



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
TESIS
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
COMPLICACIONES EN CIRROSIS HEPÁTICA EN
PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE
ALTO AMAZONAS, 2024
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

Autores:

Bach. Heredia Vasquez Andres Armando

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1404-7483>

Bach. Barrios Ucañay Danixa Kristel

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3627-7529>

Asesor:

Mg. Paico Vasquez Franco Yenner

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2797-1715>

Línea de Investigación

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la comunidad
para el desarrollo de la sociedad.**

Sublínea de Investigación

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades
crónicas y/o no transmisibles**

Pimentel – Perú

2024

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRROSIS
HEPÁTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE ALTO
AMAZONAS, 2024**

Aprobación del jurado



DRA. CALDERON VILCHEZ CLAUDIA MONICA

Presidente del Jurado de Tesis



DR. LLONTOP YNGA ENRIQUE GUILLERMO

Secretario del Jurado de Tesis



MG. CHIRINOS RIOS CARLOS ALBERTO

Vocal del Jurado de Tesis



18% Similitud general

El total combinado de todos los coincidencias, incluidos las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar coincidencias que permitan distinguir de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesaria frente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que revise siempre y la revise.

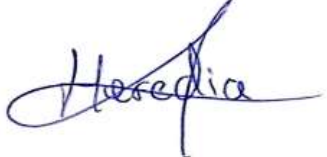

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscribimos la DECLARACIÓN JURADA, somos Heredia Vasquez Andres Armando y Barrios Ucañay Danixa del Programa de Estudios de la Escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que soy autor del trabajo titulado:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRROSIS
HEPÁTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE ALTO
AMAZONAS, 2024”**

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando el derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Heredia Vasquez Andres Armando	DNI: 75884688	
Barrios Ucañay Danixa Kristel	DNI: 73761806	

Pimentel, 03 de marzo del 2025.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE ALTO AMAZONAS, 2024

RESUMEN

Objetivo: determinar la asociación de los factores de riesgo con las complicaciones en cirrosis hepática en pacientes atendidos en un hospital de Alto Amazonas en 2024.

Metodología: se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 148 pacientes, divididos en 74 casos con complicaciones y 74 controles sin complicaciones. Se analizaron factores sociodemográficos, epidemiológicos, etiopatológicos, clínicos y laboratoriales mediante pruebas estadísticas para determinar su asociación con várices esofágicas, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía hepática y síndrome hepatorenal. **Resultados:** el sexo masculino (66%), el bajo nivel educativo (57%) y la ausencia de pareja (40%) estuvieron asociados con mayor riesgo de complicaciones, especialmente síndrome hepatorenal ($p = 0.003$) y encefalopatía hepática ($p < 0.001$). La diabetes mellitus ($p < 0.001$), el tabaquismo ($p < 0.001$) y el alcoholismo (62.3%, $p = 0.002$) incrementaron el riesgo de ascitis y encefalopatía hepática. Además, la hepatitis B ($p = 0.002$) y la hepatitis C ($p = 0.037$) fueron factores determinantes en la progresión de la enfermedad. La clasificación Child-Pugh C ($p < 0.001$) y un tiempo de enfermedad mayor a 5 años ($p < 0.001$) fueron los principales predictores de complicaciones severas. **Conclusión:** La progresión de la cirrosis está influenciada por múltiples factores de riesgo, por lo que se recomienda fortalecer la educación sanitaria, la prevención y el monitoreo clínico para mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: cirrosis hepática, factores de riesgo, complicaciones, Child Pugh, Síndrome hepatorenal.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRROSIS
HEPÁTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE ALTO
AMAZONAS, 2024**

ABSTRACT

Objective: To determine the association between risk factors and complications in liver cirrhosis in patients treated at a hospital in Alto Amazonas in 2024. **Methodology:** An observational, analytical, and cross-sectional study was conducted on 148 patients, divided into 74 cases with complications and 74 controls without complications. Sociodemographic, epidemiological, etiopathological, clinical, and laboratory factors were analyzed using statistical tests to determine their association with esophageal varices, ascites, spontaneous bacterial peritonitis, hepatic encephalopathy, and hepatorenal syndrome. **Results:** Male sex (66%), low educational level (57%), and lack of a partner (40%) were associated with a higher risk of complications, especially hepatorenal syndrome ($p = 0.003$) and hepatic encephalopathy ($p < 0.001$). Diabetes mellitus ($p < 0.001$), smoking ($p < 0.001$), and alcoholism (62.3%, $p = 0.002$) increased the risk of ascites and hepatic encephalopathy. Additionally, hepatitis B ($p = 0.002$) and hepatitis C ($p = 0.037$) were determining factors in disease progression. Child-Pugh C classification ($p < 0.001$) and a disease duration of more than 5 years ($p < 0.001$) were the main predictors of severe complications. **Conclusion:** The progression of cirrhosis is influenced by multiple risk factors. Therefore, it is recommended to strengthen health education, prevention strategies, and clinical monitoring to improve the prognosis and quality of life of patients.

Keywords: *liver cirrhosis, risk factors, complications, Child-Pugh, hepatorenal syndrome.*

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
1.1.	Realidad Problemática	4
1.2.	Trabajos previos.....	6
1.3.	Teorías relacionadas al tema	10
1.4.	Formulación del problema	15
	Justificación	16
1.5.	.....	16
1.6.	Hipótesis	17
1.7.	Objetivos	17
II.	MATERIAL Y METODOS	19
	Tipo y diseño de investigación.....	19
2.1.	.....	19
	Variables y operacionalización.....	19
2.2.	.....	19
2.3.	Población y muestra.....	24
	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
2.4.	.....	25
	Procedimientos de análisis de datos.....	26
2.5.	.....	26
2.6.	Criterios éticos	26
III.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28
3.1.	Resultados	28
3.2.	Discusión	42
IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
	REFERENCIAS	50

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La cirrosis hepática representa un desafío global en términos de salud pública, debido a su elevada tasa de morbilidad y mortalidad. Los mayores índices se han registrado en Moldavia (91 por cada 100,000 personas) y Hungría (85 por cada 100,000), mientras que en naciones como Irlanda, Colombia, Países Bajos, Singapur, Israel y Noruega se identificaron cifras de 3 a 5 por cada 100,000 habitantes. Se calcula que aproximadamente el 5 % de los casos de cirrosis y el 78 % de los diagnósticos de cáncer hepático primario están relacionados con infecciones por los virus de la hepatitis B o C. En los países occidentales, esta afección se encuentra dentro de las diez principales enfermedades (1,2,3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina, muchas personas con hepatitis son asintomáticas, lo que permite el avance silente y progresivo de la enfermedad, generando a la larga complicaciones como cirrosis, cáncer y falla hepática, lo cual cada año genera millones de muertes (4). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que a nivel global, alrededor de cuatrocientos millones de habitantes padecen infecciones crónicas debido a virus como la hepatitis B y C. Por otro lado, en América Latina, la mortalidad anual asociada a estas enfermedades alcanza los ciento veinticinco millones de casos. Por esta razón, es fundamental reconocer que la enfermedad hepática crónica progresa de forma difusa e irreversible, con múltiples factores (5).

De acuerdo con el Colegio Americano de Gastroenterología, los principales factores de riesgo para desarrollar cirrosis hepática incluyen el consumo excesivo de alcohol, las infecciones por los virus de la Hepatitis B (VHB) y C (VHC), la obesidad y la diabetes. Estos factores contribuyen al daño hepático irreversible, siendo la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) una de las principales patologías asociadas (6).

Según Bustios, en Perú la cirrosis hepática ocupa el quinto puesto entre las principales causas de muerte y el segundo en enfermedades digestivas y hepatobiliares. Además, es la principal causa de hospitalización en el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Además, se identificó que los factores de riesgo asociados con esta enfermedad son principalmente la hepatitis viral crónica, el hígado graso no alcohólico, el abuso de alcohol y las enfermedades hepáticas autoinmunes (7)

Según Dávalos, en un hospital de Lima se identificaron como factores de riesgo asociados a la morbilidad la diabetes mellitus (DM), el tabaquismo y el alcoholismo. Además, se destacó un perfil bioquímico caracterizado por alteraciones en la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) y la transaminasa glutámico pirúvica (TGP), así como en parámetros como el recuento de plaquetas, la glucosa, los triglicéridos, el colesterol y el INR (8). Del mismo modo, Calderón, en una población de altura en Perú, evidenció los siguientes factores de riesgo: el consumo excesivo de alcohol, cirrosis criptogénica, hepatitis B, hepatitis C y cirrosis biliar primaria (9).

