

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2018 - 2021**

TESIS

Presentada por:

Bach. Ludwing Angel Condori Ticona

Para optar el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

TACNA-PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES
CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2018 - 2021**

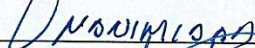
TESIS

Presentada por:

Bach. LUDWING ANGEL CONDORI TICONA

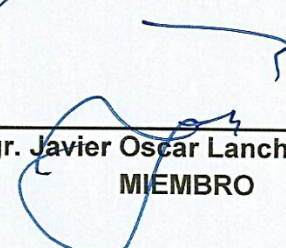
Para optar el Título Profesional de:


MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por , ante el siguiente jurado:


Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio
PRESIDENTE


Mgr. Jorge Eliseo López Claros
MIEMBRO


Mgr. Javier Oscar Lanchipa Picoaga
MIEMBRO


Mgr. Rodrigo Jesús Flores Palacios
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de llegar hasta aquí, y lograr culminar esta etapa de mi carrera, jamás olvidare lo que hizo por mí.

A mis padres Calixto y Eugenia por haberme brindado su amor y apoyo incondicional en los momentos más difíciles de esta etapa, a través de consejos y palabras de aliento.

AGRADECIMIENTO

A mi escuela de Medicina Humana, en especial a todos mis docentes que me brindaron conocimientos, sabiduría, enseñanzas, experiencias y su dedicación para mi formación y futuro desempeño profesional. A mi asesor por compartir sus conocimientos y guiarme en este Estudio.

sí mismo agradecer a mis queridos padres Calixto Condori y Eugenia Ticona por preocuparse por mí en los momentos más difíciles de esta etapa y creer en mí, por sus consejos y apoyo incondicional, De igual forma a agradecer a mis hermanos Guzmán y Roxana por estar presente brindándome su apoyo moral.

A Kenedhy Cormilluni por estar siempre a mi lado, ser mi apoyo incondicional y motivación en momentos difíciles y en cada uno de mis tropiezos y celebrar junto a mí mis logros.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN	xx
ABSTRACT	xxi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	4
1.4. OBJETIVOS.....	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivo específicos.....	5
1.5. HIPÓTESIS.....	6
1.6. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....	8
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	8
2.2. BASES TEÓRICAS.....	21
2.2.1. Cirrosis hepática.....	21
2.2.2. MANIFESTACIONES CLINICAS	26
2.2.3. DIAGNÓSTICO.....	27
2.2.4. COMPLICACIONES	28
2.2.5. Tratamiento.....	37

2.2.6. PREVENCIÓN	38
2.2.7. CLASIFICACIÓN CHILD-PUGH	39
2.2.8. Factores.....	40
2.3. DEFINICION DE TERMINOS.....	43
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	44
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	44
3.2. POBLACIÓN Y/O MUESTRA DE ESTUDIO	44
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	46
3.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	48
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	49
4.1. RESULTADOS	49
4.2. DISCUSIÓN.....	125
CONCLUSIONES	145
RECOMENDACIONES.....	146
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
ANEXOS.....	159

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nº 01 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según año de ingreso en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	50
Tabla Nº 02 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según edad y sexo en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021	52
Tabla Nº 03 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según lugar de procedencia en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	54
Tabla Nº 04 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según grado de instrucción en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	56
Tabla Nº 05 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según ingesta de alcohol en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	58
Tabla Nº 06 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según frecuencia de ingesta de alcohol en el área de	60

medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.

- Tabla Nº 07** Distribución de pacientes con cirrosis hepática según presencia de comorbilidad en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **62**
- Tabla Nº 08** Distribución de pacientes con cirrosis hepática según tipo de comorbilidad en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **64**
- Tabla Nº 09** Distribución de pacientes con cirrosis hepática según etiología en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **66**
- Tabla Nº 10** Distribución de pacientes con cirrosis hepática según tiempo de enfermedad actual en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **68**
- Tabla Nº 11** Distribución de pacientes con cirrosis hepática según sintomatología en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **70**
- Tabla Nº 12** Distribución de pacientes con cirrosis hepática según examen físico en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **73**

Tabla Nº 13	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según sus complicaciones en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	75
Tabla Nº 14	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según su complicación trombocitopenia en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	77
Tabla Nº 15	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según su complicación anemia en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	79
Tabla Nº 16	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según grado de encefalopatía hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	81
Tabla Nº 17	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según complicación síndrome Hepatorrenal en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	83
Tabla Nº 18	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según escala Child Pugh en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	85

Tabla Nº 19	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según condición de egreso en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	87
Tabla Nº 20	Relación entre edad y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	89
Tabla Nº 21	Relación entre sexo y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	91
Tabla Nº 22	Relación entre grado de instrucción y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	93
Tabla Nº 23	Relación entre procedencia y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	96
Tabla Nº 24	Relación entre ingesta de alcohol y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de	99

medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.

- Tabla Nº 25** Relación entre comorbilidad y mortalidad en **101**
pacientes con cirrosis hepática en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.
- Tabla Nº 26** Relación entre etiología y mortalidad en pacientes **103**
con cirrosis hepática en el área de medicina del
Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.
- Tabla Nº 27** Relación entre tiempo de enfermedad actual y **105**
mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el
área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de
Tacna, 2018 - 2021.
- Tabla Nº 28** Relación entre síntomas y mortalidad en pacientes **108**
con cirrosis hepática en el área de medicina del
Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.
- Tabla Nº 29** Relación entre examen clínico y mortalidad en **111**
pacientes con cirrosis hepática en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.

Tabla Nº 30	Relación entre complicaciones y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	114
Tabla Nº 31	Relación entre grado de encefalopatía y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	117
Tabla Nº 32	Relación entre síndrome hepatorenal y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	120
Tabla Nº 33	Relación entre Child Pugh y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	122
Tabla Nº 34	Factores asociados a mortalidad en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el área de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021	124

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 01 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según año de ingreso en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	51
Gráfico N° 02 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según edad y sexo en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021	53
Gráfico N° 03 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según lugar de procedencia en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	55
Gráfico N° 04 Distribución de pacientes con cirrosis hepática según grado de instrucción en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	57

- Gráfico N° 05** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **59**
según ingesta de alcohol en el área de medicina del
Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.
- Gráfico N° 06** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **61**
según frecuencia de ingesta de alcohol en el área
de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.
- Gráfico N° 07** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **63**
según presencia de comorbilidad en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.
- Gráfico N° 08** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **65**
según tipo de comorbilidad en el área de medicina
del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 -
2021.
- Gráfico N° 09** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **67**
según etiología en el área de medicina del Hospital
Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.
- Gráfico N° 10** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **69**
según tiempo de enfermedad actual en el área de

medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.

- Gráfico N° 11** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **72**
según sintomatología en el área de medicina del
Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.
- Gráfico N° 12** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **74**
según examen físico en el área de medicina del
Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.
- Gráfico N° 13** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **76**
según sus complicaciones en el área de medicina
del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 -
2021.
- Gráfico N° 14** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **78**
según su complicación trombocitopenia en el área
de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.
- Gráfico N° 15** Distribución de pacientes con cirrosis hepática **80**
según su complicación anemia en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.

Gráfico N° 16	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según grado de encefalopatía hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	82
Gráfico N° 17	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según complicación síndrome Hepatorrenal en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	84
Gráfico N° 18	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según escala Child Pugh en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	86
Gráfico N° 19	Distribución de pacientes con cirrosis hepática según condición de egreso en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	88
Gráfico N° 20	Relación entre edad y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	90
Gráfico N° 21	Relación entre sexo y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.	92

- Gráfico N° 22** Relación entre grado de instrucción y mortalidad en **95**
pacientes con cirrosis hepática en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.
- Gráfico N° 23** Relación entre procedencia y mortalidad en **98**
pacientes con cirrosis hepática en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.
- Gráfico N° 24** Relación entre ingesta de alcohol y mortalidad en **100**
pacientes con cirrosis hepática en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.
- Gráfico N° 25** Relación entre comorbilidad y mortalidad en **102**
pacientes con cirrosis hepática en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.
- Gráfico N° 26** Relación entre etiología y mortalidad en pacientes **104**
con cirrosis hepática en el área de medicina del
Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021.

- Gráfico N° 27** Relación entre tiempo de enfermedad actual y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **107**
- Gráfico N° 28** Relación entre síntomas y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **110**
- Gráfico N° 29** Relación entre examen clínico y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **113**
- Gráfico N° 30** Relación entre complicaciones y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **116**
- Gráfico N° 31** Relación entre grado de encefalopatía y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. **119**
- Gráfico N° 32** Relación entre síndrome Hepatorrenal y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de **121**

medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.

Gráfico N° 33 Relación entre Child Pugh y mortalidad en **123**
pacientes con cirrosis hepática en el área de
medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna,
2018 - 2021.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 – 2021. **Metodología:** observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se incluyeron 95 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática durante el 2018 al 2021. **Resultados:** la tasa de mortalidad fue de 23,75 con predominio en adultos mayores (56,8%). Los factores sociodemográficos asociados a la mortalidad son: el sexo masculino ($p=0,018$), el consumo de alcohol ($p=0,008$); manifestaciones clínicas: la alteración de la conciencia ($p=0,000$), la equimosis con facilidad ($p=0,042$), disminución de la presión sanguínea ($p=0,000$) y Fetor hepático ($p=0,023$) y las complicaciones: encefalopatía hepática Grado 3 ($p=0,000$) y síndrome Hepatorrenal 1 ($p=0,001$) y la escala Child Pugh C ($p=0,000$). **Conclusión:** Los factores asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática fueron: sexo Masculino, ingesta de alcohol, las manifestaciones clínicas: alteración de la conciencia, equimosis con facilidad, disminución de la presión sanguínea y Fetor hepático, además, complicaciones como encefalopatía hepática Grado 3 y síndrome Hepatorrenal tipo 1 y la escala Child Pugh C.

Palabras clave: Cirrosis hepática, factores asociados, mortalidad.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with mortality in patients with liver cirrhosis in the medical area of the Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 - 2021. Methodology: observational, analytical, cross-sectional and retrospective. 95 patients diagnosed with liver cirrhosis were included between 2018 and 2021. **Results:** the mortality rate was 23.75, predominantly in older adults (56.8%). The sociodemographic factors associated with mortality are: male sex ($p=0.018$), alcohol consumption ($p=0.008$); clinical manifestations: the feeling of consciousness ($p=0.000$), bruising easily ($p=0.042$), decreased blood pressure ($p=0.000$) and hepatic fetor ($p=0.023$) and complications: Grade 3 hepatic encephalopathy ($p=0.000$) and Hepatorenal syndrome 1 ($p=0.001$) and the Child Pugh C scale ($p=0.000$). **Conclusion:** The factors associated with mortality in patients with cirrhosis of the liver were: male sex, alcohol intake, clinical manifestations: unconsciousness, easy ecchymosis, decreased blood pressure and hepatic Fetor, in addition, complications such as hepatic encephalopathy. Grade 3 and type 1 hepatorenal syndrome and the Child Pugh C scale.

Keywords: Liver cirrhosis, associated factors, mortality

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, la incidencia de cirrosis hepática varia geográficamente tanto en prevalencia y mortalidad a nivel mundial, la prevalencia de cirrosis hepática se debe a múltiples factores de riesgo que desencadenan esta enfermedad, a nivel mundial es la décima causa de muerte en el mundo. (1)

Para el año 2010 fallecieron mundialmente 1.030.800 personas, muchas de estas defunciones están asociadas a complicaciones propias de la enfermedad en estadios crónicos, la cual puede incrementar su mortalidad al año hasta un 80%, siendo considerada hoy la enfermedad responsable de la mayor indicación de trasplantes hepáticos por año. (7)

A nivel de Latinoamérica, Perú se encuentra en el noveno lugar de mortalidad específica por cirrosis hepática con el 3,6% (4). En el 2018, fallecieron 4 498 personas con cirrosis hepática, que representa el 3,6% del total de muertes a nivel nacional, esta cifra ha ido en aumento año tras año (de 9,7 a 14,1 x 100 000 habitantes), asimismo, la frecuencia es mayor en el sexo masculino, la edad que predomina fueron los varones mayores de 75 años (138,6 x 100 000 habitantes), seguido los de 50 a 74 años (72,6 x 100 000 habitantes). (4)

A nivel local en el 2016, se realizó un estudio, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con 95 pacientes por cirrosis hepática, hospitalizados en el servicio de medicina encontrando que la mayoría de los pacientes tenía menos de 80 años con predominio en sexo masculino, obesidad representa 50,5% y la etiología más frecuente es el alcoholismo con 51,6% y las complicaciones más frecuentes son ascitis. (6)

La presente investigación consta de cuatro capítulos, el primer capítulo Planteamiento del problema hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, justificación, objetivos, formulación de hipótesis y alcances y limitaciones. El segundo capítulo Marco teórico se realiza un análisis de los antecedentes del estudio, asimismo el fundamento teórico y la definición de términos asociados a las variables de estudio. El tercer capítulo Metodología de la investigación contiene el diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos; en el cuarto capítulo se presentan los resultados encontrados de acuerdo a los factores asociados. El quinto capítulo se explica y se comparan nuestros resultados con otros estudios. Al final se muestran la conclusión, recomendaciones y bibliografía utilizada en el desarrollo del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Es una enfermedad muy importante de mortalidad digestiva no neoplásica pero evitable y descuidada por parte de la salud mundial. (2); asimismo, según la OMS afirma ser la causa de mortalidad en enfermedad digestiva a nivel mundial. (4)

Actualmente, en el 2020, el MINSA en su tabla de comparación de tasa de mortalidad reporto que la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado ocupa el octavo lugar a nivel nacional con una tasa de 103,3 x 100 000 habitantes y que son los hombres quienes representan la mayor tasa de mortalidad a diferencia que el sexo femenino. (8)

A nivel nacional en el año 2017, en un estudio realizado en Arequipa a los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática, se encontró que el sexo que predomino fue el masculino (75,6%), con edades entre 55 a 65 años (63,0%), la comorbilidad principal fue la obesidad (68,4%) y de etiología alcohólica. (1)

En Tacna, en el 2020, el MINSA reporto que la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, ocupa el octavo lugar según tasa de

mortalidad, con 52 defunciones, una tasa de 106,4 x 100 000 habitantes, con predominio en el sexo masculino. (8)

La incidencia en nuestra región por cirrosis hepática en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los periodos 2013 al 2016 fue de 23,7 pacientes por año; con una mayor incidencia en el sexo masculino con el 52,6%, la etiología más frecuente fue la alcohólica con el 51,6% y su complicación más frecuente fue ascitis con 63,2%. (6)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 – 2021?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Si bien es cierto, la cirrosis hepática es una enfermedad crónica y progresiva y caracterizada por la transformación de la arquitectura del hígado y formación de nódulos regenerativos con evolución a fibrosis, es considerada una enfermedad irreversible en etapas avanzadas, siendo el trasplante hepático su único tratamiento.

Existen factores relacionados a la mortalidad, y de diversas etiologías, siendo la principal alcohólica; así como las infecciones virales de hepatitis B (HBV) y el virus de la hepatitis C (HVC), además, existen factores como la edad, sexo, signos y síntomas, la presencia de

complicaciones en el momento del diagnóstico tales como: ascitis, ictericia, encefalopatía hepática, hemorragias digestivas que influyen en la mortalidad de los pacientes. (2) El estudio permitirá conocer la realidad de los pacientes, y poder intervenir de manera adecuada según cada caso específico.

Como ya sabemos, la supervivencia por cirrosis hepática es relativamente prolongada hasta 15 años, sin embargo, si llegan a descompensarse el pronóstico es malo. (2) La probabilidad de presentar esta patología aumenta con ciertos factores condicionantes; en nuestro país las enfermedades hepáticas son altas y los pacientes

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 – 2021.

1.4.2. Objetivo específicos

a) Determinar los factores sociodemográficos asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2018 – 2022.

b) Determinar las manifestaciones clínicas que se asocian a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de

medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2018 – 2022.

- c) Determinar las complicaciones que se asocian a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2018 – 2022.

1.5. HIPÓTESIS

Existen factores sociodemográficos, manifestaciones clínicas y comorbilidades y complicaciones que están asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna., 2018 – 2021.

1.6. ALCANCES Y LIMITACIONES

1.6.1. Alcances

El presente trabajo realizo un estudio a los pacientes atendidos en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna diagnosticados con Cirrosis hepática.

1.6.2. Limitaciones

El acceso a la información es restringido de carácter confidencial. Considerando el contexto por la pandemia de la COVID–19, se presentó trámites administrativos y barreras para el acceso a la información y recolección de datos.

Se presentó algunas limitaciones al momento de recolección de datos a no encontrar información completa ejemplo: Historias Clínicas incompletas, Historias Clínicas desaparecidas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

NIVEL INTERNACIONAL

Tapper EB, Parikh ND. (9) realizó el estudio “Mortalidad por cirrosis y cáncer de hígado en los Estados Unidos, 1999 – 2016”. *Metodología*, cohorte observacional de 17 años de estudio. *Resultados*, se encontró que la muerte por cirrosis hepática aumento en un 65%, las personas de 25 a 34 años experimentan aumento anual de promedio de mortalidad por cirrosis en un 10,5% a 12,2% relacionadas por el consumo de alcohol; la mortalidad fue por peritonitis y sepsis en contexto por cirrosis. *Conclusión*, que la mortalidad por cirrosis ha aumentado en los EE.UU. desde el 2009, debido a la muerte por cirrosis alcohólica en las personas de 25 a 34 años de edad.

Xu L, Ying S, et al. (10) realizaron el estudio “Neumonía en pacientes con cirrosis: factores de riesgo asociados a mortalidad y valor predictivo de modelos pronósticos”. *Metodología*, estudio de análisis de regresión de 30 y 90 días (2019) en china en 213 pacientes cirróticos con neumonía. *Resultados*, encontraron que los pacientes desencadenaron una mortalidad por insuficiencia hepática aguda de 46,4% por 30 días y 69,6% en 90 días. Tanto la edad, terapia antibiótica empírica

inapropiada y bacteriemia, fueron factores de mortalidad. *Conclusión*, la edad, la bacteriemia y terapia antibiótica empírica inapropiada se asocian a un aumento de mortalidad. La neumonía desencadenó insuficiencia hepática aguda notable mayor mortalidad.

Gao F, Lin MT y Yang XY. (11) realizaron el estudio “Acidosis metabólica en pacientes críticos con cirrosis: epidemiología y factores de riesgo de mortalidad a corto plazo”. *Metodología*, regresión de Cox de 28 días (2018) en china de 975 pacientes con cirrosis hepática. *Resultados*, encontraron que 506 tenían acidosis metabólica, incluido a 257 pacientes con acidosis metabólica descompensada en UCI. La mortalidad por acidosis metabólica a 28 días fue 41%. *Conclusión*, que los pacientes cirróticos tienen una alta tasa de mortalidad y mal pronóstico debido a la alta prevalencia de acidosis metabólica y la acidosis láctica es el peor pronóstico de todos los tipos de acidosis metabólica.

Piano S, Singh V, Caraceni P y et al. (12) realizaron el estudio “Epidemiología y efectos de las infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis en todo el mundo”. *Metodología*, muestra de 1302 pacientes hospitalizados con cirrosis hepática de 46 centros (15 de Asia, 15 de Europa, 11 de América de Sur, 5 de América del Norte) desde octubre del 2015 hasta setiembre de 2016. *Resultados*, encontraron que la prevalencia global de bacterias multirresistente

(MDR) fue de 34%, en mayor prevalencia en Asia. Las infecciones causadas por bacteria MDR se asocian a una tasa mayor de shock y falla orgánica y mayor mortalidad hospitalaria. *Conclusión*, que los pacientes cirróticos hospitalizados tienen una alta prevalencia de infección por bacterias (MRD) y mayor mortalidad. Las diferencias en prevalencia son diferentes en las regiones del mundo lo cual indica la necesidad de diferentes estrategias empíricas antibióticas.

Mero J. et al. (13) en el estudio “Factores asociados a la muerte en pacientes con cirrosis hepática” realizado en Cuba durante el periodo 2015 – 2019. *Metodología*, observacional, analítico de caso y control. Con 77 casos y 77 controles. *Resultados*, predominio de hombres, 68,8% para los casos y 72,7% para los controles. Las variables asociadas a la muerte fueron: la clasificación de Child Pugh descompensada (OR:2,7; IC 95%; 1,1 – 6,8; p=0,037) y síndrome Hepatorrenal (OR: 3,4; IC 95%: 1,4 – 8,5; p=0,008). *Conclusión*, la clasificación de Child Pugh descompensada y el síndrome Hepatorrenal se comportaron como factores de riesgo para la muerte en pacientes con cirrosis hepática.

Muñoz R. et al. (14) en el estudio “Complicaciones de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón”. *Metodología*, observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. *Resultados*, de 185 pacientes, el 56,2% fueron de sexo

femenino, el grupo etario más frecuente fue de 60 a 79 años (49,2%), la escala Child Pugh B fue de 49,2%, la etiología más frecuente fue cirrosis por NASH con 45,4%, y alcohólica con 16,8%, las complicaciones más frecuentes fueron el sangrado por varices esofágicas (79,5%), ascitis (66,5%) y encefalopatía (35,1%). *Conclusión*, principal etiología de la cirrosis fue el NASH, y complicación principal varices esofágicas y ascitis.

Zubieta R. (15) Se realizó un estudio descriptivo observacional de cohorte, de pacientes adultos con cirrosis hepática admitidos en un hospital de tercer nivel en Bucaramanga, Colombia, entre 1 de marzo de 2015 y 29 de febrero del 2016. Dando como resultado a 81 pacientes de edad promedio de 62 años. La principal etiología de cirrosis es alcohólica (59,3%), la mortalidad fue de 23.5% siendo la causas más frecuente de mortalidad el shock séptico (68.4%), seguido de shock hipovolémico (10.5%). Donde concluyen que la mortalidad que en los pacientes crónicos es elevado, como factor principal es la sepsis e hipovolemia.

NIVEL NACIONAL

Duran F. (1) realizo el estudio “Factores de riesgo en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional honorario delgado Arequipa 2017, Metodología, retrospectivo,

población de 119 historias clínicas. *Resultados*, encontró que el sexo masculino fue predominante (63,3%), con edades de 55 a 65 años (32,8%), grado de instrucción secundaria completa (26,9%), el 79% consume alcohol con una frecuencia más de tres veces a la semana, obesidad fue la comorbilidad principal (68,4%), la etiología alcohólica fue la principal. Los principales síntomas fueron debilidad, fatiga, ictericia, dolor abdominal y edema; en el examen físico la ascitis, edema miembros inferiores, circulación colateral e ictericia, como principal complicación tenemos a la ascitis (70,6%). En la clasificación Child Pugh los pacientes presentaron el 66,9% y la mortalidad fue de 26,9%, los factores asociados a la mortalidad fueron: Diabetes Mellitus, alteración de conciencia, apetito disminuido, coluria, debilidad, disnea, hematemesis, fatiga y melena; las complicaciones tenemos a síndrome hepatorenal (5,9%), encefalopatía hepática (61,3), gastropatía hipertensiva, trombocitopenia, y Child Pugh C. Conclusión, la mortalidad está asociada a pacientes que presentaron Diabetes Mellitus, alteración de conciencia, Hematemesis y melena; así como las complicaciones: Síndrome Hepatorrenal y encefalopatía hepática.

Ruiz S. et al. (2) realizó el estudio "Predictores de Infección y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el hospital de alta complejidad virgen de la puerta Trujillo, Perú". Metodología, prospectivo, población desde el 2015 a junio de 2018 encontrándose 66 pacientes.

Resultados: la infección con una frecuencia de 57,88%, la más frecuente es PBE (21,2%) y la mortalidad fue de 12,1%; además obtuvieron predictores de mortalidad al realizar la regresión logística binaria, el estadio de Child Pugh C ($p=0,02$) y el Tiempo de Protrombina ($p=0,003$). Conclusión: Child Pugh C y el tiempo de protrombina altos son predictores de mortalidad en los pacientes con cirrosis hepática.

Viera M. et al. (16) realizaron el estudio “Factores asociados a la mortalidad en pacientes cirróticos en el Hospital Cayetano Heredia de Piura. Metodología, transversal, población de 52 pacientes. *Resultados*, predominio la población masculina (57,7%), en los fallecidos predominio de igual manera (26,7%); la frecuencia de mortalidad fue de 35,4%; los factores epidemiológicos y clínicos como: género ($p=0,216$), edad (promedio $62,9 \pm 10,7$), antecedente familiar cirrosis (25,0%), diabetes (26,9%) e hipertensión arterial (36,5%) no se asocian a la mortalidad; presentar ascitis moderada ($p=0,004$), grado de encefalopatía ($p=0,001$), leucocitosis ($p=0,004$), Índice de Child Pugh ($p=0,023$) resultaron asociados a la mortalidad. *Conclusión*, la ascitis moderada, grado de encefalopatía, leucocitosis, índice de Child Pugh están asociados a la mortalidad en pacientes cirróticos.

Rosado M. et al. (17), realizaron el estudio “Frecuencia, perfil clínico y mortalidad de la insuficiencia hepática crónica reagudizada en un hospital público de Lima – Perú”. Metodología, analítico observacional,

realizado entre julio 2016 a junio 2017. Resultados, fueron 118 pacientes cirróticos, la edad promedio fue de 61.5 años, siendo el alcoholismo la etiología más frecuente (53%); los factores desencadenantes de mortalidad fueron hemorragia digestiva (41%) e infecciones (29,4%) y la mortalidad aumenta a los 28 días (76.5%). Concluye que la frecuencia de ACLF fue de 28.8%, la hemorragia digestiva es el principal factor desencadenante de mortalidad.

Malpica A. (18) se realizó un estudio en pacientes con cirrosis hospitalizados en el hospital nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, desde octubre 2011 a octubre 2012. Se le realizó seguimiento por vía telefónica a los tres meses luego de alta hospitalario. Dando como resultado: el estudio se realizó en 96 pacientes con una edad en promedio de 59,2%, la etiología más frecuente fue la alcohólica (45,8%) y el principal motivo de hospitalización es la hemorragia digestiva alta (29,2%), con una mortalidad en total fue de 39,6% de la cual 63,2% fue en el ambiente hospitalario, siendo la causa principal el shock séptico con 31,5%, se presentó readmisión hospitalaria en 42,8% de los cuales fallecieron el 36,3%. Concluyendo: los pacientes hospitalizados presentan una mortalidad alta a los 3 meses del alta hospitalario y aumenta más con una readmisión.

Sandoval J. (19) realizó el estudio índice de MELD en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el área de medicina del hospital

santa rosa de Piura, 2017, Metodología: observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal, con 35 pacientes. Resultados: la edad media de los pacientes fueron de 55,8% a predominio sexo masculino con 60% la principal causa de cirrosis hepática fue el consumo de alcohol con 48,5% seguido de etiología a determinar con 31,4% y entre la complicación más frecuente fue la encefalopatía hepática con 83,6% Conclusión: el alcoholismo principal causa de cirrosis hepática, la encefalopatía y anemia como principales complicaciones, la media Score de MELD fue 17, 63 a 8,27, valores que corresponden a un rango de 9 a 19 puntos.

Tinoco E. (20) realizo el estudio “Factores asociados al desarrollo de encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis hepática en el hospital nacional arzobispo Loayza en el periodo enero – marzo 2018”. *Metodología*, descriptivo, retrospectivo, con 92 pacientes. Resultados: 63% fueron mujeres, 37% hombres; 69,6% con edad mayor a 60 años; la etiología esteatohepatitis no alcohólica (NASH) en 46,7%, seguido de alcohólica (32,6%), la frecuencia de Child B fue 74% seguido del Child C (26%). Los factores precipitantes son: HDA (59,8%), infecciones recurrentes (54,3%). Conclusiones: la mayor frecuencia fue en sexo femenino con una edad promedio de 60 años a mas, etiología principal la esteatosica, complicaciones tenemos a HDA y en pacientes

con mayor severidad llegando a falla hepática con un predominio en la hiponatremia y desnutrición pluricarencial.

Duran L. (21) realizó el estudio “Relación del valor pronóstico de las escalas de MELD y Child Pugh con la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el servicio de medicina interna del hospital III Goyeneche de Arequipa 2012 – 2017”. Metodología: descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, con 83 casos. *Resultados*, el 57,8% fueron varones y 42,1% mujeres; el 51,8% con edades entre 50 y 69 años; el 6,02% presentó la escala de Child Pugh A, el 38,5% en el nivel B y 55,4% en el nivel C. De los 83 pacientes el 28,9% fallecieron, para el Score Child Pugh presentó una sensibilidad de 87,5% y una especificidad de 57,6%, el valor predictivo positivo es de 46,7% y el predictivo negativo de 91,9%.

Paz E. (22) en el 2018 realizó el estudio “Evaluación del estado nutricional en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Jamo, Tumbes, 2018”. Metodología: estudio descriptivo de corte transversal, observacional, muestra de 93 pacientes. Resultados: 55,9% fueron hombres, la mediana de edades fue de 57 años; 30,1% presentó Child Pugh A, 35,5% Child B y 34,4% Child C y el 54,8% del total presentó ascitis. Conclusión: la desnutrición moderada a severa se presentó en un 35,7% del estadio A, 42,4% del estadio B y 62,5% del estadio C según Child Pugh.

Matos S. (23) en el 2017, realizo el estudio “Características clínicas – epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante el periodo 2013 – 2016”. *Metodología*, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. *Resultados*, de las 72 historias clínicas, el 59,7% fueron mujeres, la media de edad fue $74,85 \pm 14.1$ años; la etiología más frecuente cirrosis biliar primaria (26,3%) seguida de ingesta de alcohol (18,1%). Las causas más frecuentes de hospitalización fueron; infecciones (45,5%), ascitis (18,2%), encefalopatía (15,9%) y HDA (13,6%). El 51,4% se encontraba con Child Pugh A. Las comorbilidades más frecuentes: HTA (59,72%) y DM (41,6%). *Conclusión*, Las características clínicas – epidemiológicas, en una población de 72 pacientes, mostro gran heterogeneidad epidemiológica, etiológica y clínica.

