutivo  
Hospital Hipólito Unanue Tacna




LIC. DANIEL MARTÍN CENTELLA CENTENO  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Hospital Hipólito Unanue Tacna

## ANEXO N° 04

### AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO E INGRESO A ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA  
PROYECTO DE TESIS



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022-2025”**

DENOMINACION DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

I. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Bardales Silva, Angel Fabian

1.2. DNI : 45029605


1.3. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Asesor en Logística

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00%-20%	Regular 21%-40%	Buena 41%-60%	Muy Bueno 61%-80%	Excelente 81%-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					100%
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					100%
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					100%
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad suficiente					90%
PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					100%
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico					90%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					100%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					90%
APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					90%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Excelente

PROMEDIO DE EVALUACIÓN: 95%



**FIRMA Y SELLO**  
Rafael Esquivel



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA  
 PROYECTO DE TESIS



“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON  
 CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022-2025”

DENOMINACION DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: López Claros, Jorge Eliseo  
 1.2. DNI : 07588631  
 1.3. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Gastroenterólogo

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00%-20%	Regular 21%-40%	Buena 41%-60%	Muy Bueno 61%-80%	Excelente 81%-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					95%
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					95%
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					95%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					95%
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad suficiente					95%
PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					95%
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico					95%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					95%
APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					95%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: aplicable

PROMEDIO DE EVALUACIÓN: 95%

FIRMA Y SELLO



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA  
 PROYECTO DE TESIS



“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON  
 CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2022-2025”

DENOMINACION DEL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Chino Chambilla, Bruce Fredy  
 1.2. DNI : 40888374  
 1.3. CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Médico Internista - HUIDAC TACNA

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00%-20%	Regular 21%-40%	Buena 41%-60%	Muy Bueno 61%-80%	Excelente 81%-100%
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					90%
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90%
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					90%
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad suficiente					90%
PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					90%
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico					90%
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					90%
APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					90%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Adecuado para estudio descriptivo

PROMEDIO DE EVALUACIÓN: 90%

  
 FIRMA Y SELLO  
 Bruce F. Chino Chambilla  
 MÉDICO INTERNISTA  
 CMP: 70981 - RNE: 051761  
 HOSPITAL III DANIELA CARRIÓN  
 HUIEsaSalud