La cirrosis hepática está fuertemente vinculada a la esteatosis hepática no alcohólica (NAFLD) y la esteatohepatitis no alcohólica (NASH), patologías que se asocian con el aumento de la epidemia global de sobrepeso y obesidad (10, 11). En Perú, varios estudios han mostrado una clara relación ambas patologías, lo cual implica que una gran parte de los pacientes con cirrosis hepática acuden a los centros hospitalarios cuando la enfermedad ya se encuentra en etapas avanzadas, lo que dificulta su tratamiento y manejo adecuado. El aumento progresivo en las tasas de obesidad impacta de manera proporcional en la prevalencia de estas condiciones, lo cual representa un desafío significativo para en el área de salud pública (12, 13).

Las complicaciones más representativas son la ascitis, la hemorragia digestiva, la peritonitis bacteriana y la encefalopatía hepática, estas condiciones no solo incrementan la mortalidad en un porcentaje significativo en el paciente, sino que también generan un impacto significativo en los costos de salud debido a las prolongadas estancias hospitalarias (14, 15).

1.2. Trabajos previos

Bejarano D, et al. (2023) realizaron un estudio descriptivo y transversal, que evaluó la mortalidad prematura por cirrosis y tumores primarios hepáticos, a través del análisis económico de los años de vida productivos potencialmente perdidos (AVPPP). Se concluye que, la mortalidad causada por estas patologías han generado un gasto económico mayor a 8,6 millones de dólares, lo cual destaca la necesidad de potenciar las intervenciones preventivas, el diagnóstico y abordaje adecuados (16).

Gu et al. (2022) analizaron la evolución de la cirrosis hepática y sus complicaciones en Alemania mediante un estudio observacional poblacional con enfoque cuantitativo y diseño no experimental. Se evaluaron 248.085.936 ingresos hospitalarios entre 2005 y 2018, de los cuales 2.302.171 (0,94 %) correspondieron a cirrosis. La mayoría eran varones (64,8 %) con edad media de 63 a 65 años. La cirrosis fue un factor de riesgo independiente de mortalidad hospitalaria (Odds Ratio: 6,2), con una tasa del 10,21 % (235.037 muertes), reduciéndose del 11,57 % en 2005 al 9,49 % en 2018. La cirrosis alcohólica representó el 52 % de los casos, y la enfermedad del hígado graso no alcohólico se cuadruplicó. Se concluyó que la cirrosis sigue siendo un problema de salud creciente, requiriendo mayores recursos y estrategias de tratamiento (17).

Flores, N. et al. (2023) llevo a cabo un análisis de los datos epidemiológicos del estudio Global Burden y su relación con los factores de riesgo asociados a enfermedades hepáticas crónicas. Se revisaron datos del Instituto para la Medición y

Evaluación de la Salud y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los resultados mostraron una alta prevalencia de cirrosis hepática, lo que contribuye significativamente a la carga de la enfermedad. En 2021, la cirrosis ocupó el sexto lugar en mortalidad con un 3,6 % y el octavo en años de vida perdidos, con un 2,8 %. Además, se concluyó que la principal carga de la enfermedad proviene del consumo de alcohol y la hepatitis C, y que también ha aumentado debido a la enfermedad hepática esteatótica (18).

Guevara, D. et al. (2021) se basó en documentar las causas y complicaciones de la cirrosis hepática. Realizaron un estudio cualitativo, no experimental y de diseño transversal, utilizando métodos observacionales y analíticos mediante encuestas aplicadas a pacientes mayores de 40 años en un hospital de Guayaquil. El alcoholismo crónico estuvo presente en el 68 % de los casos. Además, 303 pacientes presentaron hepatitis B y C, lo que representa el 22 % del total, mientras que 111 pacientes tuvieron cirrosis biliar, correspondiente al 8 %. Asimismo, se identificaron causas endocrinas en 27 pacientes (2 %). Se concluyó que el factor de riesgo más común fue el alcoholismo crónico, siendo el grupo etario más afectado el de 60 a 80 años y el género más vulnerable, el femenino. (19).

Mero J, et al. (2021) determinó los factores de riesgo relacionados con la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática. Se llevó a cabo un estudio observacional y analítico de casos y controles que incluyó a 154 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática entre 2015 y 2019. Los resultados mostraron que la cirrosis hepática era más prevalente en hombres menores de 65 años, con un 68,8 % en los casos y un 72,7 % en los controles. Las enfermedades más frecuentes fueron hepatitis B y C, así como cirrosis relacionada con el consumo de alcohol. Las principales causas de muerte fueron la encefalopatía hepática, la insuficiencia hepática y las infecciones. Además, se identificaron el síndrome hepatorenal y la clasificación descompensada de Child-Pugh como factores de riesgo clave para la mortalidad en estos pacientes. (20).

Calderón et al. (2020) ejecutaron un estudio sobre las características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de gran altitud. Utilizaron una metodología descriptivo-retrospectiva, analizando 108 historias clínicas. Encontraron que el 62,9 % de los pacientes eran hombres, con una edad promedio de 60,5 años y un índice de masa corporal (IMC) medio de 23,2 kg/m². En el 63 % de los casos, el alcoholismo fue la principal causa de la cirrosis, seguido por hepatitis B en el 7,4 %. El 25 % de los casos tuvieron una causa desconocida, y se observaron niveles bajos de albúmina (67,6 %), plaquetas (58,3 %) y hemoglobina (53,7 %). Las complicaciones más frecuentes fueron ascitis (71,3 %), encefalopatía hepática (47,2 %) y sangrado por várices esofágicas (43,5 %). Según la escala de Child-Pugh, el 25,9 % de los pacientes se encontraban en el estadio B y presentaron una tasa de mortalidad del 33,3 %, siendo el shock séptico y la insuficiencia hepática las principales causas. (9)

Zavala-Hoppe et al. (2024) analizaron la prevalencia y los factores de riesgo de la cirrosis hepática en Latinoamérica. Para ello, se realizó una investigación documental, explicativa y bibliográfica mediante la revisión de artículos científicos en bases de datos indexadas, publicados entre 2018 y 2023 en español y portugués. Uruguay presentó la mayor prevalencia (96 %), seguido de Paraguay (76 %), Ecuador (57 %), Perú (33,3 %–36,57 %), Argentina (37 %) y Chile (5,2 %). La enfermedad afectó más a hombres (76 % en Paraguay, 75,2 % en Argentina, 54,1 % en Perú) y a personas de 50 a 69 años (54,1 % en Perú, 57 % en Ecuador). Los principales factores de riesgo fueron el consumo de alcohol (38,9 % en Paraguay), infecciones por hepatitis B, C y D, sedentarismo y desnutrición. La prevención debe enfocarse en reducir el consumo de alcohol, fomentar la actividad física (riesgo de 36,4 % con menos de tres sesiones semanales), promover dietas saludables y vacunar contra virus hepáticos (21).

García et al. (2020), publicó un estudio donde describió las características clínicas y la proporción de las distintas etiologías de la cirrosis hepática (CH) diagnosticadas entre los años 2010 y 2017 y comparar con los resultados obtenidos durante el período 1995-2002. La metodología empleada fue observacional

retrospectivo. Donde se menciona que con 260 pacientes con cirrosis hepática (CH). Las causas identificadas fueron: alcoholismo en el 36,1 %, hepatitis por VHC con 33,4 %, hígado graso no alcohólico con 13,4 %, colangitis biliar primaria con 5,0 %, hepatitis autoinmune con 4,6 %, hepatitis por VHB con 2,7 %. Al comparar los períodos de 1995 al 2002, se notó una mejora en la función hepática en general para los casos de CH, especialmente en los relacionados con el alcohol y el HCV. Sin embargo, en el período de 2010 a 2017, las CH causadas por alcohol presentaron un deterioro de la función hepática significativamente mayor en comparación con las asociadas a HCV y EHGNA (22).