Durand F. (24) en el 2016, realizo el estudio “Principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el servicio de gastroenterología del hospital militar central entre 2012 al 2014” Metodología: observacional y analítico con un diseño casos y controles de 100 pacientes. Resultados: la ingesta de alcohol presento un OR: 4,5 y Hepatitis B un OR: 4,42, Hepatitis C un OR: 3, los pacientes que presentaron alcoholismo como factor de riesgo fue en mayores de 61 años (45%), y en el sexo masculino constituyen los principales factores de riesgo a cirrosis.

More E. (25) en su estudio “Características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en un hospital de la ciudad de Lima”. Metodología, prospectivo, 156 pacientes hospitalizados en el hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo julio – diciembre 2013. Resultados, el 57,1% fueron mujeres y el 42,9% varones, la media de la edad fue de 62,6 + 13,1 años. Como antecedentes, la mayor frecuencia fue obesidad (23,7%) y alcoholismo (21,8%); etiología NASH con 32,7% seguido de etiología alcohólica (31,4%).presento mayor frecuencia Child B (48,7), seguido de Child C (44,9%). El principal motivo de consulta fue la ascitis (18,6%) seguido de encefalopatía hepática (14,1%) y sangrado variceal (10,9%). La mortalidad fue del 3,2%. Conclusión: a edad media fue de 62 años, en mayor frecuencia en mujeres de etiología esteatosica con consulta por ascitis y encefalopatía y HDA.

Sáenz A. (26) en el 2014, realizo el estudio “Factores asociados a mortalidad en pacientes cirróticos con infecciones bacterianas intercurrentes casos del hospital Naval de Lima, 2010 – 2013”. Metodología, descriptivo y retrospectivo en 123 pacientes con cirrosis hepática. Resultados, la edad media fue de 67,9 + 10,1 años, el 57,7% de sexo masculino. La mortalidad fue de 31,7%. Los factores asociados a mortalidad son: Ascitis (88,5%), insuficiencia renal (78,9%), anemia crónica (60%), Child Pugh C (59,1%), Hiponatremia (41,5%),

Encefalopatía Hepática (42,4%). Conclusión: la PBE se asoció más a mortalidad y los factores asociados son: ascitis, cirrosis avanzada, encefalopatía hepática, anemia crónica, hiponatremia, desnutrición pluricarencial crónica.

NIVEL LOCAL

Arucutipa G. (6) realizó el estudio “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.” *Metodología:* descriptivo, retrospectivo de corte transversal, muestra de 95 pacientes. Resultados: se encontró en la mayoría de pacientes presento una edad menor a 80 años de edad con mayor frecuencia del sexo masculino y presentado como comorbilidad la obesidad (50,5%) y la etiología más frecuente fue alcoholismo (51,6%); las complicaciones más frecuentes fueron ascitis (63,2%) y encefalopatía con (41,1%), Child C (47,4%). En Conclusión: la incidencia es de 23,7 pacientes por año, la principal característica epidemiológica es la edad con un promedio de 62 a 65 años con predominio en sexo masculino y de etiología alcohólica con complicación mayor es ascitis y el estado clínico más frecuente fue Child C.

Esteban H. (27) realizó el estudio “Factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en los pacientes del servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.” Metodología: observacional, retrospectivo transversal y analítico, una muestra de 32 pacientes. *Resultados*, predominio de género masculino (53,13%), de 70 a 79 años (28,12%); como factores de riesgo: el alcoholismo (31,25%), el hígado graso (18,75%), consumo de alimentos grasos, carbohidratos en un 33,3% y 16,67% respectivamente, seguido por medicamentos con 9,37% como analgésicos, antibióticos. Las enfermedades hepáticas según examen Child Pugh presentan el 28,12%. *Conclusión*, mayor frecuencia en pacientes de tercera edad (70 a 79 años), en género masculino, el factor de riesgo es la ingesta de alcohol y alimentos altos en grasa.

Larico M. (28) realizó el estudio “Características Clínicas y complicaciones en evaluación de sobrevida de los pacientes con cirrosis hepática del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010 – 2012”. Metodología: retrospectivo, descriptivo y transversal, muestra de 91 pacientes hospitalizados. Resultados: las principales características fueron: el Sexo masculino con (53,8%) con una edad mayor de 60 años (71,4%), sin enfermedad asociada (20,9%), con un tiempo de enfermedad menor de 1 año (53,8%), etiología principal es la alcohólica (72,5%), Conclusión: la complicación más frecuente es ascitis,

encefalopatía hepática, ictericia, anemia. La mayoría presento una escala de Child C y con una mortalidad de 23,1% la cual su causa principal es el shock séptico y falla multiorgánica.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Cirrosis hepática

La cirrosis hepática se define por tener unas características histopatológicas donde presenta en la etapa final del estadio crónico donde su estructura histopatológica cambia a fibrosis donde hay cambios vasculares intrahepático y disminución de la masa funcional hepática y formación de nódulos de regeneración. La fibrosis es estimulada cuando ocurre la activación de células estrelladas lo que lleva a la formación de cantidades excesivas de colágeno y otros compuestos, Como consecuencia nos lleva a múltiples manifestaciones y complicaciones clínicas, llevando a hipertensión portal e insuficiencia hepática dando complicación mayor como: Ictericia, Encefalopatía Hepática, Hemorragia Variceal, Ascitis y entre otras afecciones. (29)

EPIDEMIOLOGIA

En países desarrollados la hepatitis alcohólica y la esteatohepatitis no alcohólica y hepatitis C son causas principal de cirrosis, en los países

en vía de desarrollo son la alcohólica y Hepatitis B. se le atribuye que el 90% son por consumo de alcohol crónico y por enfermedades hígado graso no alcohólico. (26) (30)

ETIOLOGÍA

Existen diversas causas que pueden provocar cirrosis hepática, la más común en EE.UU son las virales como Hepatitis C, por alcohol y la enfermedad hepática no alcohólica. (34)

Cuadro N° 01: Causas más comunes de cirrosis hepática a nivel mundial

A Nivel mundial las causas comunes de cirrosis incluyen. (29)	
<ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis viral crónica (hepatitis B, C) • Hepatopatía alcohólica • Hemocromatosis • Hepatitis Autoinmune • Hepatopatía grasa no alcohólica <p>Las causas menos comunes incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis biliar primaria y secundaria • Colangitis esclerosante primaria • Medicamentos (p. Ej., Metotrexato, isoniazida) • Enfermedad de Wilson • Deficiencia de alfa-1 antitripsina • Enfermedad celíaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatopatía granulomatosa • Fibrosis portal idiopática • Hepatopatía poli cística • Infección (p. Ej., Brucelosis, sífilis, equinococosis) • Insuficiencia cardíaca derecha • Enfermedad Venó-oclusiva • La principal causa en el Perú es el consumo crónico de alcohol y la enfermedad viral crónica. (14)

Bruce R. Bacon. Cirrosis y sus complicaciones. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. Harrison principios de medicina interna. Vol 3. 20ª ed. México: McGraw-Hill; 2018. pp. 2592-2602. (29)

CIRROSIS ALCOHÓLICA

Según la OMS, el consumo de alcohol es la principal causa de mortalidad más en el sexo masculino que en el sexo femenino, entre fallecidos por accidente, cáncer hepático, homicidios y un 50% de fallecidos por cirrosis hepática. (24)

PATOGENIA

El etanol se absorbe en su mayoría en el intestino delgado y en menor grado en el estómago, la deshidrogenasa de alcohol inicia el metabolismo del alcohol donde tres enzimas son encargadas de realizar el metabolismo hepático, son la ADH citosólica y el sistema microsómico oxidante del etanol (MEOS) y la catalasa peroxisómica. Cuando se ingiere etanol se incrementa la acumulación de triglicéridos al aumentar la captación de ácidos grasos y reduciendo la oxidación de ácidos grasos y la secreción de lipoproteínas. El acetaldehído es la molécula importante porque se reactiva en combinación con las proteínas formando aductos de proteínas y acetaldehído el cual interfiere en la activación de enzimas específicas que ayudan a la formación de micro túbulos y el tránsito de proteínas en el hígado. (29)

Después de la lesión del hepatocito se activa las células de Kupffer lo que produce citosinas e inicia la activación de células estrelladas con

la producción de exceso de colágeno y destruyendo constantemente los hepatocitos, el hígado se contrae y se retrae. (29)

CIRROSIS POR VIRUS DE HEPATITIS

a) HEPATITIS B

Según la OMS, es una infección mortal que es causada por el virus de la hepatitis B (VHB), es un problema de salud a nivel mundial causando hepatopatía crónica que progresa a cirrosis y cáncer hepático. (35)

b) HEPATITIS C

Es una infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC), una principal causa de hepatopatía crónica en el mundo, presenta una clínica similar a la de VHB, es silenciosa y solo manifiesta clínica cuando la enfermedad es avanzado. (30)

Para su diagnóstico es de importancia una valoración clínica, laboratoriales que incluye el análisis de RNA de VHC y genotipos de VHC y estudios serológicos de VHB que incluyen: HBsAg, Anti-HBs, HBeAg, anti-HBe y determinación de concentración de DNA de VHB. (29)

HEPATOPATÍA AUTOINMUNE

Ocurre cuando las células del sistema inmunitario atacan a las células del hígado. (34)

Puede afectar a cualquier edad tanto en sexo masculino o femenino, pero más frecuente en mujeres con un 70% entre las edades de 10 a 50 años. (36)

La clínica son similares a cualquier hepatopatía hepática esto se describirá más adelante.

HEPATOPATÍA POR MEDICAMENTOS

Una hepatopatía por medicamentos causa inflamación en el hígado con una cantidad dañina de sustancias tóxicas de diversos medicamentos, pero una hepatopatía por medicamentos es poco frecuente, se desarrolla generalmente por uso inadecuado del medicamento y a dosis altas. (27)

Cuadro 2: principales fármacos y sustancias toxicas. (29)

GRUPOS	MEDICAMENTOS HEPATOTOXICOS
Analgésicos	Paracetamol, Ácidos acetil salicílico, Halotano
Antituberculosos	Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida.
Antibióticos	Amoxicilina – Clavulámico, Tetraciclinas, Eritromicina, Sulfamidas.
Antifúngicos	Ketoconazol, Fluconazol
Antiepilépticos y fármacos neurológicos	Ac. Valproico, Carbamazepina, Haloperidol, Permoline
Antineoplásicos e inmunosupresores	Azatioprina, Ciclosporina, Metotrexato, 6-mercaptopurina, L- asparraguina, Nitroureasas, Arabinoides de citosina
Otras sustancias de empleo frecuente.	Anfetaminas, Anticonceptivos orales, Ácido Retinoico, Antihipertensivos, Anti arrítmicos.

Bruce R. Bacon. Cirrosis y sus complicaciones. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. Harrison principios de medicina interna. Vol 3. 20ª ed. México: McGraw-Hill; 2018. pp. 2592-2602. (29)

2.2.2. MANIFESTACIONES CLINICAS

Cuadro N°3: Síntomas, examen físico y exámenes laboratorial en cirrosis hepática. (1)

SINTOMAS	EXAMEN FISICO	EXAMENES LABORATORIALES
<ul style="list-style-type: none"> - Anorexia - Pérdida de peso - Debilidad - Fatiga - Calambres musculares - Moretones con facilidad - Amenorrea/oligomenorrea/metrorragia (mujeres) - Impotencia (varones) - Infertilidad - Disminución de la libido (varones) - Ictericia * - Coluria* - Prurito* - Hematemesis/melenas/ hematoquecia* - Distensión abdominal* - Edema extremidades inferiores* - Confusión 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la presión sanguínea - Hepatomegalia - Esplenomegalia - Arañas vasculares - Eritema palmar - Osteoartropatía hipertrófica - Contractura de Dupuytren's - Uñas de Muehrcke - Uñas de terry - Agrandamiento de la glándula parótida - Ginecomastia (varones) - Perdida del vello axilar o del pecho (varones) - Atrofia testicular (varones) - Caput medusa - Ictericia* - Ascitis* - Asterixis* - Hedor hepático* 	<ul style="list-style-type: none"> - Aminotransferasas moderadamente elevadas (a menudo con una relación AST: ALT > 1) - Fosfatasa alcalina elevada (2 a 3 veces el ULN) - Elevada gamma-glutamil transpeptidasa - Leucopenia / neutropenia - Anemia - Albúmina sérica baja* - Tiempo prolongado de protrombina / INR elevado * - Hiperbilirrubinemia * - Hiponatremia * - Elevada creatinina sérica *

Duran F. Factores predictivos de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática Hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional honorario delgado Espinoza Arequipa 2017. Tesis Pregrado. Arequipa. Perú. Universidad Católica de Santa María. 2017.54-112. (1)

2.2.3. DIAGNÓSTICO

En los pacientes que se tiene sospecha de cirrosis hepática, se puede evaluar mediante exámenes de imagen (ultrasonido) para una evaluación del parénquima hepático. La biopsia es el examen definitivo para cirrosis hepática, pero no es obligatorio si los datos laboratoriales y de imagen sugieren cirrosis.

a) Sospecha de cirrosis:

En las fases iniciales los pacientes pueden estar asintomáticos, al pasar el tiempo el paciente puede desarrollar cansancio, sentirse que no tiene energías, sin apetito, molestias digestivas y pérdida de peso y distrofia muscular.

Cuando la enfermedad es avanzado en los pacientes se puede encontrar que el paciente no lleva una vida normal, se encuentra enfermo y decaído anímicamente y acompañado con la clínica ya descrita anteriormente. (37)

b) Estudios de imagen

Las radiografías no es un estudio suficientemente para su diagnóstico. Los hallazgos deben de seguirse según los signos y síntomas de la cirrosis hepática junto con el examen físico y exámenes de laboratorio. (1)

2.2.4. COMPLICACIONES

Los pacientes con cirrosis tienen diferentes grados de descompensación según la función hepática actual del paciente, en la que se define cirrosis estable, cirrosis compensada y cirrosis descompensada. Para muchas de las complicaciones de la cirrosis se necesita tratamientos específicos. (29)

La hipertensión portal es una de las complicaciones más importantes y frecuente en los pacientes, acompañado de ascitis y hemorragia variceal. Una disfunción hepática origina ictericia y alteración del trastorno de coagulación e hipoalbuminemia que progresa a encefalopatía porto sistémica. (29)

Cuadro N°4: Complicaciones de la cirrosis hepática. (29)

COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS	
Hipertensión portal: - Varices gastroesofágicas - Gastropatía Hipertensiva portal - Esplenomegalia, Hiperesplenismo - Ascitis	Coagulopatía: - Déficit de factor - Fibrinólisis - Trombocitopenia
Peritonitis bacteriana espontanea	Osteopatía: - Osteopenia - Osteoporosis - Osteomalacia
Síndrome Hepatorrenal: - Tipo 1 - Tipo 2	Anomalías hematológicas: - Anemia - Hemolisis - Trombocitopenia - Neutropenia
Encefalopatía Hepática	Hipertensión porto pulmonar
Síndrome hepatopulmonar	Desnutrición

Bruce R. Bacon. Cirrosis y sus complicaciones. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. Harrison principios de medicina interna. Vol 3. 20ª ed. México: McGraw-Hill; 2018. pp. 2592-2602. (29)

HIPERTENSIÓN PORTAL

Causas

Las consecuencias que podría traer son: hemorragia variceal, ascitis, PBE, insuficiencia renal, encefalopatía hepática, síndrome

hepatopulmonar y síndrome Hepatorrenal entre otras complicaciones ya mencionadas en el cuadro N°4. (29, 38)

Fisiopatología

Se define por el incremento de la presión portal de 1 – 5 mmHg, que viene determinado por dos factores las cuales son el flujo sanguíneo y la resistencia vascular que se enfrentan a este flujo. Donde hay aumento patológico de la presión hidrostática en el territorio venoso portal. El incremento de la resistencia vascular intrahepático (RVIH) se agrava y se mantiene por el flujo sanguíneo esplácnica, secundario a la vasodilatación arteriolar. La RVIH es ocasionada por los cambios estructurales de la arquitectura hepática y cambios de la arquitectura vascular originada por la fibrosis y nódulos de regeneración y oclusión vascular. (38)

La elevación del flujo sanguíneo portal se debe a una vasodilatación arteriolar esplácnica, ocasionado por un exceso de producción de sustancias vasodilatadoras donde el principal es el óxido nítrico (NO), producido por la enzima sintasa endotelial de óxido nítrico (eNOS), otro vasodilatador que influye es la prostaciclina (PGI₂) donde inhiben la vasoconstricción. (38, 39)

Manifestaciones Clínicas

La hipertensión portal puede ser asintomática hasta que se complica y demuestre clínica, como esplenomegalia, circulación colateral, trombocitopenia, hemorragia variceal, encefalopatía hepática. (38, 39)

Diagnostico

El diagnostico se puede hacer mediante Endoscopia alta. (39)

Complicaciones

De las múltiples complicaciones de la cirrosis hepática la hipertensión portal es un desencadenante de las mismas, lo que conduce a anomalías circulatorias, vasculares y alteración bioquímica que al final contribuye a complicaciones como ascitis entre otras. Podemos decir que hay tres principales complicaciones: (35)

HEMORRAGIA VARICEAL

En la última década se encontró una mayor detección sistémica de varices esofágicas en pacientes con cirrosis, gracias al examen endoscópicos. Estos estudios demostraron que el 33% de los pacientes presentan varices esofágicas. (29)

En 1974 J.A.H. Forrest describió una clasificación que se utiliza por más de 30 años basados en las diferentes características endoscópicas de las úlceras pépticas y resangrados (40)

Cuadro N° 5: Clasificación Forrest e implicancia pronostica. (40)

CLASIFICACION FORREST E IMPLICANCIA PRONOSTICA			
FORREST	Tipo lesión	% Riesgo re sangrado (sin Tto)	% Mortalidad (sin Tto)
IA	Sangrado pulsátil	55 (17 – 100)	11 (0 – 23)
IB	Sangrado en napa		
IIA	Vaso Visible	43 (0 – 81)	11 (0 – 21)
IIB	Coagulo adherido	22 (14 – 36)	7 (0 – 10)
IIC	Macula plana	10 (0 – 13)	3 (0 – 10)
III	Fondo limpio	5 (0 – 10)	2 (0 – 3)

Cortes P. Clasificación de Forrest. Gastroenterol. latinoam 2010; Vol 21, N° 1: 59-62. (40)

ASCITIS

La ascitis es la acumulación de líquido dentro de la cavidad peritoneal y segunda complicación más frecuente, una complicación de descompensación frecuente. (40)

La vasodilatación esplácnica provoca la disminución del volumen arterial efectivo, que causa activación de los receptores arteriales y activación del SRRA lo que provoca retención de sodio y causa expansión de volumen extracelular. (38) (39)

Cuadro N° 6: Evaluación de la gravedad de la ascitis (39)

EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ASCITIS		
No complicada	Ascitis no complicada con infección	
Severidad	Grado 1 (leve)	Ascitis solo es diagnostico por ultrasonido
	Grado 2 (moderada)	Se detecta clínicamente distensión moderada del abdomen
	Grado 3 (Severa)	Distensión marcada o tensa del abdomen
Refractaria	Resistente a diuréticos	Ascitis que no responde a la restricción de sodio de la dieta y a altas dosis de diuréticos
	Diuréticos sin efecto	Efecto adversos impiden el uso de una dosis de diuréticos eficaz

Gines P, Sola E. Cirrosis Hepatica. En: Castells A, Rozman C (eds.). Medicina Interna edición 18.Edicion. Barcelona. Editorial Elsevier. 2016. Vol.p.318-335.

La peritonitis bacteriana espontanea (PBE) es una infección del líquido ascítico. PBE casi siempre se ve en el contexto de complicación frecuente y grave para los pacientes con cirrosis en etapa avanzada (38)

La clínica de PBE se incluye fiebre, dolor abdominal, alteración de conciencia, insuficiencia renal. Algunos pacientes puede ser asintomáticos pero presentan una alteración laboratoriales alterada, si el paciente presenta íleo paralitico, hipotensión son estados avanzados y con un pronóstico malo. (38, 39)

El diagnóstico de PBE es por medio de la paracentesis con recuento de PMN > 250 cel/mm³ y el cultivo de líquido ascítico positivo no es requisito para su diagnóstico. (29, 39)

SÍNDROME HEPATORRENAL

Este síndrome representa el extremo final de la cirrosis hepática en función del riñón, se caracteriza por una alteración muy intensa de función circulatoria, con hipotensión arterial y reducción de las resistencias vasculares sistémica que conlleva a una intensa vasoconstricción de la circulación renal. (39)

En la fisiopatología la cirrosis hepática es caracterizado por fibrosis, nódulos de regeneración y cambios dinámicos en la resistencia vascular, la angiogénesis, mecanismos compensatorios y gasto cardíaco. Una de las teorías es la vasodilatación arterial esplácnica mediadas por los agentes vasodilatadores, simultáneamente se activa el sistema renina angiotensina aldosterona, la hormona antidiurética y sistema nervioso simpático, produciendo un ascenso en los niveles de angiotensina II u noradrenalina con el fin de aumentar el gasto cardíaco. La cirrosis descompensada el incremento del gasto cardíaco no es suficiente para contrarrestar la vasodilatación arterial esplácnica, por lo que desarrolla hipotensión arterial efectiva lo que trae como consecuencia la retención de sodio y deteriorando la excreción renal y

como consecuencia hay disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG). (39)

En los pacientes cirróticos avanzados presentan translocación bacteriana del intestino a los ganglios linfáticos mesentéricos, lo que desencadena niveles séricos de citosinas pro inflamatorias como (IL – 6, IL – 8) y factor de necrosis tumoral (TNF) entre otras. (39)

Definición de SHR tipo 1:

Se caracteriza por ser una complicación rápida y progresiva con alteración de la función renal con aumento de creatinina sérica a un valor a 2.5mg/dl en un periodo inferior a 2 semanas. Acompañado de oliguria, retención de sodio. El SHR tipo 1 puede ser desencadenado por un episodio de PBE, mientras en otros casos ocurre sin causa desencadenante y está asociado a mal pronóstico del paciente con una supervivencia inferior a 2 semana por falla multiorgánica (39)

Definición del SHR tipo 2:

Los pacientes son SHR Tipo 2 presentan una alteración marcada de la función renal con la creatinina sérica entre 1.5mg y 2.5mg/dl en un periodo menor a dos semanas, que sigue un curso constante o lentamente progresivo, con un estado del paciente conservado. El SHR tipo 2 se asocia a ascitis refractaria. (39)

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

Es por el aumento de la acumulación de amonio en pacientes crónicos y descompensados ese ciclo esta disminuido. El amonio circulante puede pasar la barrera hematoencefalica y activar la microglia, lo que conduce a un edema en los astrocitos por efecto de citosinas proinflamatorias. (39)

La característica clínica son la alteración en el patrón de sueño diurno con insomnio e hipersomnia, cuando es avanzado incluye la presencia de Asterixis, reflejo tendinoso hiperactivos. (39)

Cuadro N° 7: Grados encefalopatía hepática. (43)

GRADOS DE ENCEFALOPATIA HEPATICA	
GRADO 1	<ul style="list-style-type: none">- Carencia trivial de conciencia- Euforia o ansiedad- Atención disminuida- Acortamiento del tiempo de atención dificultad para sumar o restar- Insomnio, somnolencia diurna (inversión del ritmo del sueño)
GRADO 2	<ul style="list-style-type: none">- Letargia o apatía- Cambio ligero de personalidad- Comportamiento inadecuado- Disminución de capacidad de restar- Letargia o apatía
GRADO 3	<ul style="list-style-type: none">- Somnolencia a semi – estupor, pero responde a estímulos verbales- Confusión- Desorientación total- Comportamiento bizarro
GRADO 4	1. Coma

Morcillo AF, Morcillo JA, Rodríguez DA, Otero W. Encefalopatía Hepática: Diagnóstico y tratamiento en 2019. Art. Revisión. 2020. Vol 29(1). Pag. 104-110. (43)

2.2.5. Tratamiento

El objetivo principal del manejo del paciente con cirrosis hepática es estabilizar al paciente: (1)

- Disminuir la progresión de la hepatopatía
- Prevenir futuras complicaciones
- Identificar los medicamentos para reajustar las dosis
- Realizar un adecuado manejo de síntomas

Se debe instituir terapias específicas ante la cirrosis hepática, por ejemplo:(29)

- Los pacientes con VHC y fibrosis avanzada alcanzar un respuesta de carga viral sostenida con tratamientos antiviral.
- Tratar el alcoholismo del paciente para mejorar la supervivencia del paciente.

La vacunación contra la hepatitis A y B es de importancia para personas que son inmunodeprimidos y pueden ayudar a prevenir complicaciones futuras. (29)

Tratamiento Dietético: entre ellos está la reducción de sal, para prevenir retención de líquidos y la de proteínas (carnes) para evitar progresión de encefalopatía hepática, la dieta siempre debe ser supervisada por un médico.

Tratamiento Farmacológico: entre los fármacos más usados esta los diuréticos para tratar la retención de líquido y beta bloqueantes para prevenir las hemorragias digestivas. Y el tratamiento con antibióticoterapia para complicaciones como PBE. (37, 39)

Para la PBE se realiza con medidas generales y antibióticoterapia iniciando con una cefalosporina de segunda generación. Se recomienda realizar una profilaxis en pacientes con sangrado digestivo y antecedente de PBE para prevención secundaria siendo los más utilizados la Norfloxacino y Ciprofloxacino. (27)

2.2.6. PREVENCIÓN

La promoción de la salud hace un énfasis en el control de los determinantes de la salud, que se agregan los factores y condiciones que influyen la salud en la población. (49)

Marc Lalonde introduce los determinantes de la salud. Remarcando cuatro determinantes básicos para atender la salud de la población. (49)

Estilo de vida: donde se relaciona el estilo de vida que poseen múltiples dimensiones y están ligados varios problemas de importancia para la salud por ejemplo: consumo de alcohol, desordenes en la alimentación, sedentarismo y entre otros. Estos estilos de vida pueden ser específicos de una de las etapas de la vida.

Biología Humana: Está referido en la herencia genética que no suele ser modificable con la tecnología medica

Sistema Sanitario: servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

Medio Ambiente: cualquier contaminación producida en aire, agua, suelo puede afectar la salud en los pacientes, se puede hablar de contaminación biológica, física, química o contaminación socio cultural y psicosocial (stress)

Según lo descrito por Marc Lalonde la prevención y seguimiento en el tratamiento debería ser enfocado en los pacientes con cirrosis hepática.

2.2.7. CLASIFICACIÓN CHILD-PUGH

El puntaje de Child-Pugh inicialmente denominado Child-Turcotte fue propuesto hace más de 30 años la cual fue diseñada para predecir el pronóstico postquirúrgico de la hipertensión portal en pacientes con cirrosis hepática. (44)

El puntaje varía, los pacientes con puntaje 5 a 6 tiene una cirrosis de Child A (compensada), los pacientes con puntaje 7 a 9 tiene Child B (compromiso funcional significativo) y los pacientes con puntaje de 10 a 15 tiene una cirrosis Child C (cirrosis descompensada). (44)

Cuadro N 8: Clasificación Child – Pugh (44)

Clasificación Child-Turcotte-Pugh para la gravedad de la enfermedad hepática			
Criterios clínicos y laboratoriales	Puntaje		
	1	2	3
Encefalopatía	Ausente	Leve a moderada (grado 1 o 2)	Severa (grado 3 o 4)
Ascitis	Ausente	Moderada a severa (responde a diurético)	Severa (no responde a diurético)
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2 - 3	>3
Albumina (gr/dl)	>3.5	2.8 – 3.5	<2.8
TP (segundos prolongados)	<4	4 - 6	>6
INR	<1.7	1.7 – 2.3	>2.3
Clasificación Child – Pugh			
Clase A = 5 a 6 puntos (enfermedad hepática menos grave)			
Clase B = 7 a 9 puntos (Enfermedad hepática grave a moderada)			
Clase C = 10 a 15 puntos (Enfermedad hepática más severa)			

Gacia JE, Garcia RL, Cuartas TM, Hernandez JE, Osorio S, Bermudez AM, et al. Falla hepática aguda sobre crónica: análisis de una serie de casos y revisión de la literatura. Rev. Med. 2022. Vol 1(1). Pag. 72-84.

2.2.8. Factores

Los factores varían según población y lugar, lo más principal son los factores sociodemográficos donde encontramos Sexo, Edad, Lugar de procedencia, etc.

