

■ ARTÍCULO ORIGINAL

Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay

Etiology, stage and complications of liver cirrhosis in a reference hospital in Paraguay

Sebastián Velázquez Abente¹, Marcos Giralá Salomón²

¹Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay

²Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas. Dpto. de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

Introducción: la cirrosis hepática constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad.

Objetivos: describir las características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en el Hospital de Clínicas

Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyó a 95 pacientes que consultaron en el Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva en el periodo comprendido 2013-2014 y fueron diagnosticados de cirrosis hepática.

Resultados: la frecuencia de cirrosis hepática fue 7,8% del total de consultas en el Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. El 59% de los pacientes fueron varones. La edad media en el momento de la primera consulta fue 51±14 años. La etiología más frecuente fue el consumo de alcohol (51%). El estadio funcional de Child-Pugh de estos pacientes fue A en 44%, B en 39% y C en 17%. La media de la escala de MELD fue 13,84±4,75. La principal complicación fue la presencia de várices esofágicas (82%).

Conclusión: la cirrosis hepática fue más frecuente en el sexo masculino, la etiología dominante fue el consumo de alcohol, predominó el estadio A de Child-Pugh y la complicación principal constituyeron las várices esofágicas.

Palabras claves: cirrosis hepática - etiología, cirrosis hepática - complicaciones, cirrosis hepática - epidemiología

ABSTRACT

Introduction: Liver cirrhosis is one of the main health problems in the world, due to its high morbidity and mortality.

Objectives: To describe the epidemiological and clinical characteristics of liver cirrhosis in the Hospital de Clínicas.

Materials and methods: Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study. We included 95 patients who consulted in the Department of Gastroenterology and Digestive Endoscopy

Autor correspondiente:

Dr. Sebastián Velázquez Abente

Teléfono: +595.981973231

Correo electrónico: savabente@hotmail.com

Artículo recibido: 10 julio 2018

Artículo aceptado: 03 agosto 2018

in the period 2013-2014 and were diagnosed with liver cirrhosis.

Results: The frequency of liver cirrhosis was 7.8% of the total of consultations in the Department of Gastroenterology and Digestive Endoscopy and 59% of the patients were male. The mean age at the time of the first consultation was 51 ± 14 years. The most frequent etiology was alcohol consumption (51%). The functional Child-Pugh score of these patients was A in 44%, B in 39% and C in 17%. The mean of the MELD score was 13.84 ± 4.75 . The main complication was the presence of esophageal varices (82%).

Conclusion: Liver cirrhosis was more frequent in men, alcohol consumption was the predominant etiology, Child-Pugh score A predominated and esophageal varices were the main complication.

Keywords: liver cirrhosis - etiology, liver cirrhosis - complications, liver cirrhosis - epidemiology

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad⁽¹⁾. Es el estadio más avanzado de las enfermedades hepáticas crónicas. Se diagnostica histológicamente por un daño irreversible del parénquima hepático, presencia de fibrosis y nódulos de regeneración, ya sean estos macronódulos, micronódulos o mixtos⁽²⁾.

La Organización Mundial de la Salud, en el año de 1977, expuso los criterios para catalogar a la cirrosis hepática. En estos, se considera que el proceso en el hígado debe ser difuso, con necrosis y distorsión de la arquitectura y que debe existir degeneración de la vascularización, regeneración nodular y fibrosis difusa⁽³⁾.

La patología puede evidenciarse en etapas seniles, juveniles o incluso infantiles. Sin embargo el grupo etario en el que predomina es entre los 40 y 60 años, así lo demuestran estudios clínicos como el realizado por Huertas y col. quienes establecieron en su investigación que la edad promedio fue de 55,3 años⁽²⁾ o el realizado por Lebroc y col. quienes encontraron que la edad entre 52 y 67 años era la cifra promedio de pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática⁽⁴⁾.

