

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CIRROSIS
HEPÁTICA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL ENTRE 2012 AL 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

FRANCO MAURICIO DURAND SAL Y ROSAS

**DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE LA TESIS**

**DRA. ROSA GUTARRA VILCHEZ
ASESORA**

**LIMA – PERÚ
2016**

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas las personas que de alguna u otra forma me han apoyado a culminar este trabajo de investigación, empezando por mis padres, Javier y Paula; que siempre representaron un impulso en el avance de este trabajo; también quiero agradecer el apoyo de mi asesora la Dra. Rosa Gutarra Vilchez, quien dentro del taller de tesis fue una guía y un apoyo para hacer posible la culminación de esta tesis.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres, Javier y Paula, mis hermanos, Piero, Renzo y Alessandra, mis abuelos, Jorge, Angela, y Javier, mis tíos David, Jana, Daniel, Carolyn, Violeta, Willy, Jenny y Elio, a mis primos, Jorge, Jessica, Janet, Adriano y Leonardo, por ser las personas que incondicionalmente han estado presentes en el trayecto de mi carrera, guiándome por el buen camino.

RESUMEN

Introducción: La cirrosis hepática es un problema de salud pública que representa la 5ta causa de muerte en el Perú; causada por múltiples etiologías y muchas de ellas prevenibles.

Objetivo: Determinar los principales factores de riesgo asociados a la cirrosis hepática en los pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central del 2012 al 2014.

Materiales y métodos: 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 epidemiológicas similares.

Resultado: Se encontró que la ingesta de alcohol presento un OR: 4.5, hepatitis B un OR:4.42 y hepatitis C un OR:3 constituyendo así los principales factores de riesgo.

Conclusión: La ingesta de alcohol es el principal factor de riesgo asociado a cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central.

Palabras claves: cirrosis hepática, factor de riesgo, alcoholismo

ABSTRACT

Introduction: Liver cirrhosis is a main public health problem, represented the fifth cause of death in Peru, caused by multiples etiologies, most of them preventables.

Objective: determine the principles risk factors associated with liver cirrhosis in patients from gastroenterology department from the Central Military Hospital between 2012 and 2014.

Methods & materials: A quantitative, observational, retrospective, analytical, case-control design conducted on 100 control and 100 cases with similar clinic-epidemiology characteristics.

Results: The following ORs were found: alcoholism OR: 4.5 (IC95%: 1.03-2.03), Hepatitis B, OR: 4.42 (1.48-2.52) and Hepatitis C, OR:3 (ic95%:1.17-2.01) all these being risk factors.

Conclusion: The intake of alcohol is the main risk factor associated with liver cirrhosis in the patients of gastroenterology service of the Central Militar Hospital.

Key words: liver cirrhosis, risk factor, alcoholism

ÍNDICE

<i>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</i>	- 7 -
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	- 11 -
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	- 11 -
1.3 OBJETIVOS.....	- 12 -
1.4 HIPÓTESIS.....	- 13 -
<i>CAPÍTULO II: ANTECEDENTES</i>	- 14 -
<i>CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO</i>	- 17 -
<i>CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS</i>	- 23 -
<i>CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i>	- 25 -
5.1 RESULTADOS	- 25 -
5.2 DISCUSIÓN.....	- 28 -
<i>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	- 31 -
CONCLUSIONES	- 31 -
RECOMENDACIONES.....	- 32 -
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	- 33 -
<i>ANEXOS</i>	- 36 -

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es un problema de salud pública a nivel mundial, constituye la décima causa de muerte en el mundo occidental y es más prevalente en las personas adultas mayores (séptima causa de muerte), así como en los varones (1.5% en varones y 0.8% en mujeres). Las tasas de defunción más elevadas se registran en Moldavia y Hungría con 91 y 85 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que las cifras más bajas, entre 3 y 5 muertes por cada 100.000 habitantes se encuentran en países como Irlanda, Colombia, Holanda, Singapur, Israel y Noruega. En América Latina, las tasas más altas por muchos años, aunque recientemente en aparente disminución, se encuentran México y Chile, donde la cirrosis hepática constituye la quinta y sexta causa de muerte. 1,2,3

En el Perú, la cirrosis hepática tiene una tasa de mortalidad de 9.48 por 100.000 habitantes y representa la quinta causa de muerte en general; la primera causa de muerte dentro de las enfermedades hepáticas, el segundo lugar entre las enfermedades digestivas y es la segunda causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etareo de 20 a 64 años. 3 Actualmente, entre los hospitales de referencia de nuestro país, la cirrosis hepática constituye la primera causa de demanda efectiva de hospitalización y una de las principales de consulta externa.4,5

Entre enero del 2001 y junio del 2004, se hospitalizaron en la unidad de hígado del HNERM, 475 pacientes. La edad promedio fue de 63.4 años, con un rango de 26 a 93 años, predominando el sexo masculino con un 54.9%. En este mismo grupo se encontró que la etiología más frecuente fue el consumo crónico de alcohol en un 28% de los casos, seguida de la hepatitis viral B con un 15.2%.5

Respecto a la mortalidad registrada en el Hospital Nacional Almanzor Aguinada Asenjo, en el año 2002, la cirrosis hepática fue la primera causa básica de defunción hospitalaria con 42 defunciones, en donde 29 fueron e sexo masculino,

y entre los cuales 29 se presentaron en el grupo de edad mayor a los 65 años. Luego en el año 2003, fueron 40 las defunciones, ocupando el segundo lugar de causa de defunción hospitalaria. En el 2004 fueron 56 las defunciones, llamando la atención el grupo de edad de 25 a 44 años registró 23 defunciones. 6

En las enfermedades hepáticas, existen correlación entre algunas de ellas y sus distribuciones en determinadas ciudades y regiones. Respecto a la cirrosis hepática se registran predominantemente en 11 departamentos y representan las mayores tasas de mortalidad en los 5 primeros de enfermedades digestivas y hepatobiliares. La mayor tasa de mortalidad se observa en la sierra, donde Cuzco y Junín tienen las tasas mayores en esos años, y Apurímac con tasas de mortalidad importantes. Todo ello coincide con las tasas de mortalidad por HVB, donde el Cusco, Junín y Apurímac tienen altas tasas de mortalidad.4