Sexo: El sexo se refiere al sexo biológico de la persona. Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres. De acuerdo con esta descripción, la OMS considera que

"hombre" y "mujer" son categorías de sexo, mientras que "masculino" y "femenino" son categorías de género. (47)

Edad: La edad en los pacientes con cirrosis hepática es de importancia, se ha visto mayor mortalidad a mayor edad. Por consiguiente, las intervenciones en la población tienen mayor efectividad cuando se tiene en cuenta cada una de las etapas de la vida, podemos identificar los determinantes sociales que afectan a la salud según etapa de vida en nuestro país. (49)

- Etapa de vida niño: Mujeres y Varones (de 0 a 9 años)
- Etapa de vida Adolescente: Mujeres y Varones (de 10 a 19 años)
- Etapa de vida Adulto: Mujeres y Varones (de 20 a 59 años)
- Etapa de vida Adulto Mayor: Mujeres y Varones (de 60 a más años)

Grado de instrucción: En el Perú se conoce coloquialmente a esta etapa de la educación, con los nombres de Inicial, Primaria y Secundaria y grado superior técnico y grado superior universitario. (54)

Mortalidad: En su sentido general, la mortalidad es la condición o cualidad de mortal que poseen todos los seres vivos. En un sentido más específico, la mortalidad es el índice de defunciones producidas en un territorio en un período determinado. (55)

Tasa de mortalidad: Se llama tasa bruta de mortalidad o tasa general de mortalidad al cálculo del número de defunciones generales producidas dentro de un lugar y un período de tiempo. Normalmente, se toma como referencia el número de muertes por cada mil habitantes en un año. (55)

Tiempo de enfermedad: Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la enfermedad empieza a empeorar o se disemina a otras partes del cuerpo. En un ensayo clínico, medir el tiempo transcurrido hasta la progresión es una manera de determinar la eficacia de un tratamiento nuevo. (56)

Tiempo de enfermedad actual: En medicina, la enfermedad actual es una síntesis que describe en la historia clínica el motivo de consulta, los principales síntomas, trastornos o preocupación principal expresada por el paciente en el momento que solicite atención médica. (56)

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

- a) **Cirrosis Hepática:** enfermedad del parénquima hepático y crónico, consiste en la muerte progresiva del tejido del hígado y sustituido por tejido fibrotico que lleva disfunción hepática
- b) **Mortalidad:** conjunto de fallecidos en una población en un periodo de tiempo determinado, normalmente en un periodo de año
- c) **Morbilidad:** cantidad de personas enfermedad en un lugar y un periodo de tiempo determinado
- d) **Child-Pugh:** sistema de clasificación usado para evaluación del pronóstico de enfermedad hepática crónica, usado en cirrosis.
- e) **Procedencia:** se emplea para designar el origen que procede una persona
- f) **Comorbilidad:** la presencia de uno o más enfermedades en un mismo individuo.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, transversal, retrospectivo.

3.2. POBLACIÓN Y/O MUESTRA DE ESTUDIO

3.2.1. Área de investigación

Departamento de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Durante el periodo 2018 - 2021

3.2.2. Población

Se realizó el estudio en el Hospital Hipólito Unanue que queda en la Ciudad de Tacna, es la provincia y del departamento, situado en el valle del río Caplina, a 562 msnm y 377 km del mar, es el único Hospital público de la región de Tacna y es categorizado como Hospital II-2. De acuerdo al último censo nacional realizado por el INEI, la Región de Tacna tiene una población 296 mil 788 habitantes que representa el 90,1% de población urbana y 32 mil 544 habitantes que representa el 9,9% de población Rural, con una incidencia de pacientes con Cirrosis Hepática de 23,7 pacientes por año hasta el 2016. (6, 57,58)

La población del presente estudio está compuesta por todos los pacientes diagnosticados con cirrosis hepática crónica que se

atendieron en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2018 – 2021.

3.2.3. Criterios de inclusión

- a. Pacientes diagnosticados con cirrosis hepática en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue
- b. Paciente cuya hospitalización estuvo comprendida entre 1 de enero del 2018 a 31 diciembre del 2021 en Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.2.4. Criterios de exclusión

Pacientes con historia clínica incompleta

3.2.5. Muestra

No se usó muestra ya que se trabajó el total de la población

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICION
Cirrosis Hepática		Paciente diagnosticado o con cirrosis hepática	Cirrosis Crónica	Cualitativa nominal
Mortalidad		Fallecido	Si No	Cualitativa nominal
Factores sociodemográficos		Sexo	Femenino	Cualitativa nominal
			Masculino	
		Edad	Joven 18 -29 años	Cuantitativa discreta
			Adulto 30 – 59años	
			Adulto Mayor 60años	
		Grado de instrucción	Analfabeto	Cualitativa nominal
Primaria incompleta				
Primaria completa				
Secundaria incompleta				
Secundaria completa				
Superior Técnico	Universitario			
Procedencia		Lugar reportado en historia clínica	Ciudad de Origen	Cualitativa Nominal
Ingesta de alcohol		Reportado según historia clínica	Si No	Cualitativa nominal
Comorbilidad		Reportado en historia clínica	Presente ausente	Cualitativa nominal
Tiempo de enfermedad		Reportado en historia clínica	cronológicamente	Cualitativa discreta
Síntomatología	Pérdida de apetito	Según ficha de recolección de datos	Presente o Ausente	Cualitativa nominal
	Pérdida de peso			
	Fatiga			
	Debilidad			
	Equimosis			
	Prurito			
	Hematemesis/melena/hematomalgia			
	Distensión abdominal			
	Edema en Miembros Inferiores			
	Alteración de Conciencia			
	Dolor Abdominal			
	Diarrea			
	Nauseas disnea			
Examen físico	Disminución de la presión arterial	Según ficha de recolección de datos	Presente o Ausente	Cualitativa nominal
	Hepatomegalia			
	Esplenomegalia			
	Telangectasias			
	Disminución de peso			
	Ictericia			
	Coluria			
	Asterixis			
	Hedor hepático			
Circulación colateral				

Complicaciones	Ascitis	Por examen físico	Ausente 1	Cualitativa nominal		
			Leve 2			
			Moderado 3			
	Hemorragia Variceal	Reportado en la Historia Clínica	Presente o Ausente	Cualitativa Nominal		
	Síndrome Hepatorrenal	Según creatinina sérica	Tipo I y Tipo II	Cualitativa nominal		
	Anemia	Según resultado de Hemoglobina en estudio laboratorial		Leve (9-11g/dl)	Cualitativa Nominal	
				Moderado (7-9g/dl)		
				Severa (<7g/dl)		
				Muy severa (<5g/dl)		
Trombocitopenia	Según resultado de Plaquetas en estudio laboratorial		Leve	Cualitativa Nominal		
			Moderado			
			Severa			
			Muy severa			
Gastropatía Hipertensiva	Según reporte de Historia Clínica	Si o No	Cualitativa nominal			
Encefalopatía Hepática	Criterios de West Haven		Ausente	1	Cualitativa ordinal	
			Grado 1	2		
			Grado 2	2		
			Grado 3	3		
			Grado 4	3		
Exámenes auxiliares	INR		<1.7	1	Cuantitativa discreta	
			TP del paciente/ TP normal	1.8 – 2.3		2
				>2.3		3
	TP Segundo prolongados		<4	1		
			4 – 6	2		
			>6	3		
	Albumina g/Dl		>3.5	1		
			3.5 – 2.8	2		
			<2.8	3		
	Bilirrubina Mg/Dl		<2	1		
02-mar			2			
>3			3			
Grado de Cirrosis Hepática	Clase A	Según la Escala Child-Pugh	5 a 6 puntos: Enfermedad Hepática menos grave			
	Clase B		7 a 9 puntos: Enfermedad Hepática grave moderada			
	Clase C		10 a 15 puntos: Enfermedad Hepática más severa			
Condición de egreso	Reportado en Historia Clínica	Condición alta medica	Fallecido		Cualitativa Nominal	
		Vivo				

3.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó técnica de análisis documental solicitando autorización al comité de ética del Hospital Hipólito Unanue (Anexo N° 03) con ellos se gestionó la autorización y revisión de historias Clínicas.

Procediendo a recaudar los datos en la ficha de recolección de datos (Anexo N° 01), con la información obtenida se realizó una base de datos en programa Microsoft Excel.

La ficha de recolección de datos (Anexo N° 01) fue tomada del estudio de Duran F (1). Factores predictivos de Mortalidad en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional Honorario Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa del año 2017. La cual la ficha de recolección de datos no requirió validación.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez seleccionado la muestra se realizó una estadística descriptiva, mediante reporte de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y variables cuantitativas. Los datos recolectados son codificados y procesados en Excel, luego son exportados a Software SPSS versión 26. Luego se procedió a realizar análisis bivariado comparando la variables con la variable mortalidad, para determinar los riesgos se utilizó la prueba de Chi² considerando asociación cuando el valor de “p” sea <0,05 como estadísticamente significativo.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
AÑO DE INGRESO EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

AÑO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2018	22	23,2
2019	24	25,3
2020	22	23,2
2021	27	28,4
TOTAL	95	100,0

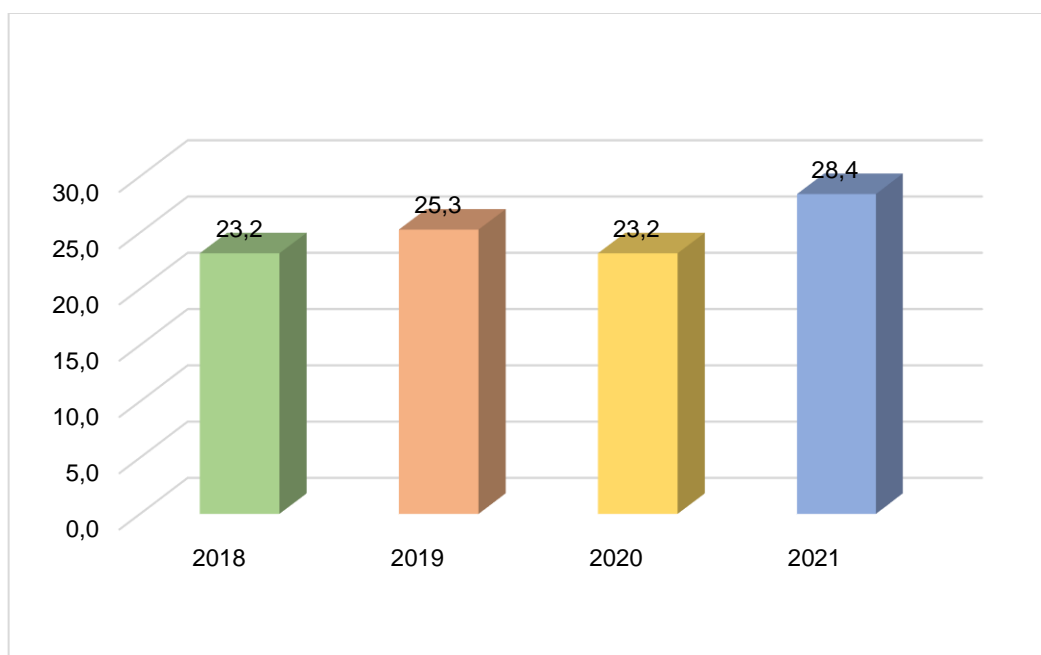
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

Según la **Tabla y Gráfico N°1** se observa que en los periodos del 2018 al 2021 se presentaron 95 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática y en el año 2018 se presentó 22 pacientes con cirrosis hepática que representa el 23,2 % de la muestra, en el 2019 se presentaron 24 pacientes que representa el 25,3 % de la muestra, y el 2020 se presentaron 22 pacientes que representa el 23,2% y del año 2021 se presentaron 27 pacientes que representa 28,4% de la muestra.

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN AÑO DE INGRESO EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°01

TABLA N° 02

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
EDAD Y SEXO EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Joven (18 a 29 años)	1	1,1	0	0,0	1	1,1
Adulto (30 a 59 años)	19	20,0	21	22,1	40	42,1
Adulto Mayor (60 años a mas)	29	30,5	25	26,3	54	56,8
TOTAL	49	51,6	46	48,4	95	100,0

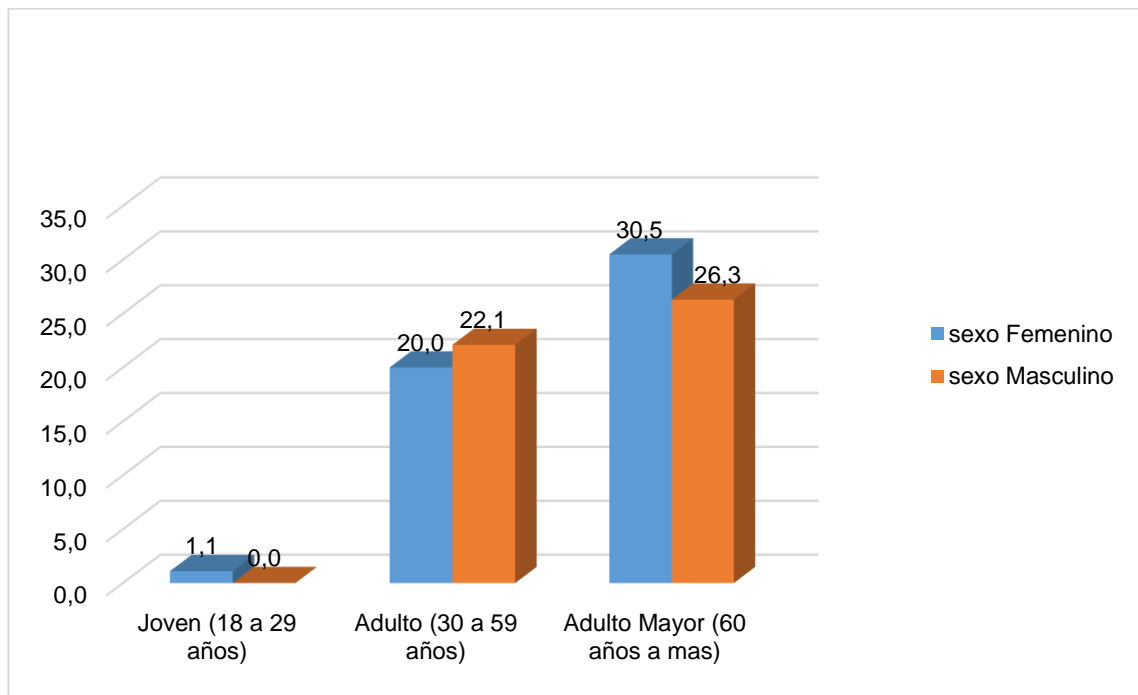
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

Según la **Tabla** y **Gráfico N°2** se observa que se presentó 49 pacientes de sexo femenino que representa el 51,6% de la muestra total y 46 pacientes de sexo masculino que representa el 48,4% de la muestra durante los periodos del 2018 al 2021, con una mayoría de casos en el sexo femenino de la población Adulto Mayor con 29 pacientes que representan el 30,5% de la muestra, y con un solo caso de la Población Joven de sexo Femenino que representa el 1,1% de la muestra.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN EDAD Y SEXO EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°02

TABLA N° 03

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
LUGAR DE PROCEDENCIA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tacna	63	66,3
Puno	18	18,9
Moquegua	3	3,2
Arequipa	3	3,2
Cusco	2	2,1
Lima	2	2,1
Cajamarca	2	2,1
San Martin	1	1,1
Extranjero	1	1,1
TOTAL	95	100,0

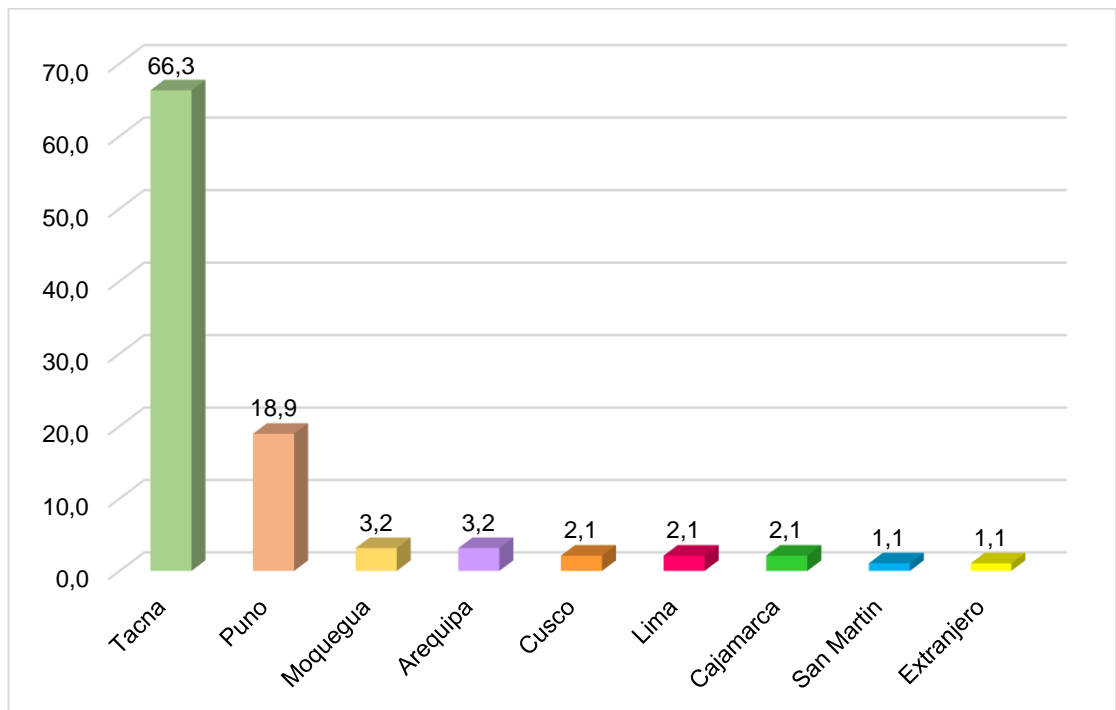
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

Según la **Tabla** y **Gráfico N°3** se observa que mayoría de pacientes son de procedencia Tacna con 63 pacientes que representa el 66,3% de la Muestra, seguida de Puno con 18 pacientes que representa el 18,9%, Moquegua y Arequipa con 3 pacientes respectivamente que representan el 3,2%. Cusco, Lima y Cajamarca con 2 pacientes respectivamente que representa el 2,1% de la muestra y finalmente San Martin y el extranjero con 1 paciente respectivamente que representan el 1,1% de la muestra.

GRÁFICO N° 03

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°03

TABLA N° 04

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeto	4	4,2
Primaria Incompleta	30	31,6
Primaria Completa	13	13,7
Secundaria Incompleta	16	16,8
Secundaria Completa	28	29,5
Superior Universitario	4	4,2
TOTAL	95	100,0

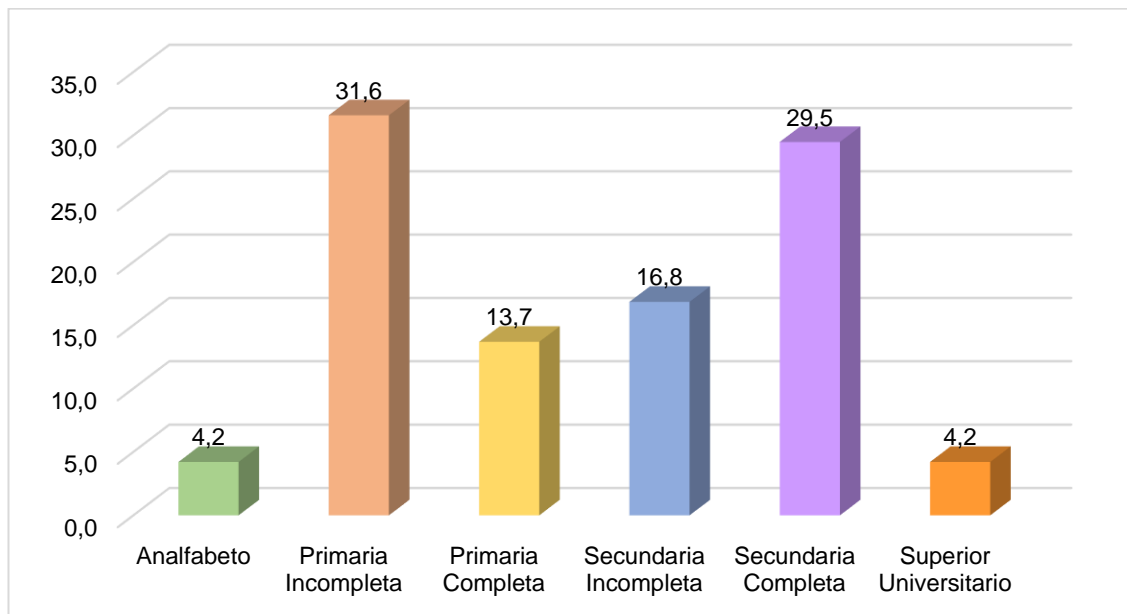
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

Se observa en la **Tabla y Gráfico N°4** se muestra los resultados donde 30 pacientes tienen grado de instrucción Nivel Primaria incompleta que representa al 31,6% de la muestra, seguida de Secundaria Completa con 28 pacientes que representa el 29,5% de la muestra, continuando con Secundaria incompleta con 16 pacientes que representa al 16,8% de la muestra, seguido de Primaria Completa con 13 pacientes que representa el 13,7%; como último se presentaron 4 pacientes con Nivel Analfabeto y superior Universitario respectivamente que representa el 4,2% de la Muestra.

GRÁFICO N° 04

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°04

TABLA N° 05

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
INGESTA DE ALCOHOL EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

INGESTA DE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No toma alcohol	34	35,8
Si toma alcohol	61	64,2
TOTAL	95	100,0

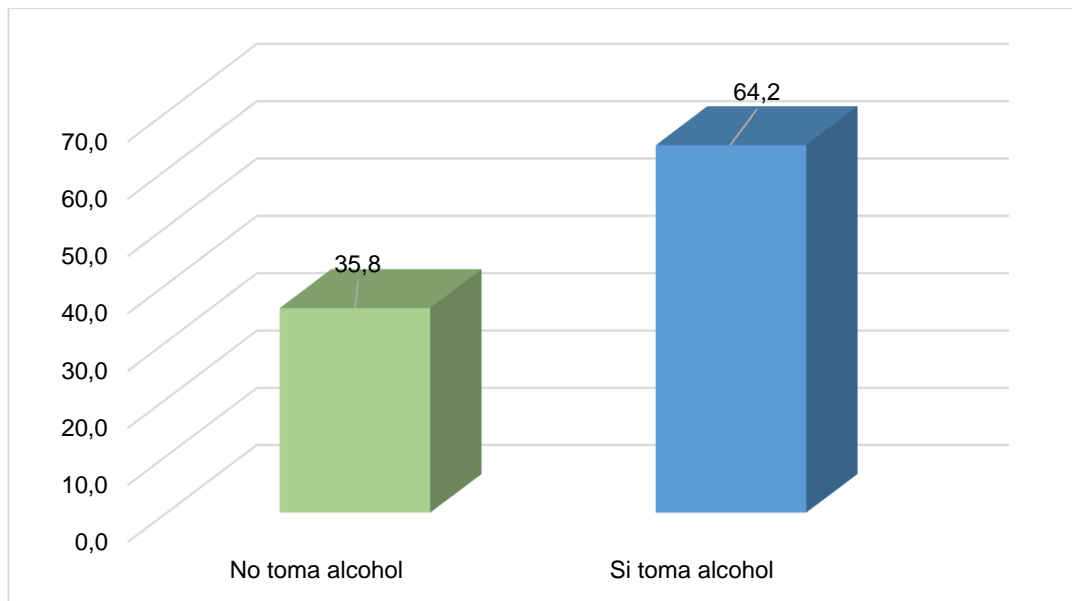
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la **Tabla y Gráfico N°5** se observa según Ingesta de Alcohol, donde se presentó 61 pacientes que Si ingieren alcohol, esto representa el 64,2% de la muestra y 34 pacientes que indicaron No ingerir alcohol que representa el 35,8% de la muestra.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN INGESTA DE ALCOHOL EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°05

TABLA N° 06
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
FRECUENCIA DE INGESTA DE ALCOHOL EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2018 - 2021

FRECUENCIA DE INGESTA DE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 vez a la semana	11	18,0
2 veces a la semana	11	18,1
3 veces a la semana	23	37,7
Mayor a 3 veces a la semana	15	24,6
1 vez al mes	1	1,6
TOTAL	61	100,0

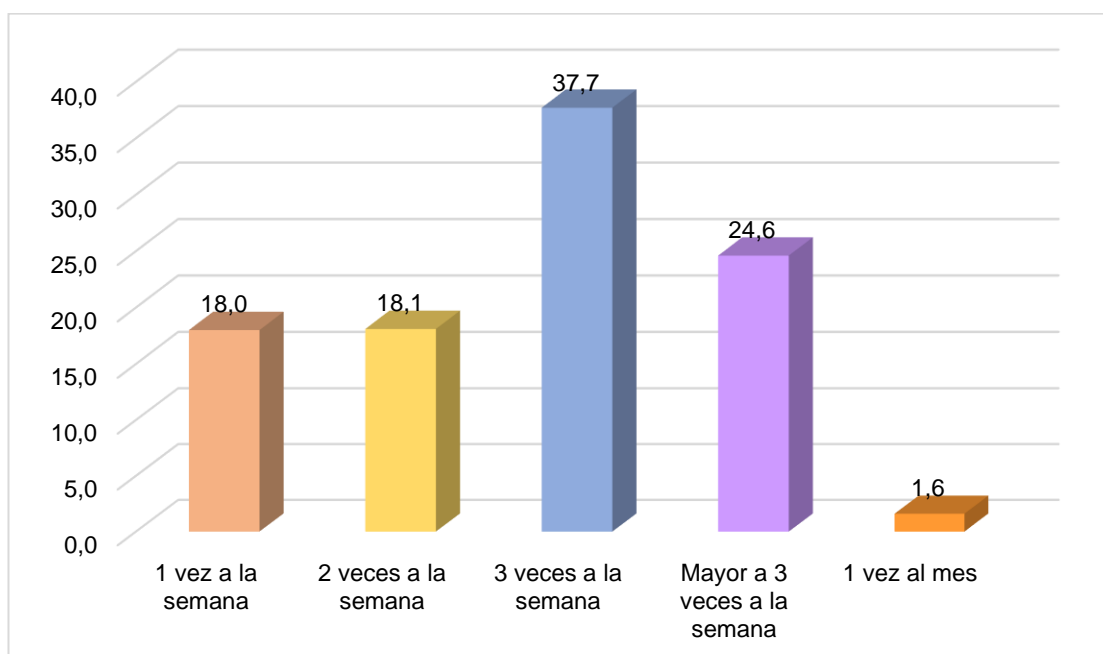
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la **Tabla y Gráfico N°6** Se observa la distribución de ingesta de Alcohol de los pacientes que afirmaron Si ingerir alcohol, donde se muestra que 23 pacientes refieren ingerir alcohol 3 veces a la semana que representa el 37,7% de la muestra, asimismo, se presentó 15 pacientes que afirmaron ingerir alcohol más de tres veces a la semana que representa el 24,6%, seguido de 11 pacientes que indicaron ingerir alcohol una vez a la semana que representa el 18,0% de la muestra y otro grupo dos veces a la semana que representa el 18,1%, finalmente se presentó 1 paciente que refirió ingerir alcohol 1 vez al mes que representa el 1,6% de la muestra.

GRÁFICO N° 06

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN FRECUENCIA DE INGESTA DE ALCOHOL EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°06

TABLA N° 07

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
PRESENCIA DE COMORBILIDAD EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	79	84,2
No	16	15,8
TOTAL	95	100,0

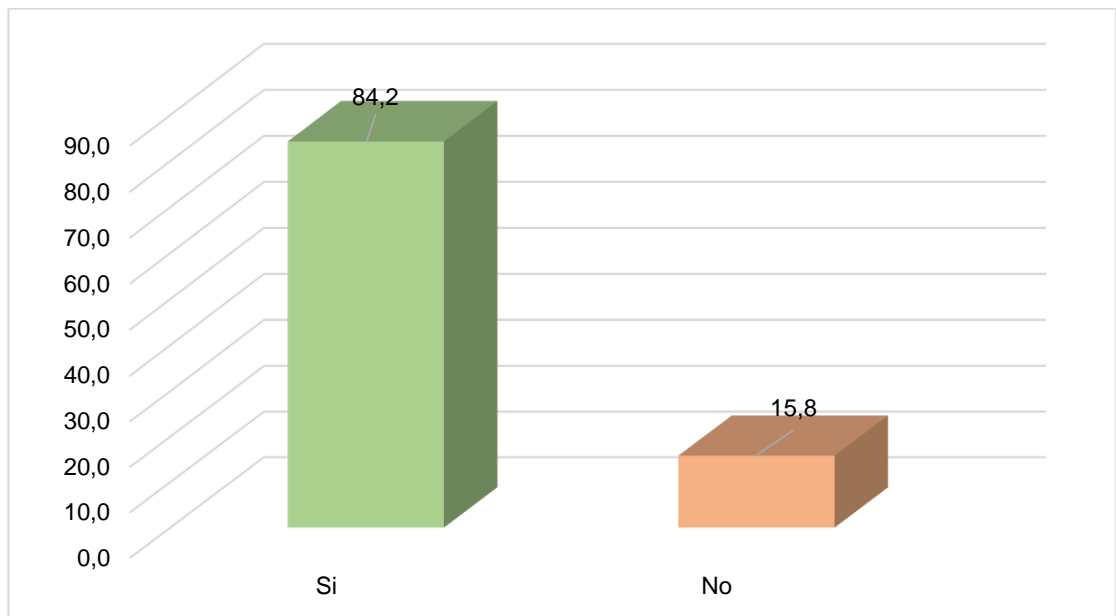
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla** y **Gráfico N°7** se observa la presencia de comorbilidad, donde 79 pacientes Si presentan Comorbilidad que representa el 84,2% de la muestra y 16 pacientes No presentaron alguna comorbilidad lo que representa el 15,8% de la Muestra.