Veissetes et al. (2022) realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Udaondo con 129 pacientes hospitalizados por cirrosis hepática, evaluando el estado nutricional mediante el RFH-GA y la fuerza muscular. Las principales causas de cirrosis fueron el alcoholismo (56,6 %) y la NASH (12,4 %), y según la escala Child-Pugh, el 50,4 % se clasificó como B y el 38 % como C. El 42 % de los pacientes presentó malnutrición y el 37,2 % mostró baja fuerza de agarre, con una mediana de 26,3 kg, siendo significativamente menor en mujeres ($p < 0,0001$). Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y la fuerza de agarre con la clasificación Child-Pugh ($p = 0,048$ y $p = 0,042$, respectivamente), además de una relación notable entre ambas variables ($p < 0,001$). En cuanto a las complicaciones, una baja fuerza de agarre se asoció con un mayor riesgo de encefalopatía hepática (Razón de Probabilidades ajustada "aOR": 4,53. Intervalo de Confianza "IC" 95 %: 1,66-12,41. " p " = 0,003). Por otro lado, el sexo masculino (aOR: 3,71, IC 95 %: 1,28-10,79; $p = 0,005$), la malnutrición (aOR: 3,77, IC 95 %: 1,15-12,32; $p = 0,028$) y una clasificación Child-Pugh B/C (aOR: 54,2, IC 95 %: 6,43-456,81; $p < 0,001$) estuvieron significativamente asociados con la presencia de ascitis. Además, el sexo masculino (aOR: 3,66, IC 95 %: 1,22-11,02; $p = 0,021$) y la malnutrición (aOR: 3,43, IC 95 %: 1,39-8,48; $p = 0,008$) se asociaron con un mayor riesgo de desarrollar peritonitis bacteriana espontánea (23).

Roesch F, et al. (2021) dar a conocer las características de los factores socioculturales y económicos de los pacientes con cirrosis hepática. Se realizó un estudio multicéntrico, recolectivo y relacional donde se tomó 5 variables las cuales fueron etiología, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación e ingresos. En su investigación analizaron un total de 182 historias clínicas de pacientes con cirrosis. Las causas identificadas fueron: consumo crónico de alcohol (47,8 %), enfermedades virales (28,5 %), enfermedad hepática grasa no alcohólica (8,79 %), enfermedades autoinmunes (4,40 %), colestasis (1,64 %) y causas criptogénicas (8,8 %). La edad media de los pacientes fue de $66,14 \pm 13,91$ años, con una notable mayoría de hombres (58,79 %). Los resultados permitieron conocer los factores socioeconómicos y culturales presentes en los distintos elementos etiológicos de la cirrosis hepática (24).

Santos C, et al. (2021) realizaron una investigación sobre las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de la cirrosis hepática. La metodología utilizada fue un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con una muestra de 183 pacientes. Se identificó el consumo de alcohol como la principal causa de la cirrosis, mientras que los antecedentes más relevantes fueron la DM2 y la obesidad, y las complicaciones más comunes fueron la ascitis y la HDA. Según la clasificación de Child-Pugh, el estadio clínico B fue el más frecuente (25).

1.3. Teorías relacionadas al tema

Modelo PRECEDE-PROCEED

Desarrollado por Green y Kreuter en 1991, se fundamenta en su capacidad para abordar de manera integral los múltiples factores que influyen en la salud de una población. Este modelo permite una planificación estructurada y basada en evidencia, lo que garantiza que las intervenciones diseñadas sean pertinentes y efectivas. Además, su enfoque en la evaluación continua asegura que las estrategias implementadas

puedan ser ajustadas en función de los resultados obtenidos, promoviendo una mejora constante en la atención médica y la gestión de la cirrosis hepática (25). En ese sentido, el modelo se divide en dos partes principales:

La primera parte del modelo, denominada PRECEDE, se considera como construcciones predisponentes, de refuerzo y habilitadoras en diagnóstico y evaluación educativa. Esta parte se enfoca en la planificación previa a la implementación del programa (26). El modelo en su fase diagnóstica comprende cuatro etapas secuenciales: inicia con la identificación de la comunidad y recursos disponibles, continúa con la evaluación de la salud y calidad de vida para determinar prioridades, prosigue con el análisis de factores que influyen en los comportamientos de salud, y culmina con el desarrollo de objetivos y estrategias de intervención. Cada fase aplica teorías específicas, desde el análisis de recursos comunitarios hasta la planificación estratégica basada en evidencia, para construir un diagnóstico integral de la situación de salud (27).

La segunda parte del modelo es el PROCEED, el cual representa a las construcciones de política, regulatorias y organizacionales en desarrollo educativo y ambiental, y se centra en la implementación y evaluación de los programas (28). Es por ello que, este modelo estructura la implementación y evaluación en cuatro fases consecutivas: comienza con la ejecución de intervenciones planificadas aplicando teorías de gestión y cambio organizacional, continúa con la evaluación de procesos para monitorear la implementación, sigue con la medición de impactos inmediatos en los factores predisponentes, y finaliza con el análisis de resultados a largo plazo en la salud y calidad de vida, utilizando métodos de evaluación de sostenibilidad (27).

En este caso, la cirrosis hepática es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por fibrosis hepática extensa y disfunción hepática. Su desarrollo y descompensación dependen de múltiples factores de riesgo, los cuales pueden clasificarse en sociodemográficos, epidemiológicos, etiopatogénicos y clínico-

laboratoriales. Diversas teorías han intentado explicar cómo estos factores influyen en la progresión de la cirrosis y en la aparición de sus principales complicaciones, tales como várices esofágicas, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea (PBE), encefalopatía hepática y síndrome hepatorenal (28).

1. Teoría del Perfil Sociodemográfico y la Vulnerabilidad Hepática

Esta teoría sostiene que el perfil sociodemográfico del paciente influye en la progresión de la cirrosis hepática. Diferencias biológicas y sociales relacionadas con el sexo, edad, etnia, nivel educativo y estado civil pueden condicionar el acceso a tratamiento y la respuesta del organismo a la enfermedad (29).

En cuanto al sexo, se ha demostrado que los hombres presentan una mayor predisposición a desarrollar cirrosis alcohólica debido a un consumo de alcohol más elevado. No obstante, las mujeres son más susceptibles al daño hepático incluso con dosis menores de alcohol, lo que se explica por diferencias en la metabolización del etanol y el impacto hormonal sobre la inflamación hepática (30).

Por otro lado, la edad también influye en la evolución de la enfermedad, ya que los pacientes mayores tienen una menor capacidad de regeneración hepática, lo que los hace más propensos a desarrollar complicaciones como ascitis y encefalopatía hepática. Este fenómeno se debe al envejecimiento del sistema hepático y a la disminución de la respuesta inmunológica con el paso del tiempo (31).

Asimismo, la etnia juega un papel importante en la susceptibilidad a la cirrosis, dado que se han identificado diferencias en la incidencia de la enfermedad según el grupo étnico, lo que sugiere la influencia de factores genéticos y epigenéticos en el desarrollo de fibrosis hepática (32).

Finalmente, el nivel educativo y el estado civil también influyen en el pronóstico de los pacientes. Un bajo nivel educativo puede dificultar la adherencia a los tratamientos y el seguimiento médico, lo que incrementa el riesgo de descompensación hepática. Además, aquellos pacientes solteros o sin redes de apoyo tienden a presentar peores desenlaces clínicos, dado que la falta de cuidados adecuados repercute negativamente en la evolución de la enfermedad (33).

2. Teoría Metabólica y del Impacto de Comorbilidades en la Cirrosis

Esta teoría plantea que condiciones metabólicas y enfermedades crónicas contribuyen a la progresión de la cirrosis y al desarrollo de complicaciones. Factores como el índice de masa corporal (IMC), diabetes mellitus, transfusiones, tabaquismo, alcoholismo, hipotiroidismo e hígado graso han sido ampliamente estudiados (34).

En este sentido, la obesidad y la resistencia a la insulina promueven un estado de inflamación crónica que facilita la evolución de la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) hacia la cirrosis. Asimismo, la diabetes mellitus se ha asociado con un mayor riesgo de fibrosis hepática avanzada, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar complicaciones graves, como el síndrome hepatorenal (35).

Por otro lado, el consumo crónico de alcohol representa una de las principales causas de cirrosis en numerosos países, debido a su efecto tóxico directo sobre los hepatocitos. Aunque menos estudiado, el tabaquismo también ha sido relacionado con un mayor riesgo de fibrosis hepática acelerada, principalmente debido al estrés oxidativo generado por sus compuestos tóxicos (36).

Además, el hipotiroidismo y la disfunción metabólica constituyen otros factores relevantes en la progresión de la enfermedad hepática. La alteración en la función tiroidea contribuye a la acumulación de grasa en el hígado y al deterioro del metabolismo lipídico, lo que aumenta el riesgo de progresión a cirrosis (37).