Con respecto a la epidemiología mundial, los índices más altos de defunción a causa de esta patología están descritos en Moldavia con 91 muertes por cada 100.000 habitantes, evidenciándose también índices parecidos en países como Hungría⁽⁵⁾. En Estados Unidos es la séptima causa de muerte en la población comprendida entre 25 y 64 años y en países latinoamericanos ocupa el 9º y hasta el 5º lugar como causa de fallecimiento⁽⁶⁾. En países como México, la cirrosis hepática es uno de los principales problemas de salud, ya que es la sexta causa de mortalidad general y la tercera en hombres de 15 a 64 años de edad, después de los accidentes y los homicidios⁽⁷⁾.

Aproximadamente 90% de las causas de cirrosis hepática en países occidentales son el abuso de alcohol, la enfermedad por hígado graso no alcohólico y la hepatitis crónica vírica⁽⁸⁾. Las infecciones por VHB y VHC son un problema mundial de salud pública y las causas infecciosas más frecuentes de hepatitis crónica, cirrosis y hepatocarcinoma⁽⁹⁾. Causas menos frecuentes son las enfermedades hepáticas autoinmunes (hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante primaria), las enfermedades metabólicas (deficiencia de alfa-1-antitripsina, enfermedad de Wilson, hemocromatosis, fibrosis quística) así como la esteatohepatitis no alcohólica (NASH)⁽¹⁾.

El umbral para desarrollar una enfermedad hepática alcohólica grave en los varones se calcula en un consumo superior a 60-80 g de alcohol por día durante 10 años, mientras que las mujeres tienen riesgo de desarrollarla consumiendo menos cantidad⁽¹⁰⁾.

La hepatitis autoinmune es una enfermedad de causa desconocida, en la que existe un

trastorno en la inmunorregulación. Muchos pacientes con hepatitis autoinmune presentan cirrosis establecida al diagnóstico de la enfermedad hepática. El diagnóstico requiere la exclusión de otras causas de enfermedad hepática⁽¹¹⁾.

Las escalas de pronósticos han sido utilizadas para evaluar la severidad y la supervivencia en muchas enfermedades y facilitan la toma de decisiones médicas en el cuidado de los pacientes. La escala Child-Turcotte-Pugh (CTP) y el modelo de la enfermedad hepática en estadio final (The Model of End-Stage Liver Disease-MELD) son la escala y el modelo de pronóstico más utilizados en la evaluación del paciente con cirrosis hepática⁽¹²⁾. La escala CTP surgió para determinar el riesgo de mortalidad postoperatoria de la cirugía de derivación en los pacientes con cirrosis hepática. Actualmente su uso es generalizado siendo el más utilizado en la práctica clínica debido a la simplicidad de su cálculo, a pesar de sus limitaciones (ej. incluir la valoración subjetiva de algunas variables para su cálculo)⁽¹³⁾. MELD surgió para valorar de forma objetiva el pronóstico de mortalidad a corto plazo en los pacientes sometidos a derivación porto sistémica intrahepática transyugular⁽¹⁴⁾. Este modelo ha sido validado para predecir supervivencia en pacientes cirróticos con distintos grados de severidad de la enfermedad hepática y es utilizado para la asignación de órganos para el trasplante hepático⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Las várices esofágicas y la hipertensión portal son de las complicaciones más comunes en los pacientes con cirrosis⁽¹⁹⁾. La ascitis es una complicación que se caracteriza por retención anormal de líquidos a nivel abdominal. El 66 % de los pacientes compensados desarrollarán ascitis en un periodo de 10 años⁽²⁰⁾.

En pacientes con cirrosis hepática compensada, la incidencia acumulada de descompensación en 5 años es de alrededor del 20%, con una probabilidad de supervivencia a los 5 años aproximadamente del 80-86%. Los pacientes con cirrosis descompensada tienen un pronóstico pobre, con una probabilidad de supervivencia a los 5 años de 14-35%⁽²¹⁾.