GRÁFICO N° 07

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN INGESTA DE ALCOHOL EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°07

TABLA N° 08

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
TIPO DE COMORBILIDAD EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	26	27,4
Diabetes Mellitus	17	17,9
VIH	0	0,0
Obesidad	65	68,4

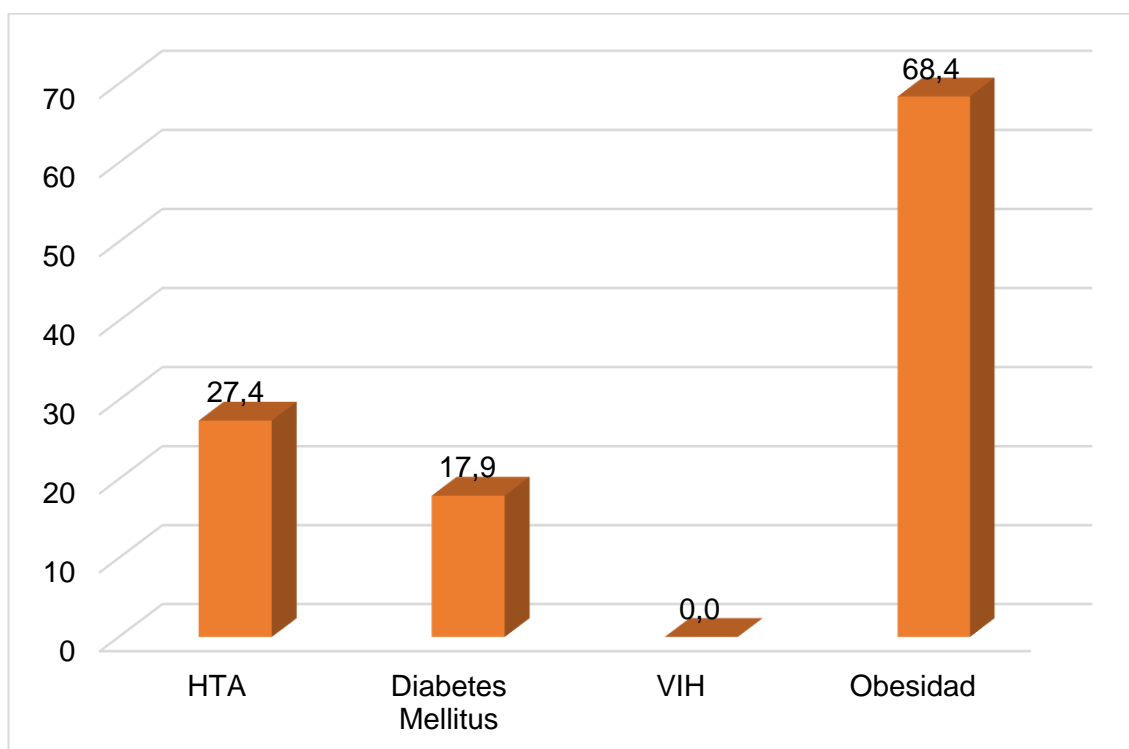
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla** y **Gráfico N°8** de comorbilidad, se observa que 65 pacientes presentaron Obesidad que representa el 68,4% de la muestra, 26 pacientes presentaron Hipertensión Arterial que representa el 27,4%, 17 pacientes presentaron Diabetes Mellitus que representa el 17.9% de la muestra, no se presentaron pacientes con VIH.

GRÁFICO N° 08

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN TIPO DE COMORBILIDAD EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°08

TABLA N° 09

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
ETIOLOGÍA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

ETIOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alcohólica	58	61,1
EAD	29	30,5
Viral	8	8,4
TOTAL	95	100,0

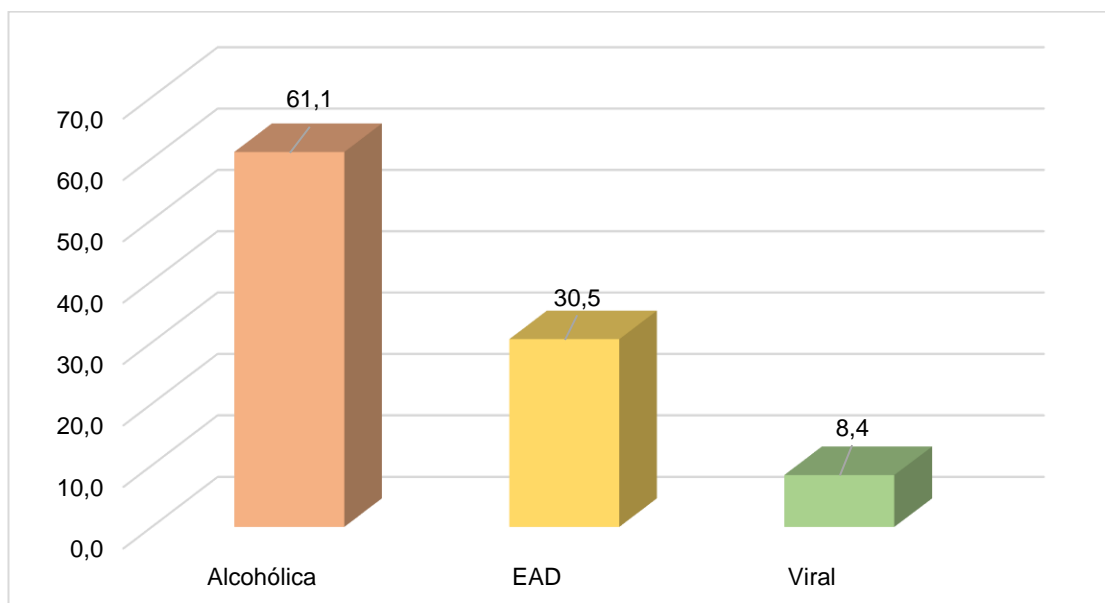
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 09** se observa la Etiología de la Cirrosis hepática, se aprecia que 58 pacientes presentaron Cirrosis hepática con etiología alcohólica que representa el 61,1%; seguida de 29 pacientes que presentaron Cirrosis hepática con etiología a determinar (EAD) que representa el 30,5% y 8 pacientes que presentaron Cirrosis hepática con etiología viral que representa el 8.4%.

GRÁFICO N° 09

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN ETIOLOGÍA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°09

TABLA N° 10

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
TIEMPO DE ENFERMEDAD ACTUAL EN EL ÁREA DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

TIEMPO DE ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor a 15 días	75	78,9
de 16 a 30 días	12	12,6
Mayor a 30 días	8	8,4
TOTAL	95	100,0

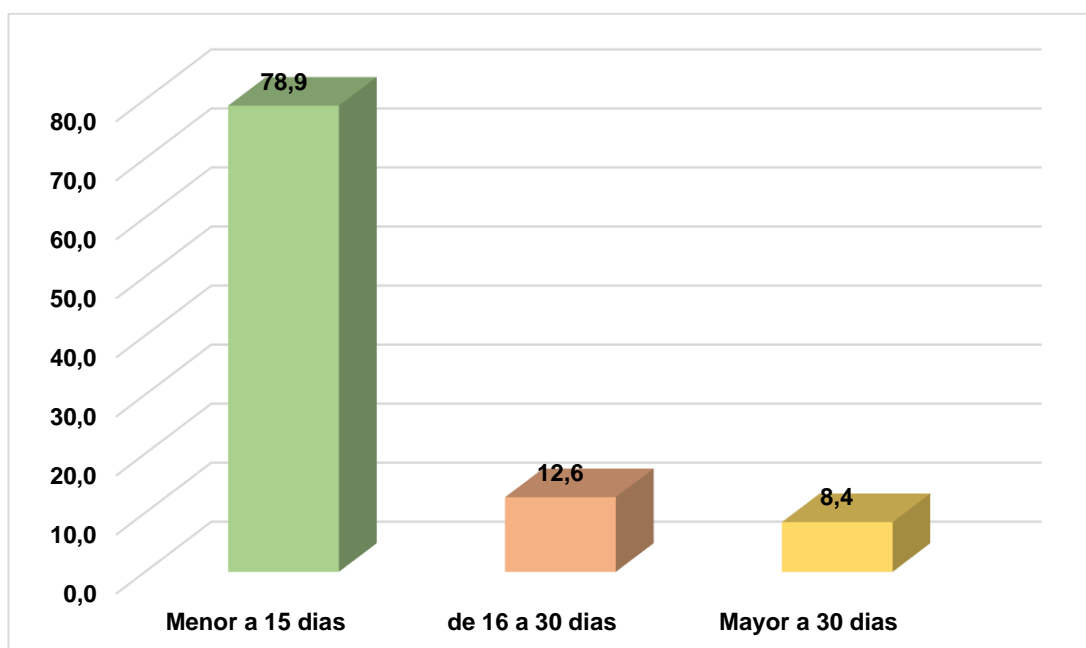
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N°10** Nos muestra el tiempo de enfermedad actual de los pacientes con cirrosis hepática al ingreso del hospital, donde se observa que 75 pacientes refirieron un tiempo de enfermedad actual menor a 15 días, 12 pacientes presentaron un tiempo de enfermedad de 16 a 30 días que representan el 12,6% y finalmente 8 pacientes presentó mayor a 30 días lo que representa el 8,4%.

GRÁFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD ACTUAL EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°10

TABLA N° 11

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
SINTOMATOLOGÍA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

SINTOMATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Distensión abdominal	51	53,7
Dolor abdominal	51	53,7
Edema extremidades inferiores	39	41,1
Disnea	35	36,8
Pérdida de apetito	33	34,7
Alteración de conciencia	31	32,6
Hematemesis	25	26,3
Debilidad	21	22,1
Nauseas	18	18,9
Fatiga	16	16,8
Pérdida de peso	11	11,6
Ictericia	11	11,6
Melena	8	8,4
Equimosis con facilidad	7	7,4
Diarrea	5	5,3
Coluria	0	0,0
Prurito	0	0,0
Hematoquecia	0	0,0

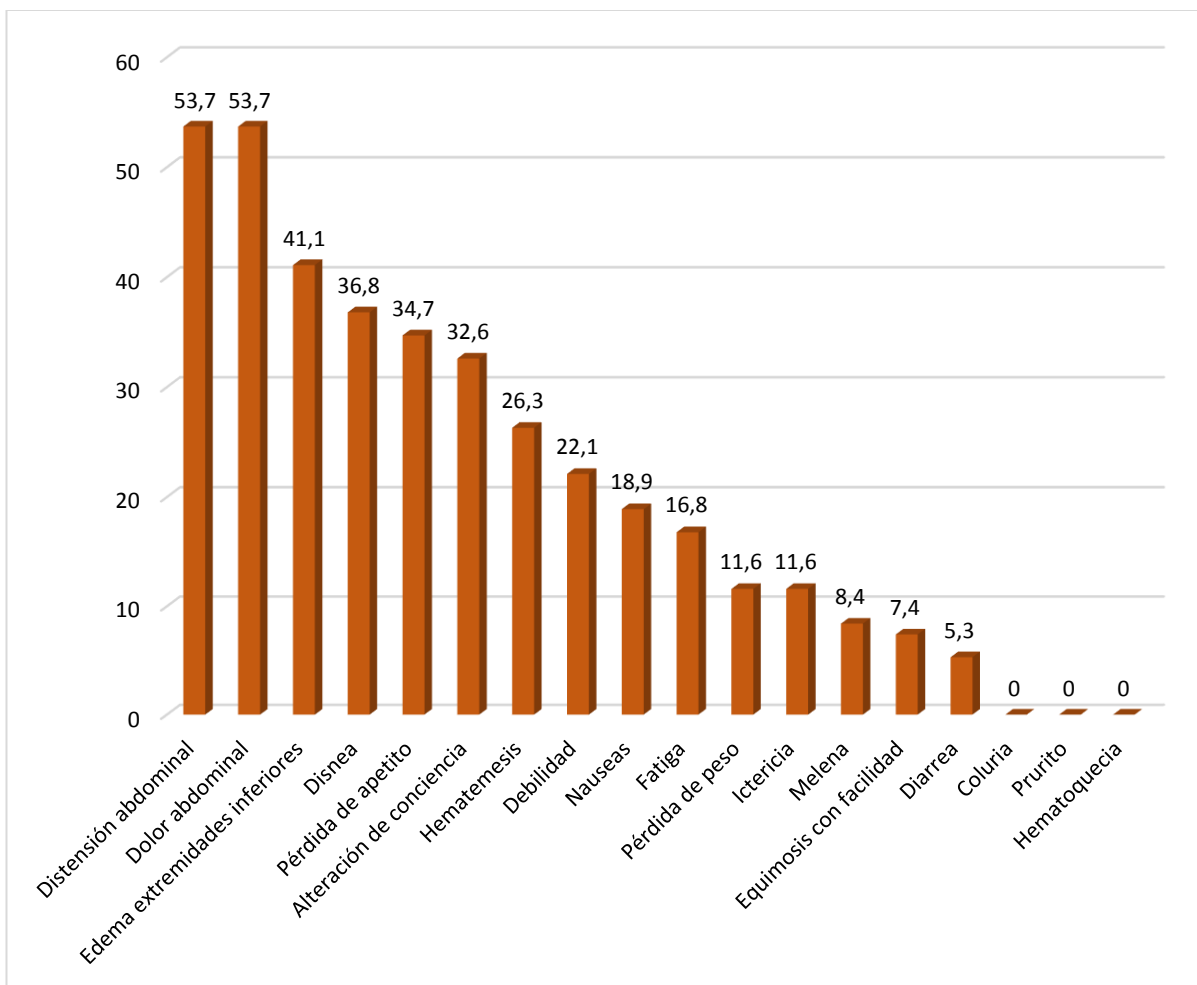
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 11** se observa la sintomatología que presentaron los pacientes a su ingreso, como resultado se obtuvo que 51 pacientes presentaron Distensión abdominal y Dolor Abdominal lo que representan el 53,7% respectivamente, 39 pacientes presentaron edema en los miembros inferiores que representa 41,1%; 35 pacientes presentaron disnea lo que representa el 36,8% respectivamente, 33 pacientes con pérdida de apetito con el 34,7%, 31 pacientes con Alteración de Conciencia lo que representa el 32,6%, 25 pacientes con Hematemesis que corresponde al 26,3%, 21 pacientes con Debilidad correspondiente al 22,1%, 18 pacientes con Nauseas que representa el 18,9%, 16 pacientes con Fatiga que representa el 16,8%, 11 pacientes con pérdida de peso e ictericia que representa el 11,6% respectivamente, 8 pacientes con Melena, 7 pacientes con Equimosis con facilidad y 5 pacientes con Diarrea, finalmente ningún paciente presentó Coluria, Prurito y Hematoquecia.

GRÁFICO N° 11

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SINTOMATOLOGÍA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°11

TABLA N° 12

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
EXAMEN FÍSICO EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

EXÁMEN FÍSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ascitis	62	65,3
Ictericia	45	47,4
Telangectasias	40	42,1
Circulación Colateral	39	41,1
Esplenomegalia	19	20,0
Disminución de la Presión Sanguínea	18	18,9
Fetor Hepático	14	14,7
Hepatomegalia	12	12,6
Disminución de Peso	8	8,4
Asterixis	6	6,3

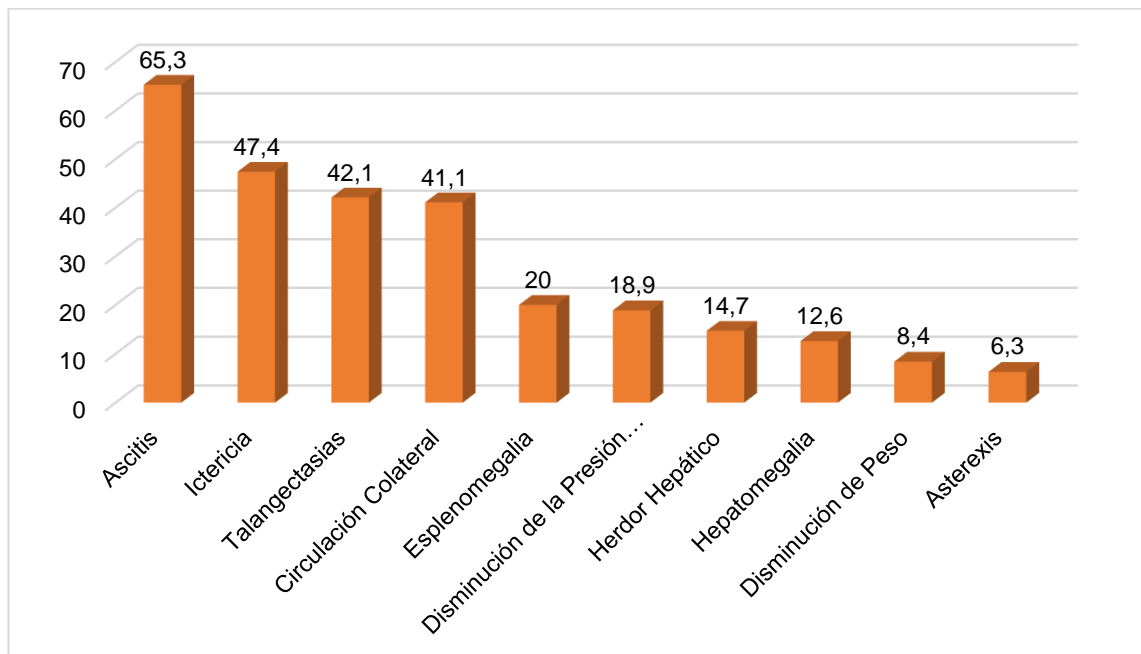
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 12** se muestra el Examen Físico de los pacientes a su ingreso, dando como resultado que el 65,3% de los pacientes presentaron Ascitis, el 47,4% presentaron Ictericia, el 42,1% presentó Telangectasias, el 41,1% presentaron Circulación Colateral, 20,0% presentaron Esplenomegalia, el 18,9% presentaron disminución de la presión sanguínea, el 14,7% presentaron Fetor Hepático, el 12,6%.

GRÁFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN EXAMEN FÍSICO EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°12

TABLA N° 13

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
SUS COMPLICACIONES EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trombocitopenia	71	74,7
Anemia	60	63,1
Ascitis	59	62,1
Encefalopatía Hepática	50	52,6
Síndrome Hepatorrenal	32	33,7
Hemorragia Variceal	19	20,0
Peritonitis Bacteriana Espontánea	12	12,6
Gastropatía Hipertensiva	12	12,6

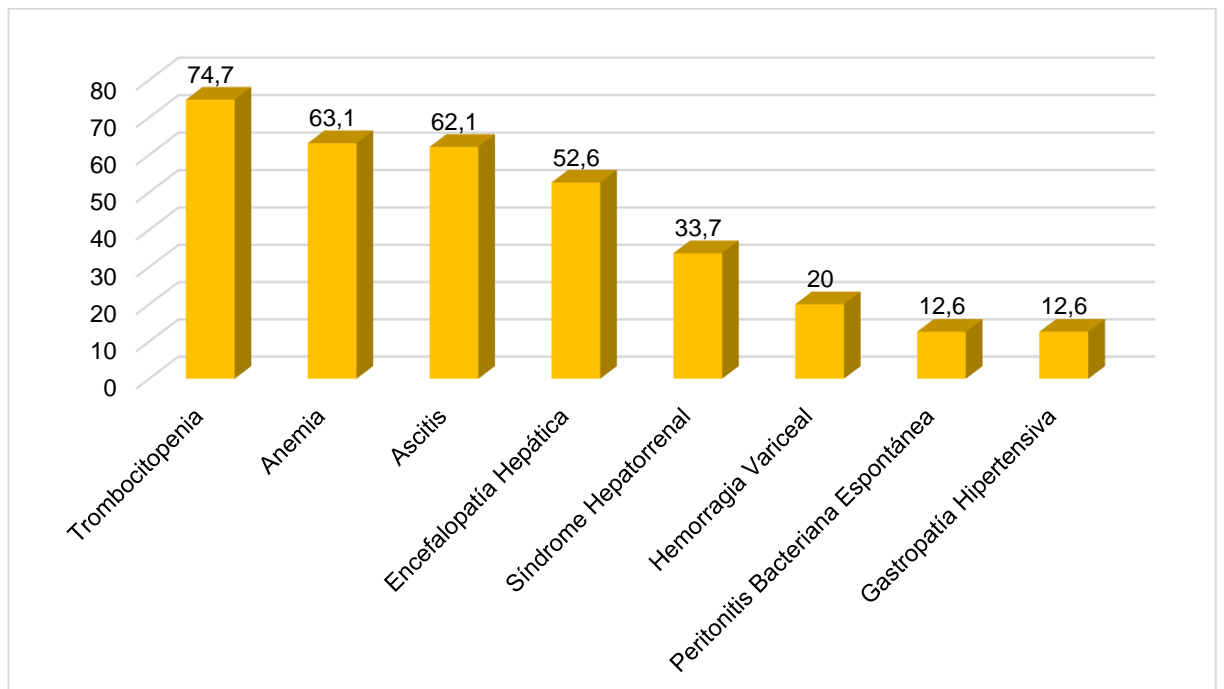
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 13** se muestra las complicaciones que presentaron los pacientes; 74,7% de los pacientes presentaron Trombocitopenia, 63,1% de pacientes presentaron Anemia, el 62,1% presento Ascitis, el 52,6% presento Encefalopatía Hepática, el 33,7% presento Síndrome Hepatorrenal, el 20,0% presentó hemorragia variceal, el 12,6% presentaron Peritonitis Bacteriana Espontanea y Gastropatía Hipertensiva respectivamente.

GRÁFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN SUS COMPLICACIONES EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°13

TABLA N° 14

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
COMPLICACIÓN TROMBOCITOPENIA EN EL ÁREA DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

TROMBOCITOPENIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	15	21,1
Moderada	22	31,0
Severa	20	28,2
Muy severa	14	19,7
TOTAL	71	100,0

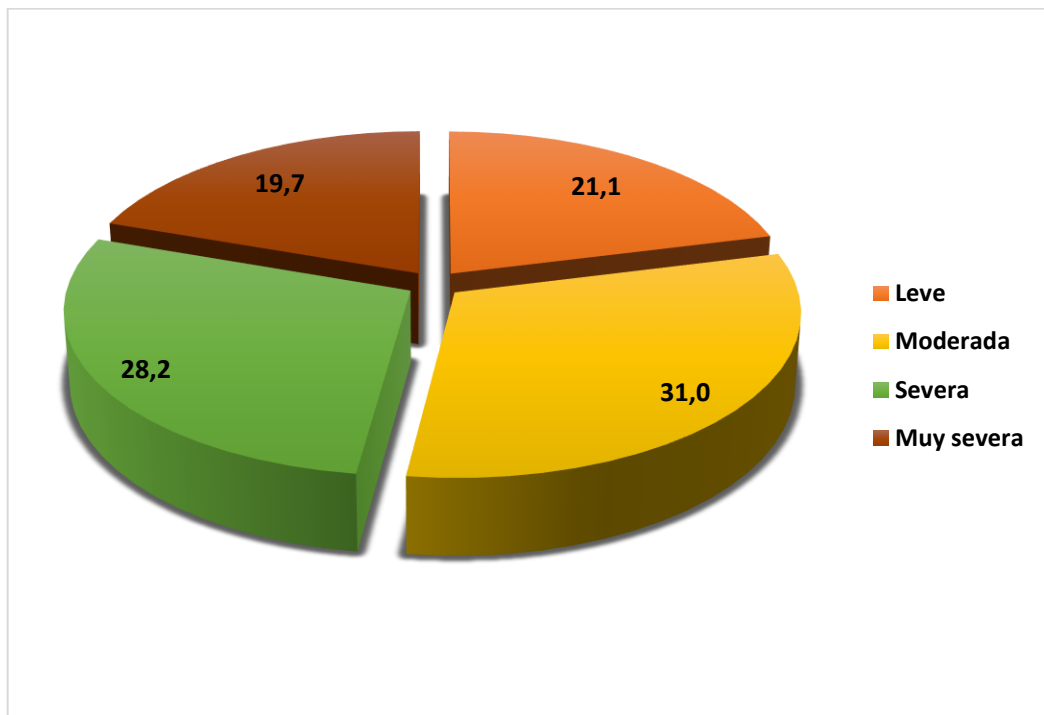
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N°14** muestra el grado de Trombocitopenia de los pacientes, donde el 31,0% presento Trombocitopenia Moderada, el 28,2% presento Trombocitopenia Severa, el 21,1% presento Trombocitopenia Leve y finalmente el 19,7% presento Trombocitopenia Muy Severa.

GRÁFICO N° 14

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
COMPLICACIÓN TROMBOCITOPENIA EN EL ÁREA DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°14

TABLA N° 15

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
COMPLICACIÓN ANEMIA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

ANEMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	23	38,4
Moderada	18	30,0
Severa	11	18,3
Muy severa	8	13,3
TOTAL	60	100,0

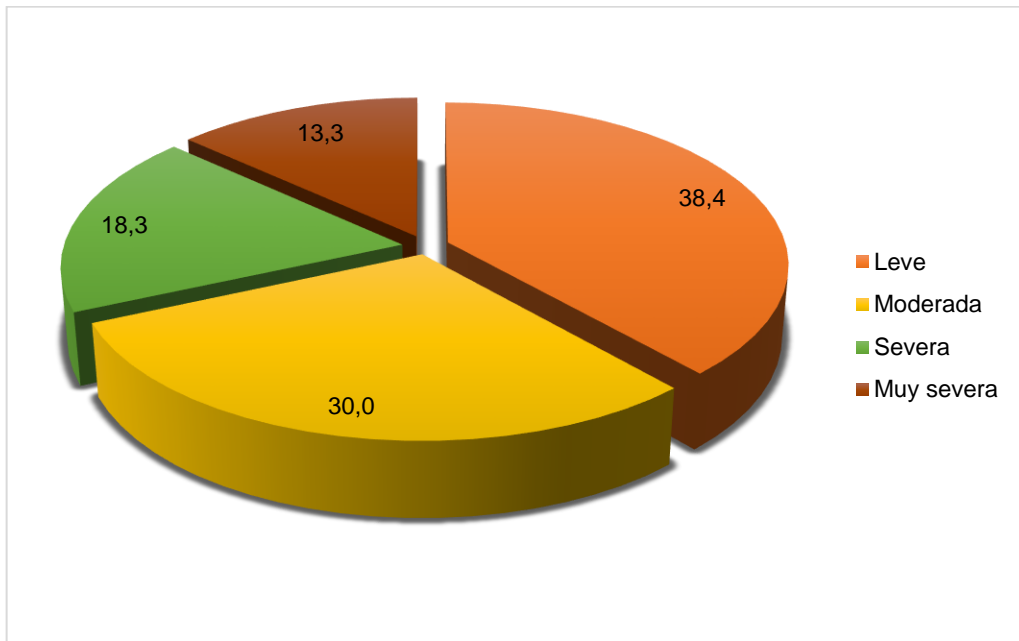
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N°15** Nos muestra la anemia de los pacientes, donde 23 pacientes presentaron anemia leve lo que representa el 38,4%, 18 pacientes con anemia moderada lo que representa el 30,0%, 11 pacientes presentaron anemia severa lo que representa el 18,3 y 8 pacientes presentaron Anemia muy Severa lo que representa el 13,3%.

GRÁFICO N° 15

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN COMPLICACIÓN ANEMIA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°15

TABLA N° 16

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
GRADO DE ENCEFALOPATÍA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

GRADO DE ENCEFALOPATÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	43	45,3
Grado 1	7	7,4
Grado 2	23	24,2
Grado 3	22	23,2
TOTAL	95	100,0

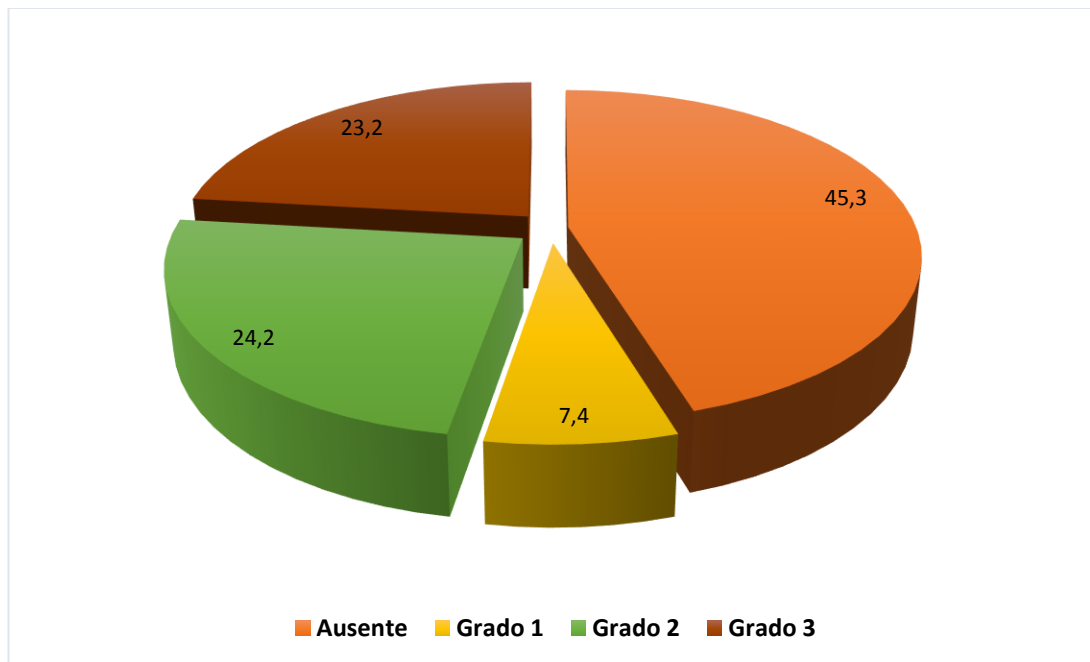
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 16** se muestra los grados de Encefalopatía que presentaron los pacientes durante su hospitalización, donde 43 pacientes no presentaron esta complicación lo que representa el 45,3%, 23 pacientes presentaron Encefalopatía Hepática de grado 2 lo que representa el 24,2%, 22 pacientes presentaron Encefalopatía Grado 3 que representa el 23,2% y finalmente 7 pacientes presentaron Encefalopatía Grado 1 lo que representa el 7,4%.

