

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE  
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"  
CIEGO DE ÁVILA

**Principales factores de riesgo presentes en pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila**  
**Principal risk factors in patients with liver cirrhosis in Ciego de Avila**

Alberto Martínez Sarmiento (1), Fernando Valdivia Rodríguez (2), Milagros Cárdenas Quintana (3).

**RESUMEN**

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte 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, de enero del 2002 a diciembre del 2012. Se diagnosticaron un total de 119 pacientes con esta enfermedad, con predominio fundamental en el grupo de edad de 60 años y más, con 69 casos (57.9%) y del sexo masculino 65 (54.6%). Los factores de riesgo que con mayor frecuencia estuvieron presentes en los pacientes cirróticos fueron la infección crónica por el virus de la hepatitis C en 44 pacientes (36.9%) y el alcoholismo en 17 (14.2%). En 23 casos (19.3%) no se pudo precisar el posible factor etiológico de la enfermedad, por lo que se clasificaron como de causa desconocida o criptogenética. La inmensa mayoría de los pacientes se encontraban en la fase compensada de la enfermedad, donde la astenia, el cansancio y la pérdida de peso son los síntomas iniciales. La ascitis fue la complicación más frecuentemente observada (31.9%) y el 41.1% de los pacientes presentaban una insuficiencia hepática moderada (Child-Pugh clase B) al momento del diagnóstico.

**Palabras clave:** CIRROSIS HEPÁTICA/epidemiología, CIRROSIS HEPÁTICA/clasificación, CIRROSIS HEPÁTICA/etiología, CIRROSIS HEPÁTICA/diagnóstico, CIRROSIS HEPÁTICA/complicaciones, CIRROSIS HEPÁTICA/mortalidad, FACTORES DE RIESGO.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Medicina general Integral. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología.

**INTRODUCCIÓN**

La cirrosis hepática (CH) es una enfermedad crónica difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de fibrosis y nódulos de regeneración, que conducen a una alteración tanto de la arquitectura vascular como de la funcionalidad hepática (1). La misma es considerada como el estadio final de numerosas enfermedades que afectan al hígado, entre las más frecuentes en la actualidad están las hepatitis crónicas virales y el consumo excesivo de alcohol (2-3).

Desde hace varios años, el alcoholismo ha sido considerado como el factor de riesgo más importante asociado al desarrollo de la cirrosis hepática (4), sin embargo, en la actualidad la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) y en especial por el virus de la hepatitis C (VHC), son considerados en diversas partes del mundo como los factores de riesgo más importantes relacionados con la aparición de esta enfermedad (5). Según datos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, la infección por el VHC representa la primera causa de enfermedad hepática crónica en este país (26%), por delante del alcohol (24%) y de la infección por el VHB (11%) (6).

La historia natural de la cirrosis hepática se caracteriza por una fase compensada donde el paciente se encuentra prácticamente asintomático y una fase descompensada que se caracteriza por el desarrollo de algunas de sus complicaciones derivadas de la aparición de hipertensión portal o insuficiencia hepatocelular, dentro de las que se encuentran entre otras la ascitis, la ruptura de várices esofágicas, la encefalopatía hepática (EH), la peritonitis bacteriana espontánea (PBE), el síndrome hepatorenal (SHR) y la desnutrición, la cual ha sido considerada desde hace muchos años como uno de los factores pronósticos más importantes de los pacientes con cirrosis (7-10).

La prevalencia de esta enfermedad es difícil de establecer y varía mucho según el área geográfica estudiada, lo cual depende en gran medida de la frecuencia con que se presenten sus principales causas, especialmente la infección crónica por los virus de la hepatitis B y C así como el consumo de alcohol. En los países occidentales, la cirrosis hepática se encuentra entre las primeras diez causas de muerte (11-12).

En Cuba se han realizado diversos estudios para determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de esta enfermedad (13). En la provincia de Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero del 2006 a diciembre del 2009, se realizó un estudio que incluyó un pequeño grupo de pacientes que presentaban una cirrosis hepática (48 pacientes), el cual arrojó como resultado que los principales factores de riesgo que se relacionaban con esta afección en aquel momento eran la ingestión excesiva de alcohol y la infección crónica por el VHC (14).