De los 11 departamentos con tasas altas de cirrosis hepática, 5 se asocian con altas tasas de mortalidad debidas a hepatitis viral B (45.4%). Los departamentos con presencia de cirrosis, pero en los que no se encuentra la correlación descrita antes son: Tacna, La Libertad, Tumbes, Piura, Arequipa y Puno. Esta observación requiere ser complementada, pues ello puede deberse a la asociación con otras etiologías como el consumo de alcohol o la hepatitis viral C y otras, cuyo diagnóstico es aún limitado en los diferentes establecimientos de salud. Estudios nacionales han mostrado una asociación de cirrosis y hepatocarcinoma con la hepatitis B de 63.2% en comparación a su asociación con hepatitis C, siendo esta de 0.73%. Si bien las mayores tasas de mortalidad debidas a la cirrosis hepática y el carcinoma hepatocelular son mayores en los grupos de edad de 50 – 65 años, es de notar su importante presencia en grupos de menor edad, lo cual puede explicarse si consideramos que en áreas endémicas de hepatitis B la infección ocurre en edades tempranas de la vida y evolucionan rápidamente hacia las formas crónicas.4

A nivel mundial la primera causa de cirrosis hepática es el consumo crónico de alcohol o etanol y el Perú no escapa a esta realidad. El consumo inveterado de alcohol es un grave problema de nuestra sociedad, lo que representa a su vez un deterioro socioeconómico, incremento de la violencia familiar, accidentes de tránsito, etc. Datos epidemiológicos en nuestro país señalan que el consumo de alcohol se ha incrementado, sobretodo en adolescentes y que la edad de inicio para su consumo ha disminuido. Añadido a esto, el consumo de alcohol en mujeres ha incrementado, igualando las cifras en mujeres y hombres, y que cada cuatro hombres que sufren de alcoholismo hay una mujeres en la misma situación.⁷

En general, el consumo excesivo de alcohol se asocia con distintas enfermedades hepáticas, entre ellas la esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, y finalmente la cirrosis. Pacientes con un consumo de alcohol de 30 o más gramos por día incrementa el riesgo de cirrosis, sin embargo, la mayoría de pacientes no desarrollan cirrosis a pesar de una abundante ingesta de alcohol, siendo la prevalencia de 1% para los que beben entre 30 a 60 g/d y 6% para aquellos que beben 120 g/d. Por desgracia , entre los que se desarrollan enfermedad hepática , los síntomas a menudo se desarrollan sólo después de una enfermedad hepática grave y potencialmente mortal ya se ha desarrollado .⁸

Pocos pacientes requieren más tiempo y recursos médicos que los pacientes con complicaciones por la cirrosis; en un estudio se determinó que los pacientes con enfermedad hepática crónica y cirrosis tienen mayor riesgo de readmisión hospitalaria, encontrándose una mortalidad de 13% a los 90 días.⁹

Las causas más comunes de cirrosis en países desarrollados son la hepatitis viral crónica tanto B o C, hepatopatía alcohólica, hemocromatosis y hepatopatía no alcohólica, menos comunes son la hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y secundaria, colangitis esclerosante primaria, medicación como metotrexate e isoniazida, enfermedad de Wilson, deficiencia de alfa-1 antitripsina.

En general, se considera la cirrosis como una patología irreversible cuando está en sus etapas avanzadas, momento en el cual la única opción de tratamiento puede ser el trasplante hepático. Sin embargo, se ha documentado reversibilidad en las etapas tempranas de la enfermedad, y siguiendo un tratamiento dirigido a la causa de fondo. La cirrosis representa el estadio tardío de cualquier enfermedad hepática crónica, causando tanto inflamación hepática crónica o colestasis. En Estados Unidos, donde la causa más frecuente de cirrosis es la hepatitis C, hepatopatía alcohólica, y la hepatopatía no alcohólica, y son estos casos los que conforman el 80% de los pacientes candidatos para trasplante hepático.¹⁰

Determinar la causa de la cirrosis es de especial importancia para dirigir el tratamiento, algunas clasificaciones morfológicas de la cirrosis han sido abandonadas por sus limitaciones al ser relativamente no específicas con respecto a la etiología, el aspecto del hígado puede cambiar a medida que la enfermedad hepática progresa, tal es así que la cirrosis micronodular, presentación típica cuando la etiología es alcohol, hemocromatosis y colestasis, puede cambiar a macronodular que es la presentación común cuando la etiología es vírica. También existen marcadores serológicos disponibles hoy en día que son más específicos que la morfología hepática para determinar la etiología de la cirrosis.¹¹

En el Hospital Militar Central, contamos con métodos no invasivos para la detección de daño hepático, que nos permite evaluar de manera precisa y altamente confiable, el grado de daño hepático de los pacientes en riesgo. Pese a los inconvenientes que puedan tenerse en los sistemas de registro, y siendo imprescindible investigar de manera integral los principales factores de riesgo adquiridos de esta importante patología, de modo que basados en evidencias se puedan orientar mejor las medidas para su prevención y control en nuestra población.

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo 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 hepática.

Además existen diversos factores de riesgos lo cuales son común obviar, que junto a características epidemiológicas y sociodemográfico representan también una causa aunque menos probable de cirrosis hepática, sin embargo, y sin importar el orden de prevalencia, todas las causas son potencialmente prevenibles, por lo cual es necesario conocer a profundidad los principales factores de riesgo de un importante problema de salud pública en nuestro país como es la cirrosis hepática; tales razones son motivaciones para realizar el presente estudio con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo asociados a la cirrosis hepática en los pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central entre los años 2012 al 2014.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central entre el 2012 al 2014?

1.3 OBJETIVOS

General:

Determinar los principales factores de riesgo asociados a la cirrosis hepática en los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2012 al 2014.

Específicos:

- a. Identificar el principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2012 al 2014
- b. Investigar el principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2012 al 2014 según edad y sexo.
- c. Calcular el grado de asociación de los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2012 al 2014 según edad y sexo.