GRÁFICO N° 16

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN GRADO DE ENCEFALOPATÍA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°16

TABLA N° 17
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
COMPLICACIÓN SÍNDROME HEPATORRENAL EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021

SÍNDROME HEPATORRENAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tipo 1	20	62,5
Tipo 2	12	37,5
Total	32	100,0

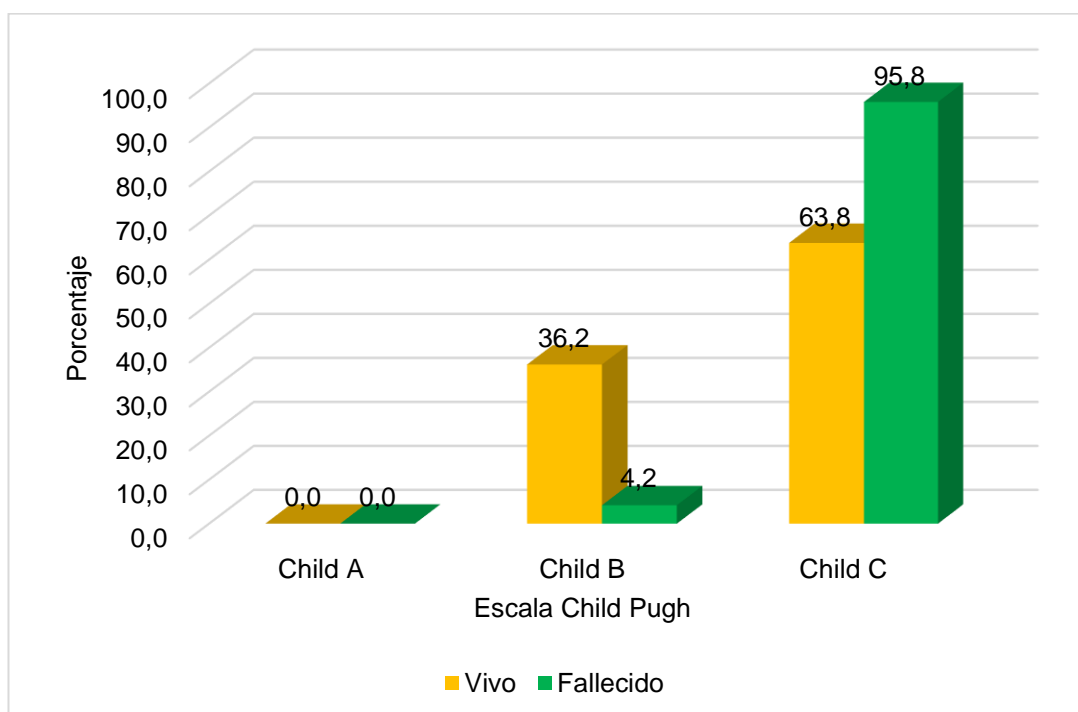
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 17** se muestra los Tipos de Síndrome Hepatorrenal, donde 20 de los pacientes presentaron de Tipo 1 lo que representa el 62,5% y 12 pacientes presentaron del Tipo 2 que representa el 37,5%.

GRÁFICO N° 17

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN COMPLICACIÓN SÍNDROME HEPATORRENAL EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°17

TABLA N° 18

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
ESCALA CHILD- PUGH EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

ESCALA CHILD PUGH	CONDICIÓN EGRESO				TOTAL	
	Vivo		Fallecido		N°	%
	N°	%	N°	%		
Child A	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Child B	17	36,2	2	4,2	19	20,0
Child C	30	63,8	46	95,8	76	80,0
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0

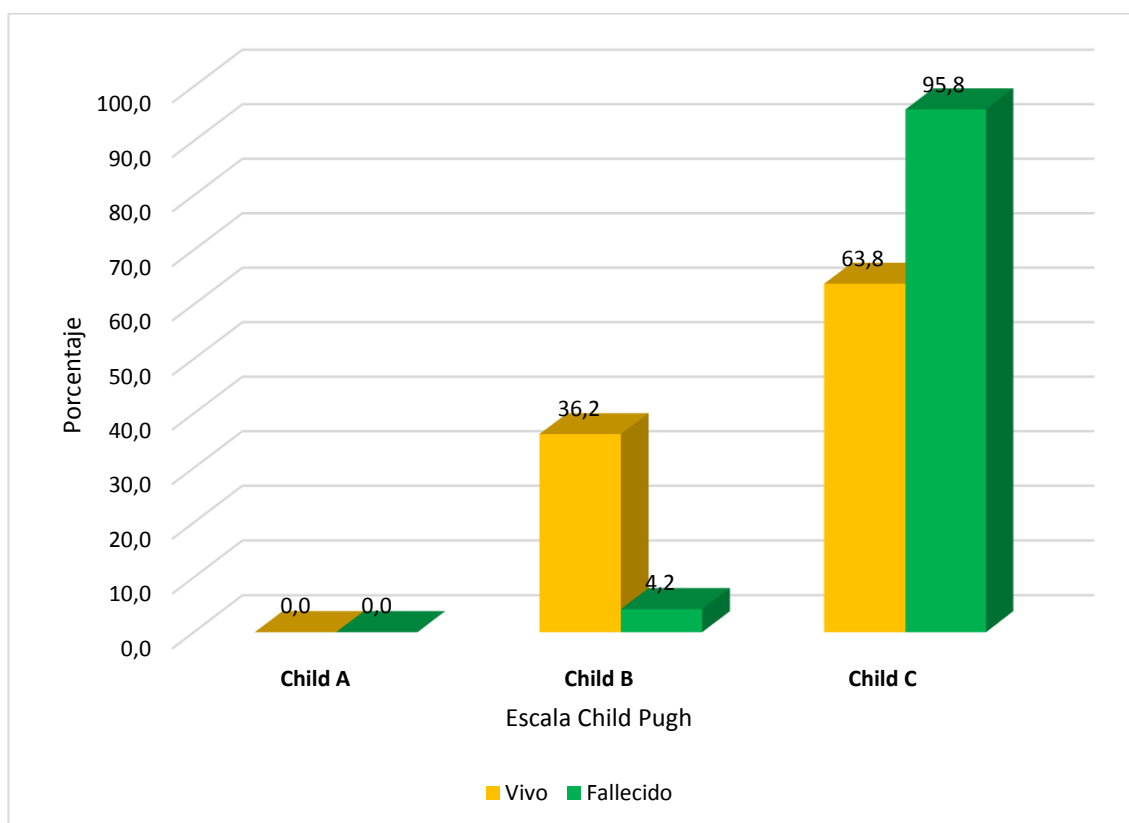
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 18** se Presenta la categoría de Child-Pugh que obtuvieron los pacientes, con 80,0% presentaron una categoría de Child C (Enfermedad Hepática Mas grave) de los cuales 30 pacientes eran vivos y 46 pacientes eran fallecidos, con 20% presentaron una categoría de Child B (Enfermedad Hepática Grave Moderada) de los cuales 17 pacientes eran vivos y 2 eran fallecidos y finalmente no se presentó pacientes con categoría de Child A (Enfermedad Hepática menos Grave).

GRÁFICO N° 18

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN ESCALA CHILD-PUGH EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°18

TABLA N° 19

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
CONDICIÓN DE EGRESO EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

CONDICIÓN DE EGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vivo	47	49,5
Fallecido	48	50,5
TOTAL	95	100,0

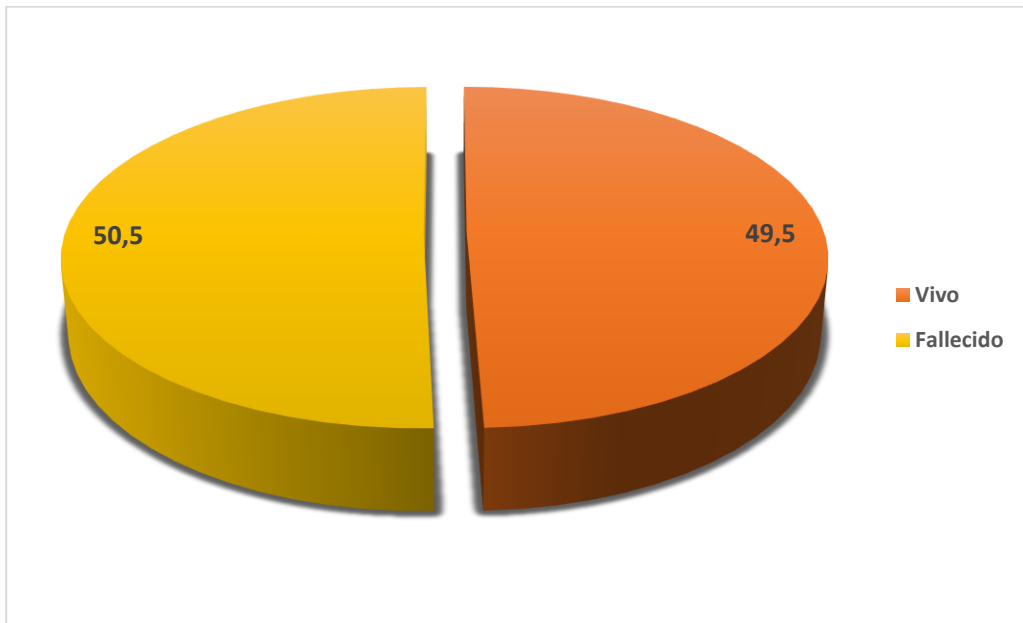
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 19** Se observa la condición de egreso de los pacientes con Cirrosis hepático, donde 48 de los pacientes tuvieron como condición de egreso Fallecido lo que representa el 50,5% y 47 pacientes tuvieron la condición de egreso como Vivo lo que representa el 49,5%.

GRÁFICO N° 19

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SEGÚN
CONDICIÓN DE EGRESO EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**



Fuente: Tabla N°19

TABLA N° 20

RELACIÓN ENTRE EDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON

CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021

EDAD	CONDICIÓN DE EGRESO				PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		
	N	%	N	%	
Joven (18 a 29 años)	1	2,1	0	1,1	0,495
Adulto (30 a 59 años)	23	48,9	17	35,4	0,216
Adulto mayor (60 años a mas)	23	48,9	31	64,6	0,149
TOTAL	47	100,0	48	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

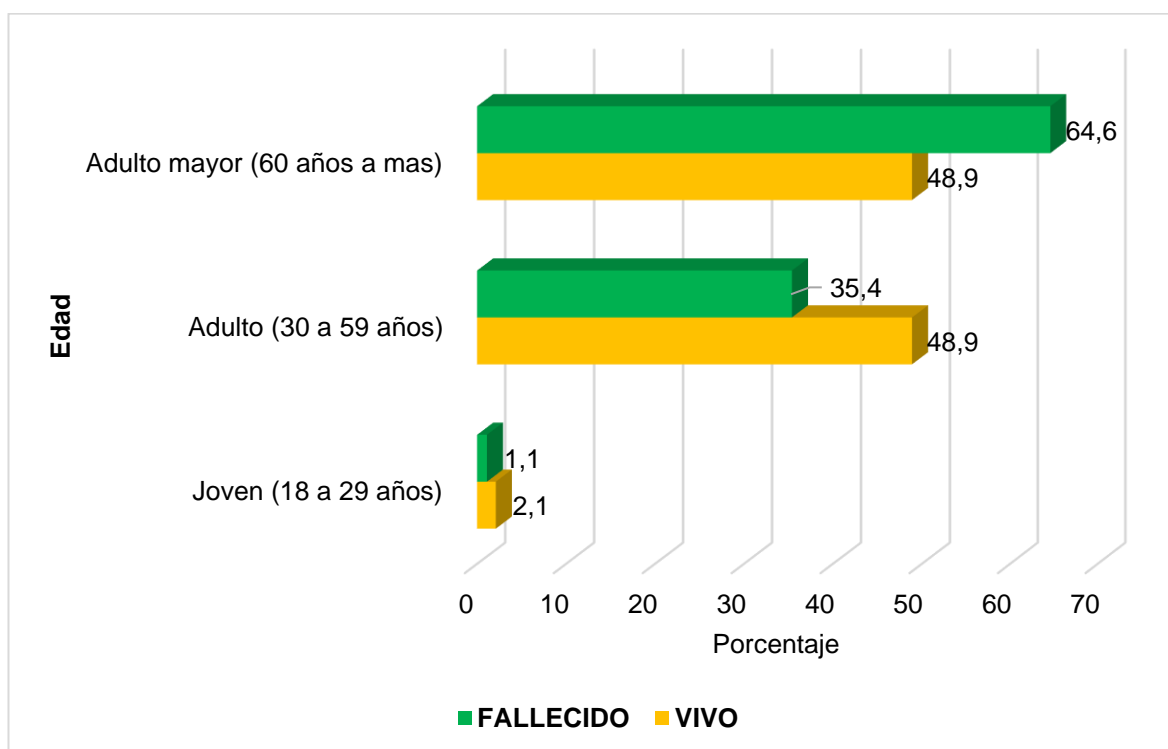
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 20** se muestra la edad de los Pacientes Vivos, tanto en Adulto y Adulto Mayor presentaron 48,9% respectivamente, seguido de Joven con el 2,1%. En los pacientes Fallecidos en la etapa de vida Adulto mayor tiene un 64,6%, seguido de Adulto con 35,4%, y seguido Joven con 1,1%.

Además, se observa en la prueba de Chi cuadrado de Pearson con un $p > 0,05$ donde muestra que no tiene relación significativa entre Edad y Mortalidad.

GRÁFICO N° 20

RELACIÓN ENTRE EDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N° 20

TABLA N° 21

**RELACIÓN ENTRE SEXO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

SEXO	CONDICIÓN DE EGRESO				PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		
	N	%	N	%	
Masculino	17	36,2	29	60,4	0,018
Femenino	30	63,8	19	39,6	0,018
TOTAL	47	100,0	48	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

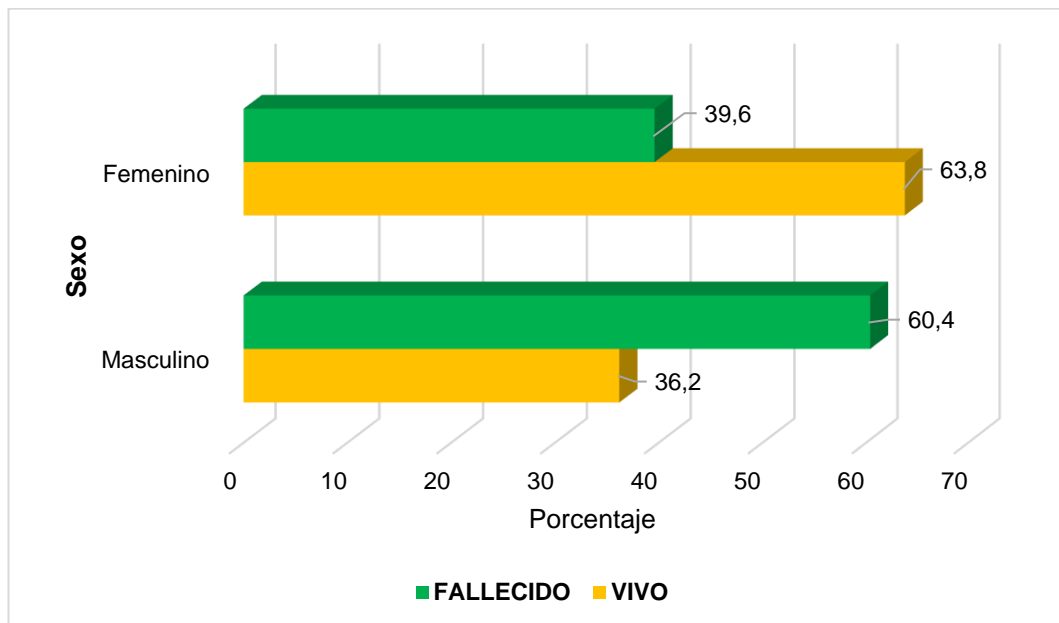
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 21** Se muestra el sexo de los pacientes vivos, el Sexo Femenino representa 63,8% y el Sexo Masculino representa 36,2%; De los pacientes Fallecidos el 60,4% de pacientes son de sexo Masculino, el 39,6% son del sexo Femenino. Se puede detallar que del grupo de pacientes vivos la mayoría es de sexo femenino, en cambio en el grupo de pacientes fallecidos gran mayoría son de sexo masculino.

Además, se observa la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson, se obtuvo una probabilidad de $p=0,018 < 0,05$, por tanto, existe relación significativa entre el sexo y la Mortalidad.

GRÁFICO N° 21

RELACIÓN ENTRE SEXO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°21

TABLA N° 22

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CONDICIÓN DE EGRESO				PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		
	N	%	N	%	
Analfabeto	2	4,3	2	4,2	1,000
Primaria incompleta	18	38,3	12	25,0	0,190
Primaria completa	5	10,6	8	16,7	0,552
Secundaria incompleta	11	23,4	5	10,4	0,107
Secundaria completa	10	21,3	18	37,4	0,182
Superior universitario	1	2,1	3	6,3	0,617
TOTAL	47	100,0	48	100,0	

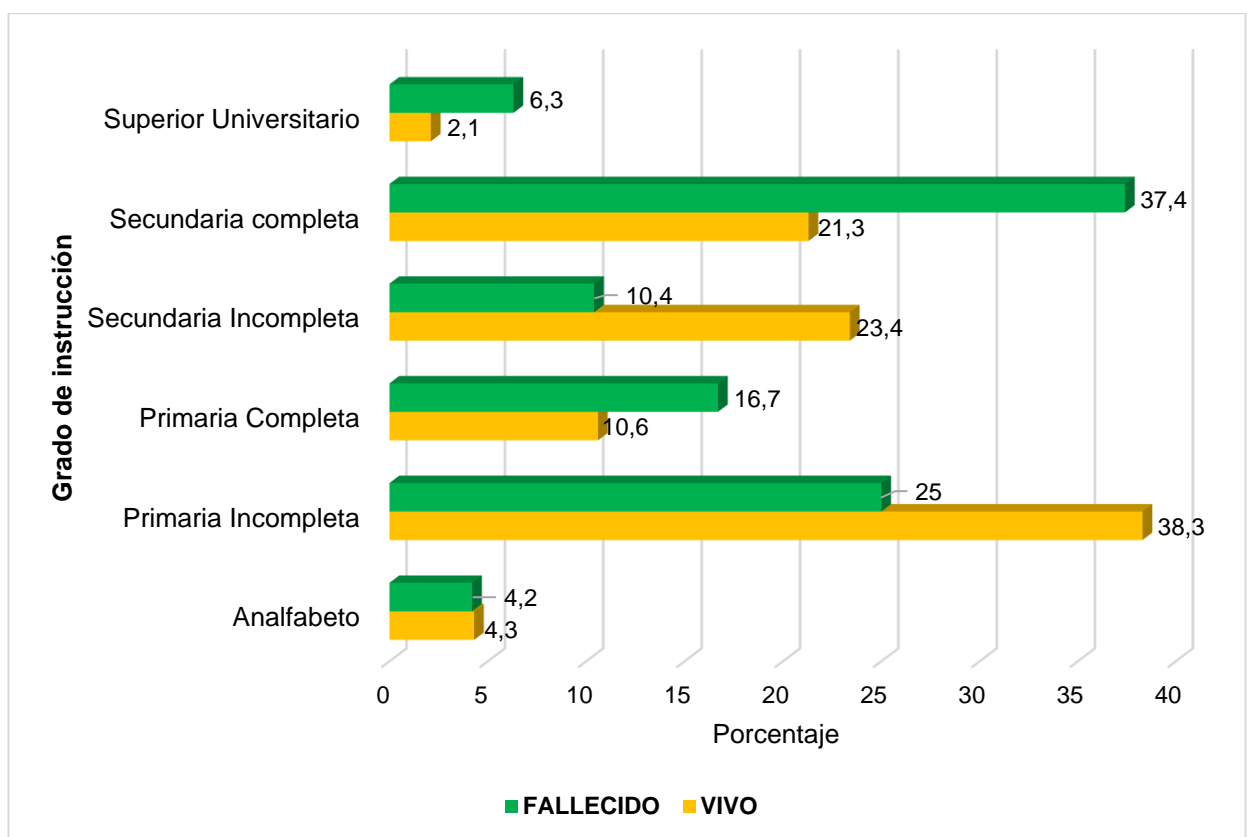
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 22** muestra el grado de instrucción, que los pacientes vivos, el 38,3% presentó Primaria Incompleta, el 23,4% presentó Secundaria Incompleta, el 21,3% presentó Secundaria Completa, el 10,6% presento Primaria Completa, el 4,3% presento Analfabeto y el 2,1% presentó Superior Universitario. De los pacientes Fallecidos se muestra que el 37,5% presentaron Secundaria Completa, el 25,0% Primaria incompleta, el 16,7% Primaria Completa, el 10,4% Secundaria Incompleta, el 6,3% presentó Superior Universitario y finalmente el 4,2% fueron Analfabeto.

Además, se observa en la prueba de Chi cuadrado de Pearson con un $p > 0,05$ donde muestra que no tiene relación significativa entre Grado de Instrucción y Mortalidad.

GRÁFICO N° 22
RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°22

TABLA N° 23

**RELACIÓN ENTRE PROCEDENCIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES
CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

LUGAR DE PROCEDENCIA	CONDICIÓN DE EGRESO				PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		
	N	%	N	%	
Tacna	29	61,7	34	66,3	0,390
Puno	11	23,4	18	18,9	0,360
Moquegua	1	2,1	2	4,2	1,000
Arequipa	2	4,3	1	2,1	0,617
Cusco	1	2,1	1	2,1	1,000
Lima	2	4,3	0	0,0	0,242
Cajamarca	0	0,0	2	4,3	0,495
San Martin	1	2,1	0	0,0	0,495
Extranjero	0	0,0	1	2,1	1,000
TOTAL	47	100	48	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

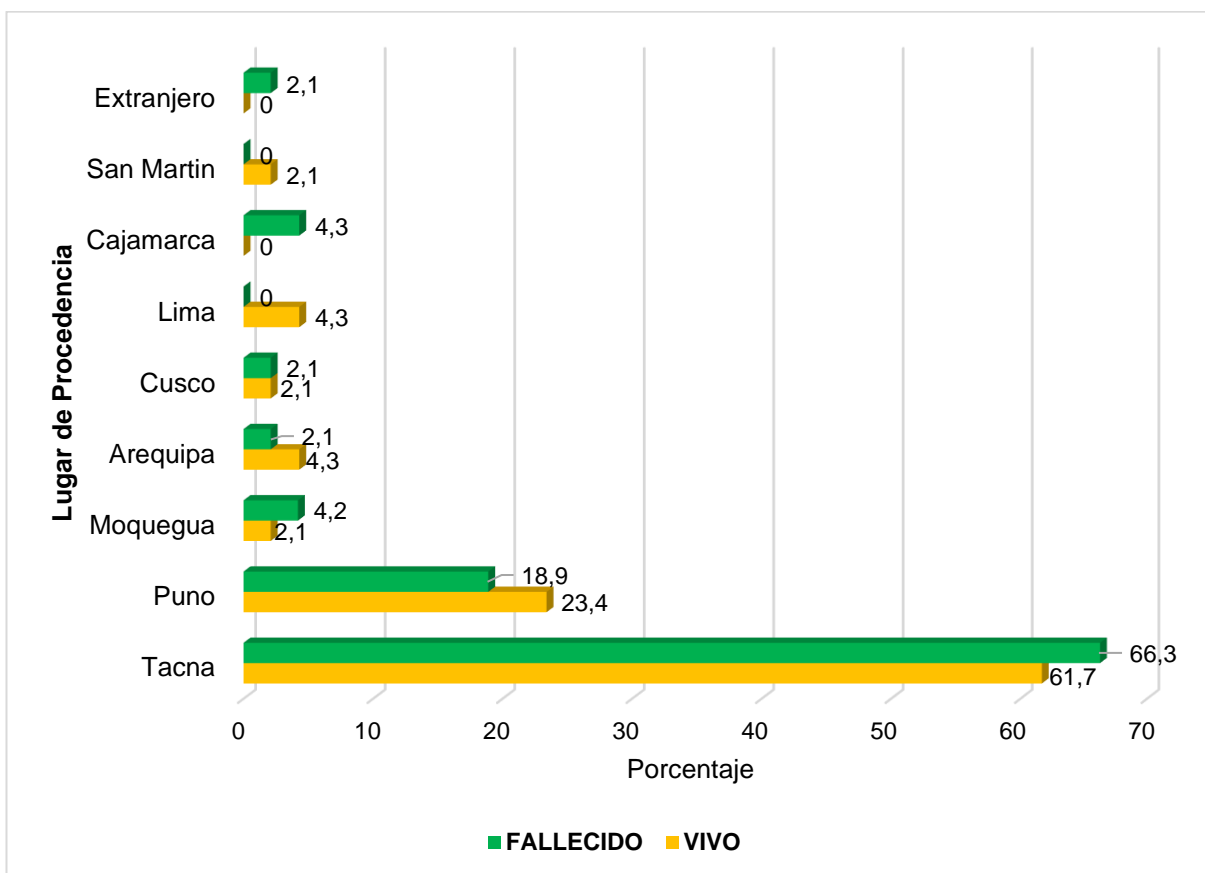
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 23** muestra el Lugar de Procedencia, de los pacientes vivos, el 61,7% son procedentes de Tacna, el 23,4% son procedentes de Puno, el 4,3% procedentes tanto de Arequipa y Lima respectivamente, el 2,1% procedentes tanto de Moquegua y Cusco. De los pacientes fallecidos, el 66,3% procedentes de Tacna, el 18,9% procedentes de Puno, el 4,3% de Cajamarca, el 4,2% de Moquegua, el 2,1% procedentes tanto de Arequipa, Cusco y del Extranjero.

Además, se observa en la prueba de Chi cuadrado de Pearson con un $p > 0,05$ donde muestra que no tiene relación significativa entre Procedencia y Mortalidad.

GRÁFICO N° 23

RELACIÓN ENTRE PROCEDENCIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°23

TABLA N° 24
RELACIÓN ENTRE INGESTA DE ALCOHOL Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021

INGESTA DE ALCOHOL	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO				
	N	%	N	%	N°	%	
NO TOMAN ALCOHOL	23	48,9	11	22,9	34	35,8	0,008
SI TOMAN ALCOHOL	24	51,1	37	77,1	61	64,2	0,008
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

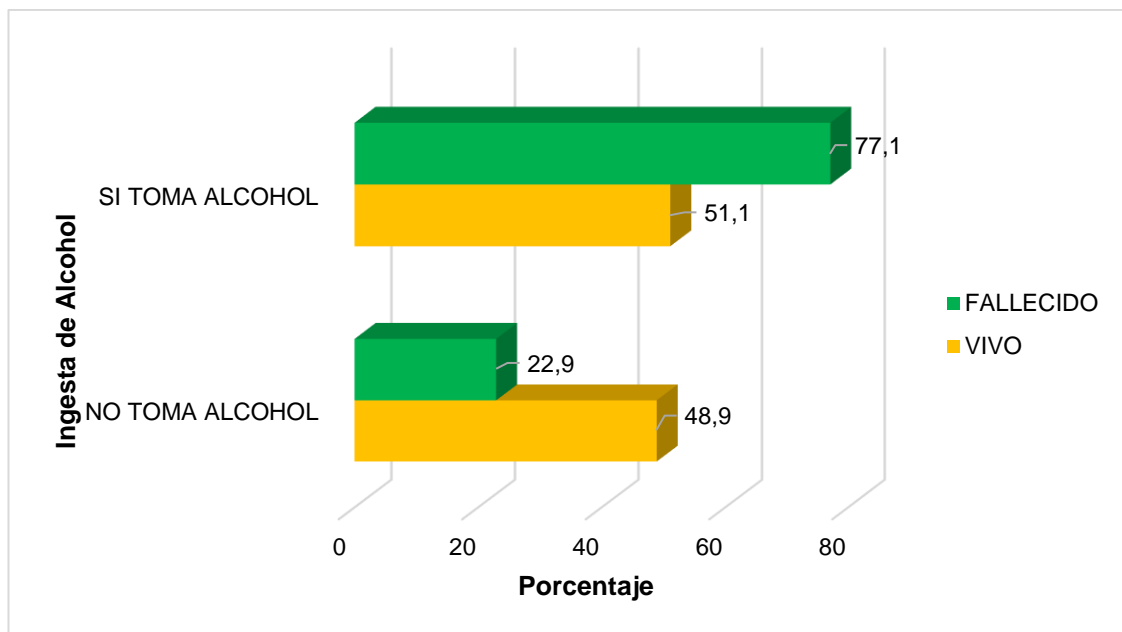
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 24** muestra la ingesta de alcohol, y que los pacientes vivos, el 51,1% Ingieren alcohol, el 48,9% No ingieren Alcohol. De los pacientes Fallecidos, el 77,1% Si Ingieren Alcohol, el 22,9% No Ingieren Alcohol.

Además, se observa la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson donde se obtuvo una $p = 0,008 < 0,05$, demostrando que si existe relación significativa entre Ingesta de Alcohol y Mortalidad en pacientes con cirrosis hepática.

GRÁFICO N° 24
RELACIÓN ENTRE INGESTA DE ALCOHOL Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°24

TABLA N° 25

**RELACIÓN ENTRE COMORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES
CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

COMORBILIDAD	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	P
	N	%	N	%			
HTA	17	36,2	9	18,8	26	27,4	0,057
DM	7	14,9	10	20,8	17	17,9	0,450
OBESIDAD	29	61,7	36	75,0	65	68,4	0,163

Fuente: Ficha de recolección de datos.