En conjunto, estos factores metabólicos y comorbilidades influyen en la evolución de la enfermedad hepática, resaltando la importancia de su identificación y manejo oportuno en los pacientes con cirrosis.

3. Teoría de la Etiología Multifactorial de la Cirrosis

Según esta teoría, la cirrosis hepática no es el resultado de un solo factor, sino de una combinación de agentes infecciosos, autoinmunes y metabólicos que generan un daño hepático crónico y progresivo (37).

En este caso, las infecciones crónicas por los virus de la hepatitis B y C representan una de las principales causas de cirrosis a nivel mundial. Estos virus provocan un estado de inflamación persistente en el tejido hepático, lo que con el tiempo genera fibrosis progresiva y, eventualmente, la descompensación de la función hepática (38).

Por otro lado, la hepatitis autoinmune constituye otro mecanismo etiológico relevante, especialmente en individuos con predisposición genética. En estos casos, el sistema inmunológico desarrolla una respuesta anómala contra los hepatocitos, desencadenando un proceso inflamatorio que, de manera sostenida, favorece la aparición de fibrosis y el deterioro hepático (39).

Asimismo, esta teoría sostiene que la interacción entre factores genéticos y ambientales juega un papel fundamental en la susceptibilidad a la enfermedad hepática.

4. Teoría de la Clasificación Clínica y la Predicción de Riesgo

Esta teoría propone que la gravedad de la cirrosis y el riesgo de complicaciones pueden evaluarse mediante marcadores clínicos y bioquímicos, incluyendo el tiempo de enfermedad, los parámetros laboratoriales como TGO, TGP, plaquetas, glucosa, triglicéridos, colesterol e INR (40). El índice más empleado para evaluar la insuficiencia

hepática es la puntuación de Child-Pugh (CP), la cual se utiliza en la actualidad no solo para valorar la condición hepática, sino también para prevenir complicaciones y garantizar un tratamiento adecuado de la enfermedad (41, 42).

Entre estos factores, el tiempo de evolución de la enfermedad es un elemento determinante, debido a que a mayor duración de la cirrosis, existe un mayor riesgo de descompensación hepática. Esto se traduce en una mayor predisposición a desarrollar complicaciones graves, como várices esofágicas o síndrome hepatorenal, que pueden comprometer la supervivencia del paciente (43).

Asimismo, la clasificación de Child-Pugh constituye una herramienta fundamental para estratificar el riesgo de mortalidad y complicaciones en pacientes con cirrosis. Este sistema de puntuación permite categorizar a los pacientes en diferentes estadios según la severidad de la insuficiencia hepática. En este contexto, aquellos clasificados en los estadios B y C presentan una mayor incidencia de ascitis, encefalopatía hepática y hemorragia digestiva alta, lo que indica un pronóstico más desfavorable y la necesidad de un manejo clínico más intensivo.

Por otro lado, los marcadores bioquímicos juegan un papel clave en la evaluación de la progresión de la enfermedad. Niveles elevados de transaminasas, como la TGO y la TGP, son indicativos de inflamación hepática activa, mientras que una reducción en el recuento plaquetario suele asociarse con hipertensión portal. Además, un INR prolongado refleja una insuficiencia hepática avanzada, lo que implica un mayor riesgo de sangrado y una capacidad reducida del hígado para sintetizar factores de coagulación (44, 45).

1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados las complicaciones en pacientes con cirrosis hepática atendidos en un Hospital de Alto Amazonas, 2024?

1.5. Justificación

La presente investigación se fundamenta en la creciente incidencia de cirrosis hepática en la región de Alto Amazonas y la carencia de estudios específicos que analicen los factores de riesgo asociados a sus complicaciones en pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas. A pesar de que la cirrosis representa un problema de salud pública significativo, la información detallada sobre los factores predisponentes y su impacto en la evolución de la enfermedad en esta región sigue siendo limitada. Por ello, este estudio busca abordar esta brecha de conocimiento desde un enfoque integral, considerando tanto los aspectos clínicos como los determinantes socioculturales que pueden influir en la progresión y complicaciones de la patología.

Desde una perspectiva teórica, la investigación permitirá ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo asociados a la cirrosis hepática, identificando elementos que pueden incidir en la severidad del cuadro clínico. Asimismo, se analizarán las particularidades socioculturales de la población, caracterizada por la presencia de diversas etnias y costumbres que pueden influir en el acceso a la atención médica, la adherencia a tratamientos y la percepción de la enfermedad. La importancia del estudio radica en que, los resultados servirán como base científica para estudios futuros sobre cirrosis hepática.

En el ámbito práctico, los hallazgos obtenidos proporcionarán herramientas valiosas para la toma de decisiones en el ámbito hospitalario, permitiendo a los profesionales de salud del Hospital de Alto Amazonas identificar con mayor precisión los factores de riesgo más relevantes en esta población específica. Esto contribuirá al diseño e implementación de estrategias preventivas y protocolos de manejo adaptados a las necesidades locales, optimizando así los recursos hospitalarios y mejorando la calidad de vida de los pacientes afectados.

Desde una perspectiva metodológica, el estudio adoptará un enfoque retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas, lo que facilitará la recopilación y análisis de datos epidemiológicos y clínicos relevantes. Esta metodología permitirá establecer correlaciones entre los factores de riesgo identificados y la aparición de complicaciones en pacientes con cirrosis hepática, brindando evidencia científica que sirva como base para futuras investigaciones y políticas de salud pública en la región.

Finalmente, la relevancia social de esta investigación radica en su potencial impacto en la prevención y control de la cirrosis hepática en Alto Amazonas. La difusión de los resultados permitirá sensibilizar tanto a la comunidad médica como a la población en general sobre la importancia del diagnóstico temprano y la adopción de medidas preventivas. Asimismo, la información generada servirá para fortalecer los programas de educación en salud, fomentar la comunicación efectiva entre los pacientes y el personal sanitario, y promover estrategias de intervención que reduzcan la incidencia de complicaciones asociadas a esta enfermedad.

1.6. Hipótesis

Los factores de riesgo como sociodemográficos, epidemiológicos, etiopatológicos, clínicos y laboratoriales están asociados a las complicaciones en pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital de Alto Amazonas en 2024.

1.7. Objetivos

1.7.1. General

Determinar la asociación de los factores de riesgo sobre las complicaciones en cirrosis hepática en pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas, 2024.

1.7. Objetivos específicos

- Describir los factores sociodemográficos de los pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas.
- Detallar los factores epidemiológicos de los pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas.
- Identificar los factores etiopatológicos de los pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas.
- Describir los factores clínicos y de laboratorio de los pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1. Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio de investigación de tipo básica, ya que contó como propósito aumentar el conocimiento científico sobre factores de riesgos asociados a complicaciones en cirrosis hepática. De enfoque cuantitativo, ya que se recurrirá al uso de métodos estadísticos y matemáticos en el procesamiento de los datos.

El diseño de investigación fue, observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Observacional porque no se consideró intervención del investigador; transversal ya que los datos fueron recolectados para describir las variables tal como se encontraron en un período de tiempo determinado; retrospectivo debido a que se recopiló datos de meses anteriores, realizando una exploración de hechos pasados e identificando la relación entre ellos; según el alcance fue analítico porque buscó asociar las variables.

2.2. Variables y operacionalización

Variable independiente

Factores de riesgo:

- Factores sociodemograficos:
 - Sexo, edad, etnia, nivel educativo, estado civil
- Factores epidemiologicos:
 - IMC, Diabetes mellitus, transfusiones, tabaquismo, Alcoholismo, Hígado graso.
- Factores etiopatologicos:
 - infecciosa: hepatitis B, C.
 - Autoinmunitaria: hepatitis autoinmune
- Factores clinicos y laboratoriales:
 - Tiempo de enfermedad

- Child-pugh: B y C
- TGO, TGP, Plaquetas, Glucosa, Triglicéridos, Colesterol, INR

Variable dependiente

Complicaciones en cirrosis hepática:

- Varices esofágicas.
- Ascitis.
- Peritonitis bacteriana espontánea (PBE)
- Encefalopatía Hepática.
- Síndrome Hepatorrenal.