1.4 HIPÓTESIS

Hipótesis General

Ha: Los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2012 al 2014 son el consumo de alcohol, la hepatitis B y la hepatitis c

Ho: Los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2012 al 2014 no son el consumo de alcohol, la hepatitis B y la hepatitis C.

Hipótesis Específicas

Ha: El principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2012 al 2014 es el consumo de alcohol.

Ho: El principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2012 al 2014 no es el consumo de alcohol.

Ha: El principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2012 al 2014 según edad y sexo es el consumo de alcohol.

Ho: El principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2012 al 2014 según edad y sexo no es el consumo de alcohol.

Ha: El grado de asociación de los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2012 al 2014 según edad y sexo es fuerte.

Ho: El grado de asociación de los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2012 al 2014 según edad y sexo no es fuerte.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES

En la ciudad de Chiapas en México el año 2013 se buscó los principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el Hospital General de Zona 2 y se encontró que predominó el sexo masculino sobre el femenino, y además el promedio de edad fue de 55.27. Y los factores de riesgo asociados fue el consumo de alcohol con 74.67%, la diabetes mellitus en un 56.33%, obesidad en 41.92%, medicina alternativa 19.22%, consumo frecuente de fármacos 12.66%, transfusiones 9.17%. 12

En Ecuador en el año 2013 al revisar 157 historias clínicas buscando factores de riesgo predisponentes asociados a cirrosis hepática se encontró el consumo crónico de alcohol presente en 56.1% (88 pacientes), la hepatitis B y C presente en el 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% (1 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.13

La causa más frecuente de cirrosis hepática en el Hospital Arnaldo Milián Castro en Cuba, encontrado bajo un estudio descriptivo, transversal publicado el año 2010 fue el alcoholismo con un 40% de 120 casos estudiados, seguido por 24.16% provocado por causas virales. Este estudio incluyó pacientes fallecidos y vivos atendidos por el servicio de gastroenterología respectivo. 14

Se realizó un estudio retrospectivo, en donde se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de cirrosis hepática entre los años 1989 y 2003 del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito-Ecuador, en donde se incluyeron a todos aquellos pacientes con diagnóstico histológico mediante biopsia percutánea guiada por tomografía o quirúrgica laparoscópica y a aquellos con diagnóstico clínico; y se encontró que de un total de 770 pacientes 534 fueron

varones, y el promedio de edad fue 64.1 años. Entre ellos se encontró además que la etiología más frecuente fue el alcohol con un 48.3%, no determinada 44.1%, viral en un 2.8% y otras en el 4.6%. De tal forma que el estudio concluye que la etiología alcohólica es prevalente en el país respectivo. Y que la elevada frecuencia respecto a la etiología no determinada implica la necesidad de completar los estudios en los pacientes.¹⁵

El año 2013 en el HNCH de Lima, Perú se recolectaron prospectivamente los datos de 96 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática para determinar la frecuencia de mortalidad y readmisión en 3 meses, así como las características clínico-epidemiológicas, en donde se vio que la causa etiológica más frecuente fue el alcohol con 45.8%.⁹

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo transversal, con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo presentes en los pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila, Cuba, en enero del 2002 a diciembre del 2012. Se diagnosticaron un total de 119 pacientes con esta enfermedad, con predominio en el grupo de edad de 60 años, con 69 casos, y del sexo masculino con 65 casos. 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 y el alcoholismo en 17 pacientes. En 23 casos no se pudo precisar el posible factor etiológico de la enfermedad, por lo que se clasificaron como de causa desconocida o criptogenética.¹⁶

Se realizó un estudio en el Hospital provincial de Isidro Ayora de la Ciudad de Loja entre junio a diciembre del 2010; donde se encontró en un total de 30 casos que el grupo etario ubicado entre los 20 a 40 años con un porcentaje de 80%. Así mismo el género más afectado es el masculino con un equivalente de 96.6%. en cuanto a la causa más frecuente fue la ingesta de alcohol correspondiente a un 93.3%.¹⁷

En un estudio descriptivo, cuya muestra está conformada por 457 pacientes con alteraciones hepáticas que acudieron al área de medicina interna del hospital vicente corral Moscoso durante enero del 2009 y diciembre del 2010 se obtuvo que el principal factor relacionado con las hepatopatías es el alcoholismo y que se presenta dos veces más en los hombres que en las mujeres; de los cuales el 60% consume alcohol en forma excesiva. 18

El año 2007 se publica un estudio por Bustios y colaboradores, de donde se conocen las características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en el HNERM de Lima-Perú, en este estudio se encontró que entre 475 pacientes hospitalizados por cirrosis hepática el 45.1% correspondía al sexo 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%.5

En un estudio realizado en la red asistencial de Essalud en Lambayeque, Perú donde se tuvo como objetivo principal determinar los principales factores de riesgo asociados a la cirrosis hepática se vio que el principal factor entre un grupo de 140 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática fue el alcoholismo, seguido por hepatitis b, y finalmente la diabetes mellitus.6

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

El término cirrosis procede del griego y significa duro. La aplicación de dicho nombre a esta enfermedad se debe a que los médicos antiguos se percataron del aumento de la consistencia del hígado. Posteriormente se fue conociendo que la dureza del órgano se produce debido a una alteración que es fundamental para que se desarrolle la cirrosis: la fibrosis hepática, responsable de todas las alteraciones ligadas a esta enfermedad. Esta fibrosis consiste en el depósito en el hígado de colágeno, el mismo material que se produce en las cicatrices y, para que se pueda hacer el diagnóstico de cirrosis, tiene que tener unas características concretas: que delimite nódulos, es decir, que aisle áreas de tejido hepático, alterando la arquitectura del órgano y dificultando la relación entre los hepatocitos y los finos vasos sanguíneos a través de los cuales ejercen su función de síntesis y depuración y también con los que le aportan su nutrición. De modo esquemático, la fibrosis forma algo parecido a una red tridimensional dentro del hígado, en la que las cuerdas de la red serían la fibrosis y las áreas que quedan entre las mismas los nódulos de células que regeneran dentro del mismo. Esta alteración se denomina «nódulo de regeneración» y es la característica que permite establecer el diagnóstico de cirrosis. Existen otras alteraciones hepáticas con fibrosis que no cumplen con esta condición de formar nódulos de regeneración, que no son cirrosis. El hígado recibe la sangre venosa que procede de los órganos abdominales, y que contiene los componentes de la absorción de los alimentos y residuos del funcionamiento de dichas vísceras.