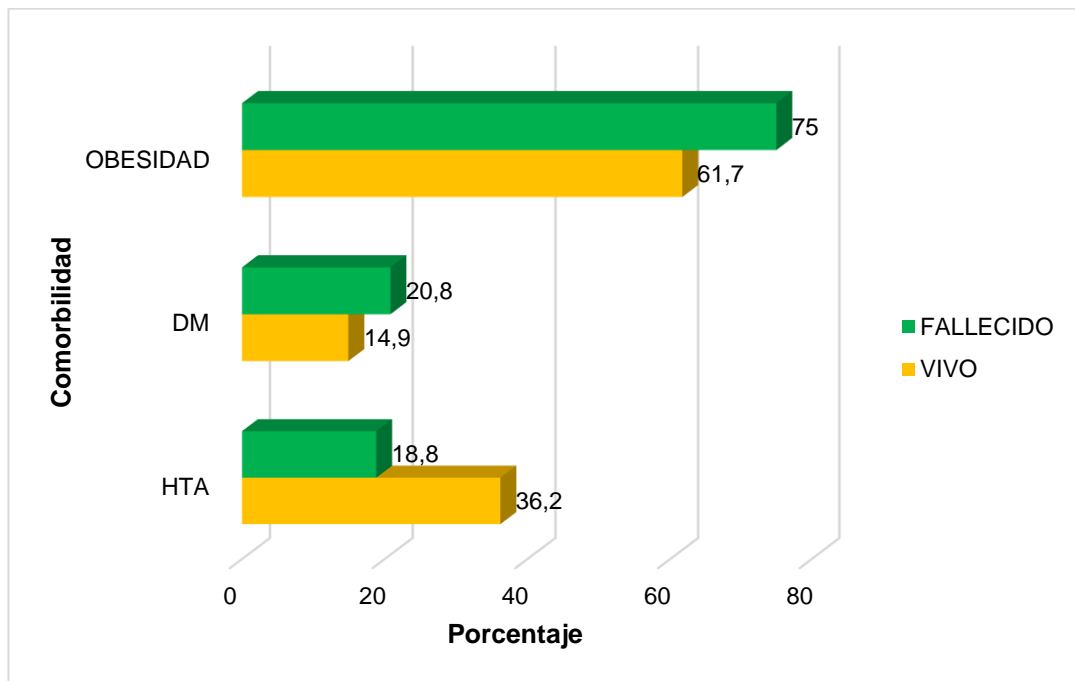
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 25** se muestra las comorbilidades, donde los pacientes vivos, el 61,7% padecía Obesidad, el 36,2% padecía Hipertensión Arterial y el 14,9% padecía Diabetes Mellitus. De los pacientes Fallecidos, el 75,0% padecía Obesidad, el 20,8% Diabetes Mellitus y el 18,8% padecía Hipertensión Arterial.

Además, se observa la prueba estadística de Chi-Cuadrado de Pearson donde se obtuvo $p = 0,057 > 0,05$ para hipertensión arterial, una $p = 0,450 > 0,05$ para Diabetes Mellitus y una $p = 0,163 > 0,05$ para Obesidad, demostrando que no existe relación significativa entre las Comorbilidad y la Mortalidad de pacientes con cirrosis hepática.

GRÁFICO N° 25

RELACIÓN ENTRE COMORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°25

TABLA N° 26

**RELACIÓN ENTRE ETIOLOGÍA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

ETIOLOGÍA	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	
	N	%	N	%			
VIRAL	5	10,6	3	6,3	8	8,4	0,486
ALCOHOLICA	26	55,3	32	66,7	58	61,1	0,297
EAD	16	34,0	13	27,1	29	30,5	0,509
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

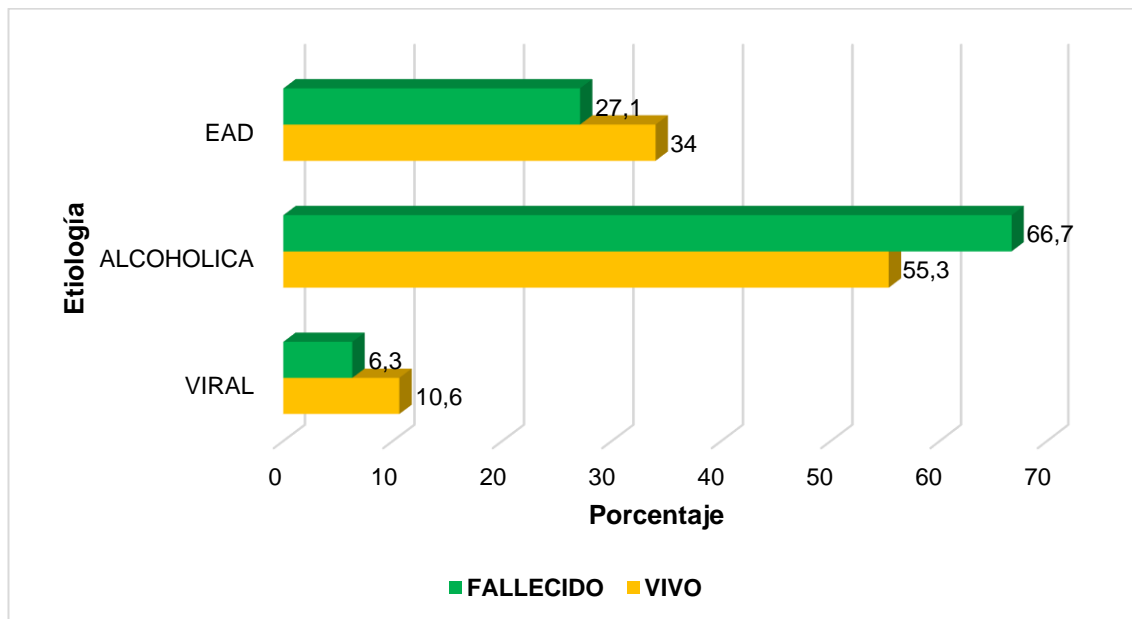
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 26** se muestra que, de los pacientes vivos, el 55,3% presento una etiología alcohólica, el 34,0% presento etiología a determinar (EAD) y el 10,6 etiología viral. En los pacientes fallecidos el 66,7% es de Etiología Alcohólica, el 27,1% presento etiología a determinar (EAD) y finalmente el 6,3% de Etiología Viral.

Además, al observar la prueba estadística del Chi-cuadrado de Pearson se obtuvo un valor $> 0,05$ demostrando que no existe relación entre Etiología y Mortalidad.

GRÁFICO N° 26

RELACIÓN ENTRE ETIOLOGÍA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°26

TABLA N° 27
RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ENFERMEDAD ACTUAL Y
MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA
EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021

TIEMPO DE ENFERMEDAD	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	
	N	%	N	%			
MENOR A 15 DÍAS	38	80,9	37	77,1	75	78,9	0,802
DE 16 A 30 DÍAS	4	8,5	8	16,7	12	12,6	0,355
MAYOR A 30 DÍAS	5	10,6	3	6,3	8	8,4	0,486
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

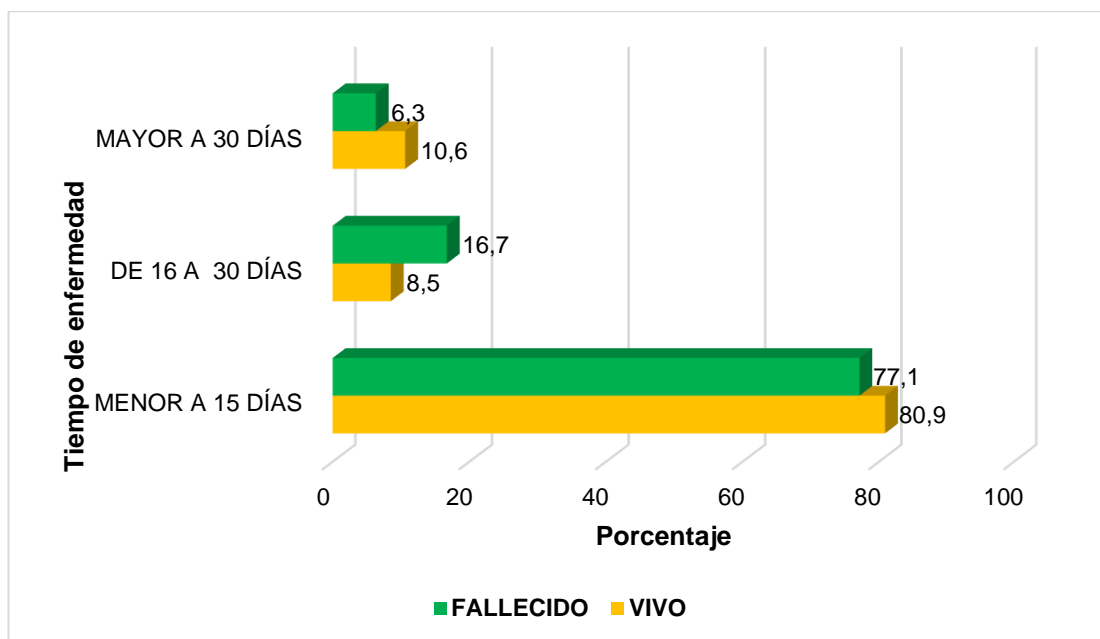
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 27** se muestra el tiempo de enfermedad actual de los pacientes con cirrosis hepática a su ingreso, donde los pacientes vivos, el 80,9% presentó un tiempo de enfermedad menor a 15 días, el 10,6% presentó mayor a 30 días y el 8,5% presento de 16 a 30 días. En los pacientes Fallecidos el 77,1% tuvo un tiempo de enfermedad menor a 15 días, el 16,7% tiene un tiempo de Enfermedad entre 16 a 30 días y el 6,3% tuvo un tiempo de Enfermedad mayor a 30 días.

Además, al observar la prueba estadística del Chi-cuadrado de Pearson, donde se obtuvo $> 0,05$ demostrando que no existe relación entre Tiempo de enfermedad y Mortalidad de pacientes con cirrosis hepática.

GRÁFICO N° 27

RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ENFERMEDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°27

TABLA N° 28

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021

SÍNTOMAS	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	
	N	%	N	%			
DISTENCIÓN ABDOMINAL	30	63,8	21	43,8	51	53,7	0,050
DOLOR ABDOMINAL	35	74,5	16	33,3	51	53,7	0,000
EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES	18	38,3	21	43,8	39	41,1	0,589
DISNEA	14	29,8	21	43,8	35	36,8	0,158
ALTERACION DE CONCIENCIA	5	10,6	26	54,2	31	32,6	0,000
HEMATEMESIS	14	29,8	11	22,9	25	26,3	0,447
DEBILIDAD	12	25,5	9	18,8	21	22,1	0,426
NAUSEAS	9	19,1	9	18,8	18	18,9	0,960
FATIGA	11	23,4	5	10,4	16	16,8	0,091
PERDIDA DE PESO	6	12,8	5	10,4	11	11,6	0,720
ICTERICIA	5	10,6	6	12,5	11	11,6	0,777
MELENA	5	10,6	3	6,3	8	8,4	0,486
EQUIMOSIS CON FACILIDAD	1	2,1	6	12,5	7	7,4	0,042
DIARREA	5	10,6	0	0,0	5	5,3	0,020

Fuente: Ficha de recolección de datos.

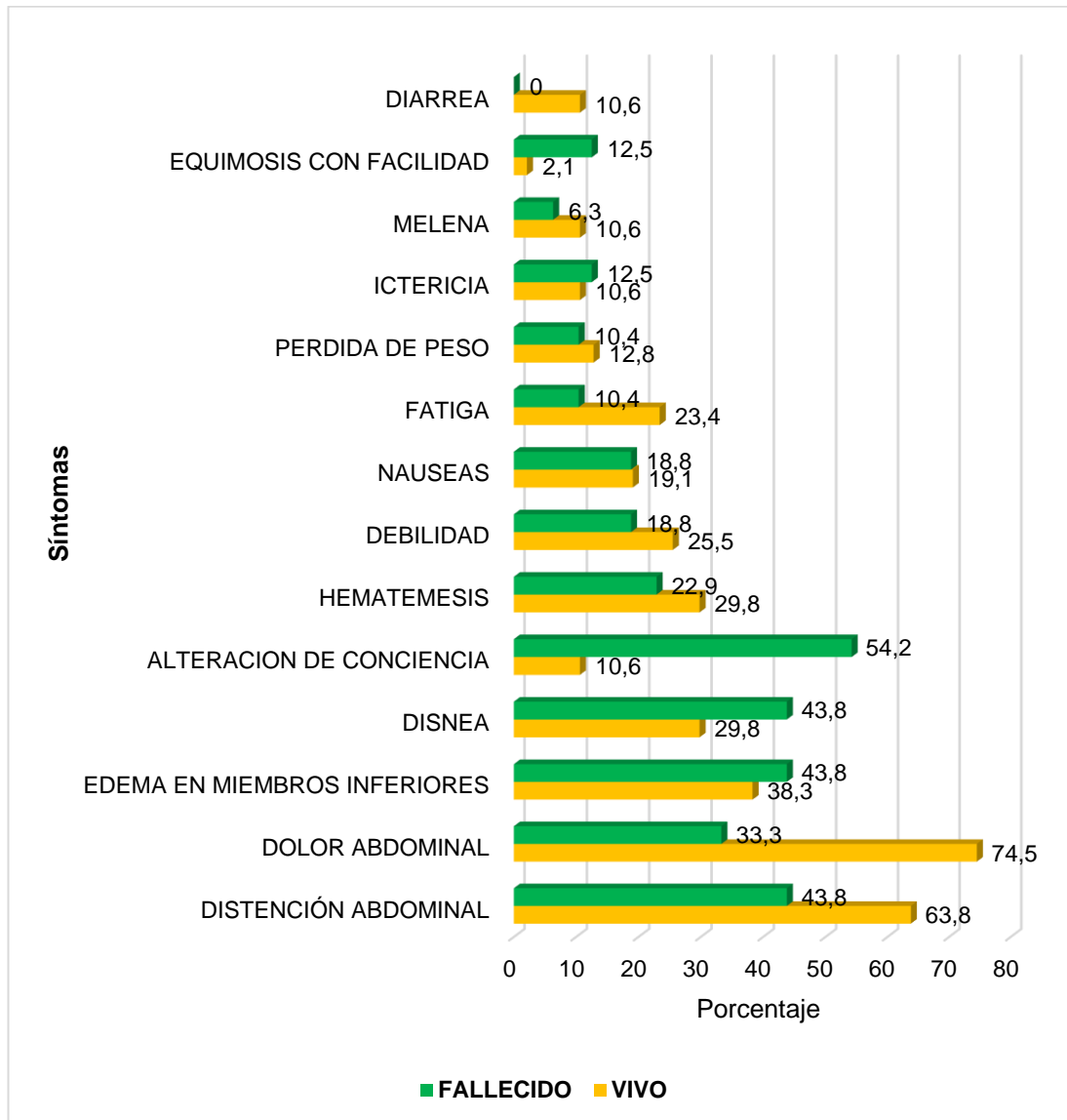
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 28** se muestra los síntomas de pacientes con cirrosis hepática, de los pacientes vivos presentaron el 74,5% Dolor Abdominal, el 63,8% presento Distensión Abdominal, el 38,3% presento Edema en Miembros Inferiores, el 29,8% presentaron Hematemesis y disnea respectivamente, el 25,5% presento Debilidad, el 23,4% presento Fatiga, el 19,1% presento Nauseas, el 12,8% presento Pérdida de Peso, 10,6% presentaron tanto Ictericia, Melena y Diarrea respectivamente, por último se presentó 2,1% Equimosis con Facilidad. En los pacientes fallecidos presentaron Alteración de Conciencia el 54,2%, seguido de Distensión Abdominal, Edema en miembros inferiores y Disnea con el 43,8% cada uno respectivamente, seguido por Dolor Abdominal con 33,3%, Hematemesis con 22,9%, Debilidad y Nauseas con 18,8% cada uno, Ictericia con 12,5%, Fatiga y pérdida de peso con 10,4% respectivamente, Melena con 6,3% y por ultimo Diarrea con 0%.

Se observa $p < 0.05$ en la prueba de Chi-cuadrado de Pearson en Equimosis con Facilidad, Distensión Abdominal, Alteración de conciencia, demostrando que si existe relación significativa entre estos síntomas con la mortalidad. Se pudo encontrar $p < 0.05$ en la prueba de Chi-cuadrado de Dolor Abdominal y Diarrea pero como factores de supervivencia en los pacientes con cirrosis hepática.

GRÁFICO N° 28

**RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**



Fuente: Tabla N°28

TABLA N° 29
RELACIÓN ENTRE EXAMEN CLÍNICO Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021

EXAMEN FÍSICO	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	
	N	%	N	%			
ASCITIS	30	63,8	32	66,7	62	65,3	0,772
ICTERICIA	18	38,3	27	56,3	45	47,4	0,080
TELANGECTASIAS	17	36,2	23	47,9	40	42,1	0,246
CIRCULACIÓN COLATERAL	21	44,7	18	37,5	39	41,1	0,477
ESPLENOMEGALIA	11	23,4	8	16,7	19	20,0	0,412
DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA	1	2,1	17	35,4	18	18,9	0,000
FETOR HEPÁTICO	3	6,4	11	22,9	14	14,7	0,023
HEPATOMEGALIA	4	8,5	8	16,7	12	12,6	0,355
DISMINUCIÓN DE PESO	7	14,9	1	2,1	8	8,4	0,025
ASTERIXIS	3	6,4	3	6,3	6	6,3	0,979

Fuente: Ficha de recolección de datos.

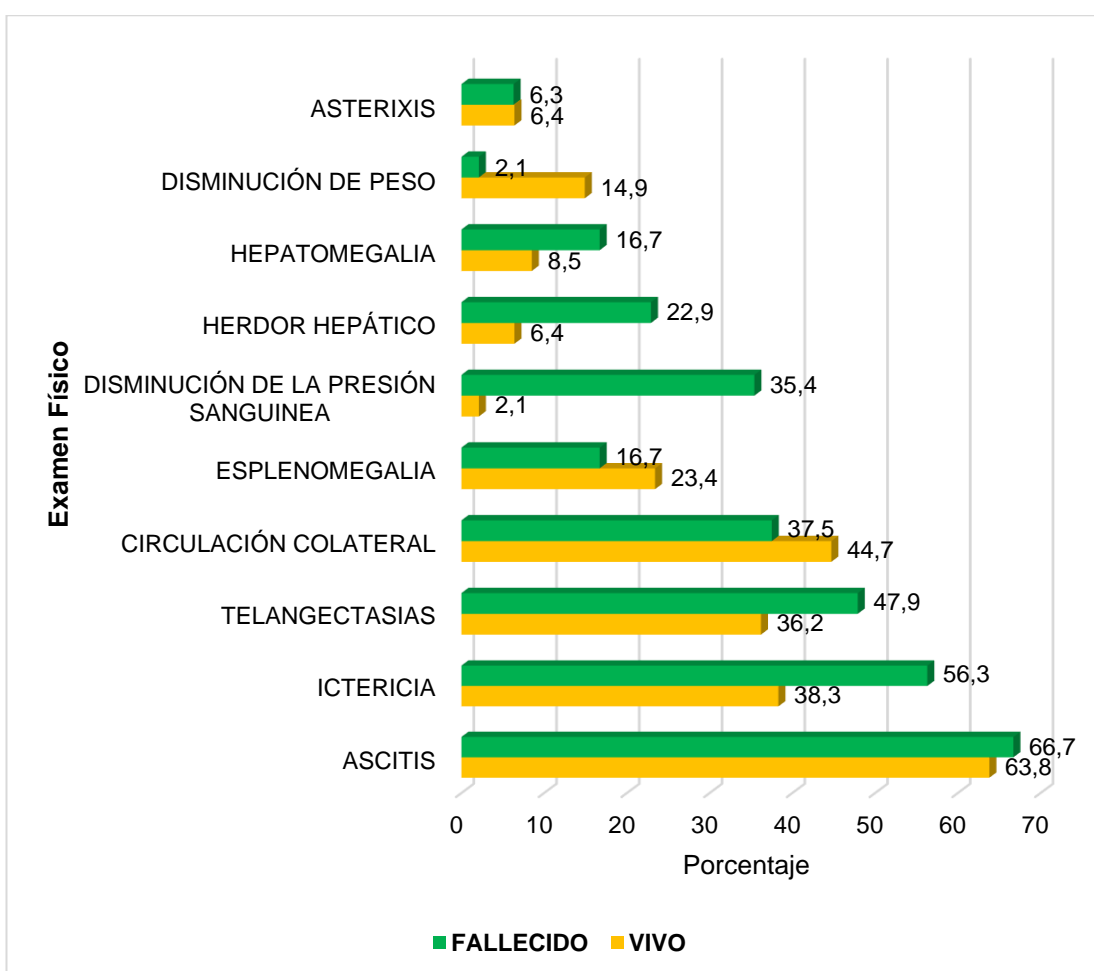
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 29** se observa el Examen físico, en los pacientes vivos, el 63,8% presento Ascitis, el 44,7% presento Circulación Colateral,

el 38,3% presento Ictericia, el 36,2% presento Telangectasias, el 23,4% presento Esplenomegalia, el 14,9% presento Disminución de Peso, el 8,5% presento Hepatomegalia, el 6,4% presentaron tanto Asterixis como Fetor Hepático respectivamente y finalmente el 2,1% presento Disminución de la presión sanguínea. De los Pacientes Fallecidos el 66,7% presentaron Ascitis, el 56,3% presentaron Ictericia, el 47,9% Telangectasias, el 37,5% Circulación colateral, el 35,4% presentaron Disminución de la presión sanguínea, el 22,9% Hedor Hepático, el 16,7% presentaron Hepatomegalia y Esplenomegalia respectivamente, el 6,3% presentaron Asterixis y el 2,1% presentaron Disminución de Peso.

Además, se observa que en la Prueba del Chi-Cuadrado de Pearson, se obtuvo un valor de $p > 0,05$ lo cual determina que no existe relación significativa entre: Hepatomegalia, Esplenomegalia, Telangectasias, Ictericia, Ascitis, Asterixis, Circulación Colateral y la mortalidad; se observa $p < 0.05$ en la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se encuentra relación significativa entre Disminución de Presión Sanguínea y Fetor Hepático con la Mortalidad. Se pudo encontrar $p < 0.05$ en la prueba de Chi-cuadrado de Disminución de peso pero como factor de supervivencia en los pacientes con cirrosis hepática.

GRÁFICO N° 29
RELACIÓN ENTRE EXAMEN CLÍNICO Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°29.

TABLA N° 30
RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021

COMPLICACIONES	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	
	N	%	N	%			
TROMBOCITOPENIA	34	72,3	37	77,1	71	74,7	0,173
ANEMIA	25	53,2	35	72,9	60	63,2	0,268
ASCITIS	34	72,3	25	52,1	59	62,1	0,042
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	12	25,5	38	79,2	50	52,6	0,000
SINDROME HEPATORRENAL	8	17,0	24	50,0	20	33,7	0,001
HEMORRAGIA VARICIAL	13	27,7	6	12,5	19	20,0	0,065
PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA	5	10,6	7	14,6	12	12,6	0,563
GASTROPATÍA HIPERTENSIVA	9	19,1	3	6,3	12	12,6	0,054

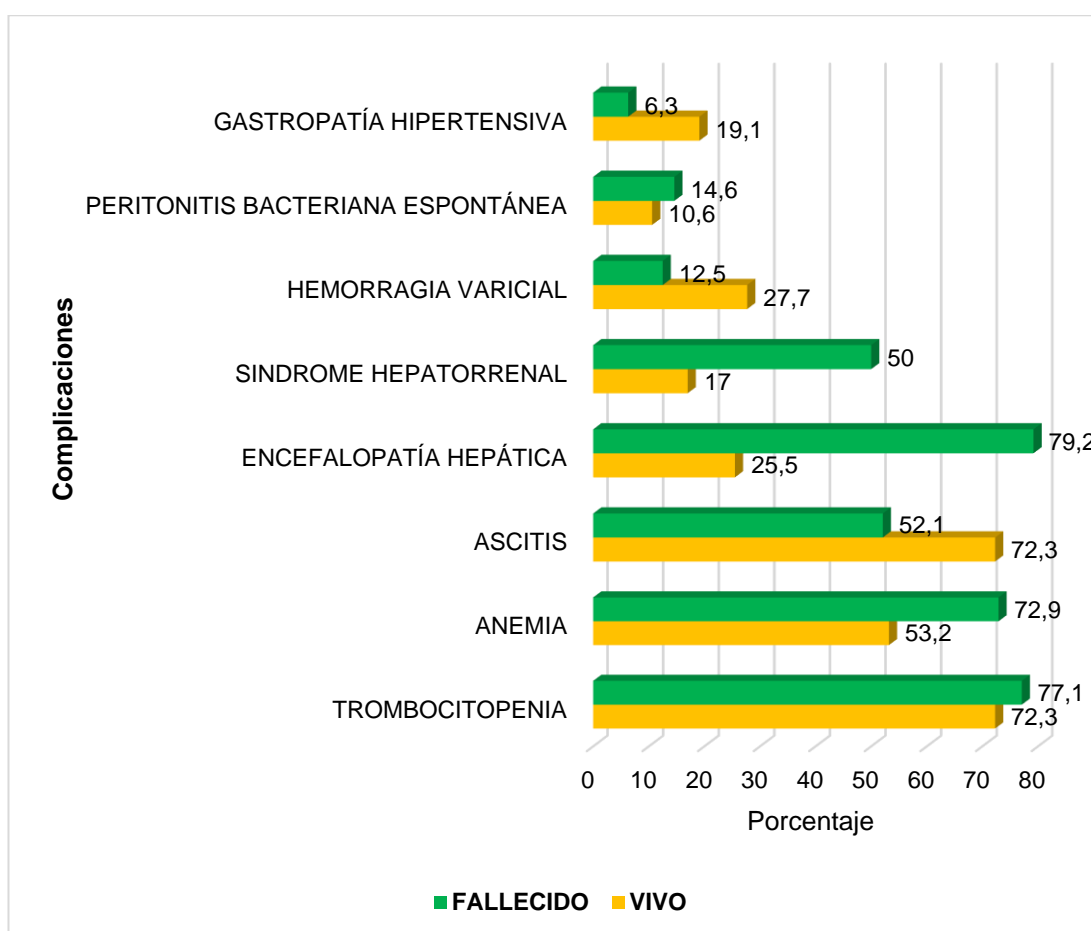
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 30** se observa las complicaciones en los pacientes con cirrosis hepática; en los pacientes vivos, el 72,3% presentaron Ascitis y Trombocitopenia respectivamente, el 53,2% presentaron Anemia, el 27,7% presentaron Hemorragia Variceal, el 25,5% Encefalopatía Hepática, el 19,1% presento Gastropatía Hipertensiva, el 17,0% presento Síndrome Hepatorrenal y el 10,6 Presento Peritonitis Bacteriana Espontanea. En los pacientes Fallecidos, el 79,2% presentaron como Complicación la Encefalopatía Hepática, seguido de Trombocitopenia con 77,1%, Anemia con 72,9%, Ascitis con 52,1%, Síndrome Hepatorrenal con el 50,0%, Peritonitis Bacteriana Espontanea con 14,6%, Hemorragia Varicela con 12,5% y finalmente el 6,3% con Gastropatía Hipertensiva.

Además, se observa la Prueba de Chi-cuadrado de Pearson donde el valor de $p > 0,05$ el cual demuestra que no existe relación significativa entre la Peritonitis Bacteriana Espontanea, Anemia, Trombocitopenia, Gastropatía Hipertensiva, Hemorragia Variceal; Pero, también se observa un valor de $p < 0,05$ en la Prueba de Chi-Cuadrado demuestra que si existe relación Significativa entre: Encefalopatía Hepática, SD Hepatorrenal con la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática. Se pudo encontrar $p < 0.05$ en la prueba de Chi-cuadrado en Ascitis pero podríamos definir como factor de supervivencia en los pacientes con cirrosis hepática.

GRÁFICO N° 30
RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°30

TABLA N° 31

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE ENCEFALOPATÍA Y MORTALIDAD
EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021**

GRADO ENCEFALOPATÍA	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	
	N°	%	N°	%			
AUSENTE	28	59,6	15	31,3	43	45,3	0,007
GRADO 1	5	10,6	2	4,2	7	7,3	0,156
GRADO 2	9	19,2	14	29,2	23	24,2	0,224
GRADO 3	5	10,6	17	35,3	22	23,2	0,007
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

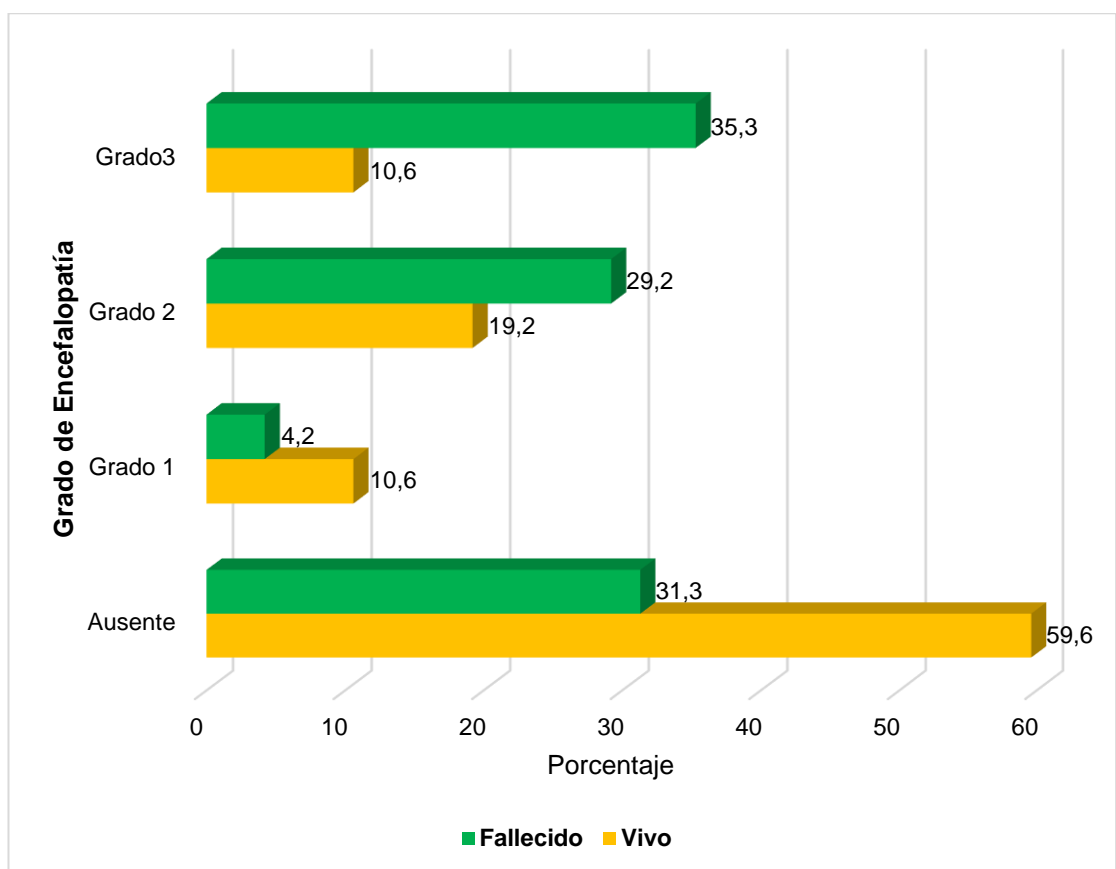
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 31** se observa el grado de Encefalopatía, en los pacientes vivos, el 59,6% no presento esta complicación, mientras el 19,2% presento una Encefalopatía de Grado 2, el 10,6% de los pacientes presento tanto el Grado 1 como el Grado 2 de Encefalopatía respectivamente. En los pacientes Fallecidos el 35,3% presento una Encefalopatía de Grado 3, el 31,3% de los pacientes no presentaron esta complicación, el 29,2% presentaron de Grado 2 y el 4,2% presentaron de Grado 1.

