

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS  
HEPÁTICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO  
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Hector Esteban Ccota

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

TACNA - PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS  
PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. HECTOR ESTEBAN CCOTA**

Para optar el Título Profesional de:

**QUÍMICO FARMACÉUTICO**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



\_\_\_\_\_  
MSc. Edgard Guido Calderón Copa  
**Presidente**



\_\_\_\_\_  
Dr. Juan José Evaristo Changllo Roas  
**Miembro**



\_\_\_\_\_  
Q.F. Orlando Agustín Rivera Benavente  
**Miembro**



\_\_\_\_\_  
MSc. Yemile del Carmen Berrios Espejo  
**Asesora**

## **DEDICATORIA**

Lleno de regocijo, de amor y esperanza, dedico esta tesis a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mis pilares para seguir adelante.

A mi madre, por ser el pilar más importante y demostrarme su cariño siempre, ya que en mis momentos difíciles encontré en ella una palabra de ánimo.

A mis profesores, mis compañeros y a todos mis amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que de alguna manera u otra celebran mi éxito.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias Dios por la vida, por la salud, por la familia, por permitirme llegar hasta este momento.

Mi más cordial gratitud a mi asesora de tesis MSc. Yemile del Carmen Berrios Espejo por su confianza, interés y orientación.

A los profesionales, Dra. Zulma Boluarte Silva, Dr. Juan José Evaristo Changllo Roas y al Dr. Juan José Pariona Ccencho por el aporte valioso en este trabajo de investigación.

A mis amigos en general, especialmente a Rosemary Triveño y Cesar Sumari que gracias a su apoyo y aliento de motivación hicieron de esta tesis una realidad.

A las maravillosas, Gleny y Leita por brindarme su apoyo en las gestiones de documentación.

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xiii
RESUMEN .....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>3</b>
1.1. Descripción del problema .....	3
1.2. Formulación del problema .....	5
1.2.1. Problema principal.....	5
1.2.2. Problemas secundarios.....	5
1.3. Justificación e importancia de la investigación .....	7
1.4. Alcances y limitaciones.....	8
1.5. Objetivos.....	8
1.5.1. Objetivo general .....	8
1.5.2. Objetivos específicos .....	9
1.6. Hipótesis.....	10
1.6.1. Hipótesis general.....	10

1.6.2. Hipótesis específicas.....	10
1.7. Variables de relación .....	11
1.7.1. Variable 1 .....	11
1.7.2. Variable 2 .....	11
1.7.3. Variable de Caracterización .....	11
1.7.4. Operacionalización de las variables .....	12
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
2.1. Antecedentes del estudio.....	14
2.2. Bases teóricas .....	22
2.2.1. Cirrosis Hepática .....	22
2.2.2. Etiología y factores de riesgo .....	26
2.2.3. Complicaciones de la cirrosis hepática .....	41
2.2.4. Tipos de diagnóstico .....	51
2.2.5. Escala Child-Pugh.....	53
2.2.6. Manejo de la Cirrosis Hepática .....	57
2.3. Definición de términos .....	60
<b>CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>62</b>
3.1. Tipo, diseño y nivel de la Investigación.....	62
3.1.1. Tipo de investigación.....	62
3.1.2. Diseño de investigación .....	63
3.1.3. Nivel de investigación.....	63

3.2. Población y muestra .....	64
3.2.1. Población .....	64
3.2.2. Muestra .....	64
3.3. Técnicas para la recolección de datos.....	65
3.4. Materiales y/o instrumentos .....	65
3.4.1. Materiales.....	65
3.4.2. Instrumentos .....	65
3.5. Procesamiento de datos .....	66
3.5.1 Análisis de datos.....	66
3.5.2 Análisis estadístico .....	66
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS .....</b>	<b>68</b>
DISCUSIÓN.....	104
CONCLUSIONES .....	108
RECOMENDACIONES.....	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS.....	122

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de las variables .....	12
<b>Tabla 2.</b> Principales fármacos y sustancias potencialmente hepatotóxicos.....	39
<b>Tabla 3.</b> Encefalopatía hepática asociada a cirrosis hepática o tipo C..	47
<b>Tabla 4.</b> Clasificación pronóstico de la hepatopatía .....	54
<b>Tabla 5.</b> Severidad de la enfermedad hepática .....	54
<b>Tabla 6.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según edad.....	68
<b>Tabla 7.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según género.....	70
<b>Tabla 8.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según lugar de residencia. ..	72
<b>Tabla 9.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según ocupación.....	74
<b>Tabla 10.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según tiempo de enfermedad.....	76
<b>Tabla 11.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según etiología. ....	78
<b>Tabla 12.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según consumo de alcohol. ....	81
<b>Tabla 13.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según hígado graso.....	83

<b>Tabla 14.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según enfermedades Hepáticas. ....	86
<b>Tabla 15.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según consumo frecuente de medicamentos. ....	89
<b>Tabla 16.</b> Grado de relación según coeficiente de correlación. ....	91
<b>Tabla 17.</b> Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre los factores de riesgo y la Cirrosis Hepática. ....	92
<b>Tabla 18.</b> Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre la Cirrosis Hepática y el consumo de alcohol. ....	94
<b>Tabla 19.</b> Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre la Cirrosis Hepática y el hígado graso. ....	96
<b>Tabla 20.</b> Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre la Cirrosis Hepática y las enfermedades del hígado. ....	98
<b>Tabla 21.</b> Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre la Cirrosis Hepática y el consumo frecuente de medicamentos. ....	100
<b>Tabla 22.</b> Exámenes Auxiliares según Child-Pugh asociados a la Cirrosis Hepática. ....	102

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Estructura del hígado.....	23
<b>Figura 2.</b> Procesos de daño hepático.....	25
<b>Figura 3.</b> Ictericia.....	41
<b>Figura 4.</b> Ascitis.....	43
<b>Figura 5.</b> Imagen de biopsia de hígado.....	52
<b>Figura 6.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según edad.....	69
<b>Figura 7.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según género. ....	71
<b>Figura 8.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según lugar de residencia. .	73
<b>Figura 9.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según ocupación. ....	75
<b>Figura 10.</b> Pacientes con Cirrosis Hepática, según tiempo de enfermedad.....	77
<b>Figura 11.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según etiología. ....	80
<b>Figura 12.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según tiempo de consumo de alcohol. ....	82
<b>Figura 13.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según frecuencia de consumo de alcohol.....	82
<b>Figura 14.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para hígado graso, según alimentación. ....	84

<b>Figura 15.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para hígado graso, según obesidad.....	85
<b>Figura 16.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para hígado graso, según DM.....	85
<b>Figura 17.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para enfermedades del hígado, según Hepatitis B. ....	87
<b>Figura 18.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para enfermedades del hígado, según Hepatitis C. ....	87
<b>Figura 19.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para enfermedades del hígado, según Hepatitis autoinmune. ....	88
<b>Figura 20.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para consumo frecuente de medicamentos. ....	90
<b>Figura 21.</b> Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para consumo frecuente de medicamentos, según tipos de medicamentos.....	90

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b>	Matriz de consistencia.....	123
<b>Anexo 2.</b>	Ficha de recolección de datos. ....	125
<b>Anexo 3.</b>	Solicitud para validación de instrumento.....	127
<b>Anexo 4.</b>	Formato para validación de ficha de recolección de datos ..	128
<b>Anexo 5.</b>	Constancia de validación Juez N° 01.....	129
<b>Anexo 6.</b>	Constancia de validación Juez N° 02.....	130
<b>Anexo 7.</b>	Constancia de validación Juez N° 03.....	131
<b>Anexo 8.</b>	Solicitud para acceder a historias clínicas. ....	132
<b>Anexo 9.</b>	Carta de presentación.....	133
<b>Anexo 10.</b>	Aprobación de trámite documentario. ....	134
<b>Anexo 11.</b>	Credencial, autorización para la obtención de información.	135

## RESUMEN

El presente estudio es de tipo aplicada, observacional, retrospectivo transversal y analítico, de diseño no experimental. El nivel de investigación es relacional. El objetivo principal es determinar los factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Se incluyeron un total de 32 pacientes, durante los meses de agosto a diciembre del 2017. Se recolectaron datos sociodemográficos y factores de riesgo. Predominó el género masculino en un 53,13 % con edades entre 70 a 79 años en un 28,12 %; el 50 % son residentes del cercado y el 53,13 % son trabajadores independientes. En cuanto a los factores de riesgo se encontró el alcoholismo en un 31,25 %, seguido de pacientes con hígado graso en un 18,75 %; por alimentos grasos, carbohidratos, azúcares y sal en un 33,33; 16,67; 33,33 y 16,67 % respectivamente. Por otro lado el consumo frecuente de medicamentos con un 9,37 % como analgésicos, antibióticos y otros con el 3,12 % para cada caso. Las enfermedades hepáticas según exámenes Child-Pugh también presenta un porcentaje de 28,12 %. Por lo tanto el consumo alcohol, los alimentos grasos, los medicamentos y las enfermedades hepáticas son factores significativos.

**Palabras clave:** Cirrosis Hepática, factores de riesgo, Child-Pugh.

## ABSTRACT

The present study is of the applied, observational, transversal and analytical retrospective type, of non-experimental design. The level of research is relational. The main objective is to determine the risk factors associated with Hepatic Cirrhosis in patients of the Internal Medicine Service of Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. A total of 32 patients were included, during the months of August to December 2017. They were collected sociodemographic data and risk factors. The male gender predominated in 53,13 % with ages between 70 and 79 years in 28,12 %; 50 % are residents of the enclosure and 53,13 % are independent workers. Regarding the risk factors, alcoholism was found in 31,25 %, followed by patients with fatty liver in 18,75 %; for fatty foods, carbohydrates, sugars and salt in 33,33; 16,67; 33,33 and 16,67 % respectively. On the other hand, the frequent consumption of medicines with 9,37 % as analgesics, antibiotics and others with 3,12 % for each case. Hepatic diseases according to Child-Pugh exams also presents a percentage of 28,12 %. Therefore, alcohol consumption, fatty foods, medications and liver diseases are significant factors.

**Key words:** Liver cirrhosis, risk factors, Child Pugh.

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se establecen los factores de riesgo que conllevan a la Cirrosis Hepática, uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. La cirrosis se define como la degeneración del hígado que se caracteriza por la destrucción de los hepatocitos y la sustitución por tejido fibroso (1).

La patología cirrótica en el Perú y el mundo representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en la población adulta (2) (3), teniendo a nivel mundial una repercusión mortal de casi 150 000 personas anualmente, además de ser la quinta causa de mortalidad en población general a nivel nacional, según informes estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ministerio de Salud (MINSA) respectivamente; es causante de miles de muertes en el mundo, representa el estadio final de cualquier hepatopatía crónica, independientemente de sus múltiples etiologías (4).

Para analizar esta problemática es necesario investigar dentro de la población de estudio, sus causas más frecuentes, como consumo crónico de alcohol, enfermedades hepáticas, hígado graso por consumo de alimentos “chatarra”, consumo frecuente de medicamentos entre otros.

Desde el punto de vista clínico, en la evolución de la enfermedad aparecen una serie de complicaciones que lleva a la muerte del paciente (5) (6). Por lo tanto, la investigación de esta problemática de salud se realizó con el propósito de establecer la relación de los factores de riesgo que se asocian a esta enfermedad.

En el marco de la investigación, se recopiló datos de las historias clínicas según el uso de una ficha de recolección. Se concluye que el principal factor es la ingesta de alcohol en un mayor porcentaje de 31,25 %, así como con el hígado graso en un 18,75 % y el consumo frecuente de medicamentos con el 9,37 %.

El presente estudio consta de cuatro capítulos: El capítulo I comprende el planteamiento de la investigación, formulación del problema, justificación de la investigación, objetivos, hipótesis y variables. El capítulo II comprende el marco teórico, antecedentes de estudio, bases teóricas y definición de términos. El capítulo III comprende el marco metodológico, tipo y diseño de la investigación, población, muestra y procesamiento de datos. El capítulo IV comprende el resultado, discusiones, conclusiones, recomendaciones, a la vez no podemos olvidar de las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Descripción del problema**

La Cirrosis Hepática constituye uno de los principales problemas de salud pública en varios países del mundo, constituyéndose en una de las principales causas de defunción. Debido a su alta morbilidad y mortalidad es una enfermedad crónica, caracterizada por destrucción de células parenquimales hepáticas, así como incremento del tejido conectivo, proceso que ocurre en forma desorganizada, causando finalmente distorsión de la arquitectura lobular y vascular del hígado (4).

En México, la Cirrosis Hepática es uno de los principales problemas de salud, siendo la sexta causa de mortalidad general y la tercera en hombres de 15 a 64 años de edad. Además, constituye una de las 10 primeras causas de hospitalización con una tasa de mortalidad de 20,3 defunciones por 100 000 habitantes.

En Chile, es la quinta causa de defunción a pesar de que las tendencias de hospitalización y de muerte se modificaron en la última década del siglo XX. En los últimos años, se registró un significativo aumento de la edad promedio de egreso hospitalario y de defunción en ambos géneros (1) (4).

La Cirrosis Hepática es una enfermedad prevalente en nuestro medio sobre todo en personas por encima de los 60 años y de género masculino, con una tasa de mortalidad de 9,48 por cien mil habitantes, ocupando el quinto lugar en orden de magnitud entre las defunciones generales y es la segunda causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etario entre 20 y 64 años. Además, constituye actualmente, la primera causa de demanda efectiva de hospitalización y una de las principales de consulta externa registradas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud (1) (7).

Según la información sobre mortalidad del Ministerio de Salud (1999 - 2000), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado indican que es una de las causas más frecuentes. Por otro lado, en un estudio realizado en Tacna, entre los años 2013 y 2016

indican que la incidencia de Cirrosis Hepática en los pacientes del Hospital Hipólito Unanue, fue de 23,7 % por año (7) (8).

Por tal razón, se plantea el presente estudio con el objetivo de establecer los factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática en pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los meses de agosto a diciembre del 2017.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema principal**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

### **1.2.2. Problemas secundarios**

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con Cirrosis Hepática que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

- b) ¿Cuál es el riesgo de contraer Cirrosis Hepática por consumo de alcohol en los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?
  
- c) ¿Cuál es el riesgo de contraer Cirrosis Hepática por hígado graso en los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?
  
- d) ¿Cuál es el riesgo de contraer Cirrosis Hepática por enfermedades del Hígado en los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?
  
- e) ¿Cuál es el riesgo de contraer Cirrosis Hepática por consumo de medicamentos en los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

### **1.3. Justificación e importancia de la investigación**

La Cirrosis Hepática en el Perú y el mundo representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en población adulta, según el informe estadístico del Ministerio de Salud ocupa el quinto lugar en orden de magnitud entre las defunciones generales y es la segunda causa de muerte dentro de las enfermedades digestivas y hepatobiliares (1) (7).

Dentro de nuestra localidad, la Cirrosis Hepática produce serias complicaciones, determinando la muerte de muchos pacientes hospitalizados. A pesar de la importancia del tema, no se dispone de suficiente información acerca de los factores de riesgo y la bibliografía publicada es escasa.

Por todo esto, se considera que el desarrollo del tema propuesto es importante y se justifica, ya que proporcionará información actualizada sobre los factores de riesgo para aportar alternativas de prevención, tratamiento y establecer pautas para una guía de atención, y a la vez aportará bases para futuras investigaciones relacionadas a este tema.

## **1.4. Alcances y limitaciones**

### **Alcances**

El alcance de la presente investigación permite obtener información sobre los factores de riesgo que conllevan a un cuadro de Cirrosis Hepática, de acuerdo a los resultados obtenidos, implementar estrategias que permitan disminuir el impacto negativo y proponer acciones preventivas - Promocionales.

### **Limitaciones**

Una limitante en el estudio fue la información incompleta en las historias clínicas. Además la poca legibilidad de las notas médicas.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo general**

Establecer los factores de riesgo asociados a la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- a) Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes con Cirrosis Hepática que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- b) Establecer riesgos sobre el consumo de alcohol en los pacientes con Cirrosis Hepática que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- c) Determinar los riesgos de contraer Cirrosis Hepática por hígado graso en los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- d) Identificar los riesgos de contraer Cirrosis Hepática por enfermedades del hígado en los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- e) Establecer los riesgos de contraer Cirrosis Hepática por consumo de medicamentos en los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

## **1.6. Hipótesis**

### **1.6.1. Hipótesis general**

Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la Cirrosis Hepática en los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

### **1.6.2. Hipótesis específicas**

- a) Existe riesgo significativo entre el consumo de alcohol y la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- b) Existe riesgo significativo entre el hígado graso y la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- c) Existe riesgo significativo entre las enfermedades del hígado y la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

d) Existe riesgo significativo entre el consumo frecuente de medicamentos y la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

## **1.7. Variables de relación**

### **1.7.1. Variable 1**

Factores de Riesgo.

### **1.7.2. Variable 2**

Cirrosis Hepática.

### **1.7.3. Variable de Caracterización**

Factores sociodemográficos.

### 1.7.4. Operacionalización de las variables

**Tabla 1.** Operacionalización de las variables

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	ESCALA
FACTORES DE RIESGO	Rasgo, característico o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad	Es el resultado de la revisión de historias clínicas de los pacientes del Servicio de Medicina Interna diagnosticados con Cirrosis Hepática de acuerdo a los factores de riesgo: Cirrosis Alcohólica Enfermedades del hígado Hígado graso Consumo de medicamentos Otras afecciones	Cirrosis Alcohólica	Tiempo de consumo	1 a 3 años 4 a 6 años 7 a 9 años Más de 10 años	De Razón
				Frecuencia de consumo	Rara vez Diariamente Interdiario Una vez/sem.	Nominal
			Enfermedades Hepáticas	Hepatitis B	Si No	Nominal
				Hepatitis C	Si No	Nominal
				Hepatitis autoinmune	Si No	Nominal
			Hígado graso	Por alimentación	Alim. grasos Carbohidratos Azucares Alim. Salados	Nominal
				obesidad	Si No	Nominal
				Diabetes Mellitus	Si No	Nominal
					Negativo DM T1 DM T2	Nominal
				Frecuencia de consumo	Si No	Nominal
			Consumo de medicamentos	Tipos de medicamentos	Analgésicos Antituberculosos Antibióticos Antiepilépticos Otros.	Nominal
			Otras afecciones	Según sea el caso	Hipertensión portal,CBP, etc.	Nominal

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	ESCALA
CIRROSIS HEPÁTICA	Es la degeneración del hígado se caracteriza por la destrucción de hepatocitos y la sustitución por tejido fibroso.	Mediante los diferentes exámenes médicos que se realiza a cada paciente para el diagnóstico de acuerdo a la severidad de la enfermedad hepática: uso de escala Child-Pugh para determinar la severidad según: Ascitis Bilirrubina Albumina Tiempo de protrombina Encefalopatía	Ascitis	Acumulación de líquido en la cavidad peritoneal.	Ausente Leve Moderada	Nominal
			Bilirrubina	Pigmento biliar de color amarillo.	Bajo Normal Elevado	Nominal
			Albumina	Proteína presente en el plasma sanguíneo.	Bajo Normal Elevado	Nominal
			Tiempo de protrombina	Examen de sangre mide la coagulación	Bajo Normal Elevado	Nominal
			Encefalopatía	Trastorno cerebral	No Grado 1-2 Grado 3-4	Nominal

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	ESCALA
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Es el reflejo de las características sociodemográficas de una población según parámetros establecidos. Estas medidas resumen la situación de la población estudiada.	Es el resultado de la <b>Ficha de Recolección de Datos</b> establecido con preguntas definidas y de alternativa según las características sociodemográficas que describen: género, edad, procedencia, ocupación y tiempo de enfermedad.	Género	Característica biológica	Masculino Femenino	Nominal
			Edad	Años cumplidos, determinado por grupos etarios	Años	De razón
			Procedencia	Domicilio actual	Distrito	Nominal
			Ocupación	Desempeño laboral	Su casa Trabajador indep. Agricultor	Nominal
			Tiempo de enfermedad	Diagnóstico	Años	De razón

Fuente: Elaboración propia.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

Revisada la información de las variables de estudio, se organizó los antecedentes de investigación de la siguiente manera:

##### **Ámbito Internacional**

En México, los autores Meléndez CA, Meléndez JJ (9), realizaron un estudio titulado; ***Principales causas y factores asociados a Cirrosis Hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México*** (2012). Encontraron que predominó el género masculino sobre el femenino, y además el promedio de edad fue de 55,27. Los factores de riesgo asociados fue el consumo de alcohol con 74,67 %, la Diabetes Mellitus tipo II en 56,33 %, obesidad en 41,92 %, medicina alternativa 19,22 %, consumo frecuente de fármacos 12,66 %, transfusiones 9,17 %.

En Ecuador, Vinueza Hidalgo GP (10), realizó el estudio titulado; ***Caracterización de los pacientes con Cirrosis Hepática hospitalizados en el Hospital Eugenio Espejo en el periodo del año 2008 al 2011*** (2013). Al revisar 157 historias clínicas encontró factores de riesgo predisponentes asociados a Cirrosis Hepática como el consumo crónico de alcohol presente en 56,1 % (88 pacientes), Hepatitis B y C en 8,9 % (14 pacientes) y 2,5 % (4 pacientes) respectivamente. Las transfusiones antes del diagnóstico de Cirrosis Hepática se presentó en el 1,3 % (2 pacientes) y drogadicción vía nasal en el 0,6 % (un paciente). En relación al consumo de alcohol se encontró una mediana de 26 años de consumo. Entre las historias no se encontró información de drogadicción endovenosa.