Causas

La fibrosis hepática aparece como consecuencia de fenómenos inflamatorios y de destrucción de los hepatocitos, que se presentan de forma activa y de modo crónico. La fibrosis se inicia como tractos independientes y, paulatinamente, se van uniendo y van delimitando los citados nódulos de regeneración al formar la red descrita. Si se elimina la causa de la agresión al hígado, antes de llegar a la fase

nodular, se puede impedir el desarrollo de cirrosis, aunque pueden quedar restos de fibrosis como secuela del proceso inflamatorio anterior. Las causas de la cirrosis hepática son muy variadas (en la tabla 1 se relacionan las más frecuentes) y algunas de ellas (alcohol, infección crónica por virus de las hepatitis B o C) afectan a un número elevado de la población española, en la que el 2% tendría una cirrosis hepática según estimaciones que no suponen un recuento exacto de los casos. La cirrosis hepática es la causa de la gran mayoría de los trasplantes de hígado. La cirrosis causada por las alteraciones hepáticas relacionadas con la obesidad, rara hasta ahora, está aumentando, y se espera que siga esta tendencia, debido al incremento del número de personas con sobrepeso.

Clínica

Los pacientes con cirrosis hepática pueden presentar una o varias complicaciones propias de esta enfermedad (véase otros capítulos), en cuyo caso la enfermedad está descompensada; si no, se trata de cirrosis compensada, que es la que trataremos aquí.

Mientras se encuentre compensada, los pacientes pueden no presentar ningún síntoma, y esta fase puede durar años. Se trata del intervalo que hay entre la formación de los nódulos de regeneración y el progresivo aumento de la presión portal, que tiene lugar de manera paulatina, así como de la desorganización de la estructura del tejido hepático con el consiguiente daño de los hepatocitos y de su función. Aunque estos mecanismos ya se hayan establecido, las complicaciones no tendrán lugar hasta que se produzca el primer fallo con repercusión clínica. En esta fase hay un importante número de pacientes que todavía no han sido diagnosticados, y los procedimientos que llevan a la identificación de la alteración hepática se inician como consecuencia de signos físicos o analíticos encontrados con motivo de consultas por otras enfermedades o en revisiones médicas periódicas, como las de los servicios médicos de empresa. Los datos que pondrán al médico sobre aviso se relacionan con las diferentes alteraciones fundamentales que se han descrito al principio y pueden presentarse aislados o asociados entre ellos:

- Actividad inflamatoria en el tejido hepático: aumento del nivel de transaminasas (GOT y GPT) en el suero.
- Fibrosis hepática: aumento de la consistencia del hígado, con o sin incremento de su tamaño. También da lugar, cuando la fibrosis es muy intensa, a signos identificables en la ecografía.
- Fallo de función celular del hepatocito: déficit de síntesis con descenso del nivel de albúmina y otras proteínas del plasma (que puede determinar pérdida de masa muscular) y de factores de coagulación (protrombina), que junto al descenso de plaquetas son responsables de la tendencia a sangrar que pueden llegar a tener los pacientes con cirrosis. También alteraciones de niveles de algunas hormonas y aumento del nivel de bilirrubina en plasma.
- Fallo en la función de depuración: aumento de la gammaglobulina en plasma, episodios de fiebre de origen desconocido, infecciones bacterianas frecuentes. Por otra parte, niveles elevados de sustancias con actividad biológica que se destruyen en el hígado o se preparan para su eliminación y que se relacionan, entre otros, con signos de fácil observación, como enrojecimiento de las palmas de las manos o aparición en la piel de arañas vasculares (formaciones de color rojo formadas por vasos muy finos cuya distribución recuerda el aspecto de una araña). Aunque estas dos últimas alteraciones harán sospechar la posibilidad de enfermedad hepática, pueden aparecer en otras circunstancias, e incluso en sujetos sin enfermedad alguna.
- Hipertensión portal: descenso del número de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en la sangre. En la exploración física será la responsable de encontrar un aumento de tamaño del bazo y del aumento de venas en la pared del abdomen.

Mientras no hay una profunda alteración de la función hepática es poco frecuente que los pacientes tengan falta de apetito o cansancio fácil.

FibroTest, conocido como FibroSURE en los EE.UU., es un sistema patentado de biomarcador prueba que utiliza los resultados de seis suero sanguíneo pruebas

para generar una puntuación que se correlaciona con el grado de hígado de daños en las personas con una variedad de enfermedades hepáticas. FibroTest tiene el mismo valor pronóstico como una biopsia del hígado.

FibroTest se ha evaluado en relación con la biopsia hepática (el estándar de referencia actual en la evaluación de la enfermedad del hígado) en un gran número de pacientes con hepatitis C, la hepatitis B , la enfermedad hepática alcohólica ,de hígado graso no alcohólico enfermedad y en la población general. Para el año 2008 había sido utilizado en más de 350.000 pacientes. FibroTest fue validado para el diagnóstico inicial de fibrosis, pero también para el seguimiento de los pacientes. En 2006, la Autoridad Nacional Francés para la Salud recomienda el uso de FibroTest como una herramienta de evaluación de primera línea para tratar la fibrosis en la hepatitis C crónica.

La puntuación FibroTest se calcula a partir de los resultados de un análisis de sangre de seis parámetros, que combina seis marcadores séricos con la edad y el sexo del paciente: alfa-2-macroglobulina , haptoglobina , apolipoproteína A1 , gamma-glutamil transpeptidasa (GGT), total de bilirrubina y alanina aminotransferasa (ALT). ALT se utiliza en una segunda evaluación de llamada ActiTest que es parte de FibroTest.

Debido a la variabilidad de los ensayos de componentes y analizadores, ensayos de FibroTest sólo se pueden realizar en laboratorios validados. FibroTest no se puede utilizar sin algoritmos que detecta falsos positivos y falsos negativos; la ecuación por sí sola no es una herramienta de diagnóstico.

El laboratorio o el médico se conecta a la página web BioPredictive para el cálculo de los resultados de las pruebas y las impresiones de la hoja de resultados, que está disponible de inmediato y se acompaña de una ayuda y precauciones de uso interpretación.

Más del 95% de los tests son interpretables y permiten un diagnóstico de la fibrosis y la actividad del hígado. En menos de 5% de los casos, se resaltan probables falsos positivos o falsos negativos. FibroTest fue validado para la crónica de la hepatitis C , crónica de hepatitis B , la hepatitis C o B crónica con coinfección por VIH hepatopatía alcohólica (esteatosis y esteatohepatitis), y la esteatohepatitis no alcohólica (la diabetes, sobrepeso, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipertensión).

FibroTest es independiente de su origen étnico, sexo, genotipo, carga viral, las transaminasas o de la presencia de comorbilidades. La prueba ha sido validada en los mayores de 65 años niños, los pacientes con insuficiencia renal o finalmente trasplantados renales, hemofílicos, pacientes con enfermedad inflamatoria crónica, y la población general.

Las pruebas no son aplicables en 1 a 5% de los casos. Estos casos pueden ser detectados por los algoritmos de seguridad de laboratorio y cuando se detecta que se indican en la hoja de resultados:

- Las hepatitis agudas, por ejemplo, la hepatitis viral, aguda A, B, C, D, E, hepatitis inducida por fármacos
- Colestasis extrahepáticas, por ejemplo, cáncer de páncreas, los cálculos biliares
- Hemólisis grave, por ejemplo, algunas válvulas cardíacas
- El síndrome de Gilbert con alta hiperbilirrubinemia no conjugada
- Síndrome inflamatorio agudo (el examen de sangre se puede posponer)

La biopsia hepática es un procedimiento médico que consiste en la toma de una muestra de tejido hepático usando una aguja adaptada para analizarla bajo el microscopio. FibroTest es una herramienta diagnóstica basada en una simple muestra de sangre. La biopsia hepática es una herramienta diagnóstica imperfecta al presentar una mediana de error del 30%. Esto no es sin riesgo o dolor: 1 paciente de cada 3 se queja de dolor, 6 de cada 1,000 tienen complicaciones severas y 3 pacientes mueren por cada 10,000 biopsias hepáticas, lo que es inaceptable para un diagnóstico.

FibroTest es una simple muestra de sangre con la misma relevancia de una biopsia hepática de 25 mm.

La relación beneficio/riesgo de la biopsia no se adapta para el diagnóstico de las enfermedades del hígado más frecuentes. La biopsia sigue siendo útil, en segunda intención, en caso de no aplicabilidad del FibroTest, o de enfermedades raras o complejas del hígado.

En conclusión, FibroTest tiene el mismo valor diagnóstico que una biopsia de 25 mm, usando una simple muestra de sangre, sin dolor y sin riesgo, y que puede repetirse fácilmente si es necesario.

CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio: Estudio de enfoque cuantitativo de tipo observacional, analítico y diseño caso control retrospectivo.

Población de Estudio: Pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del HMC entre el 2013 al 2014.

Selección y Tamaño de Muestra: Ingresaran al estudio los pacientes con criterios de selección mediante un muestreo de tipo probabilístico simple donde la muestra estará constituida por 100 casos y 100 controles.

Tipo de muestreo y Unidad de Análisis: La muestra estará constituida por 100 casos y 100 controles, considerando una confiabilidad del 95% (riesgo alfa de 0,05) y una potencia del 80% (riesgo beta de 0.2%) para detectar una Odd Ratio mínima de 3; asumiendo como tasa de expuestos en el grupo control 0.2% con una tasa de pérdida de 20%.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

Inclusión:

- Pacientes del servicio de gastroenterología del HMC hospitalizadas entre el 2012 al 2014
- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática con marcador serológico fibrotest y/o anatomía patológica.

Exclusión

- Pacientes con historia clínica extraviada o/y incompleta.

Procedimiento para la recolección de los datos: Se recabara las historias clínicas previo autorización y coordinación con la oficina de estadística y archivo del Hospital Militar Central. A partir de estas historias se realizará un muestreo probabilístico simple de los casos, luego se seleccionaran los controles a partir de historias clínicas del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central, de

pacientes atendidos por patologías diferentes a cirrosis de donde se seleccionaran de acuerdo a un muestreo probabilístico simple los 100 controles.

Se considerará casos a los pacientes con diagnóstico de cirrosis mediante estudio anátomo-patológico y/o marcador fibrotest. Se considerarán controles a los pacientes con características similares a los casos, con ausencia de cirrosis.

Instrumentos a utilizar y métodos para el Control de la Calidad de Datos: Historias Clínicas, y ficha de recolección de datos. Para el control de calidad de los datos se utilizará el registro del servicio de anatomía-patológica para completar los datos de la historia clínica.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación: Este proyecto cumplirá la aprobación respectiva de la Universidad Ricardo Palma, y de las autoridades correspondientes al Hospital Militar Central.

Análisis de Resultados:

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cuantitativas que consiste en medidas de dispersión como media, mediana y moda. Así mismo frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas como cirrosis. Luego realizaremos las pruebas de normalidad de las variables cuantitativas.

Continuaremos con un análisis bivariado de la variable dependiente cirrosis con las diferentes variables independientes identificadas buscando si existe correlación significativa para un p valor menor o igual a 0,05. Si en estos análisis encontramos probables asociaciones significativas, procederemos a realizar un análisis estadístico bivariado y multivariado mediante regresión logística buscando odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Programas a utilizar para análisis de datos: SPSS Versión 21.0

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

De un total de 100 pacientes con cirrosis hepática se encontró consumo crónico de alcohol en 31 pacientes, hepatitis B en 9 pacientes y Hepatitis C en 15 pacientes, así mismo se encontró que 2 pacientes presentaron tanto consumo de hepatitis B asociado a consumo crónico de alcohol, y 7 pacientes presentaron hepatitis C asociado a consumo crónico de alcohol; el 89% de los pacientes fueron de sexo masculino y 11 fueron de sexo femenino, el grupo etario mayor fue el de mayores de 61 años con 40 pacientes y el grupo etario con menor pacientes fue el de 21 a 30 años con 3 pacientes como figura en la tabla N°1.