Cuadro de operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Valores Finales	Tipo de variable	Escala de medición
Variable independiente: Factores de riesgo	Los factores de riesgo en cirrosis hepática se refieren a las condiciones, comportamientos y exposiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle cirrosis hepática, los cuales pueden presentarse bajo una naturaleza genética, ambiental, conductual o relacionada con enfermedades previas (32).	Características sociodemográficas, epidemiológicas, etiopatológicas, clínicas, de laboratorio y complicaciones en cirrosis hepática del paciente evidenciados en la HC.	Factores sociodemográficas	Sexo	1	Ficha de recolección de datos	Masculino = 0 Femenino = 1	Cualitativo	Nominal
				Edad	1		18 a 40 años = 0 ≥ 50 años = 1	Cuantitativa	De razón
				Etnia	1		Mestizo = 0 Indígena = 1	Cualitativo	Nominal
				Nivel Educativo	1		Sin instrucción = 0 Con instrucción = 1	Cualitativo	Ordinal
				Estado civil	1		Unido= 0 No unido = 1	Cualitativo	Nominal
			Factores epidemiológicos	IMC	1		Peso normal = 0 Sobrepeso = 1	Cualitativo	Nominal
				Diabetes Mellitus	1		No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Tabaquismo	1		No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Transfusiones	1		No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Alcoholismo	1		No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Hígado Graso	1		No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
			Factores etiopatológicos	Hepatitis C	1		No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Hepatitis B	1		No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal

				Hepatitis Autoinmune	1		No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
			Factores clínicas y de laboratorio	Child - pugh	1		A = 0 B Y C = 1	Cualitativo	Nominal
				Tiempo de Enfermedad	1		0 – 5 años = 0 > 5 años = 1	Cualitativo	Ordinal
				TGO	1		< 40 U/L (Normal) = 0 > 40 U/L (Anormal) = 1	Cuantitativa	De razón
				TGP	1		< 45 U/L (Normal) = 0 > 45 U/L (Anormal) = 1	Cuantitativa	De razón
				Plaquetas	1		>150 cels/ml (Normal) = 0 <150 cels/ml (Anormal) = 1	Cuantitativa	De razón
				Glucosa	1		80-130 mg/dl (Normal) = 0 >130 mg/dl (Elevado) = 1	Cuantitativa	De razón
				Triglicéridos	1		<150 mg/dl (Normal) = 0 >150 mg/dl (Anormal) = 1	Cuantitativa	De razón
				Colesterol	1		<200 mg/dl (Normal) = 0 >200 mg/dl (Anormal) = 1	Cuantitativa	De razón
				INR	1		< 1.2 mg/dl (Normal) = 0 > 1.2 mg/dl (Anormal) = 1	Cuantitativa	De razón

Variable dependiente: Complicaciones en cirrosis hepática.	Las complicaciones en cirrosis hepática son eventos clínicos adversos que surgen como consecuencia de la progresión de la enfermedad hepática crónica, las cuales, pueden afectar múltiples sistemas del organismo y contribuir significativamente a la morbilidad y mortalidad de los pacientes (40).	Complicaciones de cirrosis hepática evidenciados en la HC.	Complicaciones en cirrosis hepática.	Varices esofágicas	1	No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Ascitis	1	No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Peritonitis bacteriana espontánea	1	No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Encefalopatía hepática	1	No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal
				Síndrome hepatorenal	1	No = 0 Si = 1	Cualitativo	Nominal

2.3. Población y muestra

Población de estudio: Historias clínicas de pacientes diagnosticados con cirrosis hepática departamento Medicina Interna y sub especialidades en un Hospital de Alto Amazonas.

Criterios de inclusión

- Pacientes con cirrosis hepática que acudieron en un Hospital de Alto Amazonas en el año 2024.

Criterios de exclusión

- Pacientes con cirrosis hepática que acudieron en un Hospital de Alto Amazonas en periodos anuales menores a 2024.
- Paciente que no tengan Historia clínica completa.

Muestra:

Historias clínicas de pacientes con complicaciones de cirrosis hepática departamento Medicina interna y sub especialidades en un Hospital de Alto Amazonas en el año 2024.

Cálculo del tamaño muestral:

El tamaño muestral estimado para el diseño de casos y controles fue calculado con OpenEpi (2013), se tomaron los datos reportados por el estudio de Mero J, et al (27), la cual se observó que la proporción en pacientes fallecidos por complicaciones de cirrosis hepática. El porcentaje de controles expuesto fue de 40% y porcentaje de casos con exposición 64.29%, con un odds ratio (OR) a detectar de 2.7; y asumiendo una potencia del 80%, y un intervalo de confianza (CI) del 95% se obtuvo un tamaño de muestra de 148 Historias Clínicas de pacientes. El tamaño muestral nos permitió establecer para el grupo expuesto 74 Historias Clínicas de pacientes cirróticos con

complicaciones y para el grupo no expuesto 74 Historias Clínicas de pacientes cirróticos sin complicaciones atendidos en un hospital de Alto Amazonas en el año 2024.

Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados

Para:			
	Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)		95
	Potencia (% de probabilidad de detección)		80
	Razón de controles por caso		1
	Proporción hipotética de controles con exposición		40
	Proporción hipotética de casos con exposición:		64.29
	Odds Ratios menos extremas a ser detectadas		2.70
	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Casos	67	66	74
Tamaño de la muestra - Controles	67	66	74
Tamaño total de la muestra	134	132	148

Muestreo:

El tipo de muestreo será probabilístico por conveniencia.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó la técnica de recolección de análisis documental, la cual consiste en la revisión exhaustiva de historias clínicas y registros de laboratorio de los participantes. Se seleccionó 74 pacientes (casos) con diagnóstico de cirrosis hepática que presentaron complicaciones y 74 pacientes (controles) con diagnóstico de cirrosis hepática que no presentaron complicaciones. Esto permitió obtener datos precisos y verificables relacionados con las variables de interés.

El instrumento fue una ficha de recolección de datos llenada de la búsqueda del documento fuente (historias clínicas) la cual fue validado por un juicio de 3 expertos en el área de investigación y salud quienes evaluaron la claridad, relevancia y pertinencia de cada ítem, asegurando que el instrumento sea comprensible, apropiado para los objetivos del estudio y capaz de recoger datos precisos y relevantes. Las variables obtenidas fueron; las variables independientes (factores de riesgo): sociodemográficos, epidemiológicas, etiopatológicas, clínicas y de laboratorio; variable dependiente:

complicaciones de la cirrosis hepática. Posteriormente los datos fueron recolectados en el área de archivo previa autorización en un hospital de Alto Amazonas y vaciados en una hoja de cálculo Excel, luego de ello se procedió al análisis estadístico en Software desde una laptop personal a cargo de los investigadores.

2.5. Procedimientos de análisis de datos

Una vez que se realizó la recolección de los datos, estos fueron codificados en una base de datos de Microsoft Excel 2021, para posteriormente fueron importadas al programa SPSS 27.

Para el análisis descriptivo, se presentó los datos cuantitativos en tablas de frecuencias y el análisis inferencial será realizado con la prueba estadística de Chi cuadrado y Odds Ratio, la estimación de riesgo fué calculada con el análisis de regresión múltiple, se tomó el IC del 95% y un nivel de significancia de 0.05.

2.6. Criterios éticos

La presente investigación se desarrolló en estricto cumplimiento de los principios éticos establecidos en los siguientes puntos:

12 "La investigación médica que involucra a seres humanos debe ser realizada únicamente por individuos que posean la educación, formación y credenciales científicas y éticas adecuadas..."; **14** "El médico que integra la investigación médica con la atención a pacientes debe incluir a estos en los estudios solo cuando exista una justificación basada en su posible valor preventivo, diagnóstico o terapéutico, además de tener razones sólidas para creer que la participación no perjudicará la salud de los pacientes involucrados"; **22** "La planificación y ejecución de toda investigación médica con participantes humanos deben ser claramente descritas y justificadas en un protocolo de investigación (Con autorización del Hospital, donde se encuentran las Historias clínicas)"; **23** "Este protocolo debe ser presentado para su evaluación, comentarios, orientación y aprobación al comité de ética correspondiente antes de iniciar la investigación..."; **24** "Se deben implementar todas las medidas necesarias para proteger

la privacidad de los participantes en la investigación y garantizar la confidencialidad de su información personal"; todos los mencionados de la Declaración de Helsinki. Estos principios son fundamentales para garantizar una conducta ética en la investigación médica, basándose en el Juramento Hipocrático, que promueve la incorporación de valores morales en la protección de sus derechos y bienestar del paciente que los datos se obtendrán de las Historias Clínicas (46).