En Colombia, los autores Giraldo Montoya AM, Barraza Amador M, Villa Velásquez H, et al. (11), publicaron la investigación titulada; ***Caracterización epidemiológica de pacientes con Cirrosis en una consulta de gastroenterología en Pereira, Colombia, 2009-2012*** (2014). Como resultado, encontraron que la edad media fue de 62 años con un rango de 16 a 91 años con igual distribución de género y diferentes factores de riesgo asociados al

desarrollo de la cirrosis. Llama la atención el alto porcentaje de Diabetes y dislipidemia en los sujetos estudiados, con porcentajes de 42 y 41 % respectivamente y con una mediana del índice de masa corporal de 26,15 kg/m<sup>2</sup>. Todos los pacientes estudiados presentaban un estado avanzado de cirrosis con un importante número de complicaciones asociadas, siendo la más frecuente (84 %) la Ascitis, aunque en la descripción por grupos etiológicos, no siempre fue la primera causa de descompensación.

En Cuba, los autores Martínez Sarmiento A, Valdivia Rodríguez F, Cárdenas Quintana M (12), realizaron un estudio titulado; ***Principales factores de riesgo presentes en los pacientes con Cirrosis Hepática en la provincia de Ciego de Ávila*** (2013). Se diagnosticaron un total de 119 pacientes con esta enfermedad, con predominio fundamental en el grupo de edad de 60 años y más, con 69 casos (57,9 %) y del género masculino 65 (54,6 %). Los factores de riesgo que con mayor frecuencia estuvieron presentes en los pacientes cirróticos fueron la infección crónica por el virus de la Hepatitis C en 44 pacientes (36,9 %) y el alcoholismo en 17 (14,2 %). En 23 casos (19,3 %) no se pudo precisar el posible factor etiológico de la enfermedad, por lo que se clasificaron como de causa desconocida o criptogénica. La inmensa mayoría de los pacientes

se encontraban en la fase compensada de la enfermedad, donde la astenia, el cansancio y la pérdida de peso son los síntomas iniciales. La Ascitis fue la complicación más frecuentemente observada (31,9 %) y el 41,1 % de los pacientes presentaban una Insuficiencia Hepática Moderada (Child-Pugh clase B) al momento del diagnóstico.

En Ecuador, el estudio realizado y publicado por Toledo Solano VC (13), titulado; ***Estudio de los pacientes con Cirrosis Hepática ingresados a tratamiento médico al Servicio de Medicina Interna en el Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el período junio – diciembre 2010*** (2011). De los 30 casos estudiados, se encontró 24 pacientes equivalente al 80 % en la edad comprendida entre 20 a 40 años y el 96,6 % corresponde al género masculino y un paciente es del género femenino correspondiente al 3,3 %; 28 pacientes equivalente al 93,3 % que refieren ingesta de alcohol, un paciente correspondiente al 3,3 % presentó como antecedente la ingesta de fármacos antiepilépticos de forma prolongada, y un caso (3,3 %), que corresponde a la mujer fue diagnosticado de Hepatitis B hace 25 años.

## En el ámbito nacional

En Lima, Mauricio Durand F (14), realizó su trabajo de investigación titulado; ***Principales factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central*** (2016). Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo de tipo observacional, analítico y diseño caso control retrospectivo de 100 pacientes atendidos con diagnóstico de Cirrosis Hepática, y 100 controles con características clínico epidemiológico similar. Se encontró que la ingesta de alcohol presento un 18,2 % en cuanto al Hepatitis B un 18,6 % y Hepatitis C un 25 % constituyendo así los principales factores de riesgo.

En la ciudad de Lima, Matos Santiváñez SP (15), realizó su trabajo de investigación titulado; ***Características Clínicas Epidemiológicas en pacientes con Cirrosis Hepática en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante el periodo 2013-2016*** (2017), fue un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se tomó todo el universo de 72 historias clínicas de pacientes con Cirrosis Hepática. El 59,72 % fueron mujeres. La etiología más frecuente de Cirrosis Hepática fue la

Cirrosis Biliar Primaria (26,39 %) y en segundo lugar la ingesta de alcohol (18,06 %). El 61,11 % tuvo alguna hospitalización previa, siendo las infecciones (45,45 %) la causa más frecuente de hospitalización, seguida de la Ascitis (18,18 %), Encefalopatía (15,91 %) y HDA (13,64 %). La infección de mayor frecuencia fue la Infección del Tracto Urinario (75 %). Cuando se evaluó el score de Child- Pugh el 51,39 % se encontró en estadio A y según el score de MELD, la severidad de la enfermedad hepática se encontró que el 45,83 % tenía un puntaje entre 10 - 18 puntos. Las comorbilidades más frecuentes que presentó la población fue: HTA (59,72 %) y DM2 (41,67 %).

En otro estudio similar, Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E (1), publicaron su trabajo titulado; ***Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud*** (2007), en este estudio se encontró que entre 475 pacientes hospitalizados por cirrosis hepática el 45,1 % correspondía al género femenino, y la edad promedio fue 63,4 años, entre ellos la causa más frecuente de cirrosis fue el consumo de alcohol con un 28 %, Hepatitis B crónica con un 15,2 %, y Hepatitis C crónica con un 11,8 %.

Beltrán Jara AE, Neciosup Puican E (4), publicaron su trabajo titulado; ***Factores de riesgo para Cirrosis Hepática en la población adulta de la Red Asistencial EsSalud Lambayeque*** (2011), que tuvo como objetivo principal determinar los principales factores de riesgo asociados a la Cirrosis Hepática, como resultado el principal factor de riesgo entre un grupo de 140 pacientes diagnosticados con Cirrosis Hepática fue el alcoholismo, seguido por Hepatitis B, y finalmente la Diabetes Mellitus tipo II.

#### **En el ámbito local**

A nivel de la región de Tacna, Arocutipa G (8), realizó el trabajo titulado; ***Incidencias y Características clínicas epidemiológicas de la Cirrosis Hepática en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2013-2016*** (2017), se incluyeron 95 pacientes hospitalizados y se obtuvo que la mayoría de pacientes tenían menos de 80 años, con predominio de género masculino, la obesidad representa 50,5 %, la etiología y complicación más frecuente de la Cirrosis Hepática fue el alcoholismo con 51,6 %, ascitis con 63,2 % y encefalopatía con 41,1 %.

Álvarez cárdenas DF (16), en su tesis titulado; ***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*** (2009), busco las causas más frecuentes de Cirrosis Hepática y estas fueron Hepatitis C crónica (25,5 %), consumo crónico de alcohol (21,6 %) y Hepatitis B crónica (15,7 %).

## **2.2. Bases teóricas**

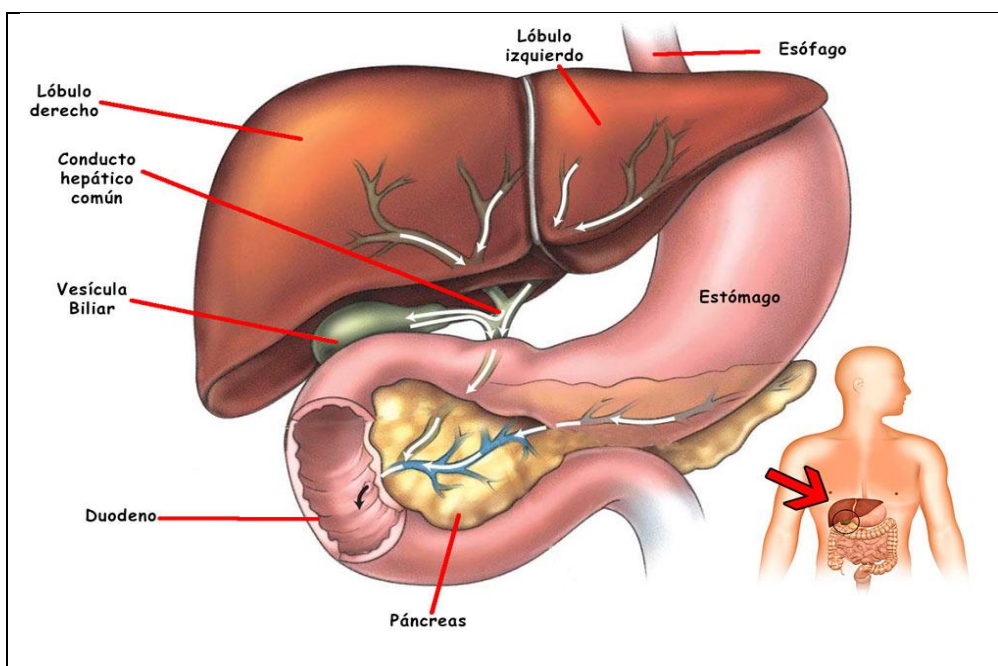
### **2.2.1. Cirrosis Hepática**

Representa el estadio final de muchas enfermedades crónicas del hígado y se asocia directa o indirectamente con múltiples factores predisponente, con independencia de su etiología, sobre todo en los estadios avanzados. Su origen es multifactorial, pudiendo señalarse dos factores que contribuyen a ella: El alcoholismo y las infecciones víricas, como consecuencia de un daño acumulado en el hígado, habitualmente durante varios años (17).

La Cirrosis Hepática se caracteriza por la acumulación de fibrosis (“cicatrices”) en el tejido hepático, estas cicatrices reemplazan lentamente al tejido del hígado normal o sano, lo que causa la disminución progresiva del flujo sanguíneo que atraviesa el órgano. A medida que se pierde el tejido normal del hígado, los nutrientes, las hormonas, las drogas y las sustancias tóxicas no son procesados eficientemente por el hígado. Además, se inhibe la producción de proteínas y de otras sustancias producidas por el hígado, ocasionando serias complicaciones en la salud (18).

## El hígado

Es el órgano glandular más grande de todo el organismo y está ubicado en la zona superior del abdomen en el lado derecho, por debajo de las costillas y pesa aproximadamente 1500 g. Un hígado normal es de contorno liso y elástico, está conectado directamente al intestino delgado por medio del conducto biliar, el cual transporta la bilis que se produce en el hígado hacia el intestino delgado donde es utilizada para la digestión (17).



**Figura 1.** Estructura del hígado.

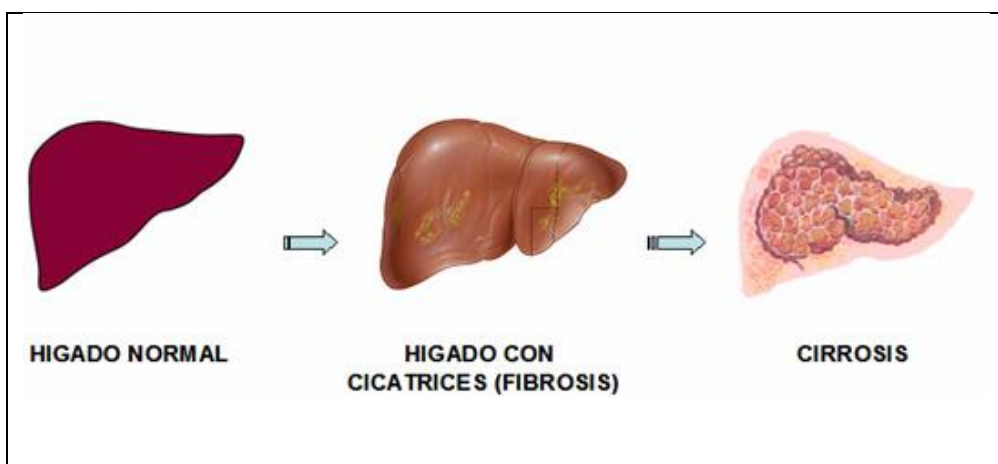
**Fuente:** Gonderen PB. EXCRECIÓN BILIAR; Feb. 2016. <http://faqfak.blogspot.pe/2016/02/excrecion-biliar-y-fecal-de-los-farmacos.html>

**Realiza innumerables funciones tan importantes como esenciales para la vida, entre las que podemos mencionar:**

- a) Elimina las bacterias y virus, contribuyendo al control de las infecciones, así como de la presencia de partículas extrañas en el organismo.
- b) Depura las sustancias tóxicas que circulan por nuestra sangre.
- c) Almacena y libera la glucosa, regulando el metabolismo energético del cuerpo.
- d) Síntesis de las proteínas que actúan fuera del hígado, como por ejemplo, en la coagulación.
- e) Procesa los nutrientes, hormonas, medicinas y otros productos metabólicos.
- f) Produce la bilis, esencial para la digestión, fundamentalmente de las grasas (17).

Sin embargo, algunas enfermedades crónicas, el abuso de alcohol, los traumatismos, ciertas toxinas u otros factores pueden inflamarlo y dañar su estructura y tejido hasta acabar causando una Cirrosis Hepática (19).

Es fundamental recordar la importancia de la valoración del grado de función Hepática en los pacientes Cirróticos mediante la Clasificación de Child-Pugh. Es un sistema de estatificación usado para evaluar el pronóstico de la enfermedad (6).



**Figura 2.** Procesos de daño hepático.

**Fuente:** García B, Gonzales M, Moreno O. *Cirrosis Hepática*. Universidad de Alcalá; Madrid 2012.

### 2.2.1.1. Epidemiología

En los países desarrollados la Hepatitis alcohólica, la esteatohepatitis no alcohólica y la Hepatitis C siguen siendo las principales causas de Cirrosis; mientras que en países en vías de desarrollo, la Hepatitis alcohólica, Hepatitis B y la esteatosis hepática no alcohólica son las principales causas para contraer cirrosis. Se atribuye que el 90 % de las causas de Cirrosis Hepática en países

occidentales son por el abuso de alcohol y por enfermedad por hígado graso no alcohólico (10).

## **2.2.2. Etiología y factores de riesgo**

### **2.2.2.1. Cirrosis Alcohólica**

Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo de alcohol causa más muertes en hombres que en mujeres, entre muertes por accidente, cáncer de esófago, cáncer hepático, epilepsia, homicidios, y un 50 % de muertes por Cirrosis (14).

A nivel mundial la primera causa de Cirrosis Hepática es el consumo crónico de alcohol o etanol durante un tiempo prolongado entre 5 y 10 años puede llegar a provocar cirrosis, aunque no todas las personas alcohólicas la desarrollan y las cantidades de consumo de riesgo varían en hombres y en mujeres.

El consumo crónico de alcohol es la causa de 3,3 millones de muertes alrededor del mundo, que corresponde al 5,9 % del total anual, siendo 7,6 % en varones y 4,0 % en mujeres; asimismo, es uno de los factores de riesgo con mayor morbilidad y mortalidad en

enfermedad general. Adicionalmente, se le atribuye el 5,1 % de la carga global e invalidez (20).

Los signos más representativos de la Cirrosis Hepática son la Ictericia, Ascitis, angiomas, Eritema Palmar, esplenomegalia, temblor y aumento en el tamaño de las glándulas parótidas. Un signo característico, pero no específico de la cirrosis, es la contractura de Dupuytren que se presenta en pacientes alcohólicos y se debe a la fibrosis en la fascia palmar, originando flexión de los dedos. Esto se debe principalmente al efecto tóxico que causa el alcohol en esta región del cuerpo (10).

#### **2.2.2.2. Enfermedades Hepáticas**

##### **A) Hepatitis B**

Según la OMS, es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la Hepatitis B (VHB). Constituye un importante problema de salud a nivel mundial. Puede causar hepatopatía crónica y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático (21).

La máxima prevalencia de la Hepatitis B se registra en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental y de África, en las que el 6,2 % y el 6,1 % de la población adulta, respectivamente, están infectadas. El 2015, la Hepatitis B ocasionó 887 000 muertes, la gran mayoría debido a sus complicaciones (incluida la cirrosis y el carcinoma hepatocelular) (21).

### **Síntomas**

La mayor parte de los afectados pueden experimentar síntomas como: coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia), orina oscura, fiebre, pérdida de apetito, fatiga extrema, náuseas, vómitos y dolor abdominal (22).

### **Tratamiento**

No hay un tratamiento específico contra la **Hepatitis B Aguda**. Por tanto, la atención se centra en mantener el bienestar y un equilibrio nutricional adecuado, especialmente la reposición de los líquidos perdidos por los vómitos y la diarrea (21). El tratamiento de la **Hepatitis B Crónica** es posible sólo en partes, según la OMS recomienda la administración de tratamientos orales (Tenofovir o

Entecavir) porque son los fármacos más potentes para suprimir el virus de la Hepatitis B (21).

### **Prevención**

La vacuna contra la Hepatitis B es el principal pilar de la prevención de esa enfermedad. La OMS recomienda que se administre a todos los lactantes lo antes posible tras el nacimiento, preferentemente en las primeras 24 horas. La baja incidencia actual de infección crónica por el VHB en menores de 5 años es atribuible al uso generalizado de la vacuna contra la Hepatitis B (21).

### **B) Hepatitis C**

Es una infección causada por el virus de la Hepatitis C (VHC), es una de las causas más comunes de Hepatitis Crónica en el mundo y solo menos frecuente que la alcohólica. Así como la Hepatitis B Crónica, la Hepatitis C presenta sintomatología silenciosa o mínima y solo se presenta cuando el paciente ya está una fase avanzada de la enfermedad (10).

Se estima que hay en el mundo 71 millones de personas con infección crónica por el VHC. Un número considerable de esas

personas con infección crónica desarrollarán cirrosis o cáncer de hígado. Cada año mueren unas 399 000 personas debido a la Hepatitis C, sobre todo por cirrosis y carcinoma hepatocelular (23).

El VHC se transmite a través de la sangre, también al consumir drogas inyectables y compartir el material de inyección, en entornos sanitarios, debido a la reutilización o la esterilización inadecuada de equipo médico, especialmente jeringas y agujas, a través de transfusiones de sangre y por relaciones sexuales tipo oral ó sexo anal (23).

La Hepatitis C no se transmite a través de la leche materna, los alimentos o el agua, ni por contacto ocasional, por ejemplo, abrazos, besos y comidas o bebidas compartidas con una persona infectada (23).

### **Síntomas**

El período de incubación de la Hepatitis C puede variar de dos semanas a seis meses. Tras la infección inicial, aproximadamente un 80 % de los casos no presentan síntomas. Aquellos con sintomatología aguda pueden presentar fiebre, cansancio,

inapetencia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, orinas oscuras, heces claras, dolores articulares e ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos) (23).

### **Tratamiento**

El tratamiento de la Hepatitis C está cambiando rápidamente. El Sofosbuvir, el Daclatasvir y la combinación de Sofosbuvir/Ledipasvir forman parte de los tratamientos preferidos en las directrices de la OMS, y pueden lograr tasas de curación superiores al 95 % (23). En la actualidad no existe ninguna vacuna contra la Hepatitis C, pero la investigación en esa esfera continúa.

### **Prevención**

Como no hay vacunas para prevenir la infección por el VHC, la prevención depende de la reducción del riesgo de exposición al virus en el entorno sanitario, en los grupos de población de alto riesgo, como los consumidores de drogas inyectables, y en los contactos sexuales (23).

### **C) Hepatitis autoinmune**

Es la inflamación del hígado, sucede cuando las células inmunitarias confunden a las células normales del hígado con invasores dañinos y las atacan. El sistema inmunitario del cuerpo no puede establecer la diferencia entre tejido corporal sano y sustancias externas dañinas. El resultado es una respuesta inmunitaria que destruye los tejidos corporales normales (24).

La HAI es poco frecuente, puede afectar a todas las edades y a ambos género, pero es más frecuente en género femenino en un 70 % entre los 10 y 50 años. En más del 40 % de los casos, se presenta como un episodio de Hepatitis Aguda, incluso como Hepatitis Fulminante, y esto suele suceder más en la edad infantil o joven (25).

#### **Síntomas**

Los posibles síntomas son malestar, cansancio, falta de apetito, Ictericia y alteraciones en la menstruación. Otras veces no produce síntomas o únicamente sensación de cansancio, y se descubre la enfermedad por la presencia de transaminasas elevadas (25).

## **Tratamiento**

El tratamiento de la HAI consiste en la administración de fármacos inmunosupresores ya sea con Prednisona sola o en combinación con Azatioprina. Normalmente se inicia el tratamiento con 60 mg/día de Prednisona o bien a dosis de 30 mg/día de Prednisona al día junto con 50 - 100 mg/día de Azatioprina (26). Si no responden al tratamiento o presentan efectos secundarios, deben ser tratados con otros fármacos inmunosupresores (Micofenolato Mofetil, Ciclosporina, tacrolimus, 6-mercaptopurina) (25).

### **2.2.2.3. Hígado graso por Alimentación**

El hígado graso por alimentación o también conocida como hígado graso no alcohólico (HGNA) es una enfermedad del hígado caracterizada por acumulación de ácidos grasos y triglicéridos en las células hepáticas. Generalmente excede del 5 - 10 % del peso total del órgano, sin que la causa sea el consumo crónico de alcohol (27). Se debe a múltiples factores de riesgo como sobrepeso, obesidad central, dislipidemia, resistencia a la insulina y Diabetes Mellitus tipo II; todos ellos asociados conceptualmente con el Síndrome Metabólico, el que podría provocar complicaciones tanto hepáticas como cardiovasculares (28).

La alta prevalencia actual de obesidad y Diabetes Mellitus así como el progreso en el manejo de las hepatitis virales, ha llevado al HGNA a ser un problema clínico muy relevante. Hoy en día es la causa principal de enfermedad hepática crónica en países desarrollados e indicación de trasplante hepático (28).