Variable	N
Sexo	
Masculino	89
Femenino	11
Grupo de edad	
21-30	3
31-40	11
41-50	15
51-60	31
MAYOR A 61	40

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El alcoholismo (OR: 4.5, IC95%: 1.03-2.03) representa el principal factor de riesgo de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central entre el 2012 al 2014 según la tabla N°2. También se encontró que la Hepatitis B (OR: 4.42, IC95%:1.48-2.52) representa el segundo

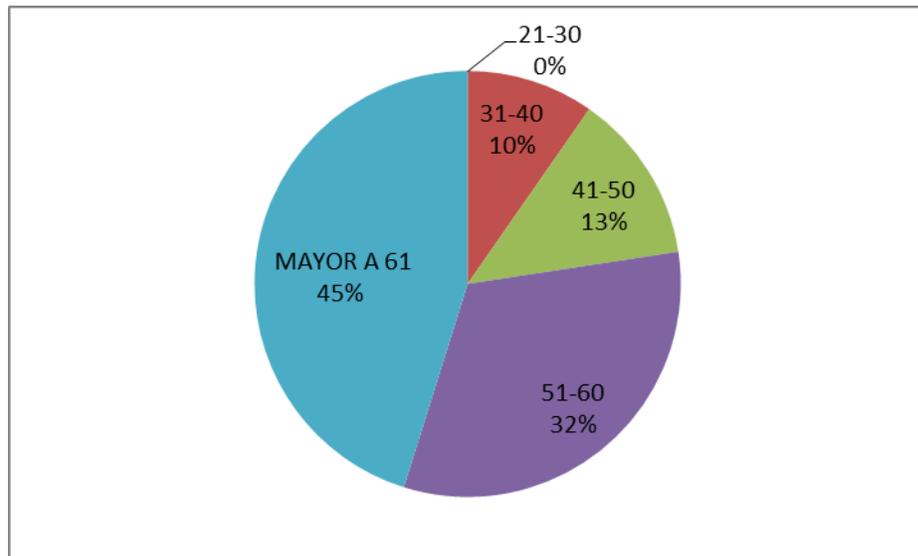
factor de riesgo más asociado a la cirrosis hepática, seguido de la Hepatitis C (OR:3, IC95%: 1.17-2.01).

		Cirrosis					
		Sí	No	X ²	OR	IC 95%	P
Factores de Riesgo	ALCOHOL	31	7	12.64	4.5	1.03-2.03	0.0003
	HBV	9	2	3.702	4.42	1.48-2.52	0.05
	HCV	15	5	4.52	3	1.17-2.01	0.03
	DM	9	4	1.82	2.25	0.64-2.26	0.177
	HCV+ALCOHOL	7	15	2.77	0.467	0.41-1.93	0.095
	HBV+ALCOHOL	2	4	0.64	0.5	1.75-3.14	0.42

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Así mismo, encontramos que el grupo etario que presentó el alcoholismo como factor de riesgo más frecuente fue el de mayores de 61 años (N: 14/31)

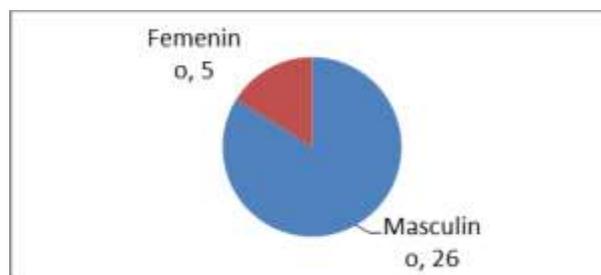
Gráfica N°1 Presencia de alcoholismo como factor de riesgo para cirrosis hepática en cada grupo etario



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Encontramos también que el sexo en donde se presentó el alcoholismo como factor de riesgo más frecuente fue el masculino (N:26/31) según la gráfica N°1.

Gráfica N°2 Presencia de alcoholismo como factor de riesgo para cirrosis hepática según sexo



5.2 DISCUSIÓN

Según recientes estudios realizados en Perú que buscan determinar los factores de riesgo asociados a cirrosis hepática se encuentra el alcoholismo como principal factor de riesgo asociado a cirrosis hepático (OR:16.17), lo que nuestro estudio corrobora, coincidiendo así lo que otros estudios mencionan diciendo que el 60 – 70% de los casos de cirrosis hepática es por consumo crónico de alcohol.⁶

En segundo lugar se encuentra la hepatitis B como principal factor de riesgo asociado a cirrosis hepática, esto difiere de lo encontrado en países desarrollados donde la hepatitis C es la primera causa de cirrosis hepática, y en tercer lugar la hepatitis B, cuando en nuestro estudio y en otros estudios nacionales representa el segundo factor de riesgo asociado a cirrosis hepática, corroborado esto con los estudios de prevalencia de hepatitis B, donde se concluye que la hepatitis B es la que tiene mayor endemicidad entre las hepatitis virales en el Perú.

“Según Narro, la cirrosis hepática es resultado del consumo excesivo de alcohol durante un largo período. Rodríguez afirma que el tiempo requerido para que el tóxico origine cirrosis es de 10 años pero que sin embargo, no todos los alcohólicos crónicos la desarrollan, por lo que se hallan involucrados otros factores nutricionales, inmunológicos y genéticos. Los factores de riesgo para desarrollar hepatitis alcohólica y posteriormente cirrosis son la duración y la cantidad de consumo de alcohol, es decir es dosis y tiempo dependiente.”

Cuando el hígado tiene que eliminar cantidades importantes de alcohol, la función hepática normal se interrumpe, lo que causa un desequilibrio químico. Si el hígado tiene que continuar eliminando alcohol continuamente, las células del hígado se destruyen o se alteran por infiltración de grasa, se inflaman (hepatitis alcohólica) o sufren fibrosis o cicatrices extensas e irreversibles (cirrosis).