Al tener en cuenta que en la actualidad en diversas partes del mundo la hepatitis C ha pasado a ser la primera causa de hepatopatía crónica y que en esta provincia en particular en los últimos años se ha evidenciado un incremento en el número de personas infectadas por este virus (VHC), motivó a los autores a realizar este estudio, con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo presentes en los pacientes con CH en este territorio, describir algunas variables epidemiológicas como la edad y el sexo así como establecer el grado de insuficiencia hepática que presentan estos pacientes al momento del diagnóstico.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo y de corte transversal en el Servicio de Gastroenterología, con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo presentes en los pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila en el período comprendido de enero del 2002 a diciembre del 2012.

El universo estuvo representado por todos los pacientes que fueron remitidos a la consulta especializada de hepatología con el diagnóstico presuntivo de una CH, los cuales procedían de las salas de hospitalización del hospital provincial o de las áreas de salud. La muestra finalmente quedó constituida por 119 pacientes en los cuales se realizó el diagnóstico definitivo de una cirrosis hepática.

Fueron incluidos en el estudio todos los pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática confirmada por laparoscopia y se excluyeron aquellos pacientes los cuales presentaban evidencia clínica y/o bioquímica de la enfermedad, pero la misma no pudo ser confirmada a través de la laparoscopia por presentar alguna comorbilidad asociada que contraindicara la realización del proceder.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes egresados, así como de las historias clínicas ambulatorias las cuales constan en el departamento de archivo del hospital provincial, de donde se obtuvieron las variables a estudiar (edad, sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y resultados de exámenes complementarios) y las que fueron utilizadas para el llenado de una planilla de recolección de información previamente elaborada por el autor.

Para determinar el factor de riesgo de la cirrosis, se identificó en primer lugar al alcohol si el paciente tenía el antecedente de alcoholismo y en los casos que la enfermedad fuera de etiología infecciosa (VHB o VHC), el diagnóstico etiológico se estableció mediante la realización de los marcadores virales de la hepatitis B y C (antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y el anticuerpo contra el virus de la hepatitis C (Anti-VHC)). En aquellos pacientes en los que coincidió la infección crónica por el VHB o el VHC con el alcoholismo, se consideraron ambas como causas potenciales de la cirrosis.

En aquellos casos en los que no se pudo precisar el posible factor de riesgo, pero tenían antecedentes de obesidad mórbida o diabetes mellitus de larga duración, se consideró como causa probable de la cirrosis a la esteatohepatitis no alcohólica. El diagnóstico de cirrosis criptogenética se estableció en aquellos pacientes en los que no se pudo precisar la causa y presentaban además los marcadores serológicos para la hepatitis B y C negativos.

Para determinar el grado de insuficiencia hepática que presentaban los pacientes al momento del diagnóstico, se utilizó la clasificación de Child-Pugh que comprende criterios clínicos y bioquímicos y según la cual los pacientes se clasificaron en: Clase A (5-6 puntos) insuficiencia hepática ligera, Clase B (7-9 puntos) insuficiencia hepática moderada y Clase C (10-15 puntos) insuficiencia hepática severa.

A todos los pacientes se les brindó información acerca del estudio, se respetó siempre los principios bioéticos correspondientes a un estudio epidemiológico y se les entregó un documento donde se explicaban sus características, para que finalmente dieran su consentimiento a participar de forma voluntaria en la investigación.

Los resultados finales fueron procesados y mostrados en tablas de distribución y frecuencias por el método porcentual, se utilizó el software Microsoft Word.

## **RESULTADOS**

La cirrosis hepática se presentó con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años (57.9%) y del sexo masculino (54.6%). Los principales factores de riesgo que estuvieron presentes en los pacientes cirróticos fueron la infección crónica por el virus de la hepatitis C (36.9%) y el alcoholismo (14.2%). La inmensa mayoría de los pacientes se encontraban compensados, son la astenia, el cansancio y la pérdida de peso los principales síntomas iniciales de la enfermedad. La ascitis fue la complicación más frecuentemente observada (31.9%) y el 41.1% de los pacientes tenían un grado de insuficiencia hepática moderado (Child-Pugh clase B) al momento del diagnóstico.