### **Alimentos tóxicos para el hígado**

Una dieta poco saludable favorece el desarrollo de enfermedades hepáticas como hepatitis, cirrosis, hígado graso y cáncer. Algunos de los alimentos que dañan el funcionamiento del hígado son:

- 1. Alimentos ricos en colesterol.** Tienen un alto riesgo de generar enfermedades hepáticas como las carnes rojas, camarones y la yema de huevo. Se recomienda disminuir la ingesta de productos animales o cambiarla por vegetales, frutas y granos integrales.
- 2. Alimentos grasos.** La American Liver Foundation asegura que este tipo de productos tienen muchas calorías y aumentan los niveles de triglicéridos lo que daña directamente al hígado. Reduce el consumo de manteca de cerdo, mantequilla, crema, piel de pollo, aderezos cremosos y mayonesa.

- 3. Carbohidratos y comida rápida.** Es una mezcla de sodio y calorías, por lo que su consumo excesivo genera una acumulación de grasa en el hígado, lo que contribuye al daño hepático.
- 4. Azúcar.** La ingesta de los refrescos, dulces, jarabe de maíz y postres son un factor de riesgo para detonar las enfermedades hepáticas como la fibrosis.
- 5. Proteínas.** Los especialistas aseguran que las dietas altas en proteínas aumentan el funcionamiento del hígado porque debe eliminar las toxinas que se forman cuando la proteína se digiere, lo que favorece el desarrollo de cirrosis o cáncer de hígado.
- 6. Sal.** El consumo en exceso aumenta la presión arterial y aumenta el riesgo de padecer hígado graso. Lee las etiquetas de los productos para revisar la cantidad de sodio y reduce el consumo de alimentos procesados como el tocino y las salchichas (28).

### **Síntomas**

Los síntomas del HGNA por regla general suelen ser dolor en la parte superior derecha del abdomen, malestar general, fatiga crónica, y sensación de pesadez, en especial después de las comidas.

## **Tratamiento**

A pesar de que no existe un tratamiento definitivo para el HGNA, se recomienda bajar de peso corporal y seguir una alimentación sana y saludable, rica en frutas y verduras.

No hay medicamentos aprobados para tratar el HGNA. Sin embargo estudios recientes han encontrado que algunos medicamentos, como la Pioglitazona y la Metformina, han demostrado ser útil para disminuir las transaminasas y las grasas en el hígado. Sobre todo en personas que no tienen diabetes (29) (30).

### **2.2.2.4. Cirrosis Biliar Primaria**

Es una enfermedad crónica del hígado, de etiología desconocida que afecta predominantemente a mujeres de edad media, caracterizada por una inflamación y destrucción progresiva de los conductos biliares, y que da lugar a un cuadro clínico de colestasis (31).

Los conductos biliares son tubos por los cuales la bilis pasa del hígado al intestino delgado. Cuando los conductos biliares se hinchan o inflaman, esto bloquea el flujo de bilis. La acumulación de

bilis daña las células del hígado y conduce a la cicatrización del hígado, llamada cirrosis (32).

### **Síntomas**

Más de la mitad de los pacientes no tiene ningún síntoma al momento del diagnóstico. Los síntomas generalmente aparecen de manera gradual y pueden abarcar: Dolor abdominal, hepatomegalia, fatiga, depósitos de grasa debajo de la piel, deposiciones grasosas, prurito, ictericia y manchas amarillas y suaves en el párpado (33).

### **Tratamiento**

La Colestiramina (o Colestipol) puede reducir el prurito. El ácido ursodeoxicólico también puede mejorar la eliminación de bilis del torrente sanguíneo y mejorar la supervivencia de los pacientes con CBP después de haberlo tomado durante 4 años (33).

#### **2.2.2.5. Hepatitis producida por medicamentos**

La Hepatitis Medicamentosa (HM) es un enrojecimiento e hinchazón (inflamación) del hígado debido a una cantidad dañina (tóxica) de ciertos medicamentos. La HM es poco frecuente, se desarrolla generalmente por el uso inadecuado del medicamento.

Las dosis grandes de medicamentos pueden dañar un hígado normal (34).

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) se esfuerza por prevenir los daños hepáticos ocasionados por los medicamentos (35). Los analgésicos y los antipiréticos que contienen Paracetamol son una causa frecuente de daño hepático, sobre todo cuando se consumen en dosis mayores. Las personas que beben alcohol de manera excesiva son más propensas a presentar este problema (36).

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el Ibuprofeno, Diclofenaco, Naproxeno y en muchos casos por reacciones adversas a medicamentos son responsables de una mayor proporción de casos de lesión hepática (36).

**Tabla 2.** Principales fármacos y sustancias potencialmente hepatotóxicos.

<b>GRUPOS</b>	<b>MEDICAMENTOS HEPATOTÓXICOS</b>
Analgésicos	Paracetamol, Ácido acetil salicílico, Halotano
Antituberculosos	Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida.
Antibióticos	Amoxicilina-clavulánico, Tetraciclinas, Eritromicina, Sulfamidas, Minociclinas.
Antifúngicos	Ketoconazol, Fluconazol.
Antiepilépticos y fármacos neurológicos	Ac. Valproico, Carbamazepina, Imipramina, Haloperidol, Permolina.
Antineoplásicos e inmunosupresores	Azatioprina, Ciclosporina, metotrexato, 6-mercaptopurina, L-asparagina, nitroureas, arabinoides de citosina.
Otras sustancias de empleo frecuente	Anfetaminas, anticonceptivos orales, ácido retinoico, antihipertensivos y antiaritmicos.
Toxinas naturales y venenos	Amanita phalloides, setas venenosas, alcohol, fósforo, hierbas medicinales, disolventes, etc.

**Fuente:** Marugán JM; Torres MC. Hepatitis aguda: 19(3). Abril (2015).

### **Síntomas**

Estos pueden variar de una persona a otra. Pueden incluir, por ejemplo dolor abdominal, cansancio y debilidad, fiebre, náuseas, vómito, falta de apetito, orina oscura, heces pálidas o de color arcilloso, coloración amarillenta de la piel y ojos (ictericia).

## **Prevención**

Cuando se utilizan algunos medicamentos que pueden dañar el hígado (como las estatinas) es recomendable hacer análisis de sangre periódicos para controlar los niveles de enzimas hepáticas, lo que permite detectar los problemas a tiempo y puede ayudar a prevenir el daño hepático (37).

## **Tratamiento**

- Retirar la sustancia tóxica.
- Administración del antídoto, si existe y está disponible.
- En algunas ocasiones, trasplante de hígado.

Por lo general, suspender el tratamiento del fármaco causante permitirá la recuperación del paciente. Sólo se dispone de antídotos para pocos medicamentos, por ejemplo, la Acetilcisteína frente a una sobredosis de Paracetamol. Si la lesión es grave la persona se deriva al especialista, y puede llegar a ser necesario un trasplante de hígado (37).

### **2.2.2.6. Otras patologías que producen cirrosis hepática**

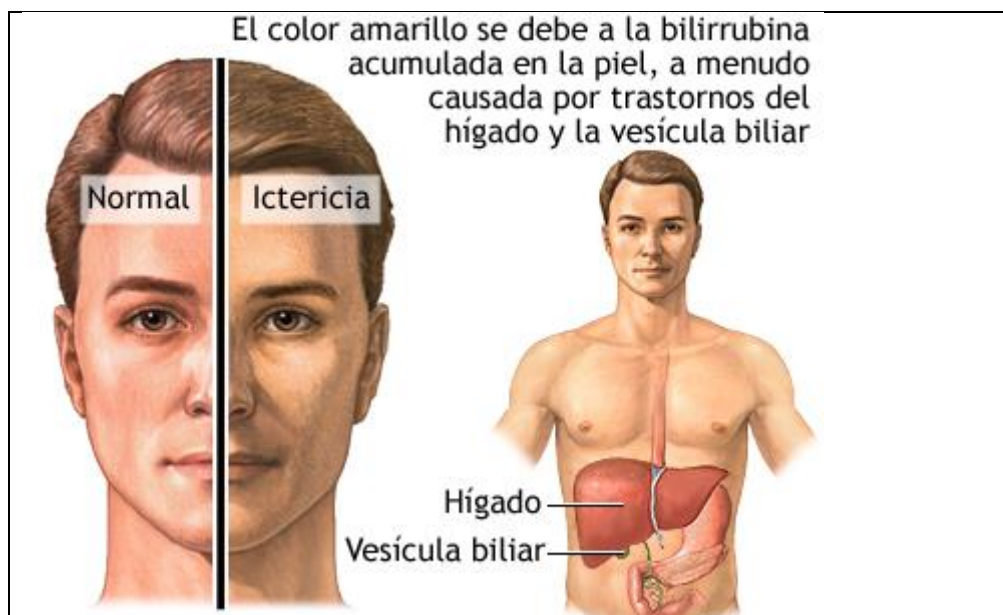
Otras patologías menos comunes que pueden causar lesión hepática, llegando al estadio final de cirrosis, son: la

hemocromatosis, enfermedad de Wilson, deficiencia de antitripsina y fibrosis cística (10).

### 2.2.3. Complicaciones de la cirrosis hepática

#### 2.2.3.1. Ictericia

Se define como la coloración amarillenta de la piel, las escleras y las mucosas, como consecuencia de una elevación anormal en la concentración sérica de bilirrubina (38).



**Figura 3.** Ictericia.

**Fuente:** Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. MedlinePlus sitio web. [Online].; 2017 [cited 15 Feb 2018].

La Ictericia no es una enfermedad en sí misma, sino que es un signo de alarma. Generalmente es uno de los signos más clásicos de las enfermedades del hígado y se manifiesta cuando la bilirrubina en la sangre aumenta sobre 2 a 3 mg/dL (el valor normal es inferior a uno) (17).

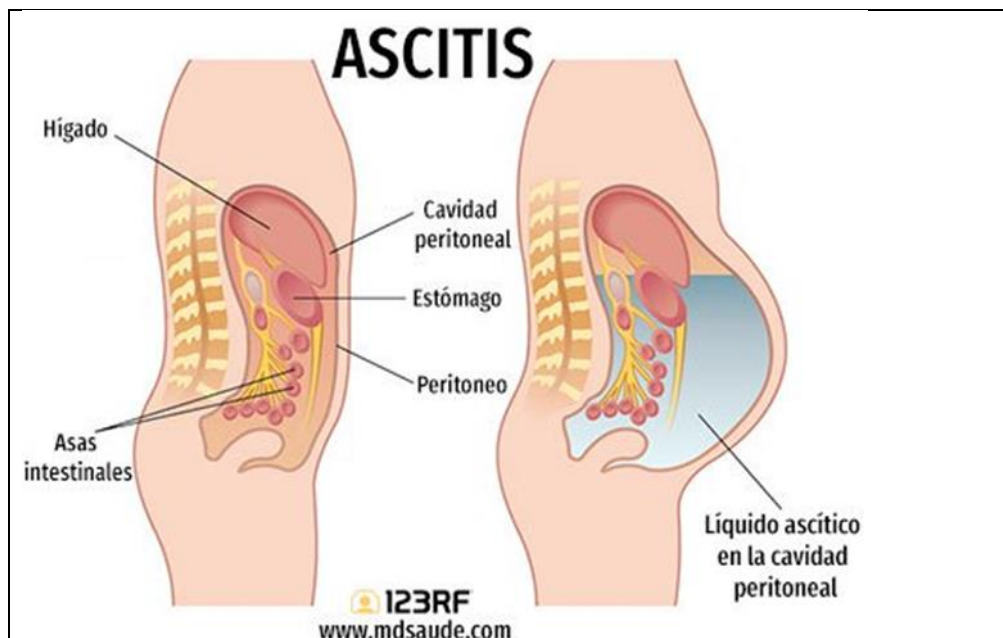
La bilirrubina es una sustancia química de color amarillo que contiene la hemoglobina, sustancia que transporta el oxígeno en los glóbulos rojos. A medida que los glóbulos rojos se degradan, el cuerpo desarrolla nuevas células para sustituirlos. Si el hígado no puede manejar las células sanguíneas a medida que se degradan, se acumula bilirrubina en el organismo y la piel (39).

La Ictericia puede presentarse por varios motivos, tales como:

- ❖ Enfermedades de la sangre.
- ❖ Síndromes genéticos.
- ❖ Enfermedades hepáticas, tales como la hepatitis o la cirrosis.
- ❖ Obstrucción de los conductos biliares.
- ❖ Infecciones.
- ❖ Medicamentos.

### 2.2.3.2. Ascitis

Consiste en la acumulación de líquido o trasudado en la cavidad abdominal. Este trasudado puede desencadenar múltiples daños en el organismo, que van desde infecciones hasta insuficiencia cardíaca (17). La cirrosis es la causante del 80 % de los casos de ascitis siendo esta una de sus más grandes complicaciones, la cual se presenta en un 60 % de individuos cirróticos en los primeros 10 años del transcurso de la enfermedad y representa una mortalidad del 50 % en 5 años (40).



**Figura 4.** Ascitis.

**Fuente:** Pinheiro P. ASCITIS – SÍNTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO. Sitio web mdsaude.com desde 2008.

El desarrollo de ascitis siempre requiere una evaluación médica. Exámenes adicionales incluyen una ecografía abdominal (con Doppler de la vena porta para evaluar su permeabilidad), exámenes de sangre (función renal, electrolitos, albúmina, etc). En ocasiones es necesario obtener una muestra de líquido ascítico mediante una punción con una aguja (17).

### **Tratamiento de la ascitis**

Los medicamentos de primera línea usados en la ascitis son diuréticos: Espironolactona, Furosemida y Amilorida (41).

#### **2.2.3.3. Peritonitis Bacteriana Espontanea**

Es una complicación frecuente de la cirrosis y se define como “la infección del líquido ascítico en ausencia de foco infeccioso intraperitoneal o de los tejidos adyacentes que ocurre en presencia de cirrosis o fallo hepático fulminante”. Se presenta en aproximadamente el 30 % de pacientes cirróticos que desarrollan ascitis y tiene una mortalidad del 25 %. Esta complicación es más frecuente en pacientes con ascitis por hepatopatía crónica que por otras causas (40).

## **Patogenia**

Más de 40 % de los casos de PBE se asocian a bacteriemia y los hemocultivos deben ser solicitados de rigor cada vez que se sospecha esta condición. Los microorganismos más frecuentes asociados a PBE corresponden a *Escherichia coli* entre otras bacterias gastrointestinales gram negativas, seguidas por algunas bacterias gram positivas como el *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus* y enterococos (40).

## **Diagnóstico**

Las manifestaciones clínicas pueden estar presentes o no y son fiebre, cambios del estado mental, malestar y dolor abdominal. El cultivo del líquido ascítico es indispensable con lo que confirma el diagnóstico de PBE en el 70 % de los individuos (40).

## **Tratamiento**

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 Norfloxacin y Ciprofloxacina (40) (42).

#### **2.2.3.4. Encefalopatía Hepática**

Es un síndrome neuropsiquiátrico complejo que se observa con gran frecuencia en el paciente con enfermedades agudas y crónicas del hígado. Se caracteriza por un amplio rango de síntomas que van desde alteraciones mínimas de la función cerebral hasta el coma profundo, se acepta que la causa fundamental de la alteración es el aumento de la tasa de amoníaco en sangre, procedente de la digestión de las proteínas, insuficientemente depurado debido a la disfunción hepatocelular y a las conexiones portosistémicas en el caso de la cirrosis hepática (43).

#### **Diagnóstico**

El diagnóstico es básicamente clínico y se debe sospechar en todo paciente cirrótico que presente cualquier alteración del comportamiento, conciencia o funciones motoras. A la vez se debe descartar otras enfermedades neurológicas que pueden ocasionar manifestaciones similares (40).

### **Tipos de Encefalopatía Hepática**

Según María Luisa García Buey, especialista en medicina Digestiva y responsable de la Unidad de Hepatología del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid, se clasifica en tres tipos según su origen: Causada por fallo hepático, causado por shunt portosistémico (es un vaso anómalo que no permite el paso de la sangre por el hígado para ser filtrada) y causada por cirrosis. En esta revisión se tratará fundamentalmente sobre la Encefalopatía Hepática tipo C o asociada con cirrosis hepática (44).

**Tabla 3.** Encefalopatía hepática asociada a cirrosis hepática o tipo C

TIPO	DESCRIPCIÓN
EPISÓDICA	Precipitada: con factor descompensante Espontánea: sin factor descompensante Recurrente: dos episodios dentro de un año
PERSISTENTE	Defectos cognitivos que impactan negativamente en su funcionamiento social y ocupacional. ✓ Leve: Encefalopatía Hepática grado I ✓ Severa: Encefalopatía Hepática grado II-IV
MÍNIMA	No tiene síntomas clínicamente reconocibles de disfunción cerebral.

**Fuente:** Bustios C. Hepatic Encephalopathy. Acta Med per 2017; 24(1):40-46.

## **Tratamiento**

El tratamiento se basa en la administración de disacáridos y antibióticos con objeto de modificar la flora intestinal ya que estas producen amonio, aunque su efecto real no ha sido establecido (45).

Se utiliza Neomicina y Metronidazol fármacos que pueden ocasionar efectos secundarios como insuficiencia renal y ototoxicidad en el caso del primero y neuropatía periférica con el segundo. A todo este manejo se le puede agregar zinc y una dieta rica en fibra ya que ha demostrado ser útil en pacientes con EH (40).

### **2.2.3.5. Hemorragia Digestiva por Varices Esofágico**

Es una de las principales complicaciones de los pacientes cirróticos con Hipertensión Portal. Constituyen la complicación de mayor relevancia clínica de la cirrosis ya que su ruptura lleva a la hemorragia variceal, la complicación letal más común de la cirrosis. Ya desde el momento del diagnóstico, las várices están presentes en el 40 % de los pacientes compensados asintomáticos (46).

La incidencia global del sangrado digestivo en los países occidentales varía de 50 a 170 por cada 100 000 habitantes.

Tradicionalmente se ha dividido según su lugar de origen en alto y bajo (proximal o distal al ángulo de Treitz) y según su etiología, como aquel de origen varicoso y no varicoso, con tratamiento y pronóstico diferentes (47).

La hemorragia variceal presentaba históricamente una alta mortalidad (30 % por episodio) y que aumentaba según el grado del Child del paciente (Child A 10 %; Child C 50 - 70 %). Actualmente esta mortalidad ha descendido a alrededor de 16 % probablemente por la generalización del uso de fármacos vasoactivos, antibióticos y cuidados intensivos (48).

### **Tratamiento**

Los beta bloqueadores no cardioselectivos han demostrado ser eficaces en la prevención de la primera hemorragia por varices en la cirrosis y son, en la actualidad, el único tratamiento aceptado en pacientes con varices que nunca han sangrado (49).

#### **2.2.3.6. Infecciones**

Las infecciones bacterianas son uno de los problemas clínicos más importantes en los pacientes con cirrosis. Están presentes al

momento del ingreso al hospital o se desarrollan durante la internación en 20 - 60 % de los pacientes. A su vez, constituyen una causa frecuente de muerte. Las causas más frecuentes de infección son las peritonitis bacterianas espontáneas (PBE), las infecciones urinarias y las neumonías (50).

Las infecciones en pacientes con Cirrosis Hepática constituyen una importante causa de descompensación clínica, hospitalización y muerte. Estas infecciones incluyen microorganismos bacterianos o virales, ocasionalmente fúngicos y rara vez parasitarios. Los gérmenes responsables habituales son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, aunque las enterobacterias y los anaerobios también pueden complicar estas infecciones (50) (16).

### **Tratamiento**

Recientemente la Ceftriaxona EV mostró ser superior a Norfloxacin oral en la prevención de las infecciones en un grupo seleccionado de pacientes cirróticos con enfermedad descompensada o hemorragia severa (49).

## **2.2.4. Tipos de diagnóstico**

### **2.2.4.1. Exámenes físicos**

En esta etapa el hígado puede estar aumentado de tamaño y ser palpable, al progresar la cirrosis, el hígado disminuye de tamaño y se acompaña de esplenomegalia, con los consiguientes signos de Hipertensión Portal (Ascitis, edema y circulación colateral) (51).

### **2.2.4.2. Ecografía Hepática**

Se recomienda la realización de una ecografía Doppler abdominal. Esta prueba permite valorar la morfología hepática como: tamaño del hígado, aumento del bazo, dilatación de venas que entran y salen del hígado entre otras como la Ascitis (51).

### **2.2.4.3. Exámenes de Laboratorio**

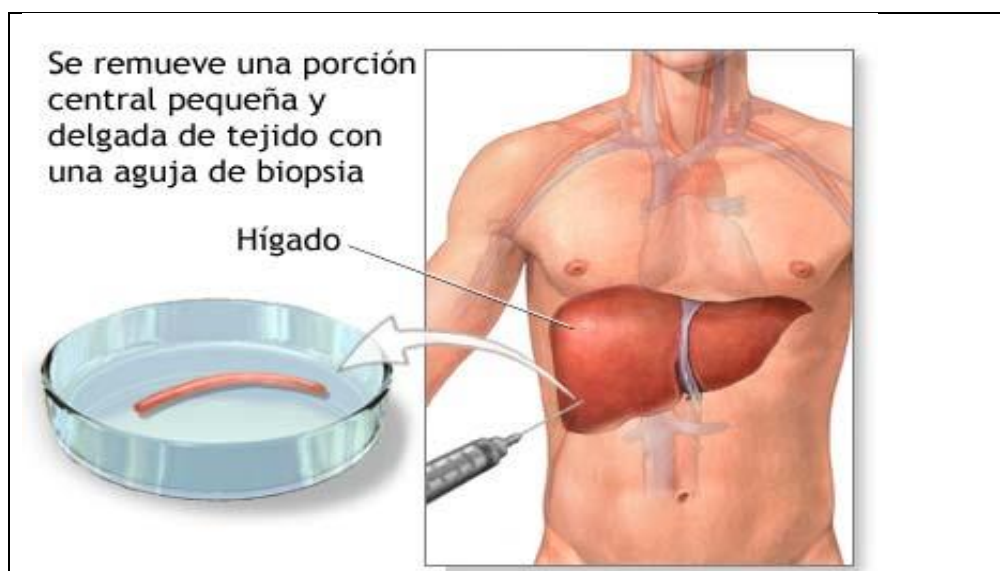
- 1. Función hepática.** Consiste en analizar la sangre para detectar la presencia de daño hepático. Tales como pruebas de coagulación, la cantidad de proteínas, bilirrubina, enzimas del hígado (transaminasas) y de amoníaco en sangre (52).