La cirrosis alcohólica generalmente se desarrolla después de más de una década de beber en exceso, y solo un 20% aproximadamente de los individuos que consumen cantidades excesivas de alcohol desarrollan cirrosis, por lo que parece existir una predisposición genética. Sin embargo, no se sabe qué individuos de los que abusan del alcohol desarrollarán un daño hepático significativo. Aún sin desarrollar cirrosis, casi el 100% de los sujetos que abusan del alcohol desarrollan distintas formas de daño hepático, como la infiltración grasa del hígado. De estos pacientes, una proporción importante progresará a hígado graso con inflamación (esteatohepatitis) y cirrosis.

Respecto a la hepatitis B, es bien conocido que se vuelve crónica en un 10% de los portadores por transmisión parenteral o sexual, y de estos un 15 a 20% desarrollan cirrosis en un plazo de 5 años. En el Perú hay zonas de alta endemicidad, y diversos estudios han señalado que en dichas áreas la seroprevalencia de seropositividad para el antígeno de superficie es de 10 a 20%, además existe una alta tasa de migración interna lo que hace que población con alta prevalencia se movilice a zonas de baja prevalencia de infección por virus B y principalmente a zonas costera.⁶

En Latinoamérica se describe un 31% de casos asociados a virus de la hepatitis, específicamente 8% asociado a infección por virus de la hepatitis B y 23% a virus de la hepatitis C. En un estudio en Medellín en el análisis de los factores de riesgo se demostró que el 7.3% y 5.6% de los pacientes presentaban infección por virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C respectivamente.⁶

La hepatitis C representa la primera causa de cirrosis hepática en la estadística mundial, sin embargo en nuestro estudio representó el tercer factor de riesgo asociado a cirrosis hepática. Sabemos que la prevalencia nacional en donantes de sangre de hepatitis C es de 0.25 – 0.8%, aunque en poblaciones de riesgo como pacientes en diálisis llega hasta 80%. A diferencia de otros países donde la drogadicción endovenosa es frecuente en nuestro país predomina la adicción por

aspiración por lo que esta vía de infección es rara. Nuestros resultados coinciden con los realizados con Campollo y col. Quien observó una baja prevalencia de hepatitis B y C en pacientes con cirrosis hepática, debido a que más de la mitad de los pacientes se le hicieron pruebas serológicas para detectar VHB y VHC antes de realizar estudios endoscopias como parte del protocolo de estudio.¹⁹

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Concluimos con el presente estudio que en la población estudiada en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central entre los años 2012 al 2014 el principal factor de riesgo presente en los pacientes diagnosticados de cirrosis hepática es el consumo crónico de alcohol o etanol.

En segundo lugar encontramos la infección crónica por el virus de hepatitis B y en tercer lugar la infección crónica por el virus de hepatitis C como factores de riesgo asociados a cirrosis hepática.

También concluimos que el consumo crónico de alcohol se presentó con mayor frecuencia en el grupo etario mayores de 61 años y en el sexo masculino.

No se encontró asociación significativa para los siguientes factores: diabetes mellitus y esteatosis hepática.

RECOMENDACIONES

En vista que el mayor conocimiento de esta patología nos puede ayudar a establecer medidas preventivas y políticas nacionales que contribuyan a disminuir los principales factores de riesgos adquiridos para esta enfermedad y así minimizar sus consecuencias, buscando un beneficio económico no sólo al paciente sino también a los recursos hospitalarios, es necesario realizar posteriores estudios que nos permitan conocer a profundidad uno de los principales problemas de salud pública mundial y nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abarca J, Peñaherrera V, Garces C, Córdova A, Carrillo L, Sáenz R. Etiología, sobrevida, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática en el Ecuador: evaluación retrospectiva de 15 años (1989-2003). *Gastroenterol. latinoam.* 2006; 17(1):29-34.
1. Méndez-Sánchez N¹, et al, Worldwide mortality from cirrhosis: an update to 2002. *Ann Hepatol.* 2007 Jul-Sep;6(3):194-5.
2. Mortalidad por cirrosis en Chile - F. T. Alonso et al, *Rev Med Chile* 2010; 138: 1253-1258.
3. Farfán G, Cabezas C. Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares en el Perú, 1995-2000. *Rev Gastroenterol Peru.* 2002;22(4):212-33.
4. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Rev Gastroenterol Peru.* 2007;27(3):238-45.
5. AE Beltrán-Jara, E Neciosup-Puican. Factores de riesgo para Cirrosis Hepática en la población adulta de la Red Asistencial Essalud Lambayeque *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 4(2) 2011
6. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas CEDRO. Junio 2005. Ed. Alfonso Zavaleta Martínez-Vargas y Ramiro castro de la Mata. 2005.

7. Bellentani S, Saccoccio G, et al, Drinking habits as cofactors of risk for alcohol induced liver damage. The Dionysos Study Group, Gut. 1997 Dec;41(6):845-50.
8. Malpica-Castillo A, Ticse R, Salazar-Quiñones M, Cheng-Zárate L, Valenzuela-Granados V, Huerta-Mercado Tenorio J. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. Rev Gastroenterol Peru. Rev Gastroenterol Peru. 2013;33(4):301-5.
9. Wong RJ, Aguilar M, et al, Nonalcoholic steatohepatitis is the second leading etiology of liver disease among adults awaiting liver transplantation in the United States. Gastroenterology. 2015 Mar;148(3):547-55. Epub 2014 Nov 25.
10. Fauerholdt L, et al, Conversion of micronodular cirrhosis into macronodular cirrhosis. Hepatology. 1983;3(6):928.
11. Meléndez CA, Meléndez JJ. Main causes and factors associated with liver cirrhosis in patients in the General Hospital of Zone 2 of Chiapas, Mexico. 2013
12. Vinuesa G, Pesse K. Características de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el hospital Eugenio espejo en el periodo del año 2008 al 2011. PUCE, 2013.
13. Fajardo M, et al (5) Comportamiento de la cirrosis hepática en el Hospital "Arnaldo Milián Castro" de Julio de 2007 a Marzo 2009. Rev Electrónica Ciencias médicas en Cienfuegos, Cuba, 2010.