En ese sentido, se trabajó con historias clínicas y se respetó la anonimidad de los datos, asignando códigos únicos, esto con la finalidad de proteger su identidad y privacidad. Asimismo, la muestra se seleccionó equitativamente mediante aleatorización, asegurando que cada una de las 148 historias clínicas de un Hospital de Alto Amazonas tenga la misma probabilidad de ser elegida, evitando sesgos (46).

Además, se promovió la beneficencia y se evitó el daño al utilizar únicamente registros clínicos autorizados, protegiendo la información personal y minimizando riesgos de divulgación de datos sensibles. Además, se implementó medidas estrictas de confidencialidad y protección de datos, garantizando que solo el equipo de investigación autorizado tenga acceso a la información almacenada de forma segura.

Cabe destacar que, antes de la recolección de datos, el protocolo de estudio fue aprobado por el CEI del hospital y las autoridades sanitarias pertinentes, asegurando el cumplimiento de los estándares éticos. Aunque el estudio es retrospectivo, se verificó que el uso de las historias clínicas cumplan con las normativas de protección de datos.

Finalmente, el equipo de investigación mantuvo la transparencia y honestidad en todas las etapas del estudio, reportando claramente métodos, resultados y posibles conflictos de interés, lo que asegura la integridad de la investigación y fomenta la confianza en los resultados obtenidos.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Tabla 1. Asociación de los factores de riesgo sobre las complicaciones en cirrosis hepática en pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas, 2024.

	Factores	VARICES ESOFAGICAS			ASCITIS			PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA			ENCEFALOPATIA HEPATICA			SINDROME HEPATORRENAL								
		OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p						
Factores sociodemográficos	Sexo	Masculino	0.8	0.3	1.6	0.5	1.6	0.8	3.25	0.1	1.548	0.770	3.111	0.219	2.43	1.21	4.912	0.0	2.22	0.5	8.666	0.2
		Femenino	21	98	93	92	62	49	3	37					9	1	12	5	71	39		
	Edad	18 a 40 años	1.0	0.5	2.1	0.8	1.1	0.6	2.26	0.6	1.079	0.539	2.159	0.83	1.13	0.56	2.266	0.7	0.54	0.1	2.098	0.3
		Mayor de 40 años	49	19	22	94	75	09	8	3					5	8	2	39	67			
	Etnia	Mestizo	0.7	0.3	1.4	0.3	1.7	0.9	3.43	0.0	1.353	0.677	2.706	0.392	2.39	1.19	4.804	0.0	2.02	0.5	7.892	0.2
		Indígena	25	52	92	82	63	05	3	84					5	4	13	8	21	99		
Nivel educativo	Sin instrucción	1.5	0.7	3.1	0.2	1.8	0.9	3.69	0.0	2.5	1.233	5.068	0.01	3.50	1.71	7.167	0	3.91	0.9	16.35	0.0	
	Con instrucción	26	49	12	43	73	49	6	69					6	5	5	37	5	46			
Estado civil	Unido	1.6	0.7	3.3	0.1	1.8	0.9	3.77	0.0	1.81	0.888	3.691	0.101	2.92	1.42	5.991	0.0	8.08	1.6	40.54	0.0	
	No Unido	06	80	06	97	86	43	1	71					5	8	03	3	12	6	03		
factores	IMC	Peso Normal	1.3	0.6	2.8	0.4	2.9	1.4	6.33	0.0	3.267	1.543	6.917	0.002	4.18	1.95	8.937	0	0.30	0.0	2.554	0.2
		Sobrepeso	52	33	87	35	85	05	9	04					3	8	0	9	37	51		
Diabetes Mellitus	No	1.1	0.4	2.8	0.7	3.1	1.2	7.76	0.0	2.787	0.175	6.61	0.017	4.88	1.98	12.02	0	4.25	1.0	17.10	0.0	
	Si	7	79	62	3	32	64	7.76	11					9	8	1	0	5	58	6	29	
Tabaquismo	No	0.9	0.4	2.0	0.8	4.2	1.9	9.34	0	3.542	1.676	7.486	0.001	10.1	4.44	23.03	0	10.4	2.0	52.41	0.0	
	Si	49	39	52	95	95	74	3	0					19	6	0	10.4	63	9	01		

Factores	Transfusiones	No	0.8	0.3	2.1	0.7	2.7	1.1	6.60	0.0	2.543	1.087	5.947	0.028	4.35	1.81	10.44	0.0	2.39	0.5	10.25	0.2
		Si	85	56	99	93	45	41	3	21												
	Alcoholismo	No	1.0	0.4	2.2	0.9	0.2	0.1	0.64	0.0	0.338	0.157	0.724	0.004	0.22	0.10	0.485	0	0.40	0.1	1.053	0.1
		Si	11	00	35	78	96	35	9	02												
	Hígado graso	No	1.6	0.7	3.4	0.1	0.2	0.1	0.52	0	0.319	0.158	0.648	0.001	0.13	0.06	0.278	0	0.07	0.0	0.596	0.0
		Si	47	95	12	78	61	30	3	0												
	Hepatitis C	No	0.4	0.1	1.1	0.0	2.4	1.0	5.71	0.0	2.802	1.209	6.495	0.014	3.90	1.66	9.202	0.0	1.24	0.2	6.327	0.7
		Si	04	43	39	79	35	37	8	37												
	Hepatitis B	No	0.7	0.3	1.6	0.4	3.3	1.5	7.39	0.0	3.45	1.602	7.432	0.001	4.49	2.06	9.788	0	0.81	0.1	4.117	0.8
		Si	05	09	05	03	76	41	4	02												
	Hepatitis autoinmune	No	0.8	0.4	1.9	0.7	2.8	1.3	5.97	0.0	2.6	1.229	5.5	0.011	4.5	2.08	9.7	0	0.75	0.1	3.819	0.7
		Si	94	07	64	8	07	19	5	06												
	Tiempo de enfermedad	0-5 años	1.4	0.7	2.9	0.2	8.9	4.2	18.8	0	7.917	3.618	17.32	0	48.2	15.4	150.4	0	1.15	1.0	1.274	0.0
		> 5 años	66	31	38	8	35	32	64	0												
Child Pugh	B	0.9	0.4	1.8	0.8	9.1	4.3	19.3	0	10.82	4.555	25.74	0	3.21	2.29	4.517	0	1.13	1.0	1.239	0.0	
	C	4	70	77	6	49	24	58	0													
TGO	< 40 U/L (Normal)	1.7	0.4	6.7	0.3	0.6	0.2	1.90	0.4	0.342	0.112	1.049	0.052	0.48	0.16	1.48	0.1	0.09	0.0	0.419	0	
	> 40 U/L (Anormal)	93	76	54	83	27	06	5	07													
TGP	< 45 U/L (Normal)	1.7	0.4	6.7	0.3	0.6	0.2	1.90	0.4	0.342	0.112	1.049	0.052	0.48	0.16	1.48	0.1	0.33	0.0	1.773	0.1	
	> 45 U/L (Anormal)	93	76	54	83	27	06	5	07													
Plaquetas	>150 cels/ml (Normal)	1.1	0.5	2.2	0.7	5.5	2.7	11.3	0	5.056	2.420	10.55	0	11.7	5.17	26.43	0	12.2	1.4	100.4	0.0	
	<150 cels/ml (Anormal)	35	65	8	23	58	27	29	0													
Glucosa	80-130 mg/dl (Normal)	1.2	0.5	3.1	0.6	2.9	1.1	7.23	0.0	3.076	1.276	7.416	0.01	5.56	2.19	14.07	0	4.49	1.1	18.12	0.0	
	(Normal)	58	11	3.1	17	01	64	2	19													

Triglicéridos	>130 mg/dl (Elevado)																					
	<150 mg/dl (Normal)	1.1	0.4	2.4	0.8	5	2.1	11.6	0	4.714	2.129	10.43	0	6.29	2.78	14.25	0	0.37	0.0	3.075	0.3	
Colesterol	>150 mg/dl (Anormal)		94	48	15		46	5			9		6	1	4		1	45		4		
	<200 mg/dl (Normal)	0.9	0.3	2.1	0.8	4.1	1.7	9.73	0.0	6.214	2.683	14.39	0	8.69	3.60	20.93	0	0.41	0.0	3.468	0.4	
INR	>200 mg/dl (Anormal)		17	96	21	39	48	68	2	01		1		1	8	5		8	50		05	
	< 1.2 mg/dl (Normal)	0.7	0.3	1.6	0.5	7.5	3.5	15.8	0	7.194	3.364	15.38	0	21.9	9.01	53.48	0	13.8	1.6	113.5	0.0	
	> 1.2 mg/dl (Anormal)	96	90	27	31	09	60	4			6		61	7	3		04	78	48	02		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1, se observa que, factores como sexo masculino (OR = 2.439, p = 0.012), etnia mestiza (OR = 2.395, p = 0.013), bajo nivel educativo (OR = 3.506, p < 0.001) y no tener pareja (OR = 8.083, p = 0.003) se asociaron con un mayor riesgo de complicaciones, especialmente síndrome hepatorenal y encefalopatía hepática. Además, la diabetes mellitus (OR = 4.889, p < 0.001), el tabaquismo (OR = 10.119, p < 0.001) y el tiempo de enfermedad mayor a 5 años (OR = 48.237, p < 0.001) incrementaron significativamente el riesgo de progresión a estadios más graves.

Tabla 2. Detallar los factores sociodemográficos de los pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas.

FACTORES DE RIESGO / COMPLICACIONES		VARICES ESOFAGICAS			ASCITIS			PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA			ENCEFALOPATIA HEPATICA			SINDROME HEPATORRENAL		
		F	%	P	F	%	p	F	%	p	F	%	P	F	%	p
Sexo	Masculino	31	66	0.59	39	56	0.13	28	56	0.219	25	49	0.01	4	44	0.239
	Femenino	16	34		30	43		22	44		26	51		5	55	
Edad	18 a 40 años	19	40	0.89	27	39	0.63	20	40	0.83	20	39	0.72	5	55	0.367
	Mayor de 40 años	28	59		42	60		30	60		31	60		4	44	
Etnia	Mestizo	31	66	0.38	37	53	0.09	28	56	0.392	24	47	0.01	4	44	0.299
	Indígena	16	34		32	46		22	44		27	52		5	55	
Nivel educativo	Sin instrucción	27	57	0.24	39	56	0.06	25	50	0.01	23	45	<0,001	3	33	0.046
	Con instrucción	20	42		30	43		25	50		28	54		6	66	
Estado civil	Unido	28	59	0.19	41	59	0.07	29	58	0.101	26	51	0.003	2	22	0.003
	No Unido	19	40		28	40		21	42		25	49		7	77	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2, se observa que, el 66% de los pacientes con várices esofágicas eran hombres, aunque sin significancia ($p = 0.592$), mientras que el síndrome hepatorenal afectó en mayor proporción a mujeres (55.6%, $p = 0.239$). La mayoría de los pacientes con ascitis eran mayores de 40 años (60.9%, $p = 0.63$). Un nivel educativo bajo se asoció con encefalopatía hepática (45.1%, $p < 0.001$) y el estado civil no unido con síndrome hepatorenal (77.8%, $p = 0.003$), reflejando el impacto de factores socioeconómicos en la progresión de la enfermedad.

Tabla 3. Factores epidemiológicos de los pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas.

FACTORES DE RIESGO / COMPLICACIONES	VARICES ESOFAGICAS	ASCITIS	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA	ENCEFALOPATIA HEPATICA	SINDROME HEPATORRENAL
--	-----------------------	---------	---	---------------------------	--------------------------

		F	%	P	F	%	p	F	%	p	F	%	p	F	%	p	
factores epidemiológicos	IMC	Peso Normal	32	68	0.435	42	60	0.004	28	56	0.002	27	52	<0,001	8	88	0.251
		Sobrepeso	15	31		27	39		22	44		24	47		1	11	
	Diabetes Mellitus	No	38	80	0.73	51	73	0.011	36	72	0.017	34	66	<0,001	5	55	0.029
		Si	9	19		18	26		14	28		17	33		4	44	
	Tabaquismo	No	34	72	0.895	39	56	<0,001	27	54	0.001	21	41	<0,001	2	22	0.001
		Si	13	27		30	43		23	46		30	58		7	77	
	Transfusiones	No	39	83	0.793	51	73	0.021	36	72	0.028	34	66	0.001	6	66	0.226
		Si	8	17		18	26		14	28		17	33		3	33	
	Alcoholismo	No	12	25	0.978	26	37	0.002	20	40	0.004	23	45	<0,001	4	44	0.184
		Si	35	74		43	62		30	60		28	54		5	55	
Hígado graso	No	15	31	0.178	39	56	<0,001	29	58	<0,001	36	70	<0,001	8	88	0.002	
	Si	32	68		43	69		21	42		15	29		1	11		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3, se detalla que, el sobrepeso se asoció con ascitis (39.1%, $p = 0.004$) y encefalopatía hepática (47.1%, $p < 0.001$), mientras que la diabetes mellitus aumentó el riesgo de encefalopatía hepática (33.3%, $p < 0.001$) y síndrome hepatorenal (44.4%, $p = 0.029$). El tabaquismo mostró una relación fuerte con encefalopatía hepática (58.8%, $p < 0.001$) y síndrome hepatorenal (77.8%, $p = 0.001$), mientras que el alcoholismo incrementó la probabilidad de ascitis (62.3%, $p = 0.002$), confirmando su papel en la descompensación hepática.

Tabla 4. Factores etiopatológicos de los pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas.

FACTORES DE RIESGO /	VARICES ESOFAGICAS	ASCITIS	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA	ENCEFALOPATIA HEPATICA	SINDROME HEPATORRENAL
----------------------	--------------------	---------	-----------------------------------	------------------------	-----------------------

COMPLICACIONES																
	F	%	P	F	%	P	F	%	P	F	%	P	F	%	P	
Hepatitis C	No	42	89	0.07	51	73	0.03	35	70	0.01	34	66	0.001	7	77	0.794
	Si	5	10	9	18	26	7	15	30	4	17	33		2	22	
Hepatitis B	No	37	78	0.40	43	62	0.00	29	58	0.00	28	54	<0,00	7	77	0.807
	Si	10	21	3	26	37	2	21	42	1	23	45	1	2	22	
Hepatitis autoinmune	No	35	74	0.78	43	62	0.00	30	60	0.01	27	52	<0,00	7	77	0.738
	Si	12	25		26	37	6	20	40	1	24	47	1	2	22	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que, la hepatitis C aumentó el riesgo de ascitis (26.1%, $p = 0.037$) y encefalopatía hepática (33.3%, $p = 0.001$), mientras que la hepatitis B se asoció con ascitis (37.7%, $p = 0.002$) y encefalopatía hepática (45.1%, $p < 0.001$). La hepatitis autoinmune mostró una relación significativa con encefalopatía hepática (47.1%, $p < 0.001$), lo que evidencia el impacto de estas enfermedades en la progresión de la cirrosis y sus complicaciones.

Tabla 5. Factores clínicos y laboratoriales de los pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas.

FACTORES DE RIESGO / COMPLICACIONES	VARICES ESOFAGICAS	ASCITIS	PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA	ENCEFALOPATIA HEPATICA	SINDROME HEPATORRENAL
--	-----------------------	---------	---	---------------------------	--------------------------