**2. Función renal.** Se analiza la sangre en busca de creatinina debido a que la función hepática puede disminuir en las etapas finales.

**3. Análisis de Hepatitis B y C.** Se analiza la sangre en busca de virus de Hepatitis.

#### 2.2.4.4. Biopsia Hepática

Nos permite conocer el grado de afectación o fibrosis del hígado. La prueba consiste en coger un trozo de hígado para luego mirar por el microscopio (52).



**Figura 5.** Imagen de biopsia de hígado.

**Fuente:** Linda J, George F. Longstreth, MD, Departamento de Gastroenterología (Aparato Digestivo). También revisado por David Zieve, MD, MHA, Director Médico ADAM, Inc. California 2011.

#### **2.2.4.5. Otros exámenes**

Las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, endoscopia y algunos exámenes de sangre como: anemia de causa multifactorial, fosfatasa alcalina, leucopenia, entre otros son de utilidad para tener un diagnóstico acertado que permitan un diagnóstico seguro y fácil en pacientes que padecen de este mal.

#### **2.2.5. Escala Child-Pugh**

Es un sistema de estadificación usado para evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica, principalmente la cirrosis. Aunque originalmente se usó para predecir la probable mortalidad asociada a la cirugía, se usa ahora para determinar el pronóstico, así como la necesidad de un trasplante de hígado (53).

La escala de Child-Pugh emplea cinco criterios clínicos de la enfermedad hepática, cada criterio medido del 1 - 3, siendo el número 3 el que indica el daño más severo (53).

**Tabla 4.** Clasificación pronóstico de la hepatopatía

Parámetros	Puntos asignados		
	1	2	3
<b>Ascitis</b>	Ausente	Leve	Moderada
<b>Bilirrubina mg/dl</b>	< 2	2 - 3	>3
<b>Albumina g/dl</b>	> 3,5	2,8 - 3,5	<2,8
<b>Tiempo de protrombina</b>	1 - 3	4 - 6	>6
<b>*INR</b>	< 1,8	1,8 - 2,3	>2,3
<b>Encefalopatía</b>	No	Grado 1 - 2	Grado 3 - 4

**Fuente:** Héctor M. Meijide Míguez, “Medicina Interna” 2 pág.

El daño hepático crónico secundario a cirrosis u otra enfermedad hepática, se clasifica en las clases A, B o C según Child-Pugh, usando la sumatoria de la puntuación de la escala (53).

**Tabla 5.** Severidad de la enfermedad hepática

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

**Fuente:** Héctor M. Meijide Míguez, “Medicina Interna” 2 pág.

Una puntuación de 5 - 6 se considerada grado A (enfermedad bien compensada); 7 - 9 es grado B (compromiso funcional significativo); y 10 - 15 es grado C (enfermedad descompensada). Estos grados se correlacionan con una sobrevida del paciente al año y a los 2 años.

#### **2.2.5.1. Criterios clínicos de la enfermedad hepática**

**Ascitis.** Consiste en la acumulación de líquido en la cavidad abdominal. Las causas de ascitis son muy variadas, desde infecciones hasta Insuficiencia Cardíaca. Sin embargo, la causa más frecuente es la Cirrosis Hepática (17).

**Bilirrubina.** Es un pigmento biliar que se encuentra en la bilis, formado a partir de la degradación de hemoglobina, cuya función principal ayuda en la digestión de los alimentos.

La unidad utilizada está representada en mg/dl y el valor normal es de (54):

$$BT = 0,0 - 1,0 \text{ mg/dl}$$

Donde:

BT = bilirrubina total

**Albumina.** Es una proteína sintetizada en el hígado cuya función principal es mantener el líquido dentro del torrente sanguíneo sin que se filtre a otros tejidos. La unidad utilizada está representada en g/dl y el valor normal es de (54):

3,1 – 4,3 g/dl

**Tiempo de protrombina.** También llamada índice internacional normalizado (INR), es un análisis de sangre que mide cuánto tarda en coagular la sangre. Se puede utilizar para verificar problemas de hemorragia. También se utiliza para comprobar si está funcionando un medicamento para prevenir coágulos de sangre (55) (56).

El rango normal para los resultados de Tiempo de protrombina es:

✓ 11 a 13,5 segundos

✓ INR de 0,8 a 1,1

**Encefalopatía hepática.** También conocida como encefalopatía de hígado o coma hepático, es la disfunción cerebral ocasionada por la incapacidad del hígado para eliminar toxinas del torrente sanguíneo.

## **2.2.6. Manejo de la Cirrosis Hepática**

### **2.2.6.1. Medidas generales**

- ❖ Dieta con un adecuado aporte de proteínas y calorías.
- ❖ Programa de ejercicio suave, caminatas o natación, supervisado si es posible por una fisioterapeuta.
- ❖ Vacunación contra el virus de la Hepatitis A, B, neumococo e influenza.
- ❖ Tratamiento adecuado según la etiología de la cirrosis con diuréticos,  $\beta$ -bloqueadores, hidratación, etc.
- ❖ Evitar el uso prolongado de analgésicos, AINEs y otras drogas hepatotóxicas.

### **2.2.6.2. Medidas específicas**

- ❖ En la cirrosis alcohólica es importante enfatizar en la abstinencia alcohólica, deben ser evaluados y tratados por psiquiatría.
- ❖ La cirrosis debida a Virus de la Hepatitis B debe instaurarse tratamiento antiviral (Tenofovir o Entecavir) (21).
- ❖ En Cirrosis Hepática por Virus de la Hepatitis C debe considerarse la administración de Sofosbuvir, Declatasvir y combinación de Sofosbuvir/Ledipasvir (23). La Dirección

General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) aprobó la comercialización del medicamento VIEKIRA PAK (Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir 75/12,5/50 mg mas Dasabuvir 250 mg Tabletas Recubiertas), que está indicado para el tratamiento de pacientes con el virus de la hepatitis C crónica (57).

- ❖ En la cirrosis por Hepatitis autoinmune consiste en la administración de fármacos corticoides e inmunosupresores (Prednisona, Azatioprina) solos o combinados.
- ❖ Pacientes con Cirrosis Biliar Primaria deben ser tratados con ácido ursodesoxicólico.
- ❖ En pacientes con Hígado Graso no Alcohólico no existe un tratamiento definido. Sin embargo la Pioglitazona y la Metformina, han demostrado ser útil para bajar los niveles de transaminasas y las grasas del hígado.
- ❖ En pacientes con Hepatitis por medicamentos se debe suspender la sustancia y luego administrar antídotos.

### **2.2.6.3. Seguimiento de los pacientes con cirrosis**

Los pacientes con cirrosis compensada requieren.

- ❖ Evaluaciones periódicas (2 - 3 veces al año).
- ❖ Ecografía abdominal cada 6 meses para detección precoz de hepatocarcinoma.
- ❖ Endoscopia digestiva alta para evaluación de várices esofágicas (51).

### **2.2.6.4. Trasplante de hígado**

En los casos más avanzados de Cirrosis Hepática, cuando el hígado deja de funcionar, un trasplante de hígado puede ser la única posibilidad de tratamiento.

### **2.3. Definición de términos**

➤ **Caso**

Aparición de una enfermedad de forma individual.

➤ **Cirrosis Hepática**

Degeneración del hígado caracterizada por la destrucción de células hepáticas y la sustitución de tejido fibroso.

➤ **Child Pugh**

Es un sistema de estadificación usado para evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica, principalmente la cirrosis.

➤ **Factores de Riesgo**

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad.

➤ **Incidencia**

Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

➤ **Morbilidad**

Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados

➤ **Mortalidad**

Ocurrencia de muerte

➤ **Prevalencia**

Es la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

➤ **Rango**

Es la diferencia entre el valor más alto y el más bajo de un conjunto de datos.

➤ **Tasa**

Indicador o medida compuesta por un numerador que expresa la frecuencia con que ocurre un suceso.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo, diseño y nivel de la Investigación**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

Aplicada, de carácter teórico, busca nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación.

##### **Según la intervención del investigador**

Es de tipo observacional, no habrá intervención alguna; solo se busca evaluar el problema de acuerdo a la ocurrencia de los hechos.

##### **Según la planificación de la toma de datos**

El estudio es tipo retrospectivo, no se registró la información en el momento que ocurren los hechos

##### **Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio**

El tipo de estudio será transversal, se estudiarán las variables en un solo momento

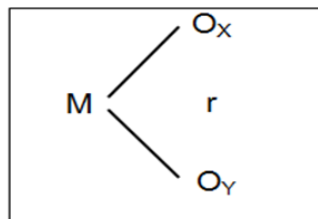
##### **Según el número de variables de interés**

Es analítico, un estudio en el que el análisis se establece relaciones entre las variables además tendrá dos variables.

### 3.1.2. Diseño de investigación

El diseño es no experimental de corte transversal, relacional, se recogió la información en un momento de tiempo, en un tiempo único, luego describir las características y analizar su incidencia e interrelación. El diseño de investigación fue el diseño relacional, tal como se muestra a continuación.

#### Esquema



Dónde:

M = pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

O<sub>x</sub>= variable 1: Factores de riesgo

O<sub>y</sub>= variable 2: Cirrosis Hepática

### 3.1.3. Nivel de investigación

Es relacional, por que actúan sobre dos variables, del cual se mide el grado de relación.

## **3.2. Población y muestra**

### **3.2.1. Población**

Está constituido por pacientes con Cirrosis Hepática hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo establecido (agosto a diciembre del 2017).

### **3.2.2. Muestra**

El tamaño de la muestra fue de 32 pacientes, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Vale decir que se trabajó con el total de los pacientes con diagnóstico de Cirrosis Hepática.

#### **Criterio de inclusión**

- ❖ Pacientes hospitalizados con diagnóstico de Cirrosis Hepática confirmado por examen clínico, laboratorio y ecografía.

#### **Criterio de exclusión**

- ❖ Pacientes con historia clínica incompleta.
- ❖ Pacientes con enfermedades del hígado diferentes a la Cirrosis Hepática.

### **3.3. Técnicas para la recolección de datos**

- ❖ La técnica documental; esta técnica permite estudiar y recoger información de las historias clínicas.

### **3.4. Materiales y/o instrumentos**

#### **3.4.1. Materiales**

Historias clínicas. Consignándose los datos sociodemográficos (edad, género, y etiología de la Cirrosis Hepática), así como factores de riesgo.

#### **3.4.2. Instrumentos**

Se utilizó como instrumento, una ficha de recolección de datos realizado por el autor. La ficha fue validada por tres expertos previo a su ejecución a través de un estudio piloto aplicada en 10 casos clínicos con los criterios de inclusión asignados para el estudio.

Clasificación modificada o escala Child-Pugh, permite evaluar el pronóstico de la enfermedad hepática se realizó de acuerdo al grado de Ascitis, las concentraciones plasmáticas de bilirrubina y albúmina, el tiempo de protrombina, y el grado de encefalopatía.

### **3.5. Procesamiento de datos**

#### **3.5.1 Análisis de datos**

En cuanto al análisis de datos se realizó de forma específica, teniendo como soporte los siguientes softwares informáticos y estadísticos.

**Microsoft Excel 2013 (Microsoft Office).** Se utilizó el programa Microsoft Excel para realizar tablas de distribuciones y gráficos estadísticos según los datos recolectados de las historias clínicas de pacientes con Cirrosis Hepática.

**Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.22.** Una vez recolectada la información se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos y la tabulación en el programa SPSS versión 22, utilizándose primero la prueba de  $\chi^2$  y luego para establecer asociación de variables y el cálculo del p valor con rho de Spearman.

#### **3.5.2 Análisis estadístico**

**Histograma.** Representación gráfica que permitió evaluar la distribución de nuestros datos en forma clara y ordenada.

**Tablas de frecuencia absoluta y relativa.** Contribuyeron a la presentación de los datos procesados y ordenados según sus categorías, niveles o clases correspondientes. Por otra parte permitió ordenar los datos de manera que se presentan numéricamente las características de la distribución de nuestros datos.

**Tablas de contingencia o tablas cruzadas.** Permitted visualizar la distribución de los datos según las categorías o niveles de los conjuntos de indicadores analizados simultáneamente.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

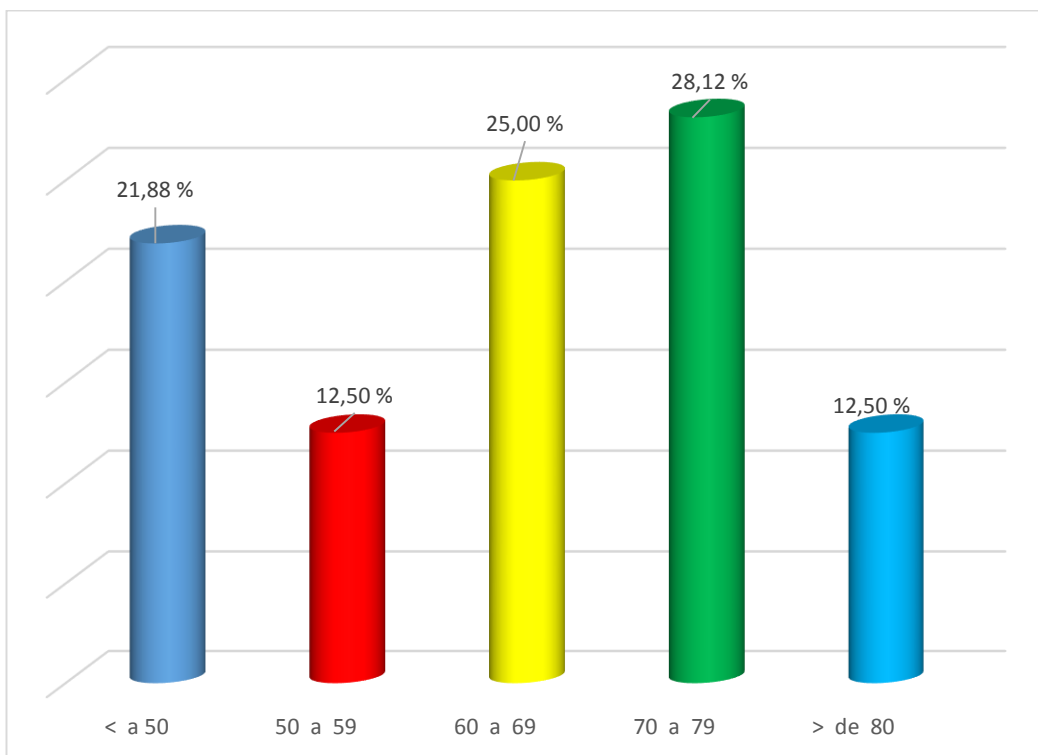
**Tabla 6.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según edad.

<b>Edad (Años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
< a 50	7	21,88
50 a 59	4	12,50
60 a 69	8	25,00
70 a 79	9	28,12
> de 80	4	12,50
Total	32	100,00

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

#### **Interpretación**

En la presente tabla se muestra la distribución porcentual según grupo etario, el de 70 a 79 años presenta un 28,12 %, en segundo lugar el de 60 a 69 años con el 25 %, en tercer lugar menores de 50 años con el 21,88 %, seguido de 50 a 59 años con el 12,50 % el mismo porcentaje para mayores de 80 años.



**Figura 6.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según edad.

**Fuente:** Tabla 6.

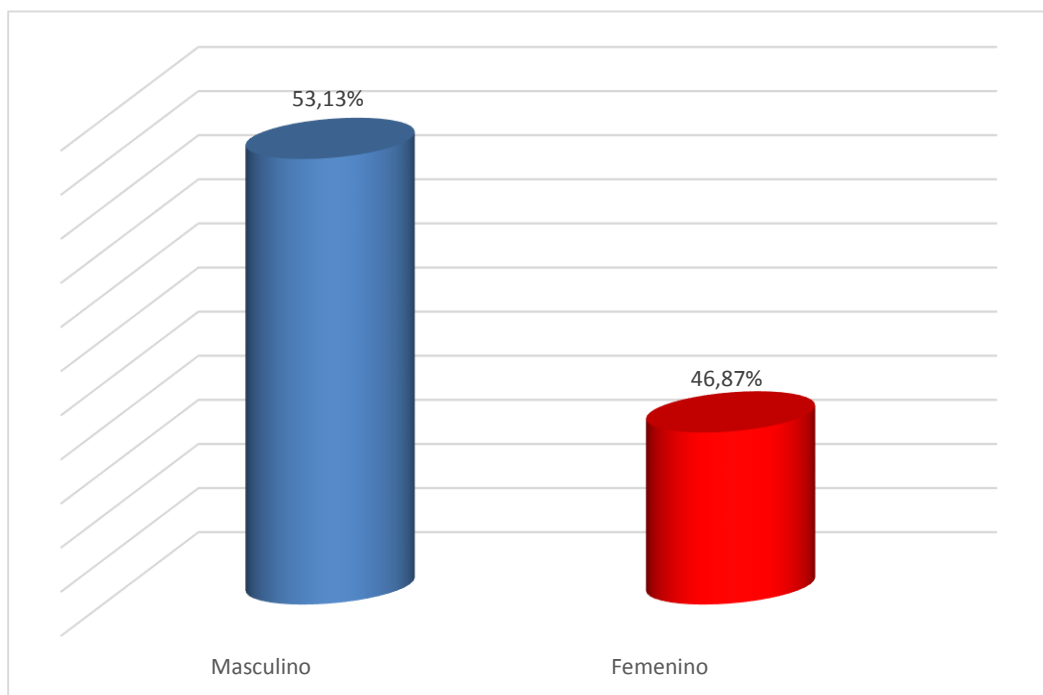
**Tabla 7.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según género.

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Masculino	17	53,13
Femenino	15	46,87
Total	32	100,00

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

### **Interpretación**

En la Tabla 7, se observa la distribución porcentual según género, el 53,13 % pertenecen al masculino y el 46,87 % son de género femenino.



**Figura 7.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según género.

**Fuente:** Tabla 7.

.

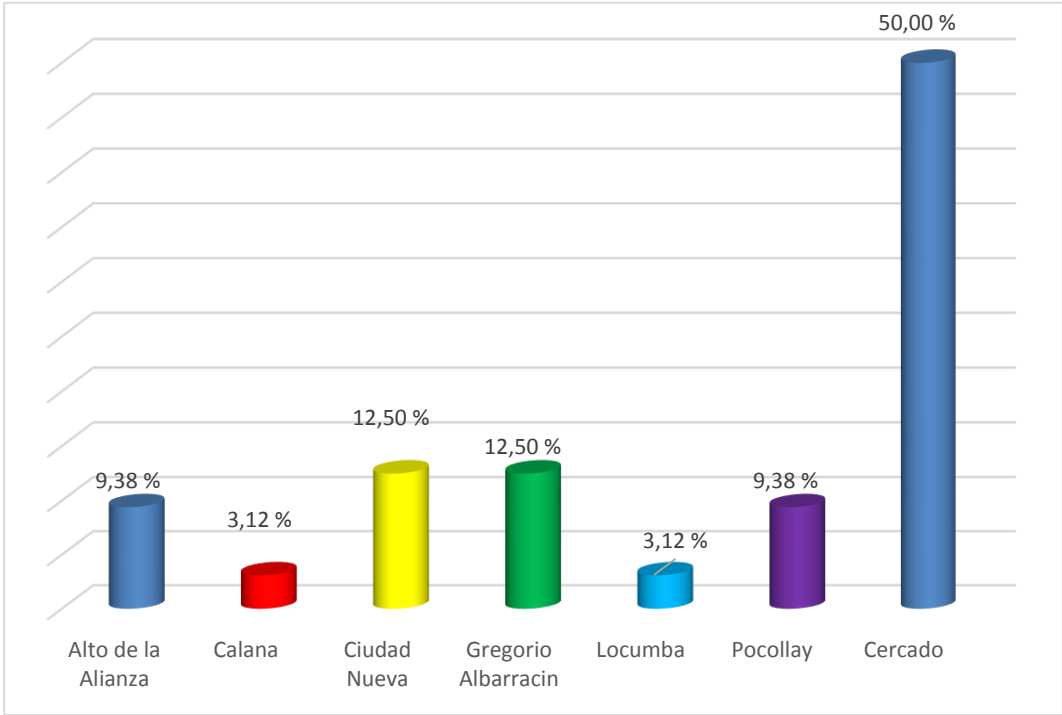
**Tabla 8.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según lugar de residencia.

<b>Lugar de residencia (Distrito)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Alto de la Alianza	3	9,38
Calana	1	3,12
Ciudad Nueva	4	12,50
Gregorio Albarracín	4	12,50
Locumba	1	3,12
Pocollay	3	9,38
Cercado	16	50,00
Total	32	100,00

**Fuente:** Elaboración propia.

### **Interpretación**

En la Tabla 8, se observa la distribución porcentual de pacientes con Cirrosis Hepática, según lugar de residencia, el 50 % viven en el cercado de Tacna, el 12,50 % tanto para Gregorio Albarracín y Ciudad Nueva, los distritos de Pocollay y Alto de la Alianza con el 9,38 % respectivamente. También se encontraron pacientes de Calana y Locumba con el 3,12 % para cada distrito.