14. J Abarca R, et al (4). Etiología, sobrevida, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática en el Ecuador. Evaluación retrospectiva de 15 años (1989-2003). Rev Gastroenterol Latin.2006 Vol 17, N°1 5-7 Pág.29
15. Martínez A, Valdivia F, Cárdenas M. Principales factores de riesgo en pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila. Mediciego 2013 19 (Supl. 2).
16. Toledo V. Estudio de los pacientes con cirrosis hepática ingresados a tratamiento médico del servicio de medicina interna en el hospital provincial isidro ayora en el período junio – diciembre 2010. Univ Nacional Loja.
17. Mendez E, Orbe I, Parra V, Prevalencia, características de hepatopatías y factores asociados en el área de medicina interna del hospital vicente corral Moscoso durante el periodo enero 2009 a diciembre 2010. Universidad de Cuenca-Ecuador
18. Campollo, O. Valencia-Salinas JJ, Berumen-Arellano A, et al. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. Salud Pública Mexicana. 1997;39:195-200

ANEXOS

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE								
Cirrosis hepática	Trastorno que afecta al tejido hepática como consecuencia final de diferentes enfermedades crónicas	Resultado de estudio Anatomía-patológica	Cualitativa	Resultado de Anatomía-patológica	Dicotómica	Nominal	Si No	HC e informe de AP y/o marcador serológico (fibrotest o fibromax)
INDEPENDIENTE								
Consumo de alcohol	Consumo crónico y excesivo de alcohol superior a 80 gr/d	Antecedente de consumo de alcohol en la historia clínica	Cualitativa	Antecedente de consumo de alcohol en la historia clínica	Dicotómica	Nominal	Si No	Historia clínica
Hepatitis B	Enfermedad infecciosa causada por el virus de la hepatitis B que afecta al hígado.	Antígeno australiano reactivo	Cualitativa	Análisis de laboratorio del Antígeno australiano	Dicotómica	Nominal	Reactivo No reactivo	Historia clínica, análisis de laboratorio y ficha de recolección de datos
Hepatitis C	Enfermedad infecciosa causada por el virus de la hepatitis C que afecta al hígado.	Anti-HCV reactivo	Cualitativa	Análisis de laboratorio del Anticuerpo-HCV.	Dicotómica	Nominal	Reactivo No reactivo	Historia clínica, análisis de laboratorio y ficha de recolección de datos
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde que nace hasta la fecha actual.	Cantidad de años	Cuantitativa	Fecha de nacimiento	politémica	De razón	Años	Historia clínica, y ficha de recolección de datos
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de una persona.	Masculino/ Femenino	Cualitativa	Identidad sexual	politémica	Nominal	Mujeres y hombres	Historia clínica y ficha de recolección de datos

Principales factores de riesgo asociados a cirrosis hepática en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central en el 2012-2014

Ficha de Recolección de datos

HC	
Edad	
Fecha de nacimiento	
Sexo	
Ocupación	
Procedencia	
Causas de cirrosis	Alcohol
	VHC
	VHB
	Criptogénica
	Autoinmune
	Hemocromatosis
	Enfermedad biliar
	Wilson
Factores de riesgo	
Transfusiones sanguíneas	
Intervención quirúrgica	
VHB	
VHC	
Diabetes Mellitus	
Consumo de alcohol	

Pinchazo accidental	
Tatuajes	

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar principales factores de riesgos para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Ha: Los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2013 al 2014 son el consumo de alcohol, la hepatitis B y la hepatitis c</p> <p>Ha: Los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC entre el 2013 al 2014 no son el consumo de alcohol, la hepatitis B y la hepatitis c</p>	<p>Variable Independiente (VI)</p> <p>Consumo de alcohol</p> <p>Hepatitis B</p> <p>Hepatitis C</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD)</p> <p>Cirrosis hepática</p>	<p>Antecedente de alcoholismo</p> <p>Antígeno de superficie positivo</p> <p>Anti-HCV reactivo</p> <hr/> <p>Resultado de estudio Anatomía-patológico de cirrosis hepática y/o marcador serológico de fibrosis hepática (fibrotest y/o fibromax)</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo observacional y diseño caso control retrospectivo</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es el principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014?</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>Ha: El principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 es el consumo de alcohol</p> <p>Ho: El principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 es el consumo de alcohol</p>	<p>Variable Independiente (VI1)</p> <p>Consumo de alcohol</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD1)</p> <p>Cirrosis hepática</p>	<p>Antecedente de alcoholismo</p> <hr/> <p>Resultado de estudio Anatomía-patológico de cirrosis hepática y/o marcador serológico de fibrosis hepática (fibrotest y/o fibromax)</p>	
<p>¿Cuál es el principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 según edad y sexo?</p>	<p>Investigar el principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 según edad y sexo es el consumo de alcohol</p>	<p>Ha: El principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 según edad y sexo es el consumo de alcohol</p> <p>Ho: El principal factor de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 según edad y sexo no es el consumo de alcohol</p>	<p>Variable Independiente (VI2)</p> <p>Consumo de alcohol</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD2)</p> <p>Cirrosis hepática</p>	<p>Antecedente de alcoholismo</p> <hr/> <p>Resultado de estudio Anatomía-patológico de cirrosis hepática y/o marcador serológico de fibrosis hepática (fibrotest y/o fibromax)</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>Los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital Militar Central.</p>
<p>¿Cuál es el grado de asociación de los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 según edad y sexo?</p>	<p>Calcular el grado de asociación de los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 según edad y sexo?</p>	<p>Ha: El grado de asociación de los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 según edad y sexo es fuerte</p> <p>Ho: El grado de asociación de los principales factores de riesgo para cirrosis hepática entre los pacientes del servicio de gastroenterología del HMC del 2013 al 2014 según edad y sexo no es fuerte</p>	<p>Variable Independiente (VI2)</p> <p>Consumo de alcohol</p> <p>Hepatitis B</p> <p>Hepatitis C</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD2)</p> <p>Cirrosis hepática</p>	<p>Antecedente de alcoholismo</p> <p>Antígeno de superficie positivo</p> <p>Anti-HCV reactivo</p> <hr/> <p>Resultado de estudio Anatomía-patológico de cirrosis hepática y/o marcador serológico de fibrosis hepática (fibrotest y/o fibromax)</p>	