A pesar de ser considerada un problema de salud pública que requiere acciones claras para prevenirla, no se dispone de la suficiente información acerca de sus características epidemiológicas y clínicas. El mejor conocimiento de esta patología nos podría ayudar a establecer medidas preventivas y políticas nacionales que contribuyan a disminuir la prevalencia de esta enfermedad y minimizar sus consecuencias disminuyendo así costos económicos y sociales derivados de esta realidad.

El Hospital de Clínicas se convirtió en un centro de referencia para el manejo de la cirrosis hepática en el Paraguay en relación al desarrollo del programa del trasplante hepático. Por las razones señaladas, se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, el motivo de consulta de los pacientes, la etiología, el tiempo, tipo y cantidad de consumo de alcohol ingeridos. Además, categorizar el estadio de la enfermedad en el que se encontraban dichos pacientes, conocer la frecuencia de complicaciones propias de la enfermedad y determinar el grado de las várices esofágicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyeron varones y mujeres que consultaron en el Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva por primera vez en el periodo comprendido entre marzo de 2013 y febrero de 2014 y fueron diagnosticados de cirrosis hepática. El diagnóstico de cirrosis se basó en datos clínico-laboratoriales, radiológicos y/o histopatológicos.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes cuyas fichas no contaban con un estudio laboratorial básico, al menos una ecografía doppler abdominal y una endoscopia digestiva alta en los 4 meses previos o posteriores a la consulta inicial. Además, se excluyeron aquellos pacientes cuyas

fichas eran ilegibles, resultando sus datos imposibles de determinar.

Las variables utilizadas fueron edad, sexo, procedencia, estado civil, motivo de consulta, tiempo de consumo de alcohol (en años), tipo de bebida alcohólica y cantidad de alcohol diario (g/día), etiología (alcohólica, viral, secundaria a hepatitis autoinmune u otras), estadio de la enfermedad según Clasificación de Child-Pugh y MELD, complicaciones (encefalopatía hepática, hemorragia digestiva, várices esofágicas, ascitis, ictericia, peritonitis bacteriana espontánea [PBE], otras infecciones, frecuencia y tamaño de várices esofágicas [ausencia o grados I al IV])

Los datos obtenidos fueron tabulados en una base de datos del programa Microsoft Excel 2007®. Posteriormente la información fue analizada en el programa estadístico EpiInfo 7™ para la confección de tablas y gráficos. Para la descripción de las variables se emplearon frecuencias simples, porcentajes, promedios y desviación estándar.

Este estudio contó con la autorización del Departamento de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva del Hospital de Clínicas para la revisión de fichas clínicas pertenecientes a su archivo. Además se garantizó la integridad de todos los pacientes que se incluyó en el estudio, certificando la confidencialidad de la información y recogida de datos durante este estudio. No existe conflicto de interés.

RESULTADOS

Se identificaron 1212 fichas clínicas de pacientes registrados en el fichero de consultas clínicas externas del Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del Hospital de Clínicas, en el periodo Marzo 2013 a Febrero 2014. Ciento doce correspondían a pacientes con diagnósticos de cirrosis hepática.

De los 112 pacientes con diagnóstico cirrosis hepática, en 7 pacientes (6%) no se pudo acceder a la ficha por extravío de las mismas y en 10 pacientes (9%) no se contaba con estudios de laboratorio, ecografía doppler abdominal y/o endoscopía digestiva alta, por lo que fueron excluidos del trabajo. Por tanto, se incluyeron a 95 pacientes, lo que refleja una prevalencia de 8% sobre el número total de consultas.

El 59% eran del sexo masculino y 41% del femenino. La edad media fue 51 ± 14 años con un rango de 14 – 85 años. En el sexo masculino la edad media fue 53 ± 11 años y en el sexo femenino fue 48 ± 18 años. El 51,6% de los pacientes se encontraba casado/a.

En cuanto a la procedencia de los pacientes se encontró que 54% procedían del Dpto. Central y el 20 % de Asunción.

Se constató que 47% acudió al control ambulatorio de una cirrosis ya conocida (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de cirrosis hepática, según motivo de consulta (n 95)

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Control de cirrosis ya conocida	45	47%
Ictericia	13	14%
Remisión facultativa	13	14%
Crecimiento abdominal	12	13%
Hematemesis	10	10%
Alteración ritmo sueño-vigilia	1	1%
Melena	1	1%

La etiología en el 51% de los pacientes se debió a la ingesta de alcohol, el 25% de origen autoinmune (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de cirrosis hepática, según etiología (n 95)

Etiologías	Frecuencia	Porcentaje
Alcohólica	48	51%
Origen Autoinmune	24	25%
Hepatitis autoinmune	16	17%
Cirrosis biliar primaria	4	4%
Superposición*	4	4%
No filiada	12	13%
Esteatohepatitis no alcohólica	4	4%
Virales	5	5%
Virus hepatitis B	3	3%
Virus hepatitis C	2	2%
Cirrosis biliar secundaria (Enf. Caroli)	1	1%
Secundaria a hemocromatosis	1	1%

*hepatitis autoinmunes y cirrosis biliar primaria

La etiología más frecuente en el sexo masculino fue la alcohólica (68%) mientras que en el sexo femenino fue la autoinmune (33%) (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de cirrosis hepática, según etiología y sexo (n 95)

Etiologías	Femenino (n 39)	Masculino (n 56)
Alcohólica	10 (26%)	38 (68%)
Hepatitis autoinmune	13 (33%)	3 (5%)
Cirrosis biliar primaria	4 (10%)	0
Superposición*	3 (8%)	1 (2%)
Cirrosis biliar secundaria	0	1 (2%)
Esteatohepatitis no alcohólica	2 (5%)	2 (3%)
No filiada	5 (12%)	7 (13%)
Secundaria a hemocromatosis	0	1 (2%)
Virus hepatitis B	1 (3%)	2 (3%)
Virus hepatitis C	1 (3%)	1 (2%)

*hepatitis autoinmunes y cirrosis biliar primaria

En relación al tiempo de consumo de alcohol de los pacientes con etiología alcohólica 15% ingirió durante menos de 10 años, 40% durante 10-29 años, 29% durante 30-49 años y 16% no estaba consignado en la ficha clínica.

El tipo de bebida más consumido es la caña en el 48% de los casos. No fue consignado el tipo de bebida en el 25% de los pacientes (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de cirrosis hepática, según tipo de bebida alcohólica (n 48)

Tipo de bebida	Frecuencia	Porcentaje
Caña	23	48%
Cerveza	6	13%
Vino	5	10%
Caña y cerveza	1	2%
Whisky	1	2%
No consignado	12	25%

La media de la cantidad de alcohol diaria fue 187 ± 93 gramos. Del total de pacientes cirróticos alcohólicos el 48% llevaba menos de 6 meses de abstinencia mientras que el 29% llevaba más de 6 meses de abstinencia. En el 23% no fue consignado este ítem (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de cirrosis hepática, según tiempo de abstinencia de alcohol y promedio de escala de MELD y Child-Pugh (n 48)

Abstinencia de alcohol	Media MELD	Media Child -Pugh
Menos de 6 meses (n 23)	8,6	15,6
Más de 6 meses (n 14)	6,7	13,7
No consignado (n 11)	7,4	13,5

En cuanto al estadio de Child – Pugh, 44% de los pacientes se encontraba en estadio A, 39% en estadio B y 17% en estadio C. En el sexo masculino el estadio más frecuente fue el B (46%) de los hombres mientras que en las mujeres el estadio más frecuente fue el A (62%) ($p < 0,004$).

Se agrupó a los pacientes teniendo en cuenta la escala de MELD y se constató que 69% tenía entre 10 – 19; 18% menor a 10 y 13% entre 20 – 29. La media fue de un puntaje de $13,8 \pm 4,7$ de dicha escala. El 40% de los pacientes tenía MELD ≥ 15 y el 19% de los pacientes tenía MELD ≥ 18 .