**Figura 8.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según lugar de residencia.

**Fuente:** Tabla 8.

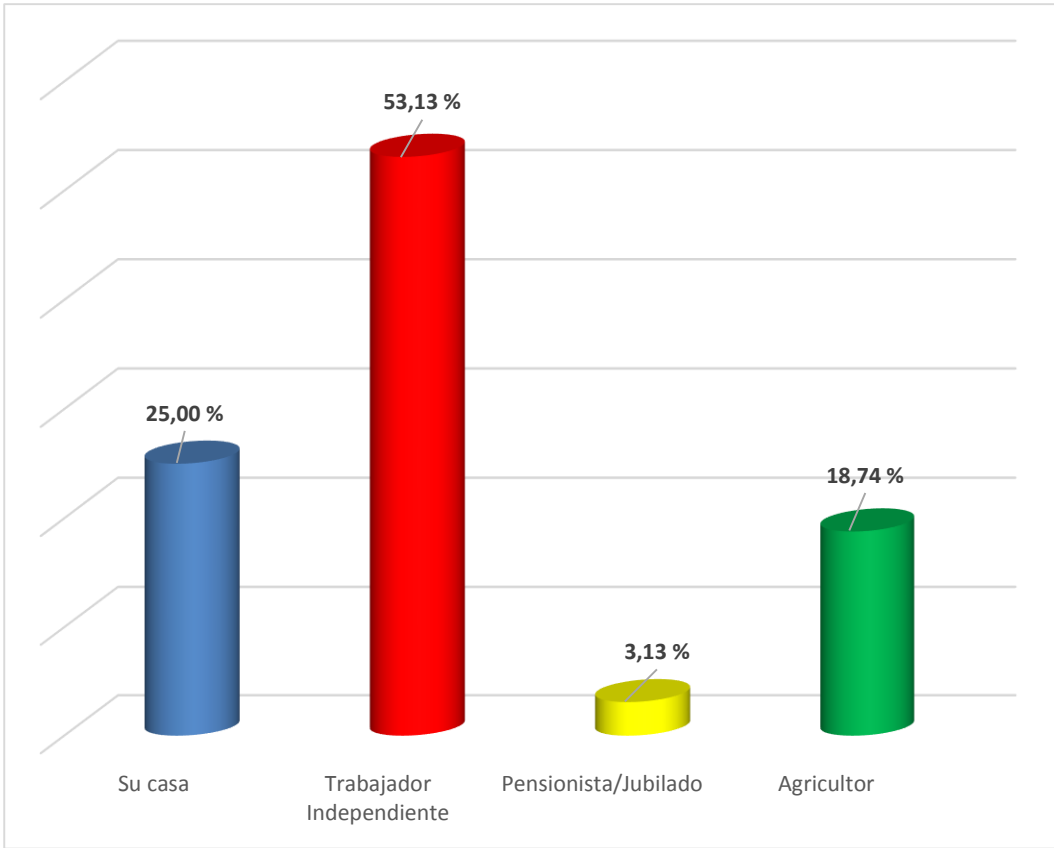
**Tabla 9.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Género		Porcentaje (%)
		M (%)	F (%)	
Su casa	8	3 (9,38)	5 (15,62)	25,00
Trabajador Independiente	17	9 (28,13)	8 (25,00)	53,13
Pensionista/Jubilado	1	1 (3,13)	0 (00,00)	3,13
Agricultor	6	4 (12,50)	2 (6,25)	18,74
Total	32	17 (53,13)	15 (46,87)	100,00

**Fuente:** Elaboración propia.

### Interpretación

En la tabla 9, se observa la distribución porcentual según ocupación. El 53,13 % son trabajadores independientes de los cuales el 28,13 % son hombres mientras que el 25 % son mujeres. El 25 % se dedican a labores de casa y de esto solo el 9,38 % son hombres el resto 15,52 % son mujeres. El 18,74 % son agricultores, de los cuales el 12,50 % son hombres el resto 6,25 % son mujeres. Por otro lado el 3,1 % son pensionistas o jubilados que corresponde a solo hombres.



**Figura 9.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según ocupación.

**Fuente:** Tabla 9.

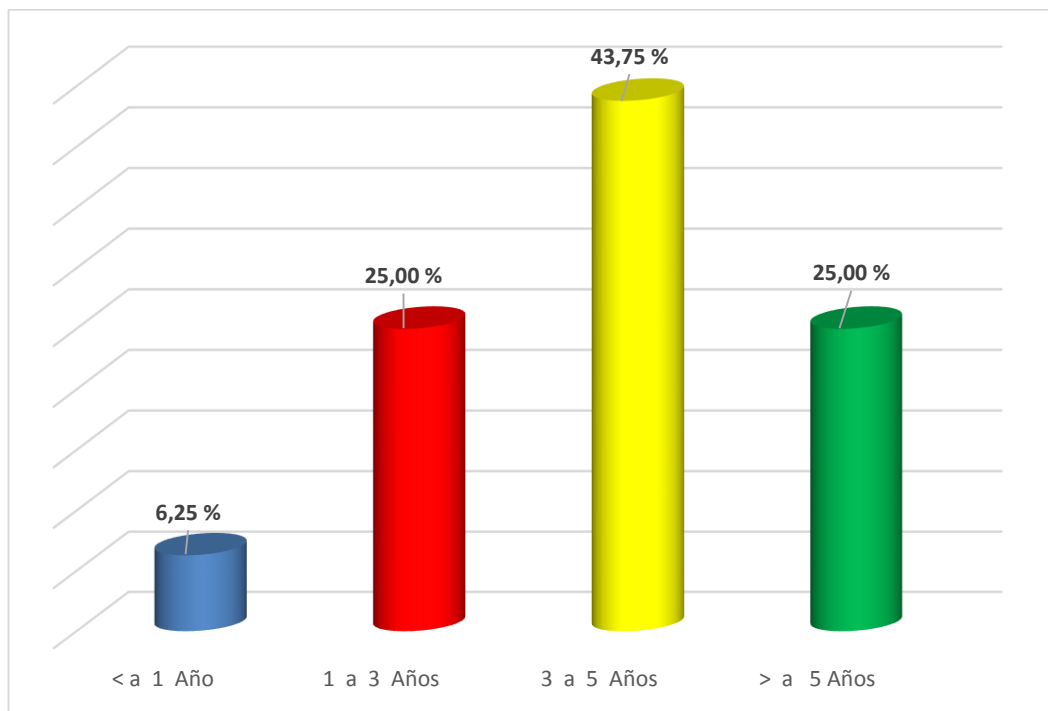
**Tabla 10.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según tiempo de enfermedad.

Tiempo de enfermedad (Años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
< a 1	2	6,25
1 a 3	8	25,00
3 a 5	14	43,75
> a 5	8	25,00
Total	32	100,00

*Fuente: historias clínicas.*

### **Interpretación**

En la tabla 10, se observa la distribución porcentual según el tiempo de enfermedad. El 43,75 % están entre 3 a 5 años, el 25 % entre 1 a 3 años, el otro 25 % están entre 1 a 3 años y sólo el 6,25 % son pacientes con un tiempo de enfermedad menor a un año.



**Figura 10.** Pacientes con Cirrosis Hepática, según tiempo de enfermedad.

**Fuente:** Tabla 10.

## 4.2. FACTORES DE RIESGO

**Tabla 11.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según etiología.

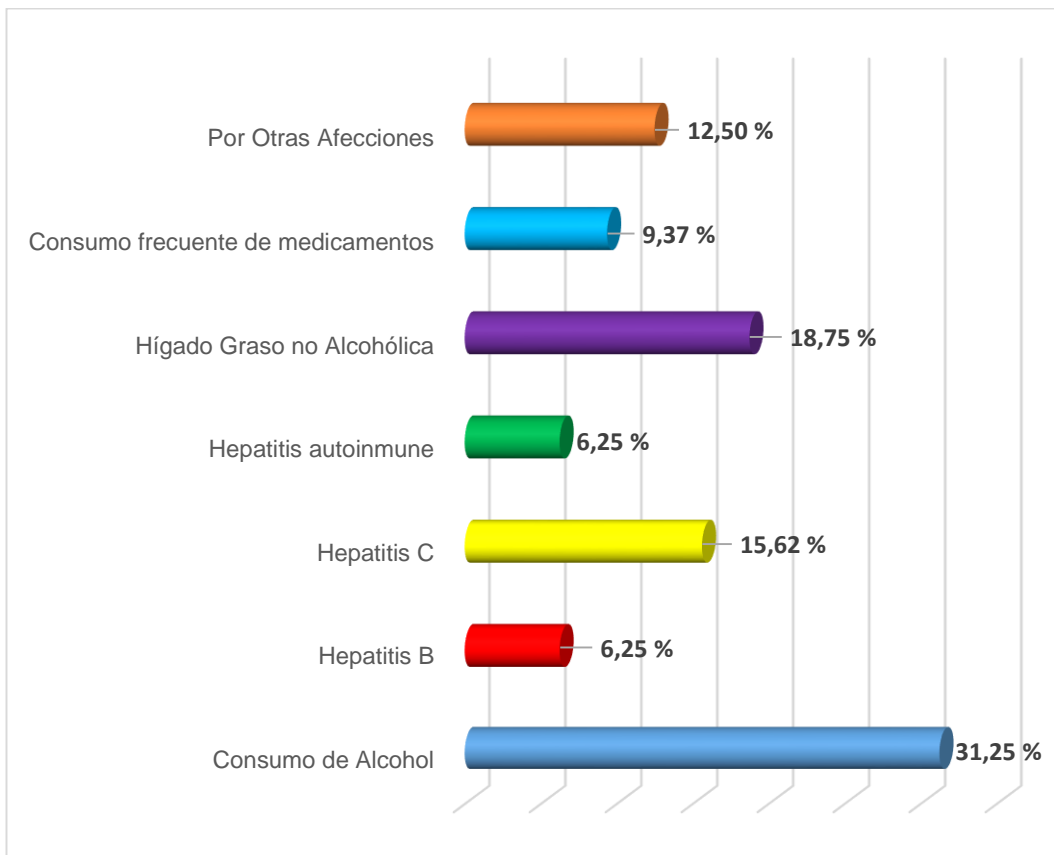
(Causas)	Factores de Riesgo			Porcentaje (%)
	Frecuencia (n)	Género		
		M (%)	F (%)	
Consumo de Alcohol	10	8 (25,00)	2 (6,25)	31,25
Hepatitis B	2	1 (3,12)	1 (3,12)	6,25
Hepatitis C	5	3 (9,37)	2 (6,25)	15,62
Hepatitis autoinmune	2	0 (0,00)	2 (6,25)	6,25
Hígado Graso	6	2 (6,25)	4 (12,50)	18,75
Consumo frecuente de medicamentos	3	1 (3,12)	2 (6,25)	9,37
Por Otras Afecciones	4	2 (6,25)	2 (6,25)	12,51
Total	32	17 (53,13)	15 (46,87)	100,00

**Fuente:** Historias clínicas.

### Interpretación

En la presente tabla se muestra que el 31,25 % de pacientes que consumen alcohol fueron diagnosticados con Cirrosis Hepática de los cuales el 25 % corresponde a hombres y el 6,25 % a mujeres. El 18,75 % se da por hígado graso aquí el porcentaje es menos en hombre que en mujeres en 6,25 y 12,50 % respectivamente. El 15,62 % se debe como consecuencia a Hepatitis C pero el 9,37 % es para hombres y solo el 6,25 % para mujeres. Por otro lado el 9,37 % es por consumo frecuente de medicamentos de los cuales el 3,12 % corresponde a hombres y el 6,25 % a mujeres. El 6,25 %

fue por Hepatitis B con 3,12 % para ambos géneros, el mismo porcentaje de 6,25 % corresponde a mujeres con Hepatitis autoinmune y en hombres no hay presencia de esta patología. Otras afecciones no determinadas en 12,51 % de los cuales el 6,25 % representa para ambos géneros.



**Figura 11.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según etiología.

**Fuente:** Tabla 11.

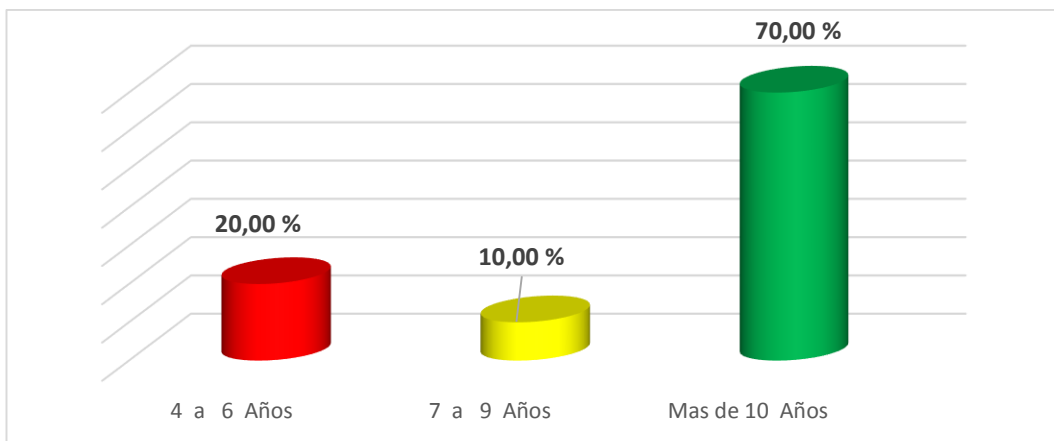
**Tabla 12.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según consumo de alcohol.

<b>Consumo de alcohol</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Tiempo de consumo (Años)</b>		
4 - 6	2	20,00
7 - 9	1	10,00
Más de 10	7	70,00
<b>Frecuencia de consumo</b>		
Rara vez	2	20,00
Diariamente	3	30,00
Interdiario	5	50,00

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

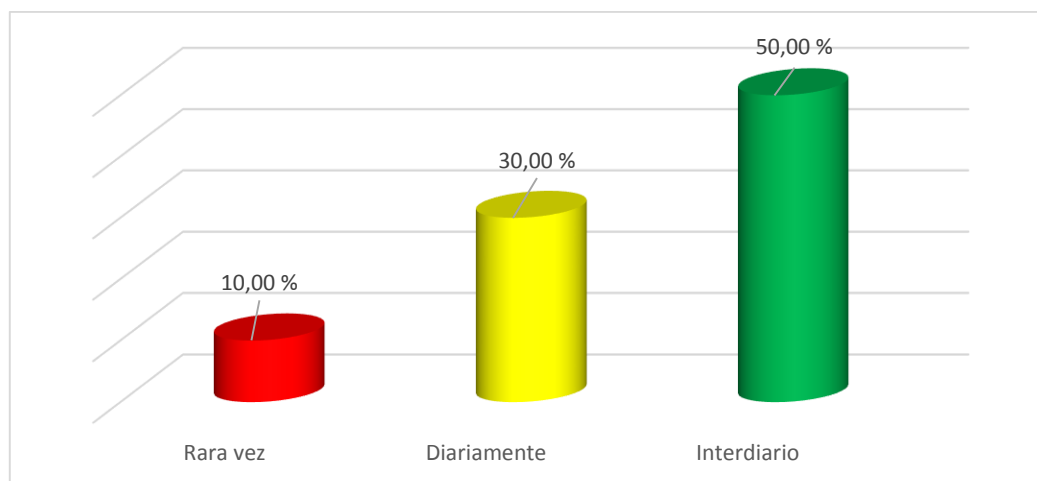
### **Interpretación**

En la presente tabla se muestra que el 70 % de pacientes con Cirrosis Hepática consume alcohol hace más de 10 años, el 20 % lo hacen entre 4 – 6 años, el 10 % lo hacen hace 7 – 9 años. Por otro lado la frecuencia de consumo de alcohol el 50 % lo hacen en forma interdiario, el 30 % lo hacen diariamente y el 20 % lo hacen raras veces.



**Figura 12.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según tiempo de consumo de alcohol.

**Fuente:** Tabla 12.



**Figura 13.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según frecuencia de consumo de alcohol.

**Fuente:** Tabla 12.

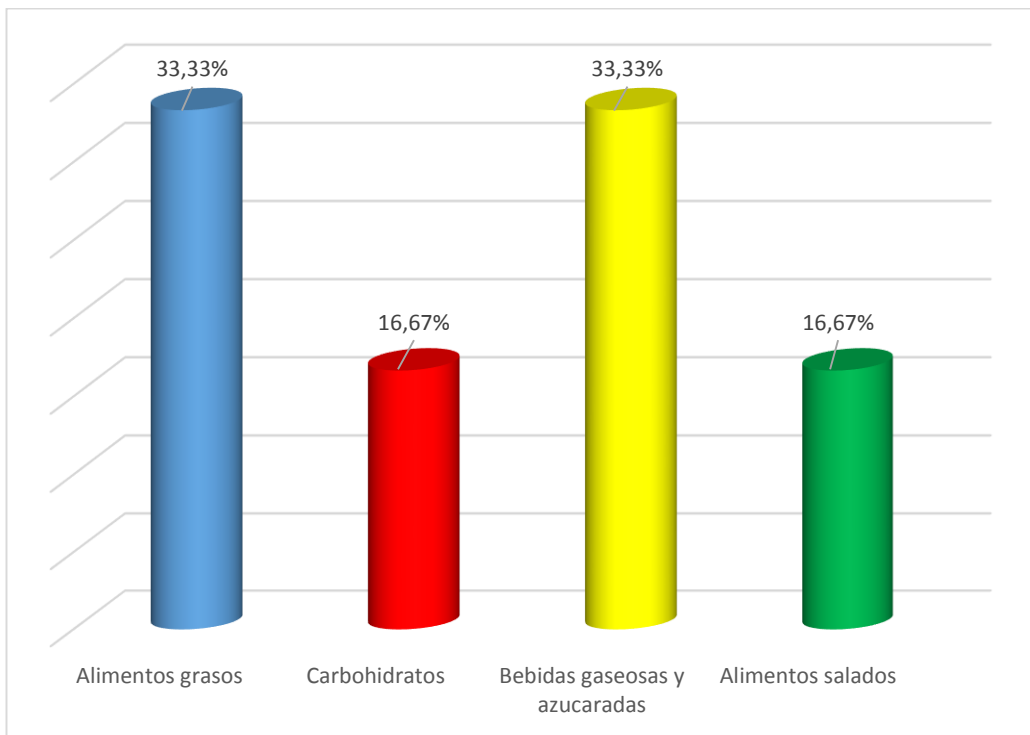
**Tabla 13.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según hígado graso.

<b>HÍGADO GRASO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Por alimentación</b>		
Alimentos grasos	2	33,33
Carbohidratos	1	16,67
Bebidas gaseosas y azucaradas	2	33,33
Alimentos salados	1	16,67
<b>Obesidad</b>		
Si	4	66,67
No	2	33,33
<b>Diabetes mellitus</b>		
No	20	62,50
DM tipo I	1	3,12
DM tipo II	11	34,38

**Fuente:** Ficha de recolección e historias clínicas.

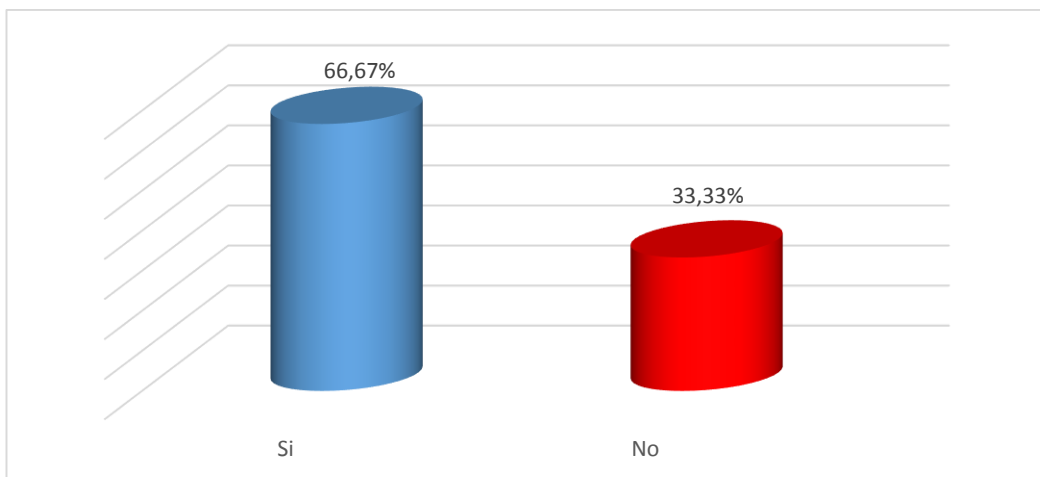
### **Interpretación**

En la presente tabla se observa la distribución porcentual según hígado graso, el 33,33 % se deben a los alimentos grasos el mismo valor para bebidas azucaradas, los carbohidratos y alimentos salados con el 16,67 % respectivamente. Por otro lado el 66,67 % corresponde a obesidad. Según la Diabetes Mellitus el 62,50 % no padecen de DM pero tienen Cirrosis Hepática, mientras que el 34,38 % tienen DM tipo II, y solo el 3,12 % tienen DM tipo I.