Además, en la prueba estadística del Chi-cuadrado de Pearson, se obtuvo un $p = > 0,05$ en Grado de encefalopatía grado 1 y grado 2 donde demuestra que no existe relación significativa con la Mortalidad, se obtuvo $p = 0,007$ lo que determina que si exista una relación significativa entre los pacientes que no presentaron Encefalopatía Hepática y el grado de Encefalopatía Hepática Grado 3 con la Mortalidad.

GRÁFICO N° 31
RELACIÓN ENTRE GRADO DE ENCEFALOPATÍA Y MORTALIDAD
EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°31

TABLA N° 32

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME HEPATORRENAL Y MORTALIDAD EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021**

SÍNDROME HEPATORRENAL	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	
	N°	%	N°	%			
NO PRESENTA	39	83,0	24	50,0	63	45,3	0,001
TIPO 1	3	6,4	17	35,4	20	21,1	0,001
TIPO 2	5	10,6	7	14,6	12	12,6	0,759
TOTAL	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

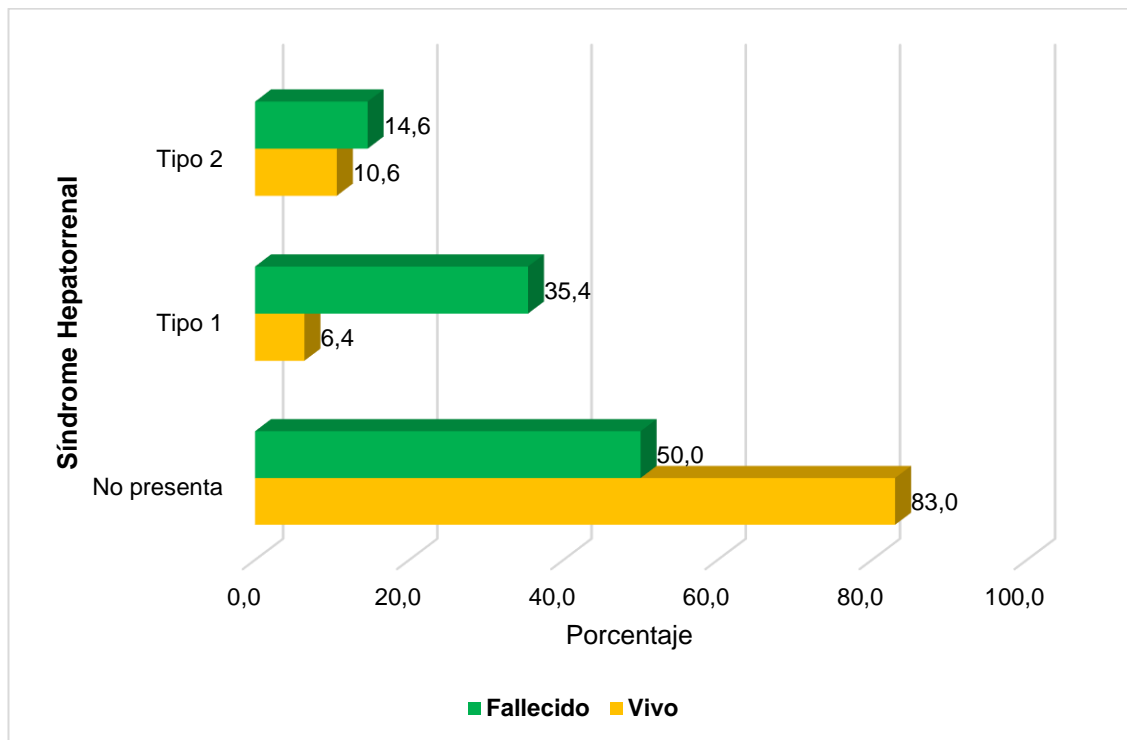
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 32** se observa el Síndrome Hepatorrenal, en los pacientes vivos, el 83,0% no presento esta complicación, el 10,6% presento Síndrome Hepatorrenal de Tipo 2 y el 6,4% presento Síndrome Hepatorrenal de Tipo 1. En los pacientes Fallecidos el 50,0% no presento esta complicación, el 35,4% presentaron Síndrome Hepatorrenal de Tipo 1 y el 14,6% presentaron Síndrome Hepatorrenal de Tipo 2.

Se obtuvo un valor de $p=0,001 < 0,05$ lo que demuestra que si existe relación significativa entre Síndrome Hepatorrenal Tipo 1 y los pacientes que no presentaron.

GRÁFICO N° 32

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME HEPATORRENAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°32

TABLA N° 33
RELACIÓN ENTRE CHILD - PUGH Y MORTALIDAD EN PACIENTES
CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021

ESCALA DE CHILD PUGH	CONDICIÓN DE EGRESO				TOTAL		PRUEBA ESTADÍSTICA P
	VIVO		FALLECIDO		N°	%	
	N	%	N	%			
CHILD A	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
CHILD B	17	36,2	2	4,2	19	20,0	0,000
CHILD C	30	63,8	46	95,8	76	80,0	0,000
Total	47	100,0	48	100,0	95	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

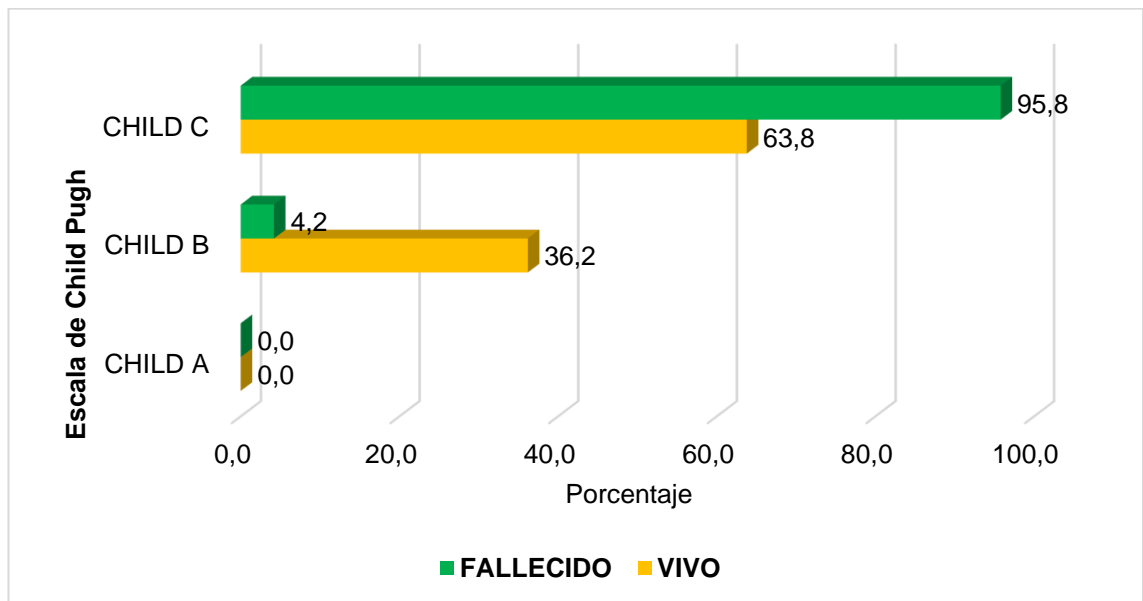
INTERPRETACIÓN

En la **Tabla y Gráfico N° 33** se observa la Escala de Child Pugh, en los pacientes vivos, el 63,8% presentaron un Child C, el 36,2% presentaron un Child B y no se presentaron pacientes con Child A. De los pacientes Fallecidos un 95,8% presentaron un Child C, el 4,2% presento un Child B y no se presentaron pacientes con Child A.

Además, al observar la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson, se obtuvo un valor de $p=0,000 < 0,05$, lo que determina que si existe relación significativa entre los Grados de Child – Pugh B y Child – Pugh C con la Mortalidad.

GRÁFICO N° 33

RELACIÓN ENTRE CHILD - PUGH Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021



Fuente: Tabla N°33

TABLA N° 34

**FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON
CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2018 - 2021**

FACTORES ASOCIADOS	CONDICIÓN DE EGRESO				PRUEBA ESTADISICA
	VIVO		FALLECIDO		
	N	%	N	%	
Sexo Masculino	17	36,2	29	60,4	0,024
Si toman Alcohol	24	51,1	37	77,1	0,008
Alteración de conciencia	5	10,6	26	54,2	0,000
Equimosis con facilidad	1	2,1	6	12,5	0,042
Disminución de la presión sanguínea	1	2,1	17	35,4	0,000
Fetor Hepático	1	2,1	17	35,4	0,023
Encefalopatía hepática	12	25,5	38	79,2	0,000
Encefalopatía Hepática Grado 3	5	10,6	17	35,3	0,007
Síndrome hepatorenal	8	17,0	24	50,0	0,001
Síndrome hepatorenal Tipo 1	3	6,4	17	35,4	0,001
CHILD C	30	63,8	46	95,8	0,000

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la **Tabla N° 34** observamos las diferentes variables de este estudio que tuvieron una relación significativa con la Mortalidad ($p < 0,005$).

4.2. DISCUSIÓN

La cirrosis hepática actualmente es un problema de salud y mortalidad a nivel mundial, una enfermedad evitable y descuidada por parte de la salud mundial. (1) Los resultados de esta investigación han permitido determinar los factores asociados a la mortalidad en pacientes con Cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2018 al 2021, donde se estudió a una población de 95 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática; se revisó 95 historias Clínicas donde se excluyeron a quienes no cumplieron con los criterios de selección. Este trabajo de investigación se basó en varios parámetros relacionados a la mortalidad de pacientes con Cirrosis Hepática, tales como: Factores Sociodemográficos, Comorbilidades, Síntomas a su ingreso, Signos al momento del Examen Físico, complicaciones que presentaron durante su hospitalización, Grados de Child-Pugh.

En el presente estudio se muestra la distribución de ingresos de pacientes diagnosticados con cirrosis hepática por año, en total se encontró 95 pacientes diagnosticados desde el año 2018 al 2021, donde el mayor porcentaje fue de 28,4% en el año 2021, lo que se observa es un ligero incremento de ingresos de pacientes desde el 2018, siendo esto mucho menor a lo reportado por diversos estudios a nivel nacional, el estudio de Durant F. (1) encontró que en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa reporto 119 pacientes con cirrosis hepática solo en el año 2017, asimismo

en el estudio de Viera et al. (16) se encontró que en el Hospital Cayetano Heredia de Piura en el año 2017 reporto 52 pacientes atendidos con cirrosis hepática, en comparación con la presente investigación, ambos estudios presentan gran cantidad de pacientes con cirrosis hepática en solo un año de estudio. Sin embargo, presenta similitud con estudios locales realizado por Arucutipa G. (6) donde encontró que en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde el 2013 al 2016 reporto 95 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática, con un promedio de 23,7 casos al año y el estudio de Larico M. (28) durante los años del 2010 al 2012 el promedio fue de 30,3 casos por año. Por tanto, cabe mencionar que el promedio de casos al año se sigue manteniendo desde el 2013 hasta la fecha en dicho hospital, en la ciudad de Tacna.

En relación a la edad de los pacientes con cirrosis hepática, en nuestro estudio se indicó que la mayor población se encontraba en la etapa de Adulto Mayor (60 años a mas) con un 56,8%, seguido por el 42,1% en la población adulto (30 a 59 años), este valor es similar a lo reportado por Muñoz et al. (14) donde presentó un estudio realizado en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de Ecuador, en el cual el grupo etáreo más frecuente fue de entre 60 y 79 años (49,2%). Pero difiere con el estudio de Tapper EB. (9) donde encontró que en EE.UU. la edad promedio es entre 25 a 34 años desde 1999 hasta el 2016. Sandoval J. (19) describe que en la ciudad de Piura la edad promedio que presentaron los pacientes fueron 55.8 +/-

19.9 años. Los estudios realizados por Esteban H. (27) y Arucutipa G. (6) en la región de Tacna, donde reportaron que la población > a 60 años predominó en sus investigaciones con 65,6 % y 54,8% respectivamente. Por ello, existe similitud entre dichos estudios y la presente investigación, donde describen que esta patología se presenta más en edades avanzadas.

Respecto al sexo, nuestro estudio obtuvo la mayor frecuencia de pacientes con cirrosis hepática en el sexo femenino con el 51,6%, seguido del sexo masculino con 48,4% dicha diferencia fue ligera. Similar al estudio realizado por Muñoz et al. (14) en Ecuador, donde el sexo femenino predominó con el 56,2%. Pero difiere con los estudios nacionales de Duran F. (1), Viera M. (16), Sandoval J. (19), donde el sexo masculino predomina con el 57,7%, 63,0% y 60,0% respectivamente, al igual que los estudios locales de Arucutipa (6) y Esteban H. (27), donde predominó el sexo masculino, con 52,6% y 53,1% respectivamente. En los estudios nacionales y locales muestran que esta patología se da más en pacientes de sexo masculino, sin embargo nuestra investigación reciente muestra que esta realidad está cambiando, ya que predominó el sexo femenino.

De acuerdo a la Procedencia de los pacientes, la mayoría de ellos provienen de la ciudad de Tacna 66,3% y Puno 18,9% esto debido a que el estudio se realizó en esta región y también porque provienen de la ciudad vecina de Puno debido a la migración para la búsqueda de una mejor

calidad de Vida. En el estudio de Nacional de Duran F. (1) en Arequipa presento mayor procedencia de su misma localidad con 75,6% y como segundo lugar de la región de Puno con 12,6%. En el estudio local de Esteban H. (27) mostro el lugar de residencia de los pacientes cirróticos, en gran mayoría fueron del distrito de Cercado (50,0%), seguido de Gregorio Albarracín Lanchipa y Ciudad nueva, distritos pluriculturales y costumbristas, dichos distritos tienen mayor población provenientes de Puno. La movilización migratoria puede llevar a un aumento de la incidencia de enfermedades transmisibles como las no transmisibles. (51)

La acción a tomar seria la detección temprana de casos, el diagnóstico oportuno y el inicio inmediato de tratamiento para disminuir las complicaciones y una mortalidad temprana en los pacientes con cirrosis hepática.

Según el estudio realizado por el INEI. (52) muestra que Tacna es un departamento de atracción poblacional ya que contamos con mejores recursos básicos para la sobrevivencia de la población peruana al igual como otros departamentos: Arequipa, Ica, Moquegua, San Martín, Lima, Tumbes, Ucayali. Son provincias donde hay más migración de provincias vecinas.

Respecto al grado de instrucción, se encontró que la mayoría de pacientes se encuentran con nivel educativo Primaria incompleta 31,6%, seguido de secundaria completa con 29,5%. Similar al estudio realizado por Sandoval

J. (19) donde el 51,4% tuvo estudios primarios, sin embargo, en el estudio realizado por Duran F. (1) en Arequipa, se presentó un nivel educativo mayor en Secundaria Completa con 26,9%, seguido de Primaria completa con 17,6%; la diferencia de predominio del grado de instrucción se refleje por el tipo de población. En los estudios locales no muestran datos sociodemográficos como el grado de instrucción, por ende, no se puede comparar la frecuencia entre población de la misma región.

La educación es una importante fuente de recursos sociales y psicológicos que influyen en el estado de salud de las personas y en la adopción de estilos de vida saludables. Quienes alcanzan un mayor nivel educativo tienden a preferir hábitos más saludables y a evitar los insalubres. Aunque no existe un único mecanismo por el cual la educación influye sobre la salud, se sabe que el sistema educativo juega un papel clave en el proceso de alfabetización en salud y puede ser un factor protector y corrector de desigualdades sociales en la infancia y adolescencia. Por ello, se hace necesaria una efectiva coordinación entre las políticas de salud y las políticas de educación, promoviendo la equidad. (54)

Uno de los indicadores más importante es la causa de la Cirrosis Hepática, donde se obtuvo que el consumo de Alcohol fue alta, con 64,2% de pacientes con cirrosis hepática refirieron que si ingieren alcohol; asimismo, se muestra que del grupo de pacientes que Si ingieren alcohol, el 37,7% consumen 3 veces a la semana, siendo este hallazgo considerable y

preocupante, a pesar que el paciente es consciente de su enfermedad, sigue ingiriendo alcohol con una frecuencia alta, por ello se debe plantear y buscar medidas educativas y preventivas para que no siga progresando este mal hábito por el bien del paciente y la salud pública. Está demostrado que el alcohol es el principal factor de riesgo para padecer Cirrosis Hepática, según el estudio de Duran F. (1) demostró que la etiología más frecuente es la alcohólica con 79,0%, y muestra que también los pacientes ingieren con una frecuencia mayor a 3 veces a la semana con 60,6%, al igual que el estudio de Sandoval J. (19) donde menciona que el consumo de alcohol es la principal causa de cirrosis hepática. El estudio a nivel local de Esteban H. (27) demostró que la etiología más frecuente es la Alcohólica seguida de EAD.

Existen enfermedades que pueden descompensar la cirrosis hepática como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, virus de inmunodeficiencia humana, obesidad, en nuestro estudio se mostró que el 84,2% de los pacientes con cirrosis hepática presentaron alguna de estas comorbilidades. Se observó que la obesidad fue la mayor comorbilidad presentada con 68.4%, seguido de Hipertensión arterial con 27,4% y diabetes mellitus con 17.9%. Muy similar al estudio de Duran F. (1) donde mostro, que la mayor comorbilidad que presentaron los pacientes con cirrosis hepática fue Obesidad con 68,4% seguido de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Además, el estudio local de Esteban H. (28) demostró

que la obesidad sigue siendo la comorbilidad más frecuente con 66,67% seguida de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Pero, el estudio de More E. (25) refiere que fue la NASH con 32,7% y Obesidad con 23,7%. Estos resultados son importantes, ya que la presencia de comorbilidades como es la obesidad, generaría mayor riesgo de descompensación.

La Etiología es una variable de importancia, nuestro estudio demostró que la etiología más frecuente en pacientes con cirrosis hepática es la alcohólica con el 61,1%, seguida de Etiología a determinar (EAD) y Etiología Viral. Muy similar con los estudios realizados por Esteban H. (28) en Tacna, donde afirma que el consumo de alcohol fue la más frecuente con 31,25% seguido de etiología a determinar y la etiología viral C con 15,6% seguido de VHB con 6,25%; Duran F. (1) de Arequipa refiere similares resultados, alcohólica con 51,3% seguida de etiología a determinar con 42,9% y la etiología viral con 7,8%; Malpica A. (18) de Lima, de igual manera describe que la etiología más frecuente es la Alcohólica con 45,8%; pero difiere con el estudio de Tinoco E. (20) la cual describe que la etiología más frecuente es Esteatohepatitis no alcohólica (NASH) con 46,7% seguido de la Alcohólica con 32,6%, al igual que Matos S. (23) donde la cirrosis biliar primaria 26,3% fue la más frecuente, seguida de ingesta de alcohol 18,1% en Lima. Aunque en los países desarrollados como Estados Unidos la etiología Viral predomina. (2, 17)

Los pacientes a su ingreso presentaron una sintomatología clásica de la cirrosis hepática, donde se observó los síntomas más frecuentes es distensión abdominal y dolor abdominal con 53,7% respectivamente, seguido de Edema en miembros Inferiores con 41,1%, seguido de Disnea con 36,8% y el menos frecuente fue Melena, Equimosis con Facilidad y Diarrea. Estos síntomas son cambiantes como lo demostrado en el estudio internacional de Martínez JD. (36) donde la Astenia y pérdida de peso fueron los principales síntomas en pacientes con cirrosis Hepática. Según el estudio nacional de Duran F. (1) muestra que la debilidad y fatiga con el 51,3% fueron la más frecuente seguida de Ictericia con 47,9% y distensión abdominal con 45,4% y los menos frecuentes fueron Diarrea, Hematoquecia y prurito. Lo cual hace pensar que la sintomatología es variada, quizá de acuerdo al tipo de población y lugar de estudio.

Asimismo, podemos observar en el examen físico, que gran mayoría de los pacientes presentaron Ascitis con 65,3%, seguido de Ictericia con 47,4% y Telangectasias con 42,1%. Las menos frecuentes fueron Disminución de peso con 8,4% y Asterixis con 6,3%. Casi similar con el estudio de Duran F. (1) en Arequipa, donde evidencio que la mayor frecuencia fue Ascitis con 70,6%, seguido de Ictericia con 63,0% y circulación colateral con 46,2% y con menor frecuencia presentaron Telangectasias con 3,4% y disminución de peso con 1,7%. Donde se encuentra similitudes en las dos primeras y variando una gran posición las Telangectasias.

Con Respecto a las complicaciones que presentaron los pacientes con cirrosis hepática, la más frecuente fue Trombocitopenia con 74,7%, seguido de Anemia con 63,1%, Ascitis con 62,1% y Encefalopatía Hepática con 52,5%, Síndrome Hepatorrenal con 33,7%. Además, según la complicación trombocitopenia, muestra que la mayoría presentaron grado moderado con 31,0%, seguido de Severa con 28,2%, Trombocitopenia leve 21,1% y finalmente Trombocitopenia muy severa con 19,7%. En Anemia, con mayor frecuencia fue Leve con 38,4%, seguido de Anemia Moderada con 30,0%, la Severa con 18,3% y por último Muy severa con 13,3%. En la Encefalopatía Hepática, la mayoría de los pacientes presentaron de grado 2 con 24,2%, seguido del grado 3 con 23,2% y grado 1 solo el 7,4%. En el Síndrome Hepatorrenal, el 62,5% presentaron del Tipo 1 y 37,5% del Tipo 2. En el estudio de Zubieta R. (14) las complicaciones más frecuentes relacionadas a la mortalidad fueron el shock séptico con 68,4%, seguido de shock hipovolémico con 10,5% estos resultados difieren con los obtenidos en la presente investigación, asimismo en estudios como la de Duran F. (1) de Arequipa, presentó como la complicación con mayor frecuencia a la Hipertensión portal con 89,9% seguida de las Complicaciones Hematológicas con 87,4%, Encefalopatía Hepática con 61,3% y por último el Síndrome Hepatorrenal con 5,9%. El estudio de Ruiz S. (2) de Trujillo, refiere que la Peritonitis Bacteriana 21,2% fue la complicación más frecuente. Rosado M. (17) de Lima, encontró mayor mortalidad en

pacientes que presentaron Hemorragia Variceal con 41,0% y PBE con 29,4% y que aumenta la mortalidad en 28 días con 76,5%. Sandoval J. (19) describe que las complicaciones más frecuentes fueron Encefalopatía Hepática 83,6% y Anemia 74,1% en la ciudad de Piura. Con el estudio de Álvarez DF. (50) muestra que la frecuencia de complicaciones en los pacientes era de Hemorragia Variceal con 31,4%, Seguido de Encefalopatía Hepática con 29,4% y Ascitis con 21,6%. Otros estudios locales muestran poca similitud con lo obtenido en esta investigación, como la de Larico M. (29), donde las complicaciones más frecuentes fueron: ascitis con el 71,4%, Encefalopatía Hepática 61,5%, Ictericia 59,3% y anemia 81,3%; y el estudio de Arucutipa G. (6), afirma que también fue la Ascitis la complicación más frecuente con el 63,2%, seguido de Encefalopatía Hepática con 41,1%, Infecciones intrahospitalarias con 30,5% y hemorragia digestiva alta con 26,3%. Podemos observar que al comparar con estudios nacionales y locales, las complicaciones fueron cambiando año tras año, con una disminución de la Hemorragia digestiva alta y aumentando las complicaciones hematológicas.

Podemos observar que en la escala Child-Pugh existe una frecuencia mayor en el Child C con el 80,0%, seguido de Child B con 20,0%, y no se presentaron pacientes con Child A; este resultado es muy similar a lo reportado por Duran F. (1) donde nos muestra que el 66,4% de pacientes presentaron un Child C, seguido de 30,3% con Child B y Child A con 3,4%;

al igual que Arucutipa G. (6) en el año 2016 reporto que el 47,4% presentaron un Child C Seguido de Child B 46,3% y finalmente Child A con 6,3%. Podemos decir que el Child C está presente con mayor frecuencia en los pacientes con cirrosis hepática y que al pasar los años se fue dejando de lado la medidas educativas y preventivas, es por ello que en este estudio no encontró pacientes con Child A, sin embargo años atrás, si se encontraba pacientes con Child A, una frecuencia baja que oscilaba entre 3% a 6%, pero hoy en día los pacientes acuden al hospital en cuadros avanzados, cuando ya presentan alguna complicación y llegando a una escala de Child B y Child C.

La variable más importante de este estudio es la condición de egreso del paciente, donde se observa que el 50,5% son Fallecidos y el 49,5% egresaron Vivos. La cifra de pacientes fallecidos fue casi similar a los vivos, lo que es alarmante, ya que la mortalidad de pacientes con cirrosis hepática es alta. Sin embargo, este resultado difiere con lo encontrado por Duran F. (1) en Arequipa donde la mortalidad fue del 26,3% y el 73,1% de los pacientes egresaron vivos del hospital, se observa una gran diferencia en cuanto a egreso de pacientes. Al igual que el estudio local de Alvares DF. (50) en el 2008, reporto que el 84,4% egresaban vivos, pero dentro de estos el 27,5% fueron transferidos a otros hospitales de mayor capacidad resolutive y los fallecidos representaron el 27,5%. Podemos decir que al pasar de los años, la tasa de mortalidad fue aumentando en gran medida

en pacientes que padecen esta enfermedad, tendríamos que analizar a profundidad cual es el factor desencadenante para el desarrollo y complicación de esta patología, asimismo, analizar si el sistema de salud está fallando o quizá el mismo paciente pese de tener conocimiento de su padecimiento no pone de su parte para mejorar y solo se preocupa y acude al ambiente hospitalario cuando está complicado.

DISCUSIÓN DE LAS VARIABLES ASOCIADAS CON LA MORTALIDAD

Se evaluaron las posibles asociaciones que pueden existir entre las variables descritas con la mortalidad. No hubo asociación significativa entre edad y mortalidad donde joven con ($p=0,495$), Adulto ($p=0,216$) y Adulto mayor con ($p=0,149$), siendo el grupo más frecuente los pacientes Adulto mayor con 64,6% y Adulto con 35,4%, este resultado es concordante con Duran F. (1) donde la población con mayor frecuencia son adultos mayores con un valor de $p=0,157$. Pero difiere con el estudio de Malpica A. (18) donde la edad si tiene asociación significativa con la mortalidad ($p=0,045$) en pacientes Adulto mayor con el 66,7%.

En el presente estudio se observó que si hubo asociación significativa entre Sexo y mortalidad ($p=0,018$) se obtuvo que el 60,4% de los pacientes fueron masculino y el 39,6% fueron de sexo Femenino. Estos resultados coinciden con los estudios de Mero J. (13) de Cuba y Zubieta R. (15) de México donde encontró la mayor mortalidad en sexo masculino ($p<0,05$).

No obstante, Duran F. (1) de Arequipa demostró que no tiene relación significativa el sexo y la mortalidad ($p > 0,05$), pero de igual manera presento una mortalidad mayor en el sexo masculino con 53,1% y el sexo Femenino con 46,9%. El estudio demostró que las mujeres con cirrosis hepática tienen una menor mortalidad. Por ello, se debe realizar una atención integral de salud a todo paciente que acude a un establecimiento de salud, y si los pacientes masculinos no acuden se debe realizar campañas de atención en instituciones públicas y privadas con el fin de detectar casos de cirrosis hepática. Podemos decir que según Marc Lalone cuando introduce los determinantes de la salud, uno de los determinantes es la biología humana y ser un punto de estudio, de porque la mortalidad es mayor en el sexo masculino.

En relación al grado de instrucción, no se encontró asociación con la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática, con Grado Analfabeto ($p=1,000$), Primaria Incompleta ($p=0,190$), Primaria Completa ($p=0,552$), Secundaria Incompleta ($p=0,107$), Secundaria Completa ($p=0,182$), Superior Universitario ($p=0,617$). En nuestro estudio se demostró que el mayor porcentaje de pacientes tenían estudios de secundaria completa 37,4%, seguido con el 25,0% de Primaria incompleta. Estos resultados difieren con Zubieta R. (15) de México donde la mayor mortalidad fue en pacientes Analfabetos y demostrando que si existe relación entre estas dos variables ($p=0,033$), al igual que Duran F. (1) de Arequipa donde no

encontró asociación entre grado de instrucción y mortalidad ($p=0,236$), donde la mortalidad fue en pacientes con Primaria completa 33,3% y Secundaria Completa 26,7%.