En relación a la aparición de complicaciones, 82% presentó várices esofágicas (tabla 6).

Tabla 6. Complicaciones de cirrosis hepática

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de várices esofágicas	78	82%
Ascitis	42	44%
Hemorragia digestiva alta	33	35%
Esplenomegalia	23	24%
Gastropatía de hipertensión portal	22	23%
Hernia	8	8%
Encefalopatía hepática	8	8%
Peritonitis bacteriana espontánea	7	7%
Presencia de várices fúndicas	3	3%
Trombosis de vena porta	3	3%
Hepatocarcinoma	2	2%

Teniendo en cuenta el tamaño de las várices esofágicas se determinó que 26% tenía várices grado I, 28% grado II, 41% grado III y 5% grado IV. De los pacientes que presentaban várices esofágicas se procedió a la ligadura de la mismas en 47%, mientras que los pacientes que tuvieron hemorragia digestiva alta por várices esofágicas fueron tratados con ligadura endoscópica en 70% de los mismos.

DISCUSIÓN

La cirrosis hepática es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. La determinación de las características de los pacientes con esta patología permite un mejor conocimiento de la enfermedad en nuestro medio y el desarrollo de medidas adecuadas y específicas para su control.

En los pacientes estudiados la edad media fue 51,3 años, similar a la obtenida en México por Campollo y col.⁽⁷⁾ (55 años) y 10 años más jóvenes que la obtenida en Chile por Medina y col. (61,5 años) y en Perú por Bustíos y col (63,1 años)⁽¹⁾.

Esta patología resulta ser más frecuente en el sexo masculino (59%) similar al reportado por Bustíos y col. (54,9%)⁽¹⁾. Estas observaciones estarían en relación a la concordancia en la distribución etiológica.

A nivel mundial, la causa principal es el consumo crónico de alcohol, y nuestra situación no escapa a esta realidad (51% de los casos). Resulta llamativo que la segunda etiología más frecuente en nuestro Centro es la hepatitis autoinmune, a diferencia de los demás trabajos que encontraron que la etiología viral es la segunda causa más frecuente de cirrosis hepática. La etiología alcohólica resulta más frecuente en el sexo masculino lo que coincide con resultados de Bustíos y col y Campollo y col. Mientras que la etiología más frecuente en las mujeres, en el presente trabajo, constituye la hepatitis autoinmune, desplazando así a la etiología alcohólica como primera causa de los demás trabajos^(1,7,22). La etiología viral tiene frecuencia baja en la presente investigación, lo que concuerda con el estudio de Abarca y col⁽²³⁾.

La mayor parte (alrededor del 70%) de los pacientes procede de zonas cercanas al hospital donde fue llevado a cabo el estudio. Aunque, podemos afirmar que los pacientes acuden de prácticamente todo el país, probablemente por constituirse como centro de referencia de dicha patología, ya que cuenta con un programa de trasplante hepático actualmente.

En cuanto al estadio de Child-Pugh los resultados de este trabajo son similares a un estudio llevado a cabo en Ecuador por Gómez en pacientes del servicio de emergencia y consulta externa donde se describe que predomina el estadio A, seguido por los estadios B y C⁽²⁴⁾. Difiere con otro realizado por Bustíos y col.⁽¹⁾, en pacientes internados donde predomina el estadio B, seguido por el C y A; y con los trabajos de Rafael y col.⁽²⁵⁾ y Giráldez y col.⁽²⁶⁾ donde predomina el estadio C, seguido por el B y A. Así también se vio que en el sexo masculino predomina el estadio de Child-Pugh B mientras que en el femenino el estadio A que podría ser debido a las etiologías más frecuentes en cada sexo.