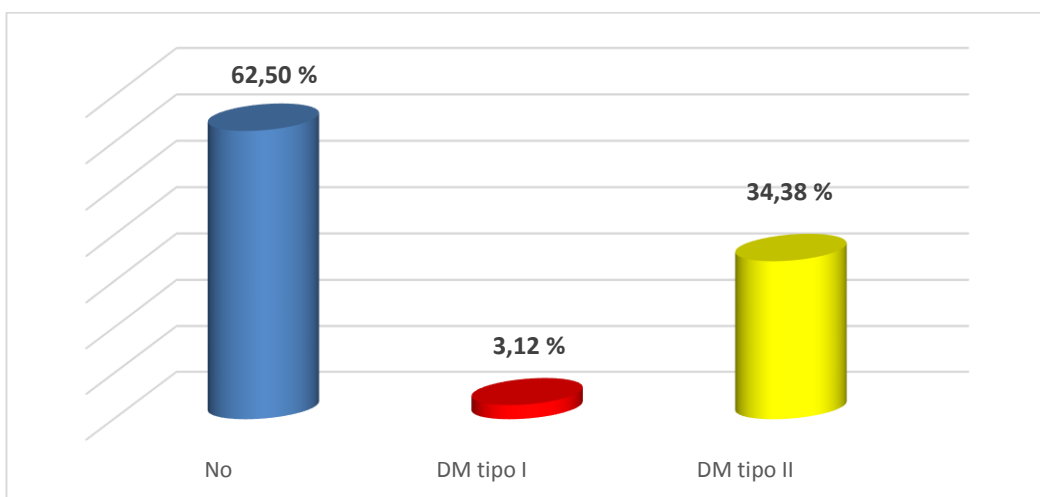
**Figura 14.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para hígado graso, según alimentación.

**Fuente:** Tabla 13.



**Figura 15.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para hígado graso, según obesidad.

**Fuente:** Tabla 13.



**Figura 16.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para hígado graso, según DM.

**Fuente:** Tabla 13.

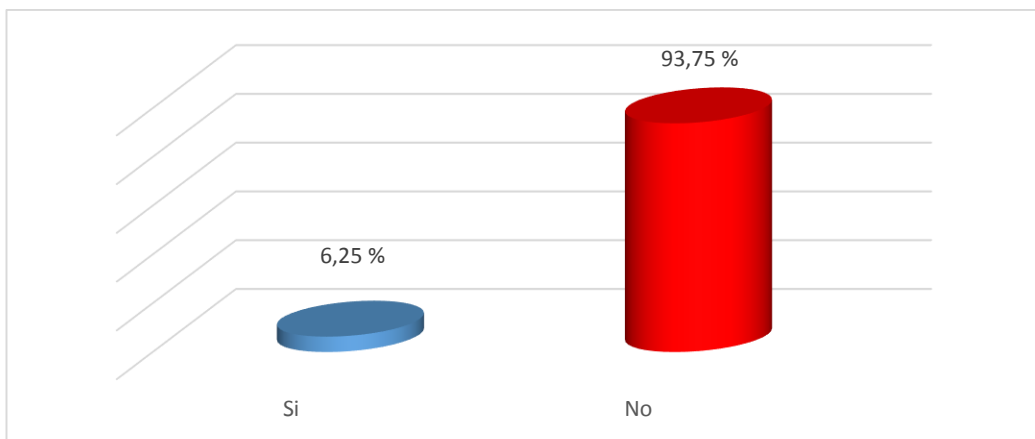
**Tabla 14.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según enfermedades Hepáticas.

<b>ENFERMEDADES HEPÁTICAS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Hepatitis B</b>		
Si	2	6,25
No	30	93,75
<b>Hepatitis C</b>		
Si	5	15,62
No	27	84,38
<b>Hepatitis Autoinmune</b>		
Si	2	6,25
No	30	93,75

**Fuente:** Historias clínicas.

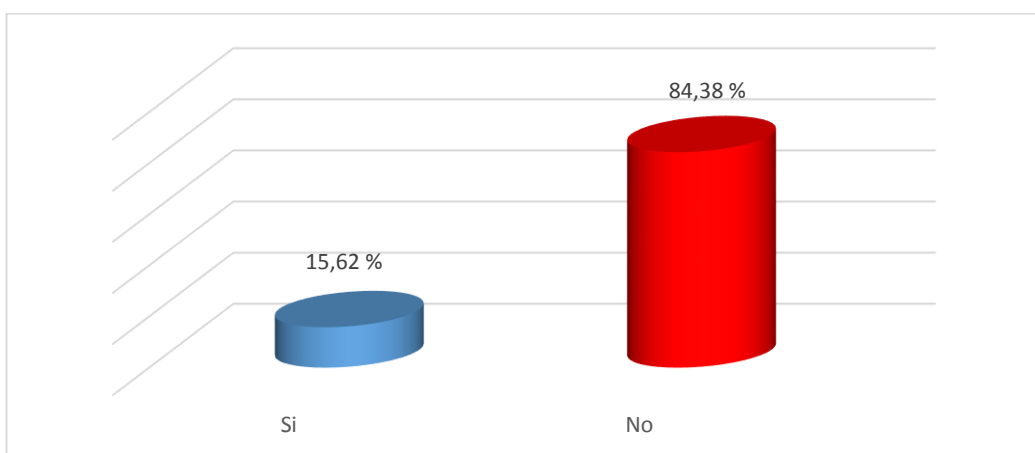
### **Interpretación**

En la presente tabla se muestra las enfermedades hepáticas, el 6,25 % se debe a Hepatitis B y el 93,75 % se debe a otros casos. El 15,62 % se debe a Hepatitis C y el 84,38 % no se da por esta infección. Con respecto a Hepatitis autoinmune el 93,75 % no presenta y solo el 6,25 % se da por esta infección.



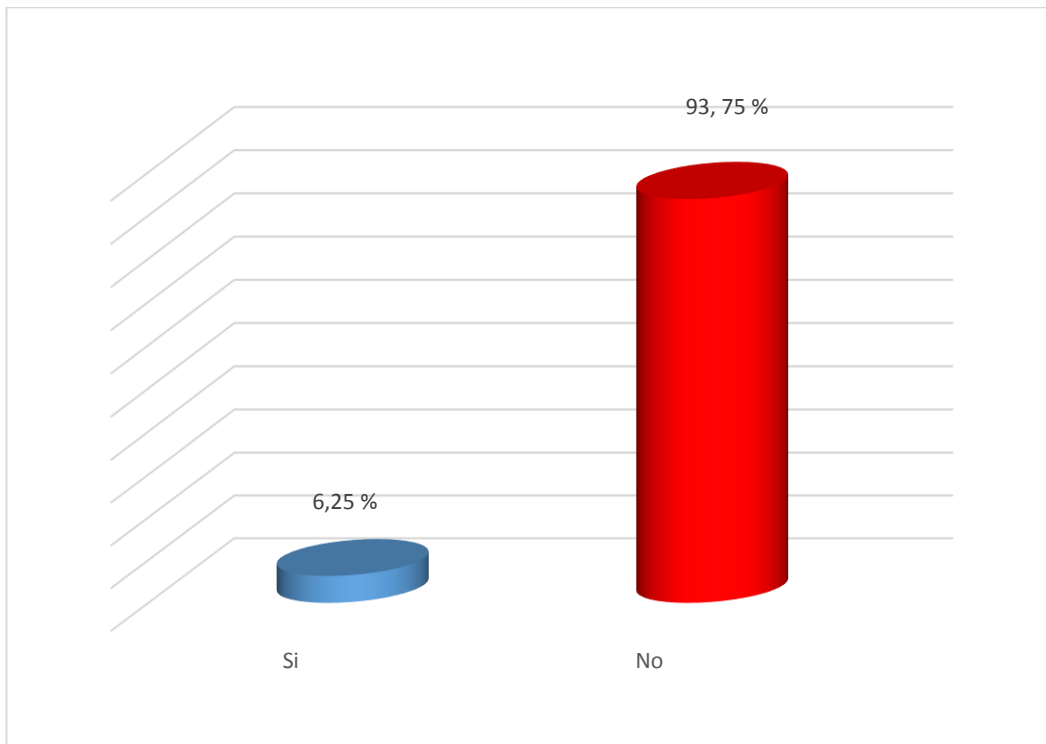
**Figura 17.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para enfermedades del hígado, según Hepatitis B.

**Fuente:** Tabla 14.



**Figura 18.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para enfermedades del hígado, según Hepatitis C.

**Fuente:** Tabla 14.



**Figura 19.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para enfermedades del hígado, según Hepatitis autoinmune.

**Fuente:** Tabla 14.

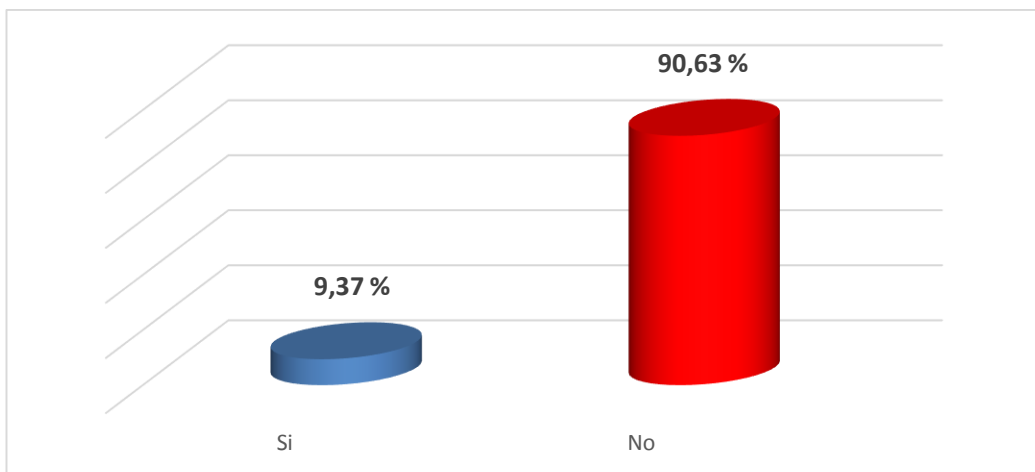
**Tabla 15.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según consumo frecuente de medicamentos.

<b>CONSUMO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Consumo Frecuente</b>		
Si	3	9,37
No	29	90,63
<b>Tipos de Medicamentos</b>		
Ninguno	29	90,63
Analgésicos y AINEs	1	3,12
antituberculosos	0	0,00
Antibióticos	1	3,12
Antiepilépticos	0	0,00
Otros	1	3,12

**Fuente:** Encuestas.

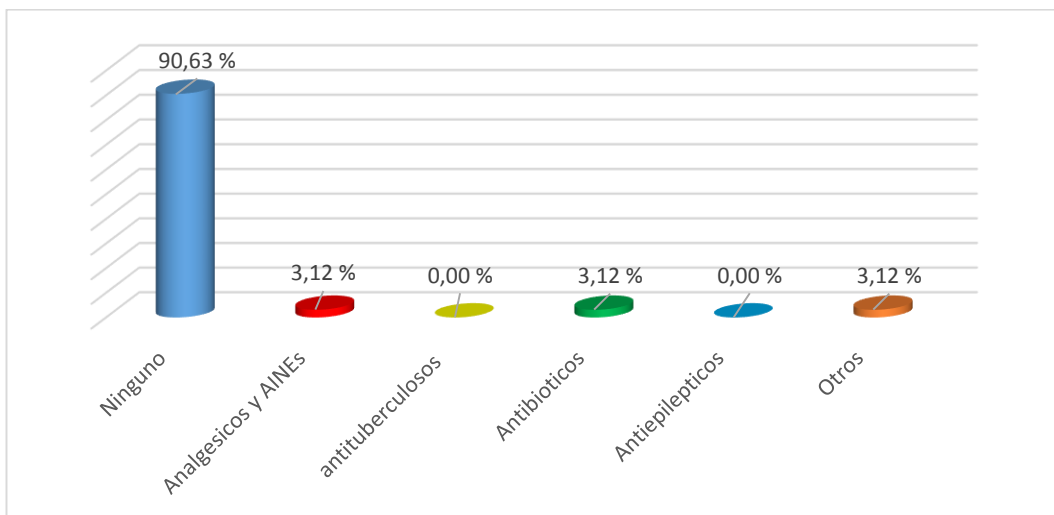
### **Interpretación**

Según el consumo de medicamentos, la tabla muestra que el 9,37 % se debe al consumo de medicamentos con frecuencia, mientras que el 90,63 % se debe por otros casos. Los tipos de medicamentos que consumen con mayor frecuencia son analgésicos y AINEs (Paracetamol, Ibuprofeno y Naproxeno) con el 3,12 %, el mismo porcentaje corresponde a antibióticos (Eritromicina, Amoxicilina y Tetraciclina) de la misma manera el 3,12 % corresponde a otros medicamentos no determinados.



**Figura 20.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática para consumo frecuente de medicamentos.

**Fuente:** Tabla 15.



**Figura 21.** Factores de riesgo asociados a Cirrosis Hepática, según tipos de medicamentos.

**Fuente:** Tabla 15.

### 4.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Después de verificar los planteamientos de diferentes autores y sus respectivas características para el contraste de hipótesis que requiere ciertos procedimientos, para ser aplicado en la investigación. Por ello se utilizó el estadígrafo “rho” de Spearman para la hipótesis general, que se define como:

$$r = \frac{S_{x,y}}{S_x S_y}$$

**Dónde:**

r : Coeficiente de correlación entre “X” y “Y”

Sx: Desviación típica de “X”

Sy: Desviación típica de “Y”

Sx,y: Covarianza entre “X” y “Y”

**Tabla 16.** Grado de relación según coeficiente de correlación.

Equivalencias	
Correlación negativa perfecta	-1
Correlación negativa muy fuerte	-0,90 a -0,99
Correlación negativa fuerte	-0,75 a -0,89
Correlación negativa media	-0,50 a -0,74
Correlación negativa débil	-0,25 a -0,49
Correlación negativa muy débil	-0,10 a -0,24
No existe correlación alguna	-0,09 a +0,09
Correlación positiva muy débil	+0,10 a +0,24
Correlación positiva débil	+0,25 a +0,49
Correlación positiva media	+0,50 a +0,74
Correlación positiva fuerte	+0,75 a +0,89
Correlación positiva muy fuerte	+0,90 a +0,99
Correlación positiva perfecta	+1

**Fuente:** según Hernández S (2010) p. 453

## HIPÓTESIS GENERAL

**Tabla 17.** Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre los factores de riesgo y la Cirrosis Hepática.

			CIRROSIS HEPÁTICA	FACTORES DE RIESGO
Rho de Spearman	CIRROSIS HEPÁTICA	Coeficiente de correlación	1,000	-0,231
		Sig. (bilateral)	0,000	0,403
		N	32	32
	FACTORES DE RIESGO	Coeficiente de correlación	-0,231	1,000
		Sig. (bilateral)	0,403	0,000
		N	32	32

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Fuente:** SPSS v. 22

Puesto que la “rho” de Spearman es 0,403 éste indica que existe relación positiva ahora vamos a la contrastación de hipótesis.

### 1) Planteamiento de la Hipótesis General

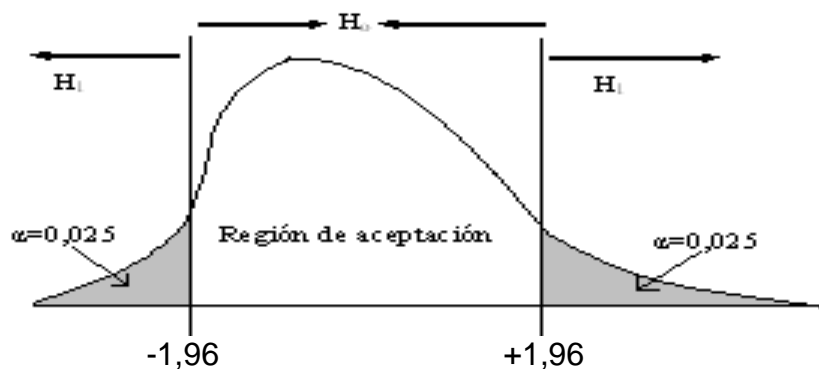
**Hipótesis nula ( $H_0$ ):** No existe relación significativa entre los factores riesgo y la Cirrosis Hepática.

**Hipótesis alterna ( $H_1$ ):** Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la Cirrosis Hepática.

### 2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5 \% = 0,05$$

$$\text{Valor crítico} = 1,96$$



### 3) Cálculo estadístico de prueba

$$N = 32$$

$$Rho = 0,403$$

$$t_c = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}} \qquad t_c = 2,404$$

### 4) Decisión

Puesto que  $t_c$  es mayor que la  $t$  teórica ( $2,404 > 1,96$ ), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

### 5) Conclusión

La relación entre los factores de riesgo y la Cirrosis Hepática es significativa en los pacientes del Servicio de Medicina Interna, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

## HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

**Tabla 18.** Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre la Cirrosis Hepática y el consumo de alcohol.

			CIRROSIS HEPÁTICA	CONSUMO DE ALCOHOL
Rho de Spearman	CIRROSIS HEPÁTICA	Coeficiente de correlación	1,000	0,103
		Sig. (bilateral)	0,000	0,577
		N	32	32
	CONSUMO DE ALCOHOL	Coeficiente de correlación	0,103	1,000
		Sig. (bilateral)	0,577	0,000
		N	32	32

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Fuente:** SPSS v. 22

Puesto que la “rho” de Spearman es 0,577, éste indica que existe fuerte relación positiva, procediendo a la contrastación de hipótesis.

### 1) Planteamiento de la Hipótesis Específica

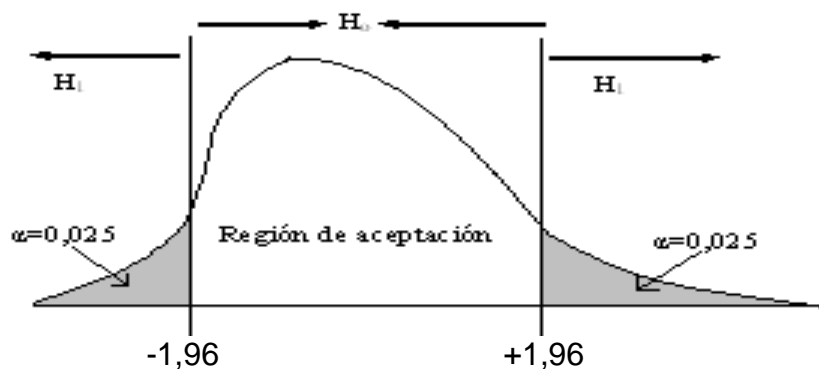
**Hipótesis nula ( $H_0$ ):** No Existe riesgo significativo entre el consumo de alcohol y la Cirrosis Hepática.

**Hipótesis alterna ( $H_1$ ):** Existe riesgo significativo entre el consumo de alcohol y la Cirrosis Hepática.

### 2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5 \% = 0,05$$

$$\text{Valor crítico} = 1,96$$



### 3) Cálculo del estadístico de prueba

$$N = 32$$

$$\text{Rho} = 0,577$$

$$t_c = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}} \qquad t_c = 3,87$$

### 4) Decisión

Puesto que  $t_c$  es mayor que la  $t$  teórica ( $3,87 > 1,96$ ), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

### 5) Conclusión

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para la Cirrosis Hepática en los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

**Tabla 19.** Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre la Cirrosis Hepática y el hígado graso.

			CIRROSIS HEPÁTICA	HÍGADO GRASO
Rho de Spearman	CIRROSIS HEPÁTICA	Coeficiente de correlación	1,000	0,133
		Sig. (bilateral)	0,000	0,542
	N	32	32	
	HÍGADO GRASO	Coeficiente de correlación	0,133	1,000
		Sig. (bilateral)	0,542	0,000
		N	32	32

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Fuente:** SPSS v. 22

Puesto que la “rho” de Spearman es 0,542 éste indica que existe relación positiva, ahora vamos a la contrastación de hipótesis.

### 1) Planteamiento de la Hipótesis Específica

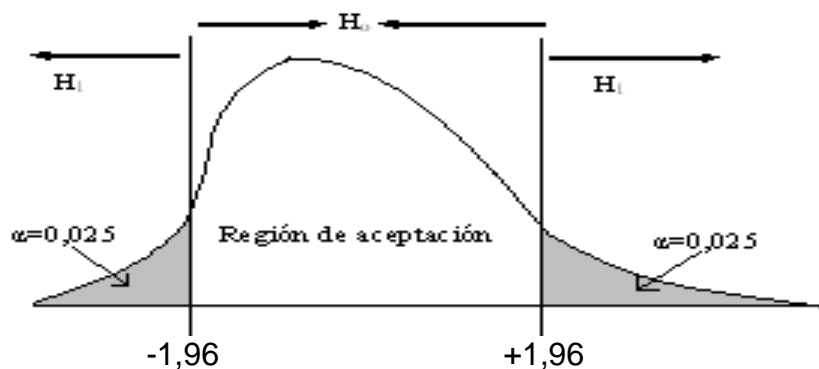
**Hipótesis nula ( $H_0$ ):** No existe riesgo significativo entre el hígado graso y la Cirrosis Hepática.

**Hipótesis alterna ( $H_1$ ):** Existe riesgo significativo entre el hígado graso y la Cirrosis Hepática.

### 2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5 \% = 0,05$$

$$\text{Valor crítico} = 1,96$$



### 3) Cálculo del estadístico de prueba

$$N = 32$$

$$\text{Rho} = 0,542$$

$$t_c = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}} \quad t_c = 3,53$$

### 4) Decisión

Puesto que  $t_c$  es mayor que la  $t$  teórica ( $3,53 > 1,96$ ), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

### 5) Conclusión

El hígado graso es un factor de riesgo para la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

**Tabla 20.** Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre la Cirrosis Hepática y las enfermedades del hígado.

			CIRROSIS HEPÁTICA	ENFERMED ADES DEL HÍGADO
Rho de Spearman	CIRROSIS HEPÁTICA	Coeficiente de correlación	1,000	0,122
		Sig. (bilateral)	0,000	0,504
		N	32	32
	ENFERMEDADES DEL HÍGADO	Coeficiente de correlación	0,122	1,000
		Sig. (bilateral)	0,504	0,000
		N	32	32

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Fuente:** SPSS v. 22

Puesto que la “rho” de Spearman es 0,504 éste indica que existe correlación positiva procediendo a la contrastación de hipótesis.

### 1) Planteamiento de la Hipótesis Específica

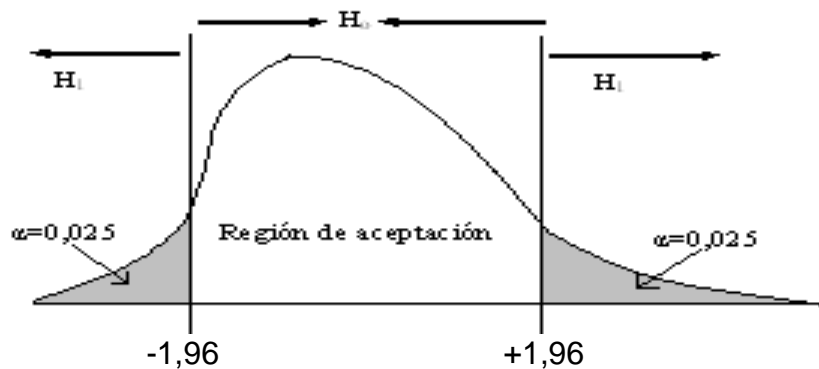
**Hipótesis nula ( $H_0$ ):** No existe riesgo significativo entre las enfermedades del hígado y la Cirrosis Hepática.

**Hipótesis alterna ( $H_1$ ):** Existe riesgo significativo entre las enfermedades del hígado y la Cirrosis Hepática.

### 2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5 \% = 0,05$$

$$\text{Valor crítico} = 1,96$$



### 3) Cálculo del estadístico de prueba

$$N = 32$$

$$\text{Rho} = 0,504$$

$$t_c = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}} \quad t_c = 3,19$$

### 4) Decisión

Puesto que  $t_c$  es mayor que la  $t$  teórica ( $3,19 > 1,96$ ), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

### 5) Conclusión

Las enfermedades del hígado es un factor de riesgo significativo para la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

**Tabla 21.** Coeficiente de correlación (Rho de Spearman) entre la Cirrosis Hepática y el consumo frecuente de medicamentos

			CIRROSIS HEPÁTICA	CONSUMO DE MEDICAMENTO S
Rho de Spearman	CIRROSIS HEPÁTICA	Coeficiente de correlación	1,000	-0,154
		Sig. (bilateral)	0,000	0,399
		N	32	32
	CONSUMO DE MEDICAMENTOS	Coeficiente de correlación	-0,154	1,000
		Sig. (bilateral)	0,399	0,000
		N	32	32

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Fuente:** SPSS v. 22

Puesto que la “rho” de Spearman es 0,399 éste indica que existe correlación positiva, procediendo a la contrastación de hipótesis.

### 1) Planteamiento de la Hipótesis específica

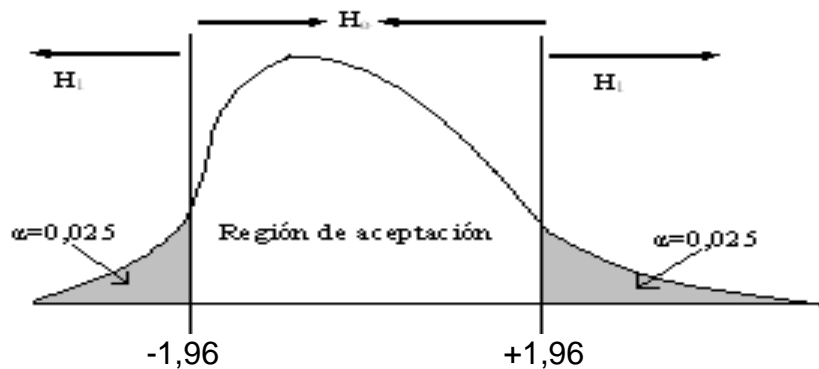
**Hipótesis nula ( $H_0$ ):** No existe riesgo significativo entre el consumo de medicamentos y la Cirrosis Hepática.

**Hipótesis alterna ( $H_1$ ):** Existe riesgo significativo entre el consumo de medicamentos y la Cirrosis Hepática.

### 2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5 \% = 0,05$$

$$\text{Valor crítico} = 1,96$$



### 3) Cálculo del estadístico de prueba

$$N = 32$$

$$Rho = 0,399$$

$$tc = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}} \quad tc = 2,38$$

### 4) Decisión

Puesto que  $tc$  es mayor que la  $t$  teórica ( $2,38 > 1,96$ ), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

### 5) Conclusión

El consumo de medicamentos es un factor de riesgo significativo para la Cirrosis Hepática en los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

**Tabla 22.** Exámenes Auxiliares según Child-Pugh asociados a la Cirrosis Hepática.

EXAMENES AUXILIARES SEGÚN CHILD-PUGH							
	Género				X <sup>2</sup>	p	Asociación
	Masculino		Femenino				
	N°	%	N°	%			
<b>ASCITIS</b>							
Ausente	0	0,0	1	3,1	6,855	0,042	P < α, 0,042 < 0,050 GI = 2, Se Asocia
Leve	4	12,5	8	25,0			
Moderado	13	40,6	6	18,8			
<b>BILIRRUBINA</b>							
<= 2mg/dL	5	15,6	8	25,0	6,966	0,031	P < α, 0,031 < 0,050 GI = 2, Se Asocia
2 a 3 mg/dL	1	3,1	4	12,5			
> a 3 mg/dL	11	34,4	3	9,4			
<b>ALBUMINA</b>							
> a 3,5 g/dL	2	6,3	0	0,0	8,636	0,033	P < α, 0,033 < 0,050 GI = 2, Se Asocia
2,8 a 3,5 g /dL	8	25,0	7	21,9			
< a 2,8 g/dL	7	21,9	8	25,0			
<b>TIEMPO DE PROTROMBINA</b>							
4 a 6 Segundos	1	3,1	0	0,0	8.311	0,035	P < α, 0,035 < 0,050 GI = 2, Se Asocia
> a 6 Segundos	16	50,0	15	46,9			
<b>ENCEFALOPATIA</b>							
No	11	34,4	11	34,4	0,376	0,828	P > α, 0,828 > 0,050 GI = 2, No se asocia
Grado 1 a 2	5	15,6	3	9,4			
Grado 3 a 4	1	3,1	1	3,1			

**Fuente:** Historias Clínicas.

### Interpretación

Entre los resultados de los exámenes auxiliares asociados a Cirrosis Hepática en los pacientes del servicio de medicina interna en el ítem Ascitis existe una asociación significativa con Cirrosis Hepática ( $P > \alpha$ ,  $0,042 <$

0,050), en el ítem Bilirrubina existe una asociación significativa con Cirrosis Hepática ( $P < \alpha$ ,  $0,031 < 0,050$ ), en el Ítem Albumina existe una asociación con cirrosis hepática ( $P < \alpha$ ,  $0,033 < 0,050$ ), en el ítem Tiempo de Protrombina existe una asociación significativa en Cirrosis Hepática con respecto al sexo mostrando que ( $P < \alpha$ ,  $0,035 < 0,050$ ) y finalmente en el Ítem Encefalopatía no existe una asociación significativa en Cirrosis Hepática ( $P > \alpha$ ,  $0,828 > 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación se basó en varios parámetros relacionados con la Cirrosis Hepática, tales como: características sociodemográficas, factores de riesgo, complicaciones más frecuentes y pronóstico de la Cirrosis Hepática según escala Child-Pugh.

Las características sociodemográficas presentada en la tabla 6, el 28,12 % de los pacientes están entre las edades de 70 a 79 años y en la tabla 7 según género, el 53,13 % de pacientes con Cirrosis Hepática son hombres. Estos resultados podemos comparar con el trabajo realizado por Meléndez en México, donde el promedio de edad fue de 55,27 años con predominio del género masculino; similares resultados obtenidos en Cuba por Martínez Sarmiento, con predominio fundamental en edad superior a los 60 años y de género masculino con 54,6 %, estos datos son similares a los reportados por Bustíos C en Perú, donde el 54,9 % correspondía al género masculino, y la edad promedio fue 63,4 años. Sin embargo el trabajo publicado por Matos en Perú, señala que el 59,72 % fueron mujeres. Por lo tanto, los diferentes estudios publicados demuestran que la Cirrosis se da con mayor frecuencia en pacientes de la tercera edad, sobre todo en hombres, lo que concuerda con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

En cuanto a los factores de riesgo presentado en la tabla 12, se encontró que el consumo crónico de alcohol fue una de las principales causas de la enfermedad con el 31,25 %. Este resultado podemos comparar con el estudio realizado por Meléndez en México, donde el consumo de alcohol fue de 74,67 %. Así mismo, Vinuesa Hidalgo en Ecuador reporta que el alcoholismo fue de 56,1 %. De la misma manera Bustíos en Perú, encontró que el consumo de alcohol fue de 28 %. Otro resultado similar fue realizado por Álvarez en el Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud de Tacna, determinó que el consumo crónico de alcohol fue de 21,6 %. Todos los autores antes mencionados coinciden con el resultado obtenido en nuestra investigación, por lo que podemos establecer que en la actualidad sigue siendo uno de los factores más relevantes, esto seguramente se debe a la falta de información como, estrategias preventivas, charla y concientización de la población sobre los efectos tóxicos del alcohol.

En la tabla 13, se reporta otro factor determinante para la Cirrosis Hepática, el 18,75 % corresponde a hígado graso, obesidad en 66,67 % estos resultados varían según la alimentación del cirrótico, por otro lado la diabetes mellitus (DM) en un 34,38 %. Estos resultados podemos evaluarlos con el trabajo de Giraldo Montoya AM, que reporta un alto

porcentaje de diabetes y dislipidemia en los sujetos estudiados, con porcentajes de 42 y 41 % respectivamente y con una mediana del índice de masa corporal de 26,15 kg/m<sup>2</sup>. Otros estudios realizados por Meléndez en México reporta que las causas más frecuentes de Cirrosis Hepática fueron la DM en un 56,33 %, obesidad en 41,92 %, así mismo Arocutipa G en Tacna, reporta que el 50,5 % se debe a obesidad. Por lo tanto los resultados obtenidos en nuestra investigación son ligeramente bajos comparados con otros trabajos, esto posiblemente se deba a los pacientes con cirrosis muy avanzada donde la presencia de obesidad es casi nula, por otro lado la DM es muy frecuente en el cirrótico, no obstante el consumo de alimentos ricos en grasa sigue siendo un factor importante para el hígado graso.

En la tabla 14, se encontró que las enfermedades hepáticas están en relación de 15,62 % para Hepatitis C, mientras el 6,3 % corresponde a Hepatitis B y autoinmune respectivamente. Estos resultados son comparados con los obtenidos por Vinuesa H, donde la Hepatitis B y C presentaron una incidencia de 8,9 y 2,5 %. Pero dista mucho de los resultados obtenidos por Matos Santiváñez, donde la Cirrosis Biliar Primaria fue como causa principal de la Cirrosis Hepática en un 26,39 %. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación indican un porcentaje similar a los estudios realizados por diferentes autores, lo que

indica que en nuestra región también es un factor desencadenante para la Cirrosis Hepática.

En la tabla 15, se encontró que el consumo frecuente de medicamentos fue de 9,37 % similares resultados fueron obtenidos por Meléndez, donde la medicina alternativa fue de 19,22 % y el consumo frecuente de fármacos en 12,66 %, otro estudio realizado por Toledo reporta que el 3,3 % se debe a la ingesta de fármacos antiepilépticos de forma prolongada. Estos resultados seguramente se deban al consumo frecuente de medicamentos hepatotóxicos, a reacciones adversas medicamentosas (RAMs) y al uso indiscriminado de algunas sustancias químicas, sobre todo en pacientes cirróticos con tratamiento de polifarmacia.

En algunos países de Latinoamérica donde se cuenta con diversos estudios realizados en pacientes con Cirrosis Hepática, los resultados obtenidos son similares en algunos casos, mientras otros varían, esto depende mucho de los factores de riesgo que se asocian a la cirrosis.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Los casos de Cirrosis Hepática se dan con mayor frecuencia en pacientes de la tercera edad sobre todo en edades comprendidos entre 70 a 79 años. Por otro lado, el 53,13 % indica que los del género masculino tiene mayor probabilidad de padecer Cirrosis Hepática.

**SEGUNDA:** Según la procedencia de los pacientes con Cirrosis Hepática, el 50 % son del cercado lo que indica que la mayor población radica en el centro, esto seguramente se debe a la alimentación, estilo de vida y costumbres. Según ocupación, el 53,13 % de los pacientes enfermos de Cirrosis Hepática son trabajadores independientes la mayoría se dedica a labores como; comercio, carpintería, seguridad, etc.

**TERCERA:** El factor de riesgo más frecuente fue la ingesta de alcohol con el 31,25 %; el tiempo de consumo mayor a los 10 años representa el 70 % del total; mientras, la frecuencia de consumo es interdiario con el 50 %.

**CUARTA:** El hígado graso presenta un riesgo significativo y a la vez ocupa el segundo lugar como factor de riesgo para la Cirrosis Hepática en un 18,75 %, este factor se relaciona con el consumo de alimentos ricos en grasas en un 33,33 %; la obesidad con el 66,67 %; mientras, que el 34,4 % corresponden a diabetes mellitus tipo II. Sin embargo las enfermedades del hígado como la Hepatitis B, C y Autoinmune también son factores significativos para la Cirrosis Hepática.

**QUINTA:** Otro factor para la Cirrosis Hepática fue el consumo frecuente de medicamentos con un 9,37 %. Los medicamentos de consumo frecuente son analgésicos, AINES y antibióticos.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar un examen clínico, adecuado y oportuno, que permitan detectar en forma temprana la aparición de Cirrosis Hepática; evitando así posibles complicaciones.
2. Registrar y mejorar la calidad de las historias clínicas ya que se pierde mucha información por la ilegibilidad de las notas médicas.
3. Concientizar al paciente y a la población sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol, realizando campañas informativas de prevención a edades tempranas, sobre la Cirrosis Hepática y sus complicaciones, especialmente en lo referido al consumo de alcohol y la transmisión de la Hepatitis viral.
4. Realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con Cirrosis Hepática, teniendo en cuenta la Hepatotoxicidad de algunos medicamentos que se han logrado evidenciar en el presente estudio.

5. Realizar estudios sobre la relación entre el síndrome metabólico y la Cirrosis Hepática en pacientes ambulatorios del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. Revista de Gastroenterología del Perú. 2007 Julio; 8(8): p. 8.
2. Farfán G, Cabezas C. Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares en el Perú, 1995-2000. Revista de Gastroenterología del Perú. 2002 Diciembre; 22(4): p. 212-33.
3. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo. Harrison. Principios de medicina interna-Cirrosis y sus complicaciones. 19th ed. México: McGraw-Hill; 2016.
4. Beltran-Jara AE, Neciosup-Puican E. Factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta de la Red Asistencial EsSalud Lambayeque. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2011 p. 77-83.
5. Farreras Valentí R. Medicina interna-Cirrosis hepática. 16th ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
6. Calzadilla B, Vilar G. Modelos pronósticos para la Cirrosis Hepática. Revista Cubana de Medicina. 2011 abr.-jun; 50(2): p. 190-201.
7. MINSA-oficina de estadística e informática. Informe estadístico de Mortalidad en Perú. A nivel nacional; 2000 [cited 2018 Febrero 5. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/04\\_Mortalidad.pdf](http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/04_Mortalidad.pdf).

8. Arocutipa Pineda GG. Incidencias y Características clínicas epidemiológicas de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2013-2016. [Tesis de Grado]. Tacna: Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017.
9. Meléndez González CA, Meléndez González JdJ. Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México. MEDwave. 2012 Agosto; 7.
10. Vinueza Hidalgo GP. caracterización de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el Hospital Eugenio Espejo en el periodo del año 2008 al 2011. [Tesis de Grado]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013.
11. Giraldo Montoya AM, Barraza Amador M, Villa Velásquez H, Martínez JW, García Castro G. Caracterización epidemiológica de pacientes con cirrosis en una consulta de gastroenterología en Pereira, Colombia, 2009-2012. Med. Risaralda. 2009 Julio; 20(5): p. 15-5.
12. Martínez Sarmiento A, Valdivia Rodríguez F, Cárdenas Quintana M. Principales factores de riesgo presentes en pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila. MediCiego. 2013; 19(S2): p. 7.
13. Toledo Solano VC. Estudio de los pacientes con cirrosis hepática ingresados a tratamiento médico al servicio de medicina interna en el hospital provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el período junio

- diciembre 2010. [Tesis de Grado]. Loja: Universidad Nacional de Loja, Salud Humana; 2011.
14. Durand Sal y Rosas FM. principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el servicio de gastroenterología del hospital militar central entre 2012 al 2014. [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
15. Matos Santiváñez SP. Características Clínicas Epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante el periodo 2013-2016. [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
16. Alvarez Cardenas DF. Factores epidemiológicos asociados a cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Daniel Alcides Carrión Essalud de Tacna, entre enero del 2006 y diciembre del 2008. [Tesis de Grado]. Tacna: UNJBG; 2009.
17. Soza A. hepatitis.cl enfermedades del hígado. [Online].; 2015 [cited 2018 Enero 5. Available from: <http://hepatitis.cl/617/cirrosis-hepatica>.
18. UNIVERSITY OF MIAMI HOSPITAL AND CLINICS. Enfermedad Hepática Crónica / Cirrosis. [Online].; 2018 [cited 2018 mayo 9. Available from: <http://es.uhealthsystem.com/enciclopedia-medica/liver/disorder/chronic>.
19. Escolar Jurado M, González Zorzano E. CINFASALUD. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 8. Available from:

<https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/vivir-con/cirrosis-hepatica/>.

20. Organization WH. Global status report on alcohol and health. World Health Organization. [Online].; 2014 [cited 2018 abril 9. Available from:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf;jsessionid=D6BC8C84A11A92103E4C33F247B5DB37?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=D6BC8C84A11A92103E4C33F247B5DB37?sequence=1).
21. Organizacion Mundial de la Salud. sitio web de la OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 7. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
22. THE LIVER´S BLOG. THE LIVER´S BLOG web site. [Online].; 2009 [cited 2018 marzo 24. Available from: <http://higado-med-uaa.blogspot.pe/2009/04/enfermedades-del-higado.html>.
23. Organizacion Mundial de la Salud. sitio web OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 24. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.
24. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. MedlinePlus. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 9. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000245.htm>.
25. García-Buey L, Moreno-Otero R. Hepatitis autoinmune. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2006 Agosto; 98(8).

26. Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis ASSCAT. sitio web ASSCAT. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 9. Available from: <http://asscat-hepatitis.org/otras-hepatitis/hepatitis-autoinmune/>.
27. Díaz-Rosales JdD, Enríquez-Domínguez L, Díaz-Torres B. Factores de riesgo para hígado graso no-alcohólico en pacientes con colelitiasis sintomática. Archivos de Medicina (Col). 2016 Enero-Junio; 16(1): p. 98-108.
28. Castro L, Silva G. HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO. REV. MED. CLIN. CONDES. 2015; 26(5): p. 600-612.
29. Pérez C. sitio web NATURSAN-higado graso no alcohólico. [Online].; 2008 [cited 2018 Mayo 9. Available from: <https://www.natursan.net/ebola-que-es-sintomas-diagnostico-causas-y-tratamiento/>.
30. The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. U.S. Department of Health and Human Services. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 5. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-higado/esteatohepatitis-no-alcoholica/tratamiento>.
31. Parés. Historia Natural De La Cirrosis Biliar Primaria. Gastroenterol Hepatol-Elsevier España. 2008 Enero; 31(8).
32. Biblioteca Nacional de medicina de los EE.UU. MedlinePlus web site. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 7. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000282.htm>.

33. Clínica DAM. Clínica DAM-Aparato Digestivo-Cirrosis biliar. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 9. Available from: <https://www.clinicadam.com/salud/5/000282.html>.
34. CareFirts. Health Library Explorer, Drug-Induced Hepatitis. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 8. Available from: <https://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/Encyclopedia/85,P03761>.
35. U.S. Department of Health and Human Services. FDA, U.S. FOOD & DRUG ADMINISTRATION. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 9. Available from: <https://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ConsumerUpdatesEnEspanol/ucm399030.htm>.
36. ARH, appalachian Regional Healthcare. ADAM, Daño hepático inducido por medicamentos. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 9. Available from: <http://arh.adam.com/content.aspx?productId=102&pid=5&gid=000226>.
37. Herrine SK. MANUAL MSD Division of Gastroenterology and Hepatology. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 9. Available from: [https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/f%C3%A1rmacos-e-h%C3%ADgado/da%C3%B1o-hep%C3%A1tico-causado-por-f%C3%A1rmacos#v8349640\\_es](https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/f%C3%A1rmacos-e-h%C3%ADgado/da%C3%B1o-hep%C3%A1tico-causado-por-f%C3%A1rmacos#v8349640_es).

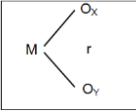
38. Quesada L, Zamora H, Martén A. El enfoque del paciente icterico. Acta Médica Costarricense. 2005; 47(1).
39. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. MedlinePlus Sitio web. [Online].; 2018 [cited 2018 Abril 4. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/jaundice.html>.
40. Bazante Riofrio SP, Revelo Esquibel PA. Utilidad De Las Escalas Meld Y Child Pugh Como Factores Pronósticos De Supervivencia En Pacientes Con Diagnóstico De Cirrosis Hepática Atendidos En El Servicio De Gastroenterología Del Hospital Carlos Andrade Marín. [Tesis De Grado]. Quito: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador; 2014.
41. Moreira VF, Garrido E. Tratamiento diurético en la ascitis del paciente cirrótico. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2015 Noviembre; 107(11).
42. Holguín Cardona A, Hurtado Guerra JJ, Restrepo Gutiérrez JC. Una mirada actual a la peritonitis bacteriana Espontánea. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2015; 30(3): p. 315-24.
43. Bustíos Sánchez C. Encefalopatía hepática. Acta Médica Peruana. 2007 Abril; 24(1).
44. Unidad Editorial Revistas, S.L.U. sitio web cuidate plus. [Online].; 2016 [cited 2018 Abril 20. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/encefalopatia-a-hepatica.html>.

45. Aguilar Reina J. Encefalopatía hepática. sciencedirect. 2012; 11(11): p. 652-59.
46. Cocconi A, Molini WJ, Ninno JN. [Guía de Práctica Clínica].; 2009 [cited 2018 Mayo 11. Available from: <http://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2016/10/4-GPC-Hemorragia-digestiva-Variceal-HPN-2009.pdf>.
47. Cruz Alonso JR, Anaya González JL, Pampín Camejo LE, Pérez Blanco D, Ileana Lopategui Cabezas. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital «Enrique Cabrera». Revista Cubana de Cirugía. 2008 Sep-dic.; 47(4).
48. Suarez A, Romero GA. [Guia hemorragia digestiva].; 2014 [cited 2018 Mayo 11. Available from: <http://www.endiba.org.ar/site/images/Endiba/guias/Guia-Hemorragia Digestiva.pdf>.
49. Escorsell-Mañosa À. Profilaxis primaria de la hemorragia digestiva por varices esofágicas. GH CONTINUADA. 2004 Febrero; 3(1).
50. Ferretti MV, Parodi R, Cárcano M, Egri N, Carlson D, Greca A. Infecciones En Pacientes Cirróticos: Serie De Casos. Revista Médica De Rosario. 2009 Abril; 75.
51. Prieto J. sitio web Hepatólogo.com. [Online].; 2010 [cited 2018 Mayo 11. Available from: <http://hepatologo.com/osecciones.php?idcontenido=0011-0000003&secweb=Academia&codsec=0011>.

52. Barba R, Parejo LS, Gómez JJ. sitio web elmundo.es. [Online].; 2003 [cited 2018 Abril 10. Available from: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2003/12/cirrosis/diagnostico.html>.
53. Facultad de medicina UFM. sitio web Universidad Francisco Marroquín. [Online].; 2008 [cited 2018 Mayo 11. Available from: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/escala-de-child-pugh/>.
54. Un Proyecto del International Association of Providers of AIDS Care. sitio web InfoRed SIDA. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 13. Available from: [http://www.aidsinfont.org/uploaded/factsheets/9\\_spa\\_120.pdf](http://www.aidsinfont.org/uploaded/factsheets/9_spa_120.pdf).
55. Health Encyclopedia. northshore web site. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 13. Available from: <https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=hw203083&Lang=es-us>.
56. MEDware. Trastorno de la coagulación en daño hepático crónico. Revista Biomédica Revisada Por Pares. 2005 Junio; 5(5).
57. Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos. Sitio web DIGEMID. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 2. Available from: <http://bvcenadim.digemid.minsa.gob.pe/noticias/291-digemid-aprueba-viekira-pak-ombitasvir-paritaprevir-ritonavir-dasabuvir-para-tratamiento-de-hepatitis-c-cronica?highlight=WyJjaXJyb3NpcyJd>.

# **ANEXOS**

## Anexo 1. Matriz de consistencia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017						
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	TÈCNICAS/INSTRUMENTO
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL:</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la cirrosis hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b></p> <p>1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con cirrosis hepática que se encuentran en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la Cirrosis Hepática y el consumo de alcohol en los pacientes que se encuentran en el Servicio de medicina Interna del Hospital</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a la cirrosis hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <p>1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con cirrosis hepática que se encuentran en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna</p> <p>2. Determinar el consumo de alcohol en los pacientes con Cirrosis Hepática que se encuentran en el Servicio de medicina Interna del Hospital</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL:</b></p> <p>Existe relación significativo entre los factores de riesgo y la Cirrosis Hepática en los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</b></p> <p>1. Existe riesgo significativo entre el consumo de alcohol y la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.</p> <p>2. Existe riesgo significativo entre el hígado graso y la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>Cirrosis Hepática</p> <p><u>Dimensiones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad bien compensada</li> <li>• Compromiso funcional significativo</li> <li>• Enfermedad descompensada</li> </ul> <p><b>Variable 2</b></p> <p>Factores de riesgo</p> <p><u>Dimensiones</u></p> <p>1. Características socio demográficas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ascitis</li> <li>• Bilirrubina mg/dl</li> <li>• Albúmina g/dL</li> <li>• Tiempo de protrombina</li> <li>• Encefalopatía</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase A</li> <li>• Clase B</li> <li>• Clase C</li> </ul> <p>a) Edad</p> <p>b) Género</p> <p>c) Lugar de residencia</p> <p>d) Ocupación</p> <p>e) Diagnóstico.</p>	<p><b>TIPO DE ESTUDIO</b></p> <p>Es aplicada, de carácter teórico, ya que busca nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Es <b>Relacional</b>, por que actúan sobre dos variables, del cual se mide el grado de relación.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACION</b></p> <p>Estudio no experimental de corte transversal, relacional.</p>  <p><b>POBLACIÓN:</b></p> <p>Pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna</p>	<p><b>Técnicas</b> de recolección de datos: Historias clínicas</p> <p><b>Técnicas estadísticas</b></p> <p><u>Descriptivas:</u> Cuadro de frecuencias, tablas, gráficos, media, desviación estándar.</p> <p><u>Inferenciales:</u> Análisis multivariado. Coeficiente de Spearman</p>

<p>Hipólito Unanue de Tacna?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre la Cirrosis Hepática y el hígado graso por alimentación en los pacientes que se encuentran en el Servicio de medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre la Cirrosis Hepática y las enfermedades del Hígado en los pacientes que se encuentran en el Servicio de medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación entre la Cirrosis Hepática y el consumo de medicamentos en los pacientes que se encuentran en el Servicio de medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?</p>	<p>Hipólito Unanue de Tacna.</p> <p>3. Determinar la incidencia del hígado graso por alimentación en los pacientes con Cirrosis Hepática que se encuentran en el Servicio de medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.</p> <p>4. Identificar la incidencia de las enfermedades Hepáticas en los pacientes con Cirrosis Hepática que se encuentran en el Servicio de medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.</p> <p>5. Identificar el consumo de medicamentos en los pacientes con Cirrosis Hepática que se encuentran en el Servicio de medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.</p>	<p>Hipólito Unanue de Tacna.</p> <p>3. Existe riesgo significativo entre las enfermedades del hígado y la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.</p> <p>4. Existe riesgo significativo entre el consumo de medicamentos y la Cirrosis Hepática en los pacientes del Servicio de medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.</p>	<p>2. Consumo de Alcohol</p> <p>3. Enfermedades Hepáticas</p> <p>4. Hígado graso</p> <p>5. Hepatitis por consumo de medicamentos</p> <p>6. Otros factores asociados</p> <p><b>Complicaciones más frecuentes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo</li> <li>• T. de consumo</li> <li>• Frec. de consumo</li>   <li>• Hepatitis B</li> <li>• Hepatitis C</li> <li>• Hepatitis autoinmune</li>   <li>• Por alimentos</li> <li>• obesidad</li> <li>• Diabetes mellitus</li>   <li>• Analgésicos y AINE</li> <li>• Antituberculosos</li> <li>• Antibióticos</li> <li>• Antiepilépticos</li> <li>• Otros</li>   <li>Enfermedad de Wilson, hemocromatosis, etc.</li>   <li>• Ictericia</li> <li>• Ascitis</li> <li>• Peritonitis bacteriana espontanea</li> <li>• Encefalopatía hepática</li> <li>• Hemorragia digestiva</li> <li>• Infecciones</li> </ul>	<p><b>MUESTRA:</b></p> <p>Pacientes que se hospitalizaron con el diagnóstico de Cirrosis Hepática</p> <p><b>MÉTODO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Científico</li> <li>• Analítico</li> <li>• Sintético</li> <li>• Inductivo</li> <li>• Deductivo.</li> </ul>	
---	---	---	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 2.** Ficha de recolección de datos.

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

FICHA N°: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

H.C.: \_\_\_\_\_ Fecha de Ncto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° Cama: \_\_\_\_\_

Fecha de recolección: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
1. Edad	<input type="checkbox"/> < 50 años <input type="checkbox"/> 50 – 59 años <input type="checkbox"/> 60 – 69 años <input type="checkbox"/> 70 – 79 años <input type="checkbox"/> > 80 años	(1) (2) (3) (4) (5)
2. Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	(1) (2)
3. Lugar de procedencia	Departamento. _____ Provincia. _____ Distrito. _____	
4. Ocupación/actividad	<input type="checkbox"/> Su casa <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Pensionista/jubilado <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> otros	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Tiempo de enfermedad	<input type="checkbox"/> < 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 3 años <input type="checkbox"/> 3 - 5 años <input type="checkbox"/> > 5 años	(1) (2) (3) (4)
6. Tipo de Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Ecografía hepática <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Examen Clínico <input type="checkbox"/> Otra _____	(1) (2) (3) (4) (5)
<b>FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CIRROSIS</b>		
a). Cirrosis Alcohólica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	(1) (2)
Tiempo de consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> 1 - 3 años <input type="checkbox"/> 4 – 6 años <input type="checkbox"/> 7 – 9 años <input type="checkbox"/> más de 10 años	(1) (2) (3) (4)
Frecuencia de consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Muy rara vez <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Una vez a la semana	(1) (2) (3) (4)
b). Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	(1) (2)

<b>c). Hepatitis C</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	(1) (2)
<b>d). Hepatitis autoinmune</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	(1) (2)
<b>e). Hígado graso</b>		
Por Alimentación	<input type="checkbox"/> Alimentos grasos <input type="checkbox"/> Carbohidratos <input type="checkbox"/> Bebidas gaseosas y azucaradas <input type="checkbox"/> Alimentos salados	(1) (2) (3) (4)
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	(1) (2)
DM (diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DM tipo I <input type="checkbox"/> DM tipo II	(1) (2) (3)
<b>f). Consumo de Medicamentos</b>		
Consumo frecuente de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	(1) (2)
Tipo de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Analgésicos y AINE <input type="checkbox"/> Antituberculosos <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Antiepilépticos <input type="checkbox"/> Otros	(1) (2) (3) (4) (5)
<b>g). Por otras afecciones</b>	_____	
<b>COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD</b>		
Complicaciones más frecuentes	<input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Ascitis <input type="checkbox"/> PBE <input type="checkbox"/> Encefalopatía hepática <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Infecciones	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>EXÁMENES AUXILIARES SEGÚN CHILD-PUGH</b>		
Ascitis	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado	(1) (2) (3)
Bilirrubina mg/dl	<input type="checkbox"/> <= 2mg/dL <input type="checkbox"/> 2-3 mg/dL <input type="checkbox"/> >3 mg/dL	(1) (2) (3)
Albúmina g/dl	<input type="checkbox"/> >3,5 g/dL <input type="checkbox"/> 2,8 – 3,5 g /dL <input type="checkbox"/> <2,8 g/dL	(1) (2) (3)
Tiempo de protrombina	<input type="checkbox"/> 1-3 seg <input type="checkbox"/> 4-6 seg <input type="checkbox"/> >6 seg	(1) (2) (3)
* Segundos sobre el control		
Encefalopatía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Grado 1-2 <input type="checkbox"/> Grado 3-4	(1) (2) (3)

Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 3. Solicitud para validación de instrumento.**

Tacna,..... de..... del 2017

**Dr (a).** .....

Presente

Es grato dirigirme a usted para manifestarle mi saludo cordial. Dada su experiencia profesional, méritos académicos y personales, le solicito su valiosa colaboración en la validación del contenido de los ítems que conforman el instrumento que se utilizará para recabar la información requerida en la investigación titulada: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.** Que será presentado para optar el título profesional de Químico Farmacéutico.

Asimismo, anexo la ficha de recolección de datos para su validación, formato para validar ficha de recolección, matriz de consistencia y el cuadro de severidad (escala child pugh): Sistema de Variables e Indicadoras para una rápida comprensión y validación del instrumento.

Agradezco de antemano su aporte que permitirá validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación.

Muy Cordialmente,

.....  
Bach. Hector Esteban Ccota  
Código Universitario: 2012-36777  
DNI: 43697525

**Fuente:** Elaboración propia.

#### Anexo 4. Formato para validación de ficha de recolección de datos

### EVALUACIÓN DE EXPERTOS

**Instrucciones:** Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa (X) en el casillero correspondiente.

#### ESCALA DE EVALUACIÓN

CRITERIOS	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento				
Claridad en la redacción de los ítems				
Pertinencia de la variable con los indicadores				
Relevancia del contenido				
Factibilidad de la aplicación				

Observaciones:

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado.

Validado por:	
Profesión:	Colegio N°:
Lugar de Trabajo:	
Cargo que desempeña:	
Lugar y fecha de validación:	

**Fuente:** Elaboración propia.

Firma.

**Anexo 5. Constancia de validación Juez N° 01**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Felma Gladys Poleante Silvo, identificado con DNI N° 04436073, de profesión Medico Cirujano colegio N° 19669, ejerciendo actualmente como Asistente, en la Institución Hospital Hipólito Unanue.

Por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto de tesis: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPATICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017**. Presentado por el Bach. HECTOR ESTEBAN CCOTA, para optar el título profesional de Químico Farmacéutico, reúnen los requisitos suficientes, necesarios para ser válidos y son aptos para alcanzar los objetivos que se plantean en la investigación.

	EXELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
Presentación del instrumento		X		
Redacción de los Ítems		X		
Pertinencia de la variable con los indicadores		X		
Relevancia del contenido		X		
Factibilidad de la aplicación		X		

Tacna, a los 02 días del mes de May del 2018

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

Felma Gladys Poleante Silvo  
DRA. FELMA BOLLUARTE SILLVA

Firma

**Anexo 6. Constancia de validación Juez N° 02.**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Juan José Changllo Roas, identificado con DNI N° 00492845, de profesión Químico Farmacéutico colegio N° 1121, ejerciendo actualmente como Docente Auxiliar TP en la Institución UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROTHMANN

Por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto de tesis: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPATICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017**. Presentado por el Bach. HECTOR ESTEBAN CCOTA, para optar el título profesional de Químico Farmacéutico, reúnen los requisitos suficientes, necesarios para ser válidos y son aptos para alcanzar los objetivos que se plantean en la investigación.

	EXELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
Presentación del instrumento		X		
Redacción de los Items		X		
Pertinencia de la variable con los indicadores			X	
Relevancia del contenido			X	
Factibilidad de la aplicación		X		

Tacna, a los 18 días del mes de Mayo del 2018

Changllo 3  
Firma

**Anexo 7. Constancia de validación Juez N° 03.**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Juan José Pariona Ccencho, identificado con DNI N° 45885785, de profesión Médico Cirujano colegio N° 75726, ejerciendo actualmente como Residente en Medicina en la Institución Hospital Hipólito Unanue

Por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al Proyecto de tesis: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPATICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017**. Presentado por el Bach. HECTOR ESTEBAN CCOTA, para optar el título profesional de Químico Farmacéutico, reúnen los requisitos suficientes, necesarios para ser válidos y son aptos para alcanzar los objetivos que se plantean en la investigación.

	EXELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
Presentación del instrumento		<i>l</i>		
Redacción de los Items		<i>l</i>		
Pertinencia de la variable con los indicadores		<i>l</i>		
Relevancia del contenido		<i>l</i>		
Factibilidad de la aplicación		<i>l</i>		

Tacna, a los 16 días del mes de Diciembre del 2017

  
 JUAN JOSE PARIANA CCENCHO  
 MÉDICO RESIDENTE  
 MEDICINA INTERNA  
 C.M.P. 75726

Firma

**Anexo 8.** Solicitud para acceder a historias clínicas.

**SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.**

Tacna 12 de diciembre del 2017,

Señor:  
**Dr. JAIME EDGAR VARGAS ZEBALLOS**  
Director Ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna




Yo, HECTOR ESTEBAN CCOTA, identificado con DNI N° 43697525, domiciliado en ASC. VIV. VILA LA CULTURA MZ D LT 5, distrito de CRL. G.A.L., actualmente egresado de la carrera de FARMACIA Y BIOQUIMICA, del Pregrado de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann,

Solicita a usted la autorización para acceder a las historias clínicas de los pacientes con cirrosis hepática del servicio de medicina interna, hospitalizados durante los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2017, para obtener la información necesaria en un periodo de 01 mes del 15 de diciembre del 2017 al 15 de enero de 2018

Por tanto, ruego a usted acceda a mi petición, por ser justa.

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
Héctor Esteban Ccota  
DNI 43697525  
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohoman

Adjunto a la presente:

1. Carta del Director de la escuela profesional FARMACIA Y BIOQUIMICA - UNJBG.
2. Resolución de Aprobación del Proyecto de Tesis por la Facultad Ciencias de la Salud.
3. Un ejemplar impreso del proyecto de tesis aprobado
4. Currículo vitae no documentado del tesista.
5. Declaración Jurada del tesista.

**Fuente:** Elaboración propia.

## Anexo 9. Carta de presentación.



Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**E.P. FARMACIA Y BIOQUÍMICA**



*"Año del Buen Servicio al Ciudadano"*

### **CARTA DE PRESENTACIÓN N° 014-2017-ESFB-FACS/UNJBG**

Tacna, 04 de diciembre del 2017

SEÑOR

**MÉD. JAIME EDGAR VARGAS ZEBALLOS**

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA  
PRESENTE.-


De mi consideración:

Con la mayor cordialidad, me dirijo a usted para expresarle mi saludo y a la vez presentar al **BACH. HECTOR ESTEBAN CCOTA**, alumno egresado de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Por tal motivo solicitamos, tenga a bien brindarle las facilidades a fin de realizar la ejecución de su Proyecto de Tesis Titulado "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017**", en vuestra institución.

Agradeciéndole por su gentil deferencia, quedo de usted reiterando mi especial consideración.

Atentamente,



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE  
GROHMANN-TACNA  
  
Ms. Edgard Guido Calderón Copa  
DIRECTOR DE LA E.P. DE  
FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Adj.: Documento de sustento  
Folio: 02

**Fuente:** Dirección de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica.

Anexo 10. Aprobación de trámite documentario.



HOSPITAL  
HIPÓLITO  
UNANUE

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

**PROVEIDO: N° 07-2017-CEYH-HHUT-DRST/GOB.REG-TACNA.-**

Vista la solicitud, con registro N° 14210, presentada por el Alumno Egresado. **HECTOR ESTEBAN CCOTA**, DNI N° 43697525; Alumno Egresado de la Universidad Nacional de Tacna, Farmacia y Bioquímica, esta Jefatura: **DA PASE FAVORABLE A LO SOLICITADO**, y que se continué con el trámite respectivo.

Adjunto documentos de referencia, para que siga el trámite documentario respectivo.

Atentamente;

Tacna, 15 de Diciembre del 2017

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
  
SRA. CEDINA OLANO REGARRA  
Jefe Del Dpto. De Consulta Externa y Hospitalización



Fuente: Dpto. De Consulta Externa y Hospitalización-HHU.

**Anexo 11.** Credencial, autorización para la obtención de información.

 <p>REPUBLICA DEL PERU GOBIERNO REGIONAL DE TACNA LEY 27867 HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE</p>	<p><i>“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”</i></p>
<h2>CREDECIAL</h2>	
<p>El Director Ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, designado por Resolución Ejecutiva Regional N° 084-2018-GR/GOB.REG.TACNA; a través de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.</p>	
<p><b>ACREDITA A:</b></p>	
<p>HECTOR ESTEBAN CCOTA</p>	
<p>Estudiante de la Carrera Profesional de Farmacia y Bioquímica – Facultad de Ciencias de la Salud- Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, quien ejecutará el Proyecto de Tesis <b>“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS HEPÁTICA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017”</b> por un periodo de 30 días a partir de la fecha.</p>	
<p>Se otorga el presente documento para los fines solicitados; al término del estudio entregará un ejemplar empastado de Tesis a la Biblioteca del Hospital, de acuerdo al convenio vigente.</p>	
<p>Tacna, Abril del 2018</p>	
 <p> _____ <b>JULIO AGUILAR VILCA</b> Director Ejecutivo Hospital Hipólito Unanue Tacna Región Tacna-Región de Salud Tacna</p>	<p> _____ <b>LIC. IRMA VILLAR AGURTO</b> Jefe de Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación Hospital Hipólito Unanue Tacna Región Tacna-Región de Salud Tacna</p>
<p>JAV/IVA C.c.: Archivo</p>	

**Fuente:** dirección Ejecutiva-HHU.

- Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación-HHU.