Respecto a la procedencia de los pacientes con cirrosis hepática se obtuvo que el 66,3% de la población son de Tacna ($p=0,390$), seguida del 18,9% de Puno ($p=0,360$), seguido del 4,2% de Moquegua ($p=1,000$), seguido del 4,3% de Cajamarca ($p=0,495$), seguido del 2,1% tanto de Arequipa ($p=0,617$), Cusco ($p=1,000$) y Extranjero que pertenece a la nacionalidad Venezuela ($p=1,000$), estas variables no tuvieron asociación significativa con la mortalidad, este resultado coincide con los estudios de Duran F. (1) donde la mayor frecuencia de mortalidad de los pacientes fue del lugar del estudio realizado con el 81,3%, seguido de Moquegua con 9,4% y Puno con 6,3%.

Respecto a la ingesta de alcohol en nuestro estudio se observó que si existe asociación significativa entre ingesta de alcohol y mortalidad ($p=0,008$) donde se muestra que hubo mayor mortalidad en pacientes que ingieren Alcohol con 64,2%. Estos resultados son discordantes con los estudios realizados por Zubieta R. (15) en México y Duran F. (1) de Arequipa, ya que ellos refieren que si se asocian ($p=0,261$), además hubo mayor mortalidad en los pacientes que ingieren alcohol con 80,0%. El consumo de alcohol contribuye a una lesión hepática y el consumo crónico de éste causa fibrosis sin que ocurra inflamación o necrosis. (39)

En el presente estudio no se encontró asociación significativa entre comorbilidad y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática, complicaciones como la Hipertensión Arterial ($p=0,057$), Diabetes Mellitus ($p=0,450$) y la obesidad ($p=0,163$). Pero presentó mayor mortalidad los pacientes que padecían algún grado de obesidad con el 68,4% seguido de Hipertensión Arterial con 27,4% y último Diabetes Mellitus con 17,9%. Este resultado difiere con Zubieta R. (15) de México, donde encontró que la mayor comorbilidad asociado a la mortalidad en pacientes cirróticos fue Hipertensión Arterial con $p=0,028$ y Obesidad con $p=0,044$.

Respecto a la etiología de la cirrosis hepática, no se encontró asociación con la mortalidad donde Etiología Viral ($p=0,486$), Etiología Alcohólica ($p=0,297$) y Etiología a Determinar ($p=0,509$), sin embargo, se encontró mayor mortalidad en los pacientes con Etiología Alcohólica con 61,1% seguido de etiología a determinar con 30,5% y finalmente etiología viral con 8,4%. Estos resultados son concordantes con el estudio de Duran F. (1) donde no encontró asociación entre estas variables ($p=0,590$), además también encontró que la mayor mortalidad en pacientes cirróticos es de etiología alcohólica (74,1%). El estudio de Zubieta R. (15) encontró que no existe asociación entre alcohol ($p=0,79$) y mortalidad, pero si encontró relación con Hepatitis B ($p=0,013$) como causa de mortalidad y Hepatitis C ($p=0,008$) y Muñoz RG. (14) encontró que la etiología más frecuente fue

cirrosis por NASH con 45,4%, dichos resultados difieren con lo encontrado en nuestro estudio.

En nuestro estudio no se encontró asociación significativa entre el tiempo de enfermedad actual y la mortalidad en pacientes cirróticos Menor a 15 días ($p=0,802$), de 16 a 30 días ($p=0,355$) y Mayor a 30 días ($p=0,486$), pero hay mayor mortalidad en los pacientes con inicio de enfermedad menor a 15 días con 78,9% con una gran diferencia entre 16 a 30 días con 12,6% y mayor a 30 días con 8,4%.

En nuestro estudio se encontró asociación significativa entre síntomas y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática al momento que ingresaron al hospital, tales síntomas asociados fueron: Alteración de conciencia ($p=0,000$), seguido con Equimosis con Facilidad ($p=0,042$). Además, se pudo determinar que el Dolor Abdominal ($p=0,00$) y la Diarrea ($p=0,020$) tuvieron un valor de $p<0,05$, En el estudio se encontró estos valores asociados a supervivencia, sin embargo no hay bibliografía que sustente este hallazgo y debido a la naturaleza retrospectiva de nuestro estudio es necesario ampliar el número de "n" para poder llegar a mejores conclusiones, lo cual podría ser un indicador de supervivencia en el paciente, estos datos servirán para realizar futuros estudios relacionados. Los síntomas que no se asocian, pero se halló una mayor mortalidad fue la Distensión abdominal ($p=0,050$) con mortalidad de 53,7% seguido de edema en miembros inferiores ($p=0,589$) con una mortalidad de 41,1%,

Disnea ($p=0,158$) con una mortalidad de 36,8% y hematemesis ($p=0,447$) con mortalidad de 26,3%. Los resultados no coinciden con el estudio de Duran F. (1) donde encontró asociación entre Alteración de conciencia ($p=0,001$), apetito disminuido ($p=0,000$), ictericia ($p=0,028$), debilidad ($p=0,000$), disnea ($p=0,016$), fatiga ($p=0,000$), hematemesis ($p=0,046$) y melena, solo la Alteración de conciencia presenta similitud con nuestro estudio. La Encefalopatía es un síndrome neuropsiquiátrico que acontece en pacientes con disfunción hepática grave ya sea aguda o crónica o que presente grandes comunicaciones porto sistémicas.

En nuestro estudio se encontró asociación significativa entre el examen Clínico y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática, los diferentes Signos y síntomas asociados fueron: Disminución de presión sanguínea ($p=0,000$) con una mortalidad de 18,9%, seguido de Hedor Hepático ($p=0,023$) con una mortalidad de 14,7%. Además se pudo apreciar que la disminución de peso ($p=0,025$), se encontró asociación pero no como factor de mortalidad, En el estudio se encontró este valor asociados a supervivencia, sin embargo no hay bibliografía que sustente este hallazgo y debido a la naturaleza retrospectiva de nuestro estudio es necesario ampliar el número de "n" para poder llegar a mejores conclusiones, lo cual podría ser un indicador de supervivencia en el paciente, estos datos servirán para realizar futuros estudios relacionados. De los signos y síntomas que no se encontró asociación significativa fueron: Ascitis

($p=0,772$) con una mortalidad del 65,3% dicho resultado fue la mayor del estudio, seguido de Ictericia ($p=0,080$) con una mortalidad de 47,4% y Telangectasias ($p=0,246$) con una mortalidad 42,1%. Dichos resultados difieren con el estudio de Duran F. (1) donde encontró relación significativa entre Hemorragia Digestiva alta ($p=0,048$) y Hepatomegalia $p=0,018$ con la mortalidad.

En nuestro estudio se encontró asociación significativa entre las Complicaciones y la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática, donde podemos observar las complicaciones asociadas fueron: Ascitis ($p=0,042$) con una mortalidad de 62,1%, seguido de Encefalopatía Hepática ($p=0,000$) con una mortalidad de 52,6% y Síndrome Hepatorrenal ($p=0,001$) con una mortalidad de 33,7%. Dichos resultados son concordantes con el estudio de Muñoz RG. (14) muestra las complicaciones asociadas a la mortalidad: Hemorragia Variceal, Ascitis y Encefalopatía Hepático con un ($p=0,005$) y el estudio de Mero J. (13) en Cuba encontró mayor mortalidad en el síndrome Hepatorrenal ($p=0,008$) el cual es semejante a nuestro estudio. Según Viera M. (16) en Piura, encontró que la Ascitis es la mayor complicación de mortalidad ($p=0,004$) con 41,7% y la Encefalopatía Hepática ($p=0,001$) dicho resultado es similar a nuestro estudio y Duran F. (1) encontró relación entre Síndrome Hepatorrenal ($p=0,006$) y Encefalopatía Hepática ($p=0,000$) el cual coincide con nuestro estudio. De las complicaciones que no presentaron asociación significativa, pero si una

alta mortalidad fue: Trombocitopenia ($p=0,173$) con una mortalidad de 74,7% fue la mayor mortalidad de todas las complicaciones, seguido de Anemia ($p=0,268$) con una mortalidad de 63,2% y Hemorragia Variceal ($p=0,065$) con una mortalidad de 20,0%. Por el contrario, Ruiz (2) de Trujillo encontró que la mayor causa de mortalidad fue de la Peritonitis Bacteriana ($p=0,003$) donde el resultado no coincide con esta investigación.

En nuestro estudio se encontró asociación significativa entre Grado de Encefalopatía 3 y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática ($p=0,007$), donde la mayor mortalidad presentaron encefalopatía grado 3 con una mortalidad de 35,3% seguido de Encefalopatía grado 2 con una mortalidad de 29,2% y ultimo Encefalopatía grado 1 con 4,2%. El estudio de Viera M. (16) encontró que una causa de mortalidad es la encefalopatía hepática $p=0,003$ en la ciudad de Piura el cual coincide con este estudio.

Respecto al Síndrome Hepatorrenal Tipo 1 se encontró asociación significativa con la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática ($p=0,001$), donde se obtuvo que la mayor mortalidad fue en los de pacientes que presentaron SHR Tipo 1 con una mortalidad del 35,4%, seguido de SHR Tipo 2 con 14,6%. Dicho resultado es semejante con el resultado de Mero J. (13) de Cuba en el 2017, donde muestra que el Síndrome Hepatorrenal es causa de mortalidad ($p=0,037$).

Se encontró asociación significativa entre la escala de Child – Pugh B y Child – Pugh C con la mortalidad ambos con ($p=0,000$), se evidencio que la mayor mortalidad en los pacientes con cirrosis hepática presentaron Child C con una mortalidad de 80,0%, seguido de Child B con una mortalidad del 20,0%. Este resultado es similar al estudio de Mero J. (13) donde encontraron que un Child descompensado es un factor que se asocia a mortalidad ($p=0,037$), asimismo, Viera M. (16) en Piura encontró que el Child C es causa de mortalidad en los pacientes cirróticos, al igual que Ruiz S. (2) encontró que Child C ($p=0,02$) y tiempo de protrombina ($p=0,003$) son predictores de mortalidad. De la misma manera Malpica A. (18) encontró asociación entre Child C con mayor mortalidad ($p= 0,001$) demostrando que nuestro resultado coincide con los estudios mencionados.

CONCLUSIONES

- Los factores sociodemográficos asociados a la mortalidad son el Género, donde el sexo masculino tiene mayor riesgo a mortalidad y el sexo femenino sobrevive a la enfermedad de cirrosis hepática. Asimismo, la ingesta de Alcohol se asoció significativamente a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática.
- Las manifestaciones clínicas asociadas a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática, en cuanto a sintomatología fueron: la alteración de conciencia y Equimosis con facilidad; respecto al examen clínico se encontró la disminución de la presión sanguínea y el Fetor hepático.
- Las complicaciones asociadas a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática fueron: encefalopatía Hepática en el cual existe mayor frecuencia de casos de pacientes fallecidos con encefalopatía hepática de grado 3 y síndrome hepatorenal, cual existe mayor frecuencia de casos de pacientes fallecidos con síndrome hepatorenal de Tipo 1 y al realizar la medición en la escala de Child Pugh esto se asoció a la mortalidad, donde la mayor frecuencia de pacientes fallecidos tuvo un Child Pugh B y Child Pugh C.

RECOMENDACIONES

- Considerando la alta frecuencia de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática de sexo masculino presentados en el presente estudio, muestra su importancia, y el gran impacto en la salud pública y social de nuestra localidad, se recomienda campañas contra el consumo de alcohol en centros de trabajo donde laboran y ser captados para dar el conocimiento de esta enfermedad y el consumo crónico de alcohol.
- Se recomienda al servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue, en supervisar el correcto llenado de las historias Clínicas, ya que durante la etapa de recolección de datos se ha excluido algunas por estar incompletas. Por ellos es importante que se realice una mejor administración de las mismas, tanto en su almacenamiento como en su llenado; porque servirá como fuente de información para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duran F. Factores predictivos de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática Hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional honorario delgado Espinoza Arequipa 2017. Tesis Pregrado. Arequipa. Perú. Universidad Católica de Santa María. 2017. 54-112
2. Ruiz S, Castillo L, Malca J, Valderrama J, Aguilar G. Predictores de infección y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el hospital de alta complejidad virgen de la puerta de Trujillo, Perú. 2019; 39(1): 55-63.
3. Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Carga de enfermedades hepáticas en el mundo. J Hepatol. 2019 [Acceso: 29 de setiembre del 2022]; 70(1):151-171. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30266282/>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) internet. Base de datos de mortalidad de la OMS. Citado: 28 de setiembre del 2022. Disponible en: <https://platform.who.int/mortality/themes/themedetails/topics/indicador-groups/indicator-group-details/MDB/cirrhosis-of-the-liver>
5. Castillo O, Flores C. Mortalidad por enfermedades digestivas no neoplásicas en la población adulta del Perú, 2010 – 2015. 2019; 80(1): 39 – 44. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15868>

6. Arucutipa G. 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 Pregrado. Tacna. Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2017. 96-105
7. Escorcía Charris E, Marrugo Balceiro W. Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017. Bioc. [Internet]. 27 ene. 2018 [citado 26 de setiembre 2022]; 13(1). doi: <http://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2242>
8. Ministerio de la Salud. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). Perú. 2022. Citado el 29 de setiembre del 2022. http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tasas_mortalidad.asp
9. Tapper EB, Parikh ND. Mortality due to cirrhosis and liver cancer in the United States, 1999-2016: observational study. BMJ. 2018;362:k2817. Publicado: 18 de julio 2018. doi:10.1136/bmj.k2817
10. Xu L, Ying S, Hu J, et al. Pneumonia in patients with cirrhosis: risk factors associated with mortality and predictive value of prognostic models. Respir Res. 2018;19(1):242. Publicado 4 diciembre 2018. doi:10.1186/s12931-018-0934-5

11. Gao F, Lin MT, Yang XY. Metabolic acidosis in critically ill patients with cirrhosis: Epidemiology and short-term mortality risk factors. *Turk J Gastroenterol*. 30 de octubre 2019; 30(10):883-891. doi:10.5152/tjg.2019.18813
12. Piano S, Singh V, Caraceni P, Maiwall R, Alessandria C, Fernandez J, et al. International Club of Ascites Global Study Group. Epidemiology and Effects of Bacterial Infections in Patients With Cirrhosis Worldwide. *Gastroenterology*. 2019 Apr;156(5):1368-1380.e10. doi: 10.1053/j.gastro.2018.12.005. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30552895.
13. Mero J, Rego J, Saborit A, Blanco R, Fernandez W, Factores asociados a la muerte en pacientes con cirrhosis hepática. *Rev Med (Internet)*. 2021(Citado el 30 de setiembre del 2022); 59(278): 1-7
14. Muñoz RG, Ballesteros PEM, López WFS, Sani VP, Chica GR, Cedeño PKM. Complicaciones de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. *Rev Med E Investig Clínica Guayaquil*. 18 de noviembre de 2021;2(3):22-9.
15. Zubieta-Rodríguez R, Gómez-Correa J, Rodríguez-Amaya R, Ariza-Mejía KA, Toloza-Cuta NA. Mortalidad hospitalaria en pacientes cirróticos en un hospital de tercer nivel. *Rev Gastroenterol México*. 1 de julio de 2017;82(3):203-9.
16. Viera Santillán M. Factores asociados a la mortalidad hospitalaria de los pacientes cirróticos hospitalizados en el Departamento de

Medicina Interna del Hospital III Cayetano Heredia - Piura en el período Enero Diciembre del 2017. Univ Nac Piura UNP [Internet]. 2018 [citado 2 de octubre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1220>

17. Rosado Cipriano M, García-Encinas C, Bellido-Caparó Á, Purizaca Navarro A, Valenzuela Granados V. Frecuencia, perfil clínico y mortalidad de la insuficiencia hepática crónica reagudizada en un hospital público de Lima – Perú [Frequency, clinical profile and mortality of acute-on-chronic liver failure in a public hospital of Lima - Peru]. *Rev Gastroenterol Peru*. 2018;38(4):325-330.
18. 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 Perú*. 2013;301-5.
19. Sandoval Cardoza JM. Índice meld en pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en medicina interna del Hospital Santa Rosa de Piura – 2017. Univ César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 2 de septiembre del 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26110>
20. Tinoco Flores E del R. Factores asociados al desarrollo de encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo enero-marzo

2018. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2018 [citado 2 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3785>

21. Duran Lazo LL. Relación del Valor Pronóstico de las Escalas Model For End – Stage Liver Disease (Meld) y Child Pugh (Cp) con la Mortalidad en Pacientes con Cirrosis Hepática en el Servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche Arequipa 2012 – 2017. 2018.

22. Paz Rojas E. Evaluación del estado nutricional en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Jamo, Tumbes, 2018. Univ César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 2 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26099>

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. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2017 [citado 16 setiembre del 2022]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5135>

24. Durand Sal y Rosas F. Principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central entre 2012 al 2014. Univ Ricardo Palma [Internet].

2016 [citado 5 de setiembre 2022]; Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/506>

25. More Hernández ED. Características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en un hospital de la ciudad de Lima. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2015 [citado 30 de agosto del 2022]; Disponible en:
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2001>

26. Sáenz Luza A. Factores asociados a mortalidad en pacientes cirróticos con infecciones bacterianas intercurrentes: casos del Hospital Naval de Lima, 2010-2013. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2014 [citado 4 de septiembre del 2022]; Disponible en:
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1344>

27. Esteban Ccota H. Factores de riesgos asociados a cirrosis hepática en los pacientes del servicio de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2018 [citado 7 de setiembre del 2022]; Disponible en:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3307>

28. Larico Bernabé ML. Características clínicas, complicaciones y evaluación de sobrevida de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010 – 2012. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2013 [citado 25 de Agosto del 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2388>

29. Bruce R. Bacon. Cirrosis y sus complicaciones. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. Harrison principios de medicina interna. Vol 3. 20ª ed. México: McGraw-Hill; 2018. pp. 2592-2602. Disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=1717§ionId=114935255>
30. Vinueza Hidalgo GP. Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Hospital Eugenio Espejo en el periodo del año 2008 al 2011 [Internet] [bachelorThesis]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013 [citado 15 de agosto del 2022]. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/7298>
31. World Health Organization. Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. World Health Organization; 2009 [citado 3 de octubre de 2022]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>
32. BUSTIOS, C; DAVALOS, M; ROMAN, R y ZUMAETA, E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Rev. gastroenterol. Perú* [online]. 2007, vol.27, n.3, pp.238-245. ISSN 1022-5129.

33. Ministerio de salud del Perú. Boletín Epidemiológico. Vol 28-SE25.2019. 608-6015. Disponible en:
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/15.pdf>
34. Wong RJ, Aguilar M, Cheung R, Perumpail RB, Harrison SA, Younossi ZM, et al. Nonalcoholic steatohepatitis is the second leading etiology of liver disease among adults awaiting liver transplantation in the United States. *Gastroenterology*. marzo de 2015;148(3):547-55. doi:10.1053/j.gastro.2014.11.039.
35. Organización Mundial de la Salud. sitio web de la OMS. [Online]; 2017 [cited 2022 Setiembre 26. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
36. Martinez JD, Henao SC, Garzon MA. Hepatopatías autoinmunes Hallazgos clínicos y de laboratorio en pacientes de un hospital de referencia nacional. *Art. Med.(Internet)*. 2021 (citado el 26 de agosto del 2022); Vol. 2(2) 356-368
37. Bravo JR, Pacheco VA, Monar MC, Chuncho JC. Manejo clínico y terapéutico en pacientes con cirrosis hepática. *Dominio Las Cienc*. 2021;7(Extra 4): 91-104.
38. Delgado MF, Chamaidan JY, Labanda KL, Delgado DP, Echevarria DG, Matute SG. Estudio de casos sobre la cirrosis hepática y sus complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2015. *Dominio Las Cienc*. 2019;5(1):759-79.

39. Gines P, Sola E. Cirrosis Hepatica. En: Castells A, Rozman C (eds.).
Medicina Interna edición 18.Edicion. Barcelona. Editorial Elsevier.
2016. Vol.p.318-335.
40. Cortes P. Clasificación de Forrest. Gastroenterol. latinoam 2010; Vol
21, Nº 1: 59-62
41. Torres N, Díaz JC, Toro JL, Muñoz OG. Disfunción renal en el
paciente cirrótico. Art. Medico. 2021. Vol 2 (2). Pag. 295-305
42. Angeli P, Ginès P, Wong F, Bernardi M, Boyer TD, Gerbes A, Moreau
R, Jalan R, Sarin SK, Piano S, Moore K, Lee SS, Durand F, Salerno
F, Caraceni P, Kim WR, Arroyo V, Garcia-Tsao G. Diagnosis and
management of acute kidney injury in patients with cirrhosis: revised
consensus recommendations of the International Club of Ascites. J
Hepatol. 2015;62(4):968. Epub 2015 Jan 28.
43. Morcillo AF, Morcillo JA, Rodríguez DA, Otero W. Encefalopatía
Hepática: Diagnóstico y tratamiento en 2019. Art. Revisión. 2020. Vol
29(1). Pag. 104-110
44. Gacia JE, Garcia RL, Cuartas TM, Hernandez JE, Osorio S,
Bermudez AM, et al. Falla hepática aguda sobre crónica: análisis de
una serie de casos y revisión de la literatura. Rev. Med. 2022. Vol
1(1). Pag. 72-84.
45. Ruiz V, Garcia ES, Aldana JM, Tapia DK, Tornel AI, Lazcano M.
Evaluación y manejo de emergencias en el paciente con cirrosis |

- Revista de Gastroenterología de México [Internet]. Mexico 2022. Vol. 87 (2) [citado 25 de setiembre del 2022]. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-evaluacion-manejo-emergencias-el-paciente-articulo-S0375090622000167>
46. Rahimi RS, Brown KA, Flamm SL, Brown RS Jr. Overt Hepatic Encephalopathy: Current Pharmacologic Treatments and Improving Clinical Outcomes. *Am J Med.* 2021 Nov;134(11):1330-1338. doi: 10.1016/j.amjmed.2021.06.007. Epub 2021 Jul 7. PMID: 34242619.
47. INE. Glosario de Conceptos [Internet]. [citado 18 de setiembre 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484&op=30307&p=1&n=20>
48. Edad. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. [citado 15 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
49. Araujo M, Campos E, Choque R, Flores M, Fallaque C, Garcia VR, et al. Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú. *Doc. Tec.* 2006. 222 – 224.
50. Alvarez 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. *Univ Nac Jorge Basadre Grohmann*

- [Internet]. 2009 [citado 20 de setiembre del 2022]; Disponible en:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/413>
51. Loayza MJ. Migración y efectos en la salud pública. Rev. Med. 2019. Vol19 (4). 10 – 11.
52. ALEPH. Lugar de procedencia. (Internet) ¿Cuál es el lugar de procedencia de una persona? 2021 (citado el 30 de agosto del 2022). Disponible: <https://aleph.org.mx/cual-es-el-lugar-de-procedencia-de-una-persona>
53. Carhuavilca D, Sanchez A. Efectos de la migración interna sobre crecimiento y estructura demográfica 2012 – 2017. INEI. 2020. Pag.
54. Gomez D, Jimenez J, Leralta O. La Educación, determinante de la salud afectado por el COVID-19 | Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública [Internet]. 2020 [citado 28 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/1259-2>
55. Mortalidad. En: *Significados.com*. (Internet). 2022. Consultado: 30 de setiembre del 2022. Disponible en: <https://www.significados.com/mortalidad/>
56. Definición de tiempo transcurrido hasta la progresión - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 29 de setiembre del 2022]. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tiempo-transcurrido-hasta-la-progresion>

57. Tesillo LS. Nivel de reputación por dimensiones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna según percepción del usuario, en el contexto de la pandemia COVID-19, año 2021. Univ Priv Tacna [Internet]. 25 de agosto de 2021 [citado 1 de octubre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1948>
58. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Tacna resultados definitivos, Censo Nacional 2017, 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1564/

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº Historia Clínica: _____ Nº Ficha: _____ Fecha de Ingreso: ___/___/___

1.- Sexo: Femenino Masculino Edad: _____ Procedencia: _____

2.- Tiempo de Enfermedad: _____

3.- Grado de Instrucción:

- Analfabeto
- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Superior Técnica
- Universitario

4.- Ingesta de Alcohol:

- Si
- 1 vez a la semana
- 2 veces a la semana
- 3 veces a la semana
- >De 3 veces a la semana
- 1 vez al mes
- No

5.- Comorbilidad:

- Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus VIH
- Obesidad Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
- Pre obesidad (25-29)
- Obesidad:
- Grado I (30 – 34.9)
- Grado II (35 – 39.9)
- Grado III (>40)

6.- Etiología:

- Hepatopatía Alcohólica
- Hepatitis Vira Crónica (Hepatitis B o C) Etiología a determinar (EAD)

7.- Síntomas:

- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Debilidad
- Fatiga
- Equimosis con facilidad
- Ictericia
- Coluria
- Prurito

- Hematemesis/Melena/Hematoquecia
 - Distensión abdominal
 - Edema en miembros inferiores
 - Alteración conciencia
 - Dolor abdominal
 - Diarrea
 - Nauseas
 - Disnea
- 8.- Examen Físico:
- Disminución de la presión sanguínea
 - Hepatomegalia
 - Esplenomegalia
 - Telangectasias
 - Disminución de peso
 - Ictericia
 - Ascitis
 - Asterixis
 - Hedor hepático
 - Circulación colatera
- 9.- Complicaciones:
- Ascitis
 - Encefalopatía hepática
 - Peritonitis bacteriana espontanea (PBE): Ausente Presente:>250cel/mm3 con cultivo positivo (_____)
 - Hemorragia variceal
 - Síndrome hepatorenal: Creatinina: _____ Tipo 1 Tipo 2
- Anemia: Hemoglobina: _____
- Anemia leve (9 – 11g/dl)
 - Anemia Moderada (7 – 9g/dl)
 - Anemia Severa (< 7g/dl)
 - Anemia muy severa (< 5g/dl)
 - Trombocitopenia: Leve Moderada Severa Muy severa
 - Gastropatía Hipertensiva: Si No
- 10.- Escala Child-Pugh:
- a.- Ascitis: Ausente Leve Moderado
 - b.- INR: _____ <1.7 1.8 – 2.3 >2.3
 - c.- TP: _____ <4 4 – 6 >6
 - d.- Albumina: _____ >3.5 3.5 – 2.8 <2.8
 - e.- Bilirrubina: _____ <2 2 – 3 >3
 - f.- Encefalopatía Hepática: Ausente Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4
- PUNTAJE: _____ A (5-6) B (7-9) C (10-15)
- 11.- Situación del Paciente: Vivo Fallecido

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
TITULO: FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2020				
AUTOR: Ludwing Ángel Condori Ticona				
Problema:	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
General: ¿Cuáles son los factores Asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2018 - 2020?	General: Determinar los factores asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2801 - 2020	General: Existen factores sociodemográficos, manifestaciones clínicas y comorbilidades y complicaciones que están asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018 – 2021.	VARIABLE DEPENDIENTE Cirrosis hepática VARIABLE INDEPENDIENTE 1.- Fecha de ingreso 2.-Factores Sociodemográficos: <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Grado de instrucción - Procedencia 3.-Tiempo de enfermedad 4.- Ingesta de Alcohol <ul style="list-style-type: none"> - No - Si - 1 vez a la semana - 2 veces a la semana - 3 veces a la semana - 4 > más de 3 veces a la semana - 1 vez al mes 5.- Comorbilidad <ul style="list-style-type: none"> - HTA - DM2 - Obesidad 	DISEÑO Observacional, analítico, transversal y retrospectivo.
	Específicos: -Determinar los factores sociodemográficos asociados a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2018 – 2022.			

	<p>-Determinar las manifestaciones clínicas que se asocian a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2018 – 2022.</p> <p>-Determinar las complicaciones que se asocian a la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el área de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2018 – 2022.</p>		<p>6.-Etiología</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohólica - Hepatitis B o C - EAD <p>7.- Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso - Perdida apetito - Debilidad - Fatiga - Equimosis con facilidad - Ictericia - Coluria - Prurito - Hematemesis/Melena/Hematoquecia - Distensión Abdominal - Edema en MI - Aliteración de conciencia - Dolor Abdominal - Diarrea - Nauseas - Disnea <p>8.-Examen Físico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la presión sanguínea - Hepatomegalia - Esplenomegalia - Telangectasias - Disminución de peso - Ictericia - Ascitis - Asterixis - Hedor Hepático - Circulación Colateral <p>9.- Complicaciones</p>	<p>2020 que cumplan con los criterios de selección.</p> <p>Se conformará dos grupos: Grupo 1: Pacientes con cirrosis hepática que fallecieron Grupo 2: Pacientes con cirrosis hepática que no fallecieron</p> <p>TÉCNICA</p> <p>Revisión de historias Clínicas</p> <p>INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos</p>
				<p>Estadística</p> <p>Chi2</p>

		<ul style="list-style-type: none">- Ascitis- Encefalopatía Hepática- PBE- Hemorragia Variceal- SHR 1 o 2- Anemia: Leve, moderado, severo, muy severo- Trombocitopenia: Leve, Moderado, severa, muy severo- Gastropatía Hipertensiva <p>10.- Child-Pugh</p> <ul style="list-style-type: none">- Child A- Child B- Child C <p>11.-Egreso</p> <ul style="list-style-type: none">- Vivo- Fallecido	
--	--	--	--

ANEXO 3: CÓDIGO DE ÉTICA DEL HHUT



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 Gerencial General Regional N°039-2021-GGR/GOB.REG.TACNA, otorga:

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2018 - 2021.	CÓDIGO
	58-CIÉI-2022

Autoría (es):

LUDWING ANGEL CONDORI TICONA

Dictamen (14) otorgado por Miembro activo del CIÉI, Dr. Marco Rivalola Hidalgo-Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente

Según Resolución Directoral N°090-2022-DIREC-EJEC-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Puede ser desarrollado: SI NO

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

Vulnera derechos del paciente 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 todos los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI NO Otorga la Aprobación, por intermedio de la Unidad de

Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide el presente documento el día 6 de julio del 2022



Méd. Edgar Rogelio Concerri Coaquira
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



Lic. Blanca Raquel Zevallos Delgado
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna