

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Perfil clínico, histopatológico y laboratorial en pacientes con cirrosis
hepática en el Hospital Regional de Lambayeque durante el 2015-2022**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Martha Lucia Limo Guerrero

ASESOR

Carolina del Pilar Barrientos Saavedra

<https://orcid.org/0009-0007-7379-8913>

Chiclayo, 2026

**Perfil clínico, histopatológico y laboratorial en pacientes con
cirrosis hepática en el Hospital Regional de Lambayeque durante
el 2015-2022**

PRESENTADA POR
Martha Lucia Limo Guerrero

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Dangelo Ernesto Medianero Sobrino
PRESIDENTE

Victor Daniel Linares Baca
SECRETARIO

Carolina del Pilar Barrientos Saavedra
VOCAL

Dedicatoria


A mi tío Víctor, por su apoyo constante e incondicional me han llevado hasta este momento, a mi Mamamata, por su amor incondicional, por ser mi fuente de inspiración. A mi abuelo y a mis tíos, por su cariño y respaldo a lo largo de este camino.

Y, sobre todo, a mis padres, quienes con su sacrificio y esfuerzo han sido el pilar fundamental de mi vida. Gracias por creer en mí siempre.

Agradecimientos

Gracias Ancky por acompañarme en desvelos, por ayudarme a construir esta tesis, por guiarme y aconsejarme en el camino, darme ánimos para continuar y recordarme la importancia de cuidarme cuando yo no lo hacía. Pero, sobre todo, gracias por creer en mí, esta tesis no existiría sin ti.

LIMO GUERRERO MARTHA LUCIA Perfil clínico, histopatológico y laboratorial en pacientes con cirrosis hepática...

 Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Document Details

Submission ID

trn:oid:::3117:561583133

Submission Date

Feb 27, 2026, 9:38 AM GMT-5

Download Date

Feb 27, 2026, 9:43 AM GMT-5

File Name

LIMO GUERRERO MARTHA LUCIA Perfil clínico, histopatológico y laboratorial en pacientes con c....docx

File Size

62.3 KB

33 Pages

8,811 Words

51,172 Characters




6% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
 - ▶ Cited Text
 - ▶ Small Matches (less than 15 words)
-

Top Sources

- 5%  Internet sources
- 0%  Publications
- 3%  Submitted works (Student Papers)

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Materiales y métodos	17
Resultados y discusión	27
Conclusiones	33
Limitaciones	33
Recomendaciones	33
Referencias	34

Resumen

La cirrosis consiste en la destrucción y regeneración de células parenquimales hepáticas; dicha desorganización distorsiona la arquitectura lobular y vascular del hígado, otorgándole un aspecto nodular característico de la patología (1). El presente estudio tiene como objetivo determinar el perfil clínico, histopatológico y laboratorial en pacientes con cirrosis hepática en el hospital regional de Lambayeque durante 2015 - 2022. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, basado en historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis, excluyendo gestantes. El 38% de los pacientes tenían entre 51-60 años; el 54% eran mujeres; el 67% se clasificaron como Child-Pugh A; las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial (27%); los métodos de diagnóstico más aplicados fueron laboratorial y ecográfico (36%); la complicación más común fue la ascitis; la cirrosis micronodular constituyó la clasificación histopatológica más predominante (57%); los hallazgos laboratoriales incluyeron bilirrubina <2 mg/dl (81%), creatinina <1 mg/dl (76%), sodio entre 135-155 meq/l (76%), albúmina >3.5 g/dl (50%), plaquetopenia (38%), anemia (34%) y leucopenia (21%), tiempo de protrombina entre 1-3 segundos. En conclusión, el estudio permitió caracterizar de forma integral a los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque, evidenciando la utilidad del análisis clínico, histopatológico y laboratorial para una mejor comprensión de esta enfermedad en el contexto local.

Palabras clave: Cirrosis Hepática. Fibrosis Hepática. Fibrosis

Abstract

Cirrhosis is characterized by the destruction and regeneration of hepatic parenchymal cells; this disorganization distorts the lobular and vascular architecture of the liver, giving it a nodular appearance characteristic of the pathology (1). The present study aims to determine the clinical, histopathological and laboratory profile of patients with hepatic cirrhosis at the Regional Hospital of Lambayeque during 2015-2022. An observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study was conducted, based on the medical records of patients over 18 years of age diagnosed with cirrhosis, excluding pregnant. The 38% of the patients were between 51-60 years old; 54% were woman; 67% were classified as Child-Pugh A; the most frequent comorbidities were diabetes mellitus and hypertension (27%); the most frequently used diagnostic methods were laboratory tests and ultrasound (36%); the most common complication was ascites. Micronodular cirrhosis was the most prevalent histopathological classification (57%). Laboratory findings included bilirubin <2 mg/dl (81%), creatinine <1 mg/dl (76%), sodium between 135-155 meq/l (76%), albumin >3.5 g/dl (50%), thrombocytopenia (38%), anemia (34%) y leukopenia (21%), prothrombin time between 1-3 seconds. In conclusion, this study allowed an integral characterization of patients with liver cirrhosis treated at the Regional Hospital of Lambayeque, highlighting the usefulness of clinical, histopathological, and laboratory analysis for a better understanding of this disease in the local context.

Keywords: Liver Cirrhosis. Liver Fibrosis. Fibrosis

Introducción

La cirrosis hepática ha sido conocida desde los tiempos de Hipócrates, siendo Laennec el primero en emplear este término (2). Es una enfermedad crónica en la que se presenta una destrucción y regeneración de las células parénquimales hepáticas, así como el aumento del tejido conectivo; todo este proceso ocurre de manera desorganizada, lo que conlleva a la distorsión de la arquitectura lobular y vascular del hígado, dándole un aspecto nodular a la superficie característico de esta patología (1).

Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un proceso difuso caracterizado por fibrosis y la transformación de la estructura normal en un arreglo nodular anormal, que constituye la etapa final de enfermedades hepáticas de diversos orígenes (3).

A nivel mundial, la cirrosis hepática representa un importante problema de salud pública. De acuerdo con el Colegio Americano de Gastroenterología, se estima que alrededor de 5,5 millones de personas viven con la enfermedad, ocasionando aproximadamente 26,000 muertes anuales, lo que la convierte en la séptima causa de muerte en adultos de 25 a 64 años en los Estados Unidos; además, se proyecta que en los próximos años el número de personas afectadas continúe en aumento (4).

Desde una perspectiva global, la cirrosis hepática constituye la decimocuarta causa de muerte en adultos a nivel mundial, y ocupa el cuarto lugar en Europa Central, donde reportan alrededor de 170,000 muertes anuales. En Sudamérica, países como Perú y Chile presentan tasas de mortalidad de 15 por 100,000 habitantes y 18,2 por 100,000 habitantes, respectivamente (5).

En Perú, la tasa de mortalidad por cirrosis hepática es de 9,48 por cada 100,000 habitantes, constituyéndose como la quinta causa de muerte en la población general, la segunda causa entre las enfermedades gastrointestinales y biliares, y la segunda causa de mortalidad en el grupo etario de 20 y 64 años (6).

Se observa una alta tasa de morbilidad asociada a la cirrosis hepática a nivel nacional y mundial, así como el incremento de casos en los últimos años. Esto evidencia una problemática significativa a nivel local, debido a la ausencia de información sistematizada y actualizada sobre las características clínicas, histopatológicas y laboratoriales en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque. La limitada información sobre la caracterización del paciente cirrótico, dificulta su identificación oportuna, restringiendo la toma de decisiones clínicas basadas en el contexto de nuestra región.

Por ello, surge la necesidad de desarrollar el presente estudio, cuyo objetivo general es determinar el perfil clínico, histopatológico y laboratorial en pacientes con cirrosis hepática en

el Hospital Regional de Lambayeque durante el 2015 – 2022. Los objetivos específicos buscan identificar el perfil clínico, histopatológico y laboratorial de dichos pacientes, considerando cada uno de manera independiente, con la finalidad de lograr un entendimiento integral de estos perfiles y conocer de manera detallada el estado del paciente cirrótico a nivel clínico, histopatológico y laboratorial.

La importancia de este trabajo radica en profundizar en la caracterización del paciente cirrótico más allá de sus manifestaciones clínicas, incorporando el análisis de los hallazgos histopatológicos y laboratoriales, los cuales son escasamente abordados en estudios locales, a pesar de que la cirrosis hepática es una enfermedad con alta incidencia y prevalencia en nuestro medio.

Los resultados obtenidos en este estudio beneficiaran directamente a los pacientes con cirrosis hepática, al otorgarles una atención más integral y personalizada; al personal de salud al proporcionar información relevante que refleja la realidad asistencial del Hospital Regional de Lambayeque. Además, los hallazgos podrán servir como base para futuras investigaciones y para el diseño de estrategias de prevención, diagnóstico y manejo de la cirrosis hepática en nuestra región.

Revisión de literatura

1.1 Antecedentes Internacionales

Durante el 2014 se realizó en el occidente colombiano un estudio descriptivo en el que se recolectó información de 100 pacientes provenientes de distintos municipios. Se evidenció una alta prevalencia de diabetes mellitus (42%) y dislipidemia (41%). Todos los pacientes presentaban cirrosis hepática avanzada, con un número importante de complicaciones, siendo la ascitis la más frecuente (84%), seguida del sangrado gastrointestinal (69%). Las várices esofágicas fueron los hallazgos endoscópicos más comunes. Los pacientes que presentaron infección por hepatitis B, el 90% eran hombres; asimismo, el consumo de alcohol estuvo en el 54,5% de los casos; identificado como un cofactor importante en la progresión de la cirrosis hepática (7).

En Colombia, en el año 2016, se realizó un estudio que incluyó a 419 pacientes diagnosticados con cirrosis. Las principales etiologías identificadas fueron de etiología mixta (esteatohepatitis no alcohólica más alcohol) con un 67%, esteatohepatitis no alcohólica (25,5%), consumo de alcohol (14,8%), infección por virus de la hepatitis C y otras con un 14,6%, autoinmune (10%). Según la clasificación Child-Pugh el 59,1%, 32,4% y 8,3% respectivamente fueron A, B y C (8).

Ese mismo año, en Argentina, se describieron las características clínicas de los pacientes cirróticos que fueron atendidos en un consultorio médico entre junio de 2016 y junio de 2017. La edad promedio fue de 51 ± 12 años; la mayoría de los pacientes se encontraba en estadio Child-Pugh C presentando como complicaciones más frecuentes a la ascitis, ictericia y encefalopatía; siendo el consumo de alcohol la principal causa, seguida de la infección por virus de la hepatitis C y cirrosis autoinmune (11).

En 2018, se realizó un estudio en un centro del Caribe Colombiano que caracterizó clínica y epidemiológicamente a 284 pacientes con cirrosis hepática, a partir de la revisión de historias clínicas. La etiología más frecuente fue la infección por virus de la hepatitis C, seguida por el hígado graso no alcohólico, la hepatitis autoinmune, la cirrosis biliar primaria, el consumo de alcohol, demostrando un predominio del sexo femenino (8).

En Cuba, en el 2020, se publicó un estudio de revisión que abordó las características clínica e histopatológicamente la cirrosis hepática, describiendo su etiología, clasificación clínica y patológica, métodos básicos de diagnóstico y los principales tipos celulares involucrados en el proceso de fibrosis hepática (9).

En el 2025, en Colombia, se elaboró un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, cuya población fueron los pacientes atendidos en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja con diagnóstico de cirrosis hepática. La edad mínima fue de 28 años y la máxima de 89 años; con predominio del sexo masculino (77,51%). Las complicaciones más frecuentes fueron la ascitis y la encefalopatía hepática. El 12,8% requirió estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos (UCI), el 38,7% estaba clasificado como una enfermedad descompensada (Child-Pugh C) y la mortalidad fue del 34,6% (10).

1.2. Antecedentes Nacionales

En el año 2007, en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, se elaboró un estudio donde se describen las características epidemiológicas y clínicas, en 475 pacientes hospitalizados por cirrosis hepática. El 45,1% eran mujeres y la edad promedio fue de 63 años. Las principales etiologías fueron el consumo de alcohol (28%), infección por virus de la hepatitis B crónica (15,2%) y la infección por virus de la hepatitis C crónica (11,8%). Según la clasificación de Child-Pugh, el 42,3% de los pacientes se encontraban en estadio B y el 42,5% en estadio C. La principal causa de hospitalización fue el sangrado digestivo por hipertensión portal, seguido de ascitis y encefalopatía. Asimismo, se reportó la presencia de infecciones asociadas y hepatocarcinoma en el 7,9% de los casos (6).

En 2013, en la ciudad de Tacna, se realizó un estudio que incluyó a 104 pacientes con cirrosis hepática. En el cual se evidencio el predominio del sexo masculino (53,8%) y mayores de 60 años (71,4%). La etiología más común fue el consumo de alcohol (72,5%), el método diagnóstico más empleado el laboratorio (56%). Donde concluyeron que la tasa de complicaciones fue del 100% debido a la ascitis descompensada (71,4%), encefalopatía hepática (61,5%) e ictericia (59,3%), anemia (81,3%), pancitopenia (34,1%), además que el 81,3% se encontraba en un estadio Child-Pugh C, donde la mortalidad fue del 23,1%, por sepsis y disfunción multiorgánica (11).

Durante el 2020, en la ciudad de Huancayo, se ejecutó un estudio donde la población predominante fueron hombres de 60 a 62 años; donde el consumo de alcohol (63%) encabeza lista de las causas siendo seguida por la infección por virus de la hepatitis B y C crónicas (7,4% y 2,8% respectivamente). El 58,3% se encuentra en un estadio Child-Pugh B y el 31,3% en estadio C; la clínica más frecuente fue la distención abdominal (87%); presentando como principales complicaciones ascitis (56%), encefalopatía hepática (47,2%) y síndrome hepatorenal (8,3%) (12).

En el 2021, se realizó una tesis en el departamento de Lambayeque que incluyó a 183 pacientes. El grupo etario predominante fue de 60-80 años (59%), con predominio del sexo masculino (62,3%), la etiología más frecuente fue el consumo de alcohol (55,2%), las comorbilidades más importantes fueron la DM2 y la obesidad mientras que las complicaciones fueron encabezadas por la ascitis (58,9%) y la HDA (29,5%). El estadio Child-Pugh B predominó con un 53%. Los exámenes de laboratorio evidenciaron anemia (98,1%), bilirrubina total: 2-3 mg/dl (44,3%), albúmina: 3-3,5 g/dl (50,8%) y prolongación del tiempo PT 1-3 segundos (44,3%) (5).

En Tacna, durante el 2023, se realizó una tesis en la cual se revisaron 80 historias clínicas de pacientes con cirrosis hepática atendido en el Hospital Hipólito Unanue. El grupo etario con mayor predominio fue el de 60 a 79 años (61,3%), con predominio de población femenina (55%). La etiología más frecuente fue la alcohólica (33,8%), y la comorbilidad más resaltante fue la diabetes mellitus (30%). El estadio de Child-Pugh C fue el más prevalente (56,3%) y el score MELD más frecuente fue de 10 – 19 (58,8%). Se determinó que durante el año 2021 el 36% de los pacientes presentó hospitalizaciones, con una estancia media de 11 días, siendo el motivo más frecuente la ascitis (33,8%); la condición de egreso fue de mejorado en un 82,5% de los pacientes (13).

Finalmente, en el 2025, en Cajamarca se analizaron 46 historias clínicas de paciente con cirrosis hepática hospitalizados durante 2021 – 2023. El grupo etario más afectado fue el de

60 a 80 años (47,83%), con una edad promedio de 61,37 años y con predominio del sexo masculino (65,22%). La mayoría provenían de la provincia de Cajamarca (58,7%) y presentaban estudios primarios (39,13%). Los antecedentes más comunes fueron la obesidad (25,22%), hipertensión arterial (19,57%) y la diabetes mellitus tipo 2 (15,22%). La etiología predominante fue del consumo de alcohol (58,7%). Las hospitalizaciones en el último año se debieron principalmente a cirrosis hepática descompensada (19,57%); siendo la principal complicación la hemorragia digestiva alta (47,83%), seguida de la ascitis (11%). La estancia hospitalaria promedio fue de 7,5 días con un rango de 5 - 10 días. Los pacientes presentaron estadios Child-Pugh B y C en un 45,65%, y en el score MELD, la mayoría tuvo puntuaciones entre 10 y 19 (39,13%), con una mejoría clínica del 58,7%; la tasa de mortalidad fue del 21,74%. Los hallazgos ecográficos indicaron en su mayoría un hígado de tamaño conservado (60,87%), con una forma irregular (91,3%), de superficie nodular (75,09%), esplenomegalia (63,04%), y diámetro igual o superior a 13 mm (45,65%) (14).

1.3.Perfil Clínico

Nos referimos a cirrosis hepática cuando existe tejido cicatricial en el hígado, que va a conducir a la enfermedad hepática crónica difusa e irreversible caracterizada por la presencia de fibrosis y la formación de nódulos regenerativos conllevando a cambios vasculares, estructurales y funcionales a largo plazo (3–9,11,12,15–17).

En la cirrosis existen síntomas inespecíficos (anorexia, pérdida de peso, debilidad) o síntomas de insuficiencia hepática como la ictericia, prurito, signos de hemorragia digestiva alta, encefalopatía hepática. Se puede encontrar en el examen físico ictericia, araña angioma, ginecomastia, ascitis, esplenomegalia, palmaritis, garrote digital y asterixis. Las etiologías que con mayor frecuencia vemos son el alcoholismo, la hepatitis viral crónica, la hepatitis autoinmune, la esteatohepatitis no alcohólica, la cirrosis biliar, la cirrosis cardiogénica (5–8,11,15).

Las manifestaciones clínicas varían en cada uno de los pacientes, es por ello que en un paciente con cirrosis compensada se va a encontrar asintomáticos o pueden informar síntomas inespecíficos ya mencionados (15,18).

Mientras que un cirrótico descompensado presentará ictericia, prurito, signos de hemorragia digestiva alta, ascitis, confusión por encefalopatía hepática y calambres musculares. Ante la sospecha de una encefalopatía, se debe indagar sobre fiebre, constipación, hinchazón de miembros inferiores, distensión abdominal, confusión (15,18).

- Fatiga:

Es definida como la sensación de debilidad y agotamiento en el cuerpo, acompañada de malestar o dolor muscular e incapacidad para relajarse, generado por esfuerzo físico (19).

Muchos cirróticos desarrollan desgaste muscular, lo que puede empeorar la fatiga además que en estos pacientes es muy común tener anemia lo que también contribuye (4).

- Prurito:

Picazón en la piel que provoca la necesidad de rascarse (19). Es frecuente en pacientes cirróticos con trastornos biliares, aunque también está presente en cualquier enfermedad hepática; afectando a grandes áreas del cuerpo y de intensidad variable (4).

- Edema:

Retención anormal de líquido en el cuerpo, con mayor frecuencia en miembros inferiores; por el incremento de la presión hidrostática capilar, debido a una disminución de la presión coloidosmótica por deficiencia proteína o aumento de la permeabilidad capilar (4,19).

- Ascitis:

Acumulación de líquido ascítico en la cavidad abdominal, esto ocurre cuando el peritoneo está inflamado o cuando incrementa la presión en el sistema venoso portal, se ha concluido que el 50 - 70% de los cirróticos compensados desarrolla ascitis tras el diagnóstico (4,5,9,11,15,19).

- Peritonitis Bacteriana Espontanea (PBE):

Es la infección de líquido ascítico previamente estéril; tiene una prevalencia del 10 - 30% y una mortalidad significativa; las especies de la familia Enterobacteriaceae son responsables de casi el 80% de las infecciones (5,11,20).

- Sangrado del tubo digestivo:

Hemorragia digestiva alta por ruptura de várices del estómago o esofágicas, siendo el lugar más común donde ocurren parte inferior del esófago. Es una de las complicaciones mortales en el 40 - 50% de los casos de un Child-Pugh grado C y 8% en A (4,5,11).

- Ictericia:

Coloración amarillenta de la piel y las mucosas causada por una acumulación anormal de bilirrubina (4,5).

- Encefalopatía hepática (EH):

Síndrome neurológico complejo caracterizado por alteraciones neuropsiquiátricas y alteraciones neuromusculares por insuficiencia hepática severa. Afecta al 45% de los pacientes con cirrosis; termina afectando varias áreas del sistema nervioso central, que incluyen: personalidad, conciencia, emociones, memoria y funciones cognitivas y motoras (4,5,11,20).

- Child Pugh

Es un método de clasificación, ayuda a pronosticar la gravedad de la enfermedad hepática según el grado de ascitis, las concentraciones séricas de bilirrubina y albúmina, el tiempo de protrombina y el grado de encefalopatía. Se determinaron cinco variables y sus correspondientes valores de corte para tres grupos de severidad creciente variable (A, B y C). Donde los pacientes que puntúan 5-8 pertenecen al grupo A, pacientes con puntuaciones de 9-11 pertenecen al grupo B y los pacientes con puntos 12-15 al grupo C (5,11,15,18).

Parámetro	Puntos asignados		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderado
Bilirrubina	<2 mg/dl (<34,2 micromol/l)	2 a 3 mg/dl (34,2 a 51,3 micromol/l)	>3 mg/dl (>51,3 micromol/l)
Albúmina	>3,5 g/dl (35 g/l)	2,8 a 3,5 g/dl (28 a 35 g/l)	<2,8 g/dl (<28 g/l)
Tiempo de protrombina (segundos por encima del control) o	<4	4 a 6	>6
INR	<1,7	1,7 a 2,3	>2,3
Encefalopatía	Ninguno	Grado 1 a 2	Grado 3 a 4

Fuente: Cirrosis en adultos: descripción general de las complicaciones, tratamiento general y pronóstico (18)

Dentro de los métodos diagnósticos la biopsia es el estándar de oro porque no solo confirma la presencia de cirrosis, sino que proporciona información sobre la posible etiología; su sensibilidad es del 80 - 100% según el método utilizado, el tamaño y número de muestras obtenidas (4,5,15)

Actualmente, gracias a los avances tecnológicos médicos, se ha desarrollado la Elastografía hepática (Fibroscan), el cual mide la elasticidad o la rigidez tisular que presenta el hígado; para esto utiliza un pulso de vibración mecánica y una onda de ultrasonido. Funciona igual que la ecografía (ultrasonido), tiene un emisor-receptor el cual emite diferentes ondas: una

onda de pulso oscilante que penetra en el tejido hepático y la otra en un ultrasonido que se registra la velocidad del viaje de esta primera onda (21,22).

1.4. Perfil Laboratorial

En cuanto a los hallazgos de laboratorio estos van a presentar bilirrubina sérica elevada, aminotransferasas anormales, fosfatasa alcalina/gamma-glutamyl transpeptidasa elevadas, tiempo de protrombina prolongado/ INR aumentado, hiponatremia, hipoalbuminemia y trombocitopenia (5,11,15).

- Alteraciones hematológicas

Dentro de estas, la anemia es más común y se asocia con cambios como trombocitopenia, leucopenia y/o leucocitosis; por lo tanto, la cirrosis hepática se considera una patología inmunosupresora (5,9,15,18).

- Perfil de bilirrubinas

Se encuentran elevadas a 2-3 gr/dl lo que produce ictericia y está estrechamente relacionado con el Grado de Child Pugh (5,15,18).

- Albumina

Se manifiesta como hipoalbuminemia leve (3-3,5 g/dl) principalmente en pacientes con estadio clínico avanzado (5).

- Tiempo de protrombina (TP)

Al ser el hígado el mayor productor de los factores de coagulación, la alteración del TP es un signo de falla temprana (5).

1.5. Perfil Histopatológico

La cirrosis es la interacción de diversos procesos como el daño parenquimal, inflamación, fibrogénesis, fibrosis y regeneración hepatocelular; esto viene hacer la transformación difusa del hígado en nódulos parenquimatosos regenerativos rodeados de bandas fibrosas. El tamaño del nódulo, la cicatrización (conexión de los espacios portales entre sí o conexión de los portales a venas específicas), el grado de pérdida parenquimatososa y la frecuencia de oclusión vascular (especialmente de la vena porta) varían entre diferentes enfermedades e incluso en algunos casos con la misma enfermedad. Los nódulos cirróticos son heterogéneos y pueden ser policlonales regenerativos o monoclonales neoplásicos; siendo estos últimos precursores del carcinoma hepatocelular (23,24).

Clasificación morfológica:

- Cirrosis micronodular:

Se observa un infiltrado linfocitario variable en el tabique fibroso. Los septos rodean o cortan los nódulos de hepatocitos teniendo un diámetro menor de 3mm; son trabeculares o de disposición irregular con propiedades regenerativas. Las venas centrolobulillares rara vez se pueden identificar. La proliferación biliar suele observarse en septos y pseudoductos compuestos por hepatocitos, especialmente en las regiones periféricas de los nódulos parenquimatosos regenerativos (9,24).

- Cirrosis macronodular:

Los tabiques se forman por el colapso de una red de áreas necróticas acompañada de fibrosis activa, se identifican espacios portales y vasos centrales. Algunos de estos últimos están conectados a las cámaras del portal por tabiques o están claramente dentro de las cicatrices; estos nódulos llegan a tener un diámetro mayor de 3mm (9,24).

- Cirrosis mixta:

Se refiere a micro-macronodular comprendiendo ambos tamaños de nódulos es decir desde menores a 3mm como mayores de 3mm (24).

La actividad histológica de un hígado cirrótico consiste en varias formas de daño de células del hígado e inflamación, que se ven en el estado precirrótico de la enfermedad (ejm: hepatitis de interface en la cirrosis posthepática y esteatohepatitis en alcohólicos cirróticos y pacientes con esteatohepatitis no alcohólica). La cirrosis inactiva se caracteriza por la casi ausencia de lesiones necroinflamatorias y de una delineación clara entre los septos y nódulos paucicelulares (24).

La fibrosis es un fenómeno de curación progresiva que es una respuesta a una lesión crónica; donde las células estrelladas ubicadas en el espacio de Disse, que se transforman de la quiescencia en miofibroblastos, forman la piedra angular para la síntesis de la matriz extracelular, la muerte de los hepatocitos por necrosis o apoptosis, la activación del factor de crecimiento transformante β , la desactivación de las metaloproteinasas, las enzimas responsables de descomponer el colágeno, permiten la cicatrización en el hígado. Depende de la etiología de la fibrosis determinada y del cambio resultante en la arquitectura normal del hígado, si la noxa continúa terminará eventualmente en cirrosis (25).

El grado de fibrosis se mide a través del sistema de estadiaje Ishak Modificado el cual se divide en diferentes grados de la siguiente manera:

- F0: sin fibrosis.
- F1: expansión fibrosa de algunos espacios porta, con o sin formación de septos fibrosos cortos
- F2: expansión fibrosa de muchos espacios porta, con o sin formación de septos fibrosos cortos
- F3: expansión fibrosa de muchos espacios porta, con ocasionales puentes porto portales
- F4: expansión fibrosa de áreas porta con formación de puentes porto-portales o porto-centrales
- F5: múltiples puentes porto-portales y/o porto centrales con nódulos ocasionales (cirrosis incipiente)
- F6: cirrosis, probable o definitiva (21,25).

La fibrosis reciente puede revertirse, a menos que avance y termine en cirrosis (23,24); al eliminar la causa que provoca la respuesta fibrótica, la fibrosis puede disminuir, siempre y cuando el hígado no haya alcanzado un estado de cirrosis avanzada. Cuando se elimina el agente causal, se desencadena una serie de eventos que marcan el inicio de la reversión de la fibrosis hepática. Entre los primeros procesos están la reducción de las citocinas, la desaparición de las cicatrices fibrosas y miofibroblastos mediante senescencia y apoptosis, así como el aumento en la actividad de la colagenasa (26). Esta más reversible que la fibrosis antigua; las cicatrices se vuelven más delgadas, más densas y eventualmente comienzan a romperse. Cuando se rompen los tabiques fibrosos, los nódulos adyacentes de parénquima en regeneración se unen en grandes islas. Toda cirrosis hepática tiene elementos de progresión y regresión, y su equilibrio está determinado por la gravedad y persistencia de la enfermedad subyacente (23,24).

Materiales y métodos

1.1. Tipo de estudio

El presente estudio es observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. En el estudio se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática que

cumplían con los criterios de selección atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque en el período 2015 - 2022.

1.2. Operacionalización

de

Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS Y VALORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de cirrosis en el HRL	Cuantitativa		Intervalo	31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 >80	Historia clínica
Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino de los pacientes diagnosticados con cirrosis en el HRL	Cualitativa		Nominal dicotómica	Masculino Femenino	Historia clínica
Comorbilidades	Presencia de una o más enfermedades o trastornos que empeoran el diagnóstico de las pacientes	Cualitativa	Enfermedad previa al diagnóstico	Nominal politómica	Insuficiencia renal Diabetes Mellitus HTA Otro	Historia clínica

	Etiología de cirrosis	Motivo o razones que genera la adquisición de la cirrosis	Cualitativa	Etiología más frecuente	Nominal politómica	Alcohol Wilson Criptogenica VHC VHB Autoimmune Otra	Historia clínica
D I A G N O S T I C O	Biopsia	Proceso en el que se identifica la cirrosis hepática, por sus signos y síntomas, y/o por exámenes para la ayuda diagnóstica	Cualitativa	Método de estudio empleado	Nominal politómica	F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6	Historia clínica
	Elastografía hepática (Fibroscan)				Ordinal		
	Ecografía (ultrasonido)				Nominal politómica		
	Laboratorio				Nominal politómica		

	Clínico				Nominal politómica		
	Complicaciones	Dificultades que se presentan durante y/o después de la enfermedad	Cualitativa	Complicación más común	Nominal politómica	Ictericia Ascitis descompensada PBE Encefalopatía hepática Síndrome hepatorrenal HDA Hepatocarcinoma Infección	
	Características Clínicas	Síntomas iniciales y actuales de la cirrosis hepática	Cualitativa		Nominal politómica	Fatiga Prurito Edema Ascitis Peritonitis Bacteriana Espontanea Ictericia	Historia clínica

						Sangrado del tubo digestivo Encefalopatía hepática	
	Histopatología	Características celulares del hígado cirrótico	Cualitativa		Nominal politómica	Cirrosis micronodular Cirrosis macronodular Cirrosis mixta	Historia clínica
L A B O R A T O R	H	Leucocitos	Análisis de sangre que ayuda al diagnóstico de enfermedades como la cirrosis	Cualitativo	Celularidad de las tres series	Nominal politómica	Historia clínica
	E	Hemoglobina					
	M	Hematocrito					
	O	VCM					
	G	Plaquetas					
	Bilirrubina	Análisis de niveles de bilirrubina en la sangre	Cuantitativo		Intervalo	<2mg/dL 2-3 mg/dL >3 mg/dL	Historia clínica

I O	Albumina	Análisis de albúmina en la sangre mide la cantidad de albúmina en la sangre.	Cuantitativo		Intervalo	>3.5 g/dL 3- 3.5mg /dL <3 mg/dL	Historia clínica
	Tiempo de protombina	Análisis de sangre que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre (plasma) en coagularse.	Cuantitativo		Intervalo	1-3 seg 4-6 seg >6 seg	Historia clínica
	Creatinina	Análisis que mide los niveles de creatinina en la sangre o en la orina	Cuantitativo		Intervalo	<1mg/dL 1-3mg/dL >3mg/dL	Historia clínica
	Sodio	Análisis de sodio en la sangre	Cuantitativo		Intervalo	<135mEq/L 135-155mEq/L >155mEq/L	Historia clínica
	Marcadores virales	Determina la presencia o no de	Cualitativo	Infección viral	Nominal politémica	Ninguno AgsHB	Historia clínica

		antígenos virales, mediante el estudio de la sangre del paciente cirrótico				Anticore total HB Anti-VHC Otro	
	Child-Pugh	Sistema de estadificación que evalúa el pronóstico de la cirrosis	Cualitativo	Estimación de supervivencia	Ordinal	A B C	Historia clínica

1.3. Población, muestra y muestreo

6.3.1 Población diana

La población está conformada por todos los pacientes con diagnóstico clínico de cirrosis hepática atendidos por consultorio externo en el Hospital Regional de Lambayeque durante los periodos 2015 al 2022.

6.3.2 Población accesible

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de cirrosis hepática atendidos por consultorio externo en el Hospital Regional de Lambayeque durante los periodos 2015 al 2022.

6.3.3 Población elegible

Estuvo constituida por 114 historias clínicas de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

6.3.3.1 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico clínico de cirrosis hepática atendidos por consultorio externo en el Hospital Regional de Lambayeque durante los periodos 2015 al 2022.

Criterios de Exclusión

- Pacientes gestantes.

Criterios de Eliminación

- Historias clínicas con datos insuficientes de filiación del paciente atendido por consulta externa.

1.4. Técnicas e instrumentos de recojo de información

6.4.1 Técnica de recolección de datos

Los datos fueron recopilados a partir de 114 historias clínicas, correspondientes a la población elegible. No se realizó toma de muestra ni de muestreo, debido a que se trabajó con la totalidad de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico clínico de cirrosis hepática atendidos por consultorio externo en el Hospital Regional de Lambayeque, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

6.4.2 Proceso de recolección de datos

Autorizado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; se envió la documentación necesaria para solicitar permiso a la Dirección del Hospital Regional de Lambayeque para la ejecución del trabajo.

Luego de que se aceptará el trabajo por la Dirección del Hospital Regional de Lambayeque se registraron los datos de las historias clínicas en una ficha de recolección de datos clínicos, histopatológico y laboratoriales de elaboración propia (ANEXO 1), la cual se completó según los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos por consultorio externo en el Hospital regional de Lambayeque durante los periodos 2015 al 2022 que cumplan con los criterios de selección.

Dicha información se analizó en una base de datos del programa Microsoft EXCEL donde se realizó el análisis respectivo. Se elaboraron tablas de frecuencia absoluta y relativas, para su posterior análisis e interpretación de los datos.

1.5.Consideraciones éticas

Este trabajo fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y por el Comité de Ética del Hospital Regional de Lambayeque. Asimismo, se desarrolló respetando los cuatro principios fundamentales de la ética médica: no maleficencia, la beneficencia, la justicia y el principio de autonomía.

En relación con el principio de no maleficencia, este trabajo no implicó ningún tipo de intervención diagnóstica o terapéutica, ni contacto directo con los pacientes, dado que se trató de un estudio es observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La recolección de datos se realizó exclusivamente a partir de historias clínicas previamente registradas, por lo que no se generó riesgo físico, psicológico ni social par a los pacientes incluidos.

Respecto al principio de beneficencia, el conocimiento proporcionado a partir del análisis de los perfiles clínicos, histopatológico y laboratorial de los pacientes cirróticos permitirá una mejor comprensión de la enfermedad en el contexto local. Los resultados obtenidos contribuirán al fortalecimiento clínico, al reconocimiento oportuno de complicaciones y al desarrollo de futuras investigaciones, beneficiando indirectamente a los pacientes, al personal de salud y a toda la comunidad científica.

El principio de justicia se garantizó debido a que la selección de la población fue de manera equitativa, basada exclusivamente en los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Solo se incluyeron las historias clínicas que cumplan con los criterios, sin ningún tipo de discriminación ni beneficio particular para algún grupo específico, asegurado así la imparcialidad y equidad en la selección de los participantes.

Finalmente, el principio de autonomía se respetó mediante la protección estricta de la confidencialidad de la información. Los datos obtenidos de las historias clínicas fueron registrados de manera anónima, sin incluir información que permitiera la identificación de los pacientes, y se utilizaron únicamente las variables necesarias para cumplir los objetivos del estudio. La información recolectada fue empleada exclusivamente con fines académicos y de investigación, conforme a las normas éticas vigentes (27,28).

Resultados y discusión

Resultados

Tabla I: Distribución de los pacientes con diagnóstico clínico de cirrosis hepática en el Hospital regional de Lambayeque durante el 2015-2022; según datos de filiación

<i>Datos de Filiación</i>	<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>%</i>
Edad		
31-40	4	4
41-50	13	11
51-60	43	38
61-70	31	27
71-80	21	18
>80	2	2
Total	114	100
Sexo		
Hombre	53	46
Mujer	61	54
Total	114	100
Procedencia		
Rural	24	28
Urbano marginal	31	36
Urbano	30	35
Total	85	100

Fuente: Historias Clínicas HRL

Según los datos de filiación se evidencia que la mayor proporción de casos se encuentra en adultos mayores y mediana edad, principalmente en los grupos etarios de 51-60 años y 61-70 años. Respecto al sexo, se observó un ligero predominio por el sexo femenino, en cuanto a la procedencia se analizó 85 historias clínicas, debido a que 29 historias no consignaban este

dato, del total evaluado, la mayor proporción de pacientes correspondió a la zona urbano marginal, seguido por zonas urbanas.

Tabla II: Distribución de los pacientes con diagnóstico clínico de cirrosis hepática en el Hospital regional de Lambayeque durante el 2015-2022; según características clínicas

<i>Características clínicas</i>	<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>%</i>
Child-Pugh		
A	18	67
B	7	26
C	2	7
Total	27	100
Comorbilidad		
Obesidad	20	16
DM	34	27
HTA	34	27
IR	5	4
TB	2	2
Otros	29	23
Total	124	100
Etiología		
Alcohol	18	60
VHC	3	10
Autoimmune	2	7
Otra	7	23
Total	30	100
Método Diagnóstico		
Clínico	62	24
Biopsia	2	1
Elastografía	5	2
Ecografía	93	36
Laboratorio	93	36
Total	255	100
Complicaciones		
Ictericia	5	4
Ascitis	50	44
PBE	1	1
EH	12	11
Sd hepatorenal	2	2
HDA	44	39
Total	114	100

Fuente: Historias Clínicas HRL

Según las características clínicas, en relación con la clasificación de Child-Pugh, se analizaron 27 historias clínicas, observándose que un predominio en el estadio Child-Pugh A. Respecto a las comorbilidades se registraron un total de 124 eventos, debido a que varios pacientes

presentaron más de una comorbilidad de manera simultánea; las más frecuentes fueron diabetes e hipertensión arterial. En cuanto a la etiología, solo se obtuvo información de 30 historias clínicas donde la principal causa fue el consumo de alcohol. Respecto al método diagnóstico, se registraron 255 procedimientos, dado que para un mismo paciente se emplearon varios métodos de forma complementaria para establecer el diagnóstico. Los métodos más empleados fueron la ecografía abdominal y los exámenes de laboratorio. En relación con las complicaciones de acuerdo a las 114 historias clínicas evaluadas, las más predominantes fueron la ascitis y la hemorragia digestiva alta.

Tabla III: Distribución de los pacientes con diagnóstico clínico de cirrosis hepática en el Hospital regional de Lambayeque durante el 2015-2022; según características histopatológicas

<i>Histología</i>	<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>%</i>
Micronodular	4	57
Mixta	3	43
Total	7	100

Fuente: Historias Clínicas HRL

Del total de las 13 biopsias; solo 7 contaban con clasificación histológica.

Tabla IV: Distribución de los pacientes con diagnóstico clínico de cirrosis hepática en el Hospital regional de Lambayeque durante el 2015-2022; según características laboratoriales

<i>Laboratorio</i>	<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>%</i>
Hemograma		
Plaquetopenia	68	38
Anemia	61	34
Leucocitosis	4	2
Leucopenia	37	21
Ninguno	8	4
Total	178	100
Bilirrubina		
<2mg/dl	64	81
2-3 mg/dl	11	14
>3 mg/dl	4	5
Total	79	100
Albumina		
>3.5 g/dl	40	50
3- 3.5mg /dl	27	34

<3 mg/dl	13	16
Total	80	100
Tiempo de Protrombina		
1-3 seg	73	100
Total	73	100
Creatinina		
<1mg/Dl	61	76
1-3mg/dl	16	20
>3mg/dl	3	4
Total	80	100
Sodio		
<135meq/L	10	24
135-155meq/L	31	76
Total	41	100

Fuente: Historias Clínicas HRL

El total de los datos de hemograma son mayores al total de datos recopilados ya que simultáneamente hay pacientes que tienen más de una serie hematológica alterada; en cuanto a los otros datos (bilirrubina, albumina, tiempo de protombina, creatinina y sodio) laboratoriales el total es menor ya que no todas las HC cuentan con todos exámenes laboratoriales completos.

Discusión

Se recopilaron datos de 114 historias clínicas pertenecientes al periodo 2020 – 2022 que cumplieron con los criterios de inclusión. Las historias clínicas previas al periodo 2015 – 2019 se encuentran en condición de PASIVAS (historias clínicas archivadas), por lo cual no fue posible recolectar información para el perfil clínico y laboratorial.

El grupo etario con mayor predominio fue de 51 - 60 años, representando el 38% del total, con una edad promedio de 59,5 años; este hallazgo es consistente con el de diversos estudios nacionales e internacionales, por ejemplo Bustios C. y cols. mencionan que la edad promedio fue 64 años (7); de igual manera Santos A. y Segura Z. del Hospital Las Mercedes durante el 2021 donde predominaron las edades de 60 - 80 años (5); además Calderón G. y cols. indica el promedio de edad de 60,5 años (14); donde se evidencia que la cirrosis es predominante en adultos de mediana edad y adultos mayores, explicándose por el carácter crónico y progresivo de la misma enfermedad.

En cuanto al sexo, el género femenino es el más predominante con un 54%; debido a que las mujeres tienen una mayor predisposición a desarrollar enfermedad hepática crónica por

menores ingestas alcohólicas que los hombres (29); cabe mencionar que se necesita una ingesta de alcohol mínima de 10g por unidad a la semana en un periodo mayor de 10 años; las mujeres necesitan 20 - 40g/día mientras que los hombres 60 - 80g/día, para poder desarrollar una enfermedad hepática crónica (29,30); el trabajo de Escorcía E. y Marrugo M. informa mayor prevalencia en el sexo femenino con 62,3% (8); además este predominio podría explicarse por las propias características de la población del Hospital Regional de Lambayeque, así como por un mayor acceso de las mujeres a los servicios de salud y controles médicos, favoreciendo así al diagnóstico temprano.

Respecto al grado de Child-Pugh; el grado A fue el más frecuente en los pacientes con un 67% seguido del Child-Pugh B con un 26% y con un 7% el Child-Pugh C; en otros estudios vemos que los estadios más prevalentes son el Child-Pugh B y C, como se contrasta en los estudios de Calderón G y cols. el 58,30% Child-Pugh B y el 31,30% se encontraba en estadio C (12); Larico B. refiere prevalencia del estadio C (81,3%) (11); Santos A. y Segura Z. un Child-Pugh B y C con un 53% y 39% respectivamente (5); lo que refleja que en el Hospital Regional de Lambayeque los pacientes fueron diagnosticados en etapas tempranas de la enfermedad, esto estaría estrechamente relacionado a la categorización del hospital ya que al ser un III-1 tiene mayor disponibilidad para la realización de exámenes de laboratorio y ecografías como parte del seguimiento de los pacientes.

Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial con un 27% lo cual presenta concordancia con Santos A. y Segura Z., donde además demostraron la asociación de ambas enfermedades en su población al asociar ambas variables en DM2/HTA 14,8% (5); se ha demostrado que existe una alta prevalencia de diabetes mellitus en cirróticos debido a la hiperinsulinemia, hiper glucagonemia y resistencia periférica a la acción de la insulina que se produce (29).

Se evidenció que la etiología más frecuente es la cirrosis alcohólica (60%) seguida de la categoría Otras, donde se incluyen 7 casos de NASH (23%), seguido de VHC (10%) y Autoinmune (7%), ningún caso relacionado con Enfermedad de Wilson, Criptogenica o por VHB. Un resultado similar se ha reflejado en otros estudios como el de Actis D. y cols. evidencia el predominio alcohólico con un 40 - 60% (16); un estudio Sueco del 2020 también manifiesta la etiología alcohólica la más frecuente con un 50,5% (31).

La alta frecuencia de cirrosis alcohólica encontrada en este estudio puede explicarse por el efecto tóxico directo del alcohol sobre el hígado. La exposición crónica al etanol favorece al desarrollo progresivo de esteatosis (acumulación de grasa en el hígado), esteatohepatitis y, en casos graves, fibrosis lo que conduce finalmente a la cirrosis (32); reflejando la estrecha

conexión a largo plazo entre el consumo de bebidas alcohólicas y el desarrollo de la enfermedad (1).

Los métodos de diagnósticos más usados fueron el laboratorio y la ecografía (36%); seguido del clínico (24%) y la elastografía (2%) los cuales permiten evaluar de manera no invasiva el grado de fibrosis de los pacientes a diferencia de la biopsia (1%); la cual no se solicita mucho por ser un método invasivo y que demora en dar los resultados; sin embargo en las situaciones que han solicitado esta ayuda diagnóstica es debido a que el cuadro no era muy claro y dado que es considerada gold standard de esta enfermedad brinda el diagnóstico definitivo debido a que demuestra la presencia de nódulos de regeneración y fibrosis (29).

La mayoría de los pacientes presentaban como complicación más frecuente a la ascitis (44%) seguida de la hemorragia digestiva alta (39%), lo mismo se puede evidenciar en el estudio de Santos A y Segura Z, ascitis (68,9%) seguida de la hemorragia digestiva alta (29,5%) (5); esto refleja la evolución natural de la cirrosis hepática y que los pacientes suelen acudir al establecimiento de salud cuando ya presentan signos de descompensación portal.

De acuerdo a la base de datos de la unidad Anatomopatológica del Hospital Regional se ha recolectado información de 13 biopsias hepáticas con el diagnóstico de cirrosis durante el periodo del 2015 – 2022 para el perfil histopatológico.

De las 13 biopsias, sólo 7 tenían resultados de acuerdo a su clasificación histopatológica, 4 se clasifican como micronodular; y 3 corresponden a la clasificación mixta es decir que son micro y macronodulares. En el hospital se utiliza el score de Ishak Modificado para determinar el grado de fibrosis, solo 5 biopsias cuentan con esta diferenciación, los grados de fibrosis hallados oscilan del 1 al 6; es decir que van desde una expansión fibrosa de algunos espacios portales con o sin formación de septos fibrosos cortos hasta una cirrosis probable o definitiva (9,24,25).

De acuerdo a los datos de laboratorio, los hemogramas evidenciaban plaquetopenia (38%), anemia (34%) y leucopenia (21%) al mismo tiempo; seguida de valores de bilirrubina $<2\text{mg/dl}$ (81%); albúmina $>3,5\text{g/dl}$ (50%); tiempo de protrombina 1-3seg (100%); creatinina $<1\text{mg/dl}$ (76%) y sodio de 135-155meq/l (76%); de manera similar se obtuvieron estos datos en el estudio realizado por Santos, A. y Segura, Z. de igual manera el estudio de Larico B, aunque con variaciones atribuibles al estadio clínico predominante en la población estudiada, lo que refuerza la importancia de la detección temprana y el seguimiento oportuno de los pacientes con cirrosis hepática.

Conclusiones

En conclusión, se logró determinar el perfil clínico, histopatológico y laboratorial en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional de Lambayeque durante el 2015 - 2022. El perfil clínico se caracterizó por pertenecer predominantemente al grupo etario de 51 - 60 años, con predominio femenino y estadio Child-Pugh A. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial; los exámenes auxiliares más empleados fueron ecografía y de laboratorio; siendo la ascitis la complicación más frecuente. En relación al perfil histopatológico, si bien el patrón micronodular fue el hallazgo más resaltante entre los casos evaluados, el reducido número de casos con estudio histopatológico disponible limita la posibilidad de establecer una caracterización histopatológica representativa; por lo que estos hallazgos se deben interpretar con cautela. El perfil laboratorial se caracterizó por los valores generalmente conservados de bilirrubina, creatinina y sodio, con presencia de hipoalbuminemia.

Limitaciones

- El diagnóstico de cirrosis hepática es predominantemente clínico y laboratorial, por lo que no se solicitan de forma rutinaria biopsias hepáticas, lo que se refleja en la carente disponibilidad de casos con estudio histopatológico.
- La escasa realización de biopsias hepáticas para el diagnóstico de cirrosis restringió la posibilidad de describir de manera representativa el perfil histopatológico de la población estudiada.
- Desde el periodo 2015 – 2019 las historias clínicas son consideradas como pasivas (historias clínicas archivadas) por lo cual no se puede tener acceso a ellas, dejándonos con las historias clínicas desde el 2020 - 2022 para estudio.
- No todas las historias clínicas revisadas contaban con la información completa al momento del diagnóstico, lo que limitó la disponibilidad de algunos datos clínicos, laboratoriales e imagenológicos.

Recomendaciones

- Se recomienda implementar una base de datos virtual que consolide la información clínica de los pacientes, desde su primera consulta hasta la más reciente; o en su defecto, registrar de manera completa y adecuada los antecedentes y la fecha del diagnóstico en las historias clínicas.

- Completar de forma adecuada y sistemática las historias clínicas, asegurando la consignación de toda la información relevante.
- Realizar una evaluación integral del paciente cirrótico, identificando la etiología de la enfermedad, el estadio según la clasificación de Child-Pugh y las complicaciones presentes al momento del diagnóstico como durante el seguimiento.
- Solicitar biopsias hepáticas para el diagnóstico definitivo en aquellos casos en los que el cuadro clínico no sea concluyente.
- Considerar la biopsia hepática como método diagnóstico complementario, lo que permitiría disponer de mayor información para futuros estudios relacionados.

Referencias

1. Dávalos M. Epidemiología de la Cirrosis Hepática en el Perú [Internet]. [citado el 30 de junio de 2023] 2003;6(2):26–8. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/ead/v6n2/a6.pdf>
2. Rondón-Carvajal J, Oliveros-Serrano PS, Gutiérrez- Vélez S, Chaparro-Galarza LD, Parra-Guardia FD. Síndrome hepatopulmonar e hipertensión portopulmonar: conceptos actuales. *Rev Asoc Colomb Hepatol.* 2025;6(2):86–106. doi:10.59093/27112330.140
3. McGraw Hill Medical. Cirrosis Hepática. En: *Gastroenterología*. 2ª ed. AccessMedicina [Internet]. [citado el 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1480§ionid=92817262>
4. Sanchez W, Talwalkar J. American College of Gastroenterology [Internet]. 2009 [citado el 29 de mayo de 2023]. Cirrosis hepática. Disponible en: <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/cirrosis-hepatica/>
5. Santos V, Segura D. Características clínicas, epidemiológicas y laboratoriales de la cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Enero 2018 – Diciembre 2020. [Internet]. [Lambayeque]: Universidad Pedro Ruiz Gallo; 2021 [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/9229/Santos_Ayala_Christian_Victor_Larry_y_Segura_Zapata_Dangelo_Geampierre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Rev*

- Gastroenterol Perú [Internet]. 2007 [citado el 18 de mayo de 2023];27(3):238–45. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v27n3/a03v27n3.pdf>
7. Giraldo A, Barraza M, Villa H, William J, García G. Caracterización epidemiológica de pacientes con cirrosis en una consulta de gastroenterología en Pereira, Colombia, 2009-2012. *Rev Méd Risaralda*.2014;20(2):86–94.
 8. Escorcía J, Marrugo W. Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del Caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017. *Revista Biociencias*. 2018;13(2):31–5.
 9. García I, Calás A. Características clínicas e histopatológicas de la cirrosis hepática [Internet]. Cuba; 2020 [citado el 19 de mayo de 2023]. Report. Disponible en: <http://www.morfovvirtual2020.sld.cu/index.php/morfovvirtual/morfovvirtual2020/paper/viewFile/375/340>
 10. Peña D, Lizarazo C, Vargas L. Caracterización de la cirrosis hepática en pacientes internados en un hospital universitario de Colombia. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2025;40(1):39–45. doi:10.22516/25007440.1191
 11. Larico M. Características clínicas, complicaciones y evaluación de sobriedad de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010-2012 [Internet]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2388/107_2013_larico_berna_be_ml_facsc_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 12. Calderón W, Ascanio M, Yarinsueca P. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). *Horizonte Médico (Lima)*.2020;20(2):e1186. doi:10.24265/horizmed.2020.v20n2.08
 13. Pérez P. Características clínico-epidemiológicas en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2018-2021 [Internet]. Universidad Privada de Tacna; 2023 [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/2943>
 14. Llamoga R. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2023 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2025 [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7870>
 15. Goldberg E, Chopra S. Uptodate [Internet]. 2023 [citado el 16 de junio de 2023]. Cirrosis en adultos: etiologías, manifestaciones clínicas y diagnóstico. Disponible en:

- https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=cirrosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H15
16. Actis R, Zaieg D, Maldonado J, Rodríguez B, Quaglia M, Tarán M. Características clínicas de los pacientes con cirrosis internados en el servicio de clínica médica. *Rev Arg Med [Internet]*.2019 [citado el 20 de mayo de 2023];7(1):19–25. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/261/226>
 17. Prieto J, Sánchez S, Prieto R, Rojas E, González L, Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. *Rev Col Gastroentero [Internet]*.2016 [citado el 15 de mayo de 2023];31(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000400006
 18. Goldberg E, Chopra S. Uptodate [Internet]. 2023 [citado el 21 de septiembre de 2024]. Cirrosis en adultos: descripción general de las complicaciones, tratamiento general y pronóstico. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis?search=cirrosis&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H52738331
 19. Clínica Universidad de Navarra. Cirrosis hepática [Internet]. 2023 [citado el 30 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/>
 20. Tagle M. Cirrosis Hepática y sus complicaciones. En: Tagle M, editor. *Aprendizaje basado en casos clínicos Hepatología 2021*. 1a ed. Lima: Academia Nacional de Medicina-Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado - Asociación Peruana Para Estudio Del Hígado; 2021. p. 273–360.
 21. Bartres C, Lens S. Elastografía hepática (Fibroscan ®) en hepatología. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid) [Internet]*. 2013 [citado el 30 de junio de 2023];105(4):235. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v105n4/informacion.pdf>
 22. Carrión JA. Utilidad del Fibroscan para evaluar la fibrosis hepática. *Gastroenterol Hepatol*.2009;32(6):415–23. doi:10.1016/j.gastrohep.2009.01.178 PubMed PMID: 19477552.
 23. Kumar, Abbas, Aster. Hepatopatía grasa alcohólica y no alcohólica. En: Kumar V, Abbas A, Aster J, Perkins J, editores. *Robbins Patología Humana*. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 652–5.

24. Rosai, Ackerman. Patología Quirúrgica. En: Cirrosis. 10a ed. New York: Elsevier; 2013. p. 873–5.
25. Sumire J, Asato C. Fibrosis. En: Atlas de patología hepática una aproximación diagnóstica basada en el patrón morfológico. Lima; 2024.
26. Aydin M, Akcali K. Liver fibrosis. Turkish Journal of Gastroenterology.2018;29(1):14–21. doi:10.5152/tjg.2018.17330 PubMed PMID: 29391303.
27. García J. Bioética personalista y bioética principialista. perspectivas. Argentina; 2013. Report.
28. García M. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. Rev Adm Sanit [Internet]. 2006 [citado el 14 de septiembre de 2023];4(2):341–56. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13091842>
29. Farreras P, Rozman C. Cirrosis Hepática. En: Medicina Interna. 19a ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 263–9.
30. Miño J, López E, Sandino N, Molano D. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía. 2022;31(2):112–22. doi:10.31260/repertmedcir.01217372.1052
31. Vaz J, Eriksson B, Strömberg U, Buchebner D, Midlöv P. Incidence, aetiology and related comorbidities of cirrhosis: A Swedish population-based cohort study. BMC Gastroenterol.2020;20(1). doi:10.1186/s12876-020-01239-6 PubMed PMID: 32245414.
32. Galicia M, Gutiérrez G. Papel del estrés oxidativo en el desarrollo de la enfermedad hepática alcohólica. Revista de Gastroenterología de Mexico.2014;79(2):135–44. doi:10.1016/j.rgmx.2014.03.001 PubMed PMID: 24861526.

Anexos

ANEXO 1: Instrumento de recolección de datos

PERFIL CLÍNICO, HISTOPATOLÓGICO Y LABORATORIAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE DURANTE EL 2015-2022				
INSTRUCCIONES: La revisión de las historias clínicas de los pacientes con cirrosis hepática serán utilizadas para recoger la información según los ítems presentados. Para la realización del trabajo de investigación: “PERFIL CLÍNICO, HISTOPATOLÓGICO Y LABORATORIAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE DURANTE EL 2015-2022”. La información es confidencial y de carácter investigativo.				
Nº DE FICHA:				
I. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE				
EDAD	31-40 () 41-50 () 51-60 () 61-70 () 71-80 () >80 ()	SEXO	Hombre () Mujer ()	
LUGAR DE PROCEDENCIA	Rural () Urbano marginal () Urbano ()			
II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS				SUGERENCIAS
FECHA DEL DIAGNÓSTICO (estimar año)		EDAD AL MOMENTO DE DIAGNÓSTICO	TIEMPO DE ENFERDAD (años o decimal de años para los meses)	
GRADO DE CHILD-PUGH	A: 5-6 puntos () B: 7-9 puntos () C: 10-15 puntos ()	COMORBILIDAD	Obesidad () Diabetes mellitus () Hipertensión arterial () Insuficiencia renal ()	

			Tuberculosis ()	
			Otros ()	
ETIOLOGÍA	Alcohol () Wilson () Criptogenica () VHC () VHB () Autoimmune () Otra ()	COMPLICACIONES	Ictericia () Ascitis () PBE () EH () Sd hepatorenal () HDA () Hepatocarcinoma() Infección ()	
III. DIAGNOSTICO				
CLÍNICO		ECOGRAFÍA		
BIOPSIA		LABORATORIO		
ELASTOGRAFÍA				
IV. CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS				
CIRROSIS MICRONODULAR ()	CIRROSIS MACRONODULAR ()	CIRROSIS MIXTA ()		
V. CARACTERÍSTICAS LABORATORIALES				
HEMOGRAMA	Plaquetopenia () Anemia () Leucocitosis () Leucopenia () Ninguno ()	BILIRRUBINA	<2mg/dL () 2-3 mg/dL () >3 mg/dL ()	
ALBÚMINA	>3.5 g/dL () 3- 3.5mg /dL () <3 mg/dL ()	TIEMPO DE PROTROMBINA	1-3 seg () 4-6 seg () >6 seg ()	
CREATININA	<1mg/dL () 1-3mg/dL () >3mg/dL ()	SODIO	<135mEq/L () 135-155mEq/L () >155mEq/L ()	