## **DISCUSIÓN**

La cirrosis hepática constituye un problema de salud pública a nivel mundial y en algunos países es considerada dentro de las primeras diez causas de muerte (15). En Cuba, según el anuario estadístico de salud del 2011, la cirrosis representó la décima causa de muerte en ambos sexos con 14.1 y 4.8/100 000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente (16).

En el estudio realizado, el grupo de edades más frecuente en cuanto a la aparición de la cirrosis fue el de 60 años y más con 69 casos (57.9%) (Tabla No.1). Esta es una enfermedad que suele diagnosticarse entre los 40 y 60 años aunque puede manifestarse a cualquier edad y el hecho de que se haya diagnosticado sobre todo en pacientes mayores de 60 años se infiere que se debe a que el principal factor de riesgo que estuvo presente en estos pacientes fue la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) y según la historia natural de esta infección, de los pacientes que adquieren este virus, el 70 al 85% desarrollan una hepatitis crónica generalmente asintomática y estos pueden evolucionar hacia una CH en un período de tiempo variable de 10 a 20 años, todo lo cual puede ser acelerado si la infección se adquiere ya en una edad avanzada de la vida (17-18). Estos resultados difieren con los obtenidos en estudios realizados en otras provincias del país, en los cuales la CH se ha presentado con mayor frecuencia en pacientes de mediana edad, sobre todo comprendidos en la cuarta y quinta décadas de la vida y donde el factor etiológico más importante ha sido el alcoholismo (19).

En relación al sexo, la enfermedad predominó en pacientes masculinos con 65 casos (54.6%), por lo que se maneja el criterio que debe estar relacionado no solo con la hepatitis C como factor etiológico, sino también con otro factor de riesgo muy importante como lo es el alcoholismo, el cual es característico de los hombres. Estos resultados coinciden con diversos estudios realizados en otras partes del mundo que informan que la cirrosis es una enfermedad que predomina más en el sexo masculino que en el femenino (20).

En cuanto a las causas de la cirrosis, los principales factores de riesgo que estuvieron presentes en los pacientes cirróticos fueron la infección crónica por el virus de la hepatitis C y el alcoholismo (Tabla No.2). Se debe señalar que hasta hace varios años atrás el consumo excesivo de alcohol

representaba en diversos países la primera causa de cirrosis hepática (21-22), sin embargo, desde el descubrimiento del VHC en el año 1989 por Choo et al, la hepatitis C se ha convertido en un serio problema de salud pública a nivel mundial y en algunas regiones ha emergido como la primera causa de enfermedad hepática crónica y la indicación más frecuente de trasplante hepático (23-24). Cuba es un país que no ha escapado a esta problemática y cada día son más las personas infectadas por este virus que no solo se diagnostican de forma casual sino que en muchas ocasiones el diagnóstico se realiza en estadios muy avanzados de la enfermedad, cuando existe ya una cirrosis hepática por esta causa. En un estudio realizado por la Dra. Castellanos Fernández en el Instituto de Gastroenterología en el año 2010, con el objetivo de evaluar los efectos de la desnutrición en el pronóstico de los pacientes con cirrosis hepática y que incluyó un total de 355 casos con esta enfermedad, obtuvo entre otros resultados que la causa predominante como origen de la CH fue la viral y dentro de ella la infección por el VHC y en segundo lugar el alcoholismo, lo cual coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio (25).

En los Estados Unidos por ejemplo, la hepatitis C ha desplazado al consumo excesivo de alcohol y se ha convertido en la causa más importante de hepatitis crónica y de cirrosis hepática (26).

Se debe destacar que en un número importante de pacientes y sobre todo del sexo femenino, no se pudo precisar el posible factor de riesgo por lo que se clasificó la CH como de causa desconocida o criptogenética. En el estudio no se pudieron establecer algunos factores causales de la CH como la hepatitis autoinmune, la enfermedad de Wilson, etc., debido a la imposibilidad de realizar estudios específicos para su diagnóstico en este centro asistencial, todo lo cual influyó en los resultados de la investigación.