La escala de MELD es ampliamente utilizada también en esta patología. La media hallada en este trabajo (13,8) coincide con la de Bazante y col.⁽²²⁾ (13,7) llevada a cabo en poblaciones similares; así también con Giráldez y col.⁽²⁶⁾ (14,5) en una población de pacientes internados por cirrosis hepática. La mayor parte de los pacientes (69,4%) tenía un MELD entre 10 – 19 que se relaciona con una mortalidad del 27% a los 3 meses.

La complicación más frecuente fue las várices esofágicas (82%) coincidente, con la obtenida en el trabajo de Bazante y col.⁽²²⁾ (61,4%). Le sigue la ascitis como complicación (44,2%) al igual que en Bazante y col. (47,8%) también se obtuvieron cifras similares en HDA y PBE. Las cifras de

encefalopatía hepática fueron muy inferiores a las obtenidas en los trabajos de Bazante y col. y Gómez^(22,24). El hepatocarcinoma se presentó en el 2% en nuestra muestra y en la investigación de Gómez en 4%⁽²⁴⁾.

La bebida más consumida en nuestro país por los pacientes que desarrollan cirrosis de etiología alcohólica es la caña, seguida por la cerveza. Esto es probablemente debido al costo más bajo de la misma. Mientras que en el trabajo de Beltrán Jara y col. la bebida más frecuentemente consumida por este grupo de pacientes fue la cerveza dejando en segundo lugar a la caña⁽²⁷⁾.

En conclusión, la frecuencia de cirrosis hepática en pacientes que acudieron al consultorio del Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del Hospital de Clínicas, en el periodo marzo 2013 a febrero 2014, fue de 7,8%. El género más afectado fue el masculino (59%). La edad media de presentación fue 51±14 años. La mayor parte de los pacientes (54%) procedía del Departamento Central y estaba casado (52%). El motivo de consulta más común fue el control de la cirrosis ya conocida (47%), seguido por ictericia (14%). La etiología más frecuente en toda la muestra fue el consumo de alcohol (51%). La etiología más frecuente entre los varones fue el consumo de etanol (68%) mientras que en las mujeres fue la hepatitis autoinmune (33%). La mayor parte de las personas que consumían alcohol refirió haberlo hecho durante 10 – 29 años (40%). El tipo de bebida alcohólica más consumida fue la caña (48%). El consumo medio de alcohol entre los cirróticos de origen etílico fue de 187±93 gramos/día.

En cuanto al estadio de Child–Pugh predominó el estadio A (44%), seguido por el estadio B (39%) y el estadio C (17%). La media obtenida al valorar la escala de MELD fue 13,8 ±4,7. Las principales complicaciones presentes en estos pacientes fueron la presencia várices esofágicas (82%), la ascitis (44%) y la hemorragia digestiva por varices esofágicas o gástricas (34%). La mayoría de las varices esofágicas eran grado III (41%). Fueron sometidos a ligadura endoscópica el 47% de los pacientes con várices esofágicas y el 70% de los pacientes con hemorragia digestiva alta por varices esofágicas.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. Rev. gastroenterol. Perú /Internet/. 2007. /citado 3 Nov 2013/; 27(3): 238-45. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v27n3/a03v27n3.pdf>
2. Huertas Cuaresma J, Méndez Perles C, Medina Mirón M, González Gallardo M. Cirrosis hepática en el Hospital Clínico San Carlos [tesis]. San Carlos; 2007. /citado 3 Nov 2013/. Disponible en: http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_xv/m11.pdf
3. García L, González F, Moreno R. Cirrosis hepática. Medicine. 2012; 11(11):625-33.
4. Lebroc Pérez D, Reina Alfonso BE, Camacho Assef JA, Massíp Ramírez M. Caracterización clínica de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Medicego. 2011; 17(2):1-8.
5. Meléndez González CA, Meléndez González JJ. Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México. Medwave [internet]. 2012 [citado 3 Nov 2013]; 12(07):e5454. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5454>
6. Toledo C. Cirrosis hepática: medidas preventivas de algunas de sus complicaciones. Rev. Med. Clin. Condes. 2010; 21(5) 757-63.
7. Campollo O, Valencia JJ, Berumen A, Pérez MA, Panduro A, Segura J. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. Salud Pública de México [Internet]. 1997 /citado 3 Nov 2013/; 39(3):195-200.

8. Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and epidemiology of cirrhosis. *Med Clin North Am.* 2009; 93(4):787-99.
9. Kanwal F, Hoang T, Kramer JR, Asch SM, Goetz MB, Zeringue A, et al. Increasing prevalence of HCC and cirrhosis in patients with chronic hepatitis C virus infection. *Gastroenterology.* 2011; 140(4):1182-8.
10. O'Shea RS, Dasarathy S, McCullough AJ. Alcoholic liver disease. *Hepatology.* 2010; 51(1):307-28.
11. Lindor KD, Gershwin ME, Poupon R, Kaplan M, Bergasa NV, Heathcote EJ. Primary biliary cirrhosis. *Hepatology.* 2009; 50(1):291-308.
12. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol.* 2006; 44(1):217-31.
13. Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD. *J Hepatol.* 2005; 42 (Suppl. 1): S100-7.
14. Malinchoc M, Kamath PS, Gordon FD, Peine CJ, Rank J, ter Borg PC. A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Hepatology.* 2000;31(4):864-71.
15. Murray KF, Carithers RL Jr. AASLD practice guidelines: Evaluation of the patient for liver transplantation. *Hepatology.* 2005; 41(6):1407-32.
16. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology.* 2001;33(2):464-70.
17. Asrani SK, Kim WR. Model for end-stage liver disease: end of the first decade. *Clin Liver Dis.* 2011;15(4):685-98.
18. Ravaioli M, Grazi GL, Ballardini G, Cavrini G, Ercolani G, Cescon M, et al. Liver transplantation with the Meld system: a prospective study from a single European center. *Am J Transplant.* 2006;6(7):1572-7.
19. McKay R, Webster NR. Variceal bleeding. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain.* 2007; 7(6):191-4.
20. Ginès P, Cárdenas A, Arroyo V, Rodés J. Management of Cirrhosis and ascites. *N Engl J Med.* 2004; 350(16):1646-54.
21. European Association For The Study Of The Liver. EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B. *J Hepatol.* 2009; 50(2):227-42.
22. Bazante Riofrio SP, Revelo Esquibel AP. Utilidad de las escalas Meld y Child Pugh como factores pronósticos de supervivencia en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo enero 2011 a junio 2013 [tesis]. /Internet/. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina; 2014. /citado 3 Nov 2013/. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9441/UTILIDAD%20DE%20LAS%20ESCALAS%20MELD%20Y%20CHILD%20PUGH%20COMO%20FACTORES%20PRON%20C3%93STICOS%20DE%20SUPERVIVENCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Abarca J, Peñaherrera V, Garcés 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). *Gastr Latinoam.* 2006; 17(1):29-34.
24. Gómez Astudillo PL. Prevalencia de hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital del IESS Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2014. [tesis]. /Internet/. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10408>
25. Rafael Valdivina L, Ferrandiz Quiroz J. Hiponatremia como factor pronóstico de mortalidad en pacientes cirróticos internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2003 - 2005. *Rev. Gastroenterol. Perú.* 2007; 27(1): 27-36.
26. Giráldez Gallego A, Sousa JM, Pascasio JM, Prats C, Cayuela A, Garrido A. Correlación entre concentraciones de factores de la coagulación en candidatos a trasplante hepático y gravedad de la enfermedad. *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32(7):465-71.
27. Beltrán-Jara AE, Neciosup Puican E. Factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta de la Red Asistencial EsSalud Lambayeque. *Rev. cuerpo méd. HNAAA.* 2011; 4(2)77-83.