La presentación clínica de los pacientes con cirrosis al momento del diagnóstico fue muy variada, es la astenia, el cansancio y la pérdida de peso los síntomas más frecuentemente encontrados como expresión de una cirrosis compensada, mientras que la ascitis fue la complicación que se observó con mayor frecuencia en los pacientes descompensados (Tabla No.3). Muchos pacientes con CH, pueden permanecer clínicamente asintomáticos durante largos períodos de tiempo y luego comenzar con manifestaciones clínicas inespecíficas como astenia, cansancio fácil, molestias en el hipocondrio derecho y pérdida de peso asociado a cierto grado de desnutrición, mientras que en otras ocasiones pueden debutar con alguna de las complicaciones de la enfermedad como la ascitis, el sangramiento digestivo alto o la encefalopatía hepática (27-28).

Al momento de realizar el diagnóstico de la enfermedad y de establecer el grado de insuficiencia hepática, se pudo observar que el 41.1% de ellos presentaban un Child-Pugh clase B o insuficiencia hepática moderada, seguido de los de clase A (Tabla No.4). Esta clasificación ha sido validada como un buen método no solo para evaluar el pronóstico de los pacientes con CH, sino también para valorar el riesgo quirúrgico de los pacientes cirróticos que van a ser sometidos a cualquier tipo de cirugía e incluso puede ser utilizada para establecer el riesgo de aparición de algunas de las complicaciones de la enfermedad como el sangramiento digestivo alto por ruptura de varices esofágicas y la encefalopatía hepática, entre otras (29-30).

## **CONCLUSIONES**

La cirrosis hepática se diagnosticó sobre todo en pacientes mayores de 60 años y del sexo masculino. Los principales factores de riesgo que estuvieron presentes en los pacientes con cirrosis hepática fueron la infección crónica por el virus de la hepatitis C y el alcoholismo. La mayoría de los pacientes cirróticos se encontraban compensados al momento del diagnóstico, es la astenia, el cansancio y la pérdida de peso los síntomas iniciales de la enfermedad. La ascitis fue la complicación que se presentó con mayor frecuencia y el mayor número de pacientes presentaban una insuficiencia hepática moderada (Child-Pugh clase B) al momento del diagnóstico.

## **ABSTRACT**

An observational, descriptive, retrospective, cross sectional study was carried out. An observational, descriptive, retrospective, cross sectional study was carried out with the aim to determine the main risk factors in patients with liver cirrhosis in Ciego de Avila, from January, 2002 to December, 2012. 119 patients with this illness were diagnosed, prevailing fundamentally in the group of 60 years and

more with 69 cases (57.9 %) and 65 (54.6 %) of the masculine sex. The risk factors that frequently were present in patients with liver cirrhosis were the chronic hepatitis C virus in 44 patients (36.9 %) and the alcoholism in 17 (14.2 %). In 23 cases (19.3 %) it was not possible to require the possible etiologic factor of this disease, therefore they qualified as unknown or cryptogenetic cause. Most of the patients were in the compensated phase of the illness, being the asthenia, and the loss of weight the initiate symptoms. The ascites was the complication more often observed (31.9 %) and 41.1% of patients presented a moderate liver failure (Child-Pugh class B) at the diagnosis moment

**Key words:** LIVER CIRRHOSIS/epidemiology, LIVER CIRRHOSIS/classification, LIVER CIRRHOSIS/etiology, LIVER CIRRHOSIS/diagnosis, LIVER CIRRHOSIS/complications, LIVER CIRRHOSIS/mortality, RISK FACTOR.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. García Buey L, González Mateos F, Moreno Otero R. Cirrosis hepática. *Medicine*. 2012; 11(11): 625-63.
2. Dorta Guridil Z, Castellanos Fernández M, Nodarse Cuní H, Arús Soler E, Pérez Triana F, González Fabián L. Tolerancia del tratamiento con interferón estándar y ribavirina en pacientes cirróticos por virus de la hepatitis C. *Rev Cubana Med*. 2010; 49(2):1-10.
3. Tae Suk K, Koo Baik S, Hwan Yoon J, Youn Cheong J, Han Paik Y, Hyeong Lee Ch, et al. Revision and update on clinical practice guideline for liver cirrhosis. *Korean J Hepatol*. 2012; 18:1-21.
4. Zatoński WA, Sulkowska U, Mańczuk M, Rehm J, Boffetta P, Lowenfels AB, et al. Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to central and eastern Europe. *Eur Addict Res*. 2010; 16:193-201.
5. Sohrabpour AA, Mohamadnejad M, Malekzadeh R. Review Article: The reversibility of cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012; 36(9):824-832.
6. Wolf DC. Definition, epidemiology and etiology of cirrhosis [Internet]. ©Medscape; 1994-2013 [actualizado 20 Aug 2012; citado 20 Feb 2013] [aprox. 26 pantallas]. Disponible en: <http://www.emedicine.medscape.com/article/185856-overview>
7. Hernández Gea V, Aracil C, Colomo A, Garupera I, Poca M, Torras X, et al. Development of ascites in compensated cirrhosis with severe portal hypertension treated with  $\beta$ -blockers. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107(3):418-427.
8. Rahimi RS, Rockey DC. Complications of cirrhosis. *Curr Opin Gastroenterol*. 2012; 28(3):223-229.
9. Fleming KM, Aithal GP, Card TR, West J. The rate of decompensation and clinical progression of disease in people with cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010; 32(11):1343-1350.
10. Landa Galván HV, Milke García MP, León Oviedo C, Gutiérrez Reyes G, Higuera de la Tijera F, Pérez Hernández JL, et al. Evaluación del estado nutricional de pacientes con cirrosis hepática alcohólica atendidos en la clínica de hígado del Hospital General de México. *Nutr Hosp*. 2012; 27(6):2006-2014.
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. *Medwave*. 2012; 12(7):e5454.
12. Mosqueira JR, Montiel JB, Rodríguez D, Monge E. Evaluación del test diagnóstico índice número de plaquetas/diámetro mayor del bazo, como predictor de la presencia de várices esofágicas en cirrosis hepática. *Rev Gastroenterol Perú*. 2011; 31(1):11-16.
13. Castellanos Suárez J, Infante Velásquez M, Pérez Lorenzo M, Umpiérrez García I, Fernández Báez A. Caracterización clínica de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz", de Matanzas. *Rev Méd Electr [Internet]*. 2012 [citado 22 Feb 2013]; 34(6): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol6%202012/tema01.htm>
14. Lebroc Pérez D, Reina Alfonso BE, Camacho Assef JA, Massip Ramírez M. Caracterización clínica de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". *MediCiego [Internet]*. 2011 [citado 22 Feb 2013]; 17(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/pdf/T6.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T6.pdf)

15. Tomás Alonso F, Garmendia ML, De Aguirre M, Searle J. Análisis de la tendencia de la mortalidad por cirrosis hepática en Chile: Años 1990 a 2007. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 1253-1258.
16. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011 [Internet]. 2012 [citado 27 Feb 2013] [aprox. 35 pantallas]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>
17. Rodríguez Magallán A, Valencia Romero HS, Trinidad Altamirano J. Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital "Juárez" de México. *Rev Hosp Juarez Mex*. 2008; 75(4):247-56.
18. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol* [Internet]. 2011 [citado 27 Feb 2013]. [aprox. 41 pantallas]. Disponible en: [http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf\\_file.pdf](http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf)
19. Fajardo González MH, Arce Núñez M, Medina Garrido Y, Esteva Carral L, Osorio Pagola MF. Comportamiento de la cirrosis hepática en el hospital "Arnaldo Milián Castro" de julio de 2007 a marzo de 2009. *Medisur* [Internet]. 2010 [citado 22 Feb 2013]; 8(4): [aprox 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000400007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000400007&script=sci_arttext)
20. Forester J, Dumortier J, Guillaud O, Ecochard M, Roman S, Boillot O, et al. Noninvasive diagnosis and prognosis of liver cirrhosis: a comparison of biological scores, elastometry, and metabolic liver function tests. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010; 22:532–540.
21. Aguilar I, Feja C, Compés ML, Rabanaque MJ, Esteban M, Alcalá T, et al. Desigualdades y mortalidad por cirrosis en varones (Zaragoza, 1996-2003). *Gac Sanit*. 2011; 25(2):139–145.
22. Maldonado López CJ, Jiménez Saab NG, Sánchez Hernández G. Hipoalbuminemia como factor de riesgo para hemorragia del tubo digestivo alto en pacientes con insuficiencia hepática Child B. *Med Int Mex*. 2012; 28(4):319-324.
23. Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology*. 2009; 49(4):1335-1374.
24. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M. Isolation of a DNA clone derive from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis. *Science*. 1989; 244:359-62.
25. Castellanos Fernández MI. Importancia de la desnutrición en el pronóstico del paciente con cirrosis hepática [Internet]. 2010 [citado 27 Feb 2013] [aprox. 35 pantallas]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/248/>
26. Garcia Tsao G, Lim J. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the department of veteran's affairs hepatitis C resource center program and the national hepatitis C program. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104:1802–1829.
27. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practical Guidelines: management of alcoholic liver disease. *J Hepatol*. 2012; 57: 399–420.
28. Garcia Tsao G, Friedman S, Iredale J, Pinzani M. Now there are many (Stages) where before there was one: in search of a pathophysiological classification of cirrhosis. *Hepatology*. 2010; 51(4): 1445-1449.
29. Campos Varela I, Castells LI. Puntuaciones de pronóstico de la cirrosis. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31(7):439-46.
30. Calzadilla Bertot L, Vilar Gómez E, Lincheta Enriquez L. Modelos pronósticos para la cirrosis hepática. *Rev Cubana Med*. 2011; 50(2):190-201.

## ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes con cirrosis hepática según grupo de edades y sexo. Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. Período 2002-2012.

Grupo de edades años)/sexo	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 a 29 años	1	0.8	–	–	1	0.8
30 a 39 años	2	1.6	–	–	2	1.6
40 a 49 años	10	8.4	7	5.8	17	14.2
50 a 59 años	16	13.4	14	11.7	30	25.2
60 años y más	36	30.2	33	27.7	69	57.9
TOTAL	65	54.6	54	45.3	119	100.0

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla No. 2. Distribución de los pacientes con cirrosis hepática según factores de riesgo. Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. Período 2002-2012.

Factores de riesgo	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Infección crónica por el VHC	16	13.4	28	23.5	44	36.9
VHC + alcohol	15	12.6	–	–	15	12.6
Alcoholismo	17	14.2	–	–	17	14.2
Infección crónica por el VHB	3	2.5	2	1.6	5	4.2
VHB + alcohol	3	2.5	–	–	3	2.5
Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA)	5	4.4	6	5.0	11	9.2
Cirrosis Biliar Primaria (CBP)	–	–	1	0.8	1	0.8
Desconocida (Criptogenética)	6	5.0	17	14.2	23	19.3
TOTAL	65	54.6	54	45.3	119	100.0

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla No. 3. Presentación clínica de los pacientes con cirrosis hepática. Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila. Período 2002-2012.

Presentación clínica	No.	%
Astenia	49	41.1
Íctero	29	24.3
Ascitis	38	31.9
Cansancio	41	34.4
Dolor en hipocondrio derecho	11	9.2
Hipertransaminasemia	13	10.9
Edemas en miembros inferiores	31	26.0
SDA por várices	15	12.6
Pérdida de peso	43	36.1

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla No. 4. Grado de insuficiencia hepática de los pacientes con cirrosis hepática según sistema de clasificación de Child-Pugh. Hospital Provincial “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila. Período 2002-2012.

Estadio de CHILD-PUGH	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase A (5 a 6 puntos)	21	17.6	19	15.9	40	33.6
Clase B (7 a 9 puntos)	27	22.6	22	18.4	49	41.1
Clase C (10 a 15 puntos)	17	14.2	13	10.9	30	25.2
TOTAL	65	54.6	54	45.3	119	100.0

Fuente: Planilla de recolección de datos.