		F	%	P	F	%	p	F	%	p	F	%	p	F	%	p	
Factores clínicos y laboratoriales	Tiempo de enfermedad	0-5 años	23	48	0.28	20	29	<0,001	12	24	<0,001	4	8	<0,001	0	0	0.001
		> 5 años	24	51		49	71		38	76		47	92		9	100	
	Child Pugh	A y B	24	51	0.86	16	23	<0,001	8	16	<0,001	0	0	<0,001	0	0	0.002
		C	23	48		53	76		42	84		51	100		9	100	
	TGO	< 40 U/L (Normal)	3	6	0.383	8	11	0.407	8	16	0.052	7	14	0.198	4	44	<0,001
		> 40 U/L (Anormal)	44	93		61	88		42	84		44	86		5	55	
	TGP	< 45 U/L (Normal)	3	6	0.383	8	11	0.407	8	16	0.052	7	13	0.198	2	22	0.177
		> 45 U/L (Anormal)	44	93		61	88		42	84		44	86		7	77	
	Plaquetas	>150 cels/ml (Normal)	26	55	0.723	25	36	<0,001	16	32	<0,001	11	21	<0,001	1	11	0.004
		<150 cels/ml (Anormal)	21	44		44	63		34	68		40	78		8	88	
	Glucosa	80-130 mg/dl (Normal)	38	80	0.617	52	75	0.019	34	72	0.01	34	66	<0,001	5	55	0.023
		>130 mg/dl (Elevado)	9	19		17	24		14	28		17	33		4	44	
	Triglicéridos	<150 mg/dl (Normal)	35	74	0.815	42	60	<0,001	28	56	<0,001	27	52	<0,001	8	88	0.34
		>150 mg/dl (Anormal)	12	25		27	39		22	44		24	47		1	11	
	Colesterol	<200 mg/dl (Normal)	37	78	0.839	45	65	0.001	28	56	<0,001	27	52	<0,001	8	88	0.405
		>200 mg/dl (Anormal)	10	21		34.8	69		22	44		24	47		1	11	
	INR	< 1.2 (Normal)	30	63	0.531	25	36	<0,001	15	30	<0,001	9	17	<0,001	1	11	0.002
		> 1.2 (Anormal)	17	36		44	63		35	70		42	82		8	88	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5, se observa que, un tiempo de enfermedad mayor a 5 años incrementó el riesgo de encefalopatía hepática (92%, $p < 0.001$) y síndrome hepatorenal (100%, $p = 0.001$), mientras que la clasificación Child-Pugh C se asoció con un 100% de riesgo de estas complicaciones ($p < 0.001$). La trombocitopenia (<150,000 cels/ml) aumentó la probabilidad de peritonitis bacteriana espontánea (68%, $p < 0.001$) y encefalopatía

hepática (78.4%, $p < 0.001$), resaltando su utilidad como predictor de insuficiencia hepática avanzada.

Tabla 6. Modelo ajustado de las várices esofágicas asociados a los factores sociodemográficos, epidemiológicos, etiopatológicos y laboratoriales

		ORa ¹	IC 95 %	p – valor ²
Características sociodemográficas				
Sexo	Femenino	0,70	0,32 – 1,53	0,378
	Masculino	1	Ref	
Edad	Mayores de 40 años	1,03	0,50 – 2,13	0,932
	Menores de 40 años	1	Ref	
Etnia	Indigena	0,68	0,33 – 1,43	0,314
	Mestizo	1	Ref	
Nivel educativo	Con instruccion	1,54	0,75 – 3,21	0,243
	Sin instruccion	1	Ref	
Estado civil	No unido	1,75	0,81 – 3,78	0,155
	Unido	1	Ref	
Características epidemiológicas				
IMC	Sobrepeso	1,41	0,63 – 3,17	0,407
	Peso normal	1	Ref	
Diabetes mellitus	Si	1,34	0,49 – 3,64	0,570
	No	1	Ref	
Tabaquismo	Si	1,2	0,47 – 3,06	0,696
	No	1	Ref	
Transfusiones	Si	1,03	0,39 – 2,69	0,944
	No	1	Ref	
Alcoholismo	Si	0,99	0,43 – 2,32	0,997
	No	1	Ref	
Higado graso	Si	2,07	0,84 – 5,09	0,114
	No	1	Ref	
Características etiopatológicas				
Hepatitis C	Si	0,39	0,13 – 1,17	0,095
	No	1	Ref	
Hepatitis B	Si	0,75	0,32 – 1,77	0,510
	No	1	Ref	
Hepatitis autoinmune	Si	1,18	0,50 – 2,77	0,701
	No	1	Ref	
Características clínicas y de laboratorio				
Tiempo de enfermedad	> 5 años	10,68	1,14 – 100,17	0,038
	< 5 años	1	Ref	

Child Pugh	C	0,15	0,01 – 2,14	0,160
	A o B	1	Ref	
TGO	> 40 U/L	2,32	0,28 – 19,23	0,435
	< 40 U/L	1	Ref	
TGP	> 45 U/L	0,99	0,12 – 7,93	0,993
	< 45 U/L	1	Ref	
Plaquetas	<150 cels/ml	1,22	0,33 – 4,44	0,767
	>150 cels/ml	1	Ref	
Glucosa	>130 mg/dl	1,54	0,51 – 4,63	0,440
	80-130 mg/dl	1	Ref	
Trigliceridos	>150 mg/dl	4,66	0,39 – 54,36	0,219
	<150 mg/dl	1	Ref	
Colesterol	>200 mg/dl	0,18	0,01 – 2,66	0,214
	<200 mg/dl	1	Ref	
INR	> 1.2 mg/dl	0,64	0,18 – 2,26	0,487
	< 1.2 mg/dl	1	Ref	

¹Razon de momios ajustado

²Modelo de regresión logística

En la tabla 6, no se encontraron asociaciones significativas entre el desarrollo de várices esofágicas y factores sociodemográficos como sexo (ORa = 0.70, p = 0.378), edad (ORa = 1.03, p = 0.932) y etnia (ORa = 0.68, p = 0.314). Sin embargo, un tiempo de enfermedad mayor a 5 años se asoció con un aumento considerable en el riesgo de várices esofágicas (ORa = 10.68, IC 95%: 1.14 – 100.17, p = 0.038), lo que sugiere que la progresión de la cirrosis favorece la hipertensión portal.

Tabla 7. Modelo ajustado de la ascitis asociado a los factores sociodemográficos, epidemiológicos, etiopatológicos y laboratoriales

	ORa ¹	IC 95 %	p – valor ²
--	------------------	---------	------------------------

Características sociodemográficas				
Sexo	Femenino	1,46	0,71 – 3,02	0,300
	Masculino	1	Ref	
Edad	Mayores de 40 años	1,38	0,69 – 2,76	0,358
	Menores de 40 años	1	Ref	
Etnia	Indigena	1,66	0,83 – 3,3	0,150
	Mestizo	1	Ref	
Nivel educativo	Con instruccion	1,73	0,86 – 3,48	0,125
	Sin instruccion	1	Ref	
Estado civil	No unido	1,61	0,77 – 3,39	0,201
	Unido	1	Ref	
Características epidemiológicas				
IMC	Sobrepeso	2	0,87 - 4,63	0,104
	Peso normal	1	Ref	
Diabetes mellitus	Si	1,29	0,46 – 3,69	0,624
	No	1	Ref	
Tabaquismo	Si	2,12	0,83 – 5,36	0,115
	No	1	Ref	
Transfusiones	Si	1,97	0,75 – 5,18	0,169
	No	1	Ref	
Alcoholismo	Si	0,43	0,18 – 1,01	0,052
	No	1	Ref	
Higado graso	Si	0,52	0,22 – 1,22	0,133
	No	1	Ref	
Características etiopatológicas				
Hepatitis C	Si	1,73	0,69 – 4,32	0,244
	No	1	Ref	
Hepatitis B	Si	2,78	1,23 – 6,25	0,013
	No	1	Ref	
Hepatitis autoinmune	Si	2,05	0,91 – 4,61	0,084
	No	1	Ref	
Características clínicas y de laboratorio				
Tiempo de enfermedad	> 5 años	3,31	0,91 - 12	0,068
	< 5 años	1	Ref	
Child Pugh	C	2,33	0,32 – 16,9	0,403
	A o B	1	Ref	
TGO	> 40 U/L	1,05	0,14 – 8,05	0,962
	< 40 U/L	1	Ref	
TGP	> 45 U/L	0,88	0,12 – 6,76	0,909
	< 45 U/L	1	Ref	
Plaquetas	<150 cels/ml	1,09	0,3 -3,93	0,897
	>150 cels/ml	1	Ref	
Glucosa	>130 mg/dl	0,98	0,32 – 3,04	0,971
	80-130 mg/dl	1	Ref	

Triglicéridos	>150 mg/dl			
	<150 mg/dl	1	Ref	
Colesterol	>200 mg/dl			
	<200 mg/dl	1	Ref	
INR	> 1.2 mg/dl	2,01	0,57 – 7,17	0,279
	< 1.2 mg/dl	1	Ref	

¹Razon de momios ajustado

²Modelo de regresión logística

En la tabla 7, no se identificaron asociaciones significativas entre ascitis y factores sociodemográficos como edad (ORa = 1.38, p = 0.358) y nivel educativo (ORa = 1.73, p = 0.125), aunque el sobrepeso presentó una tendencia a aumentar el riesgo (ORa = 2.00, p = 0.104). El tabaquismo mostró una relación marginalmente significativa con ascitis (ORa = 2.12, p = 0.115), sugiriendo que el consumo de tabaco podría influir en la retención de líquidos y la función hepática deteriorada.

Tabla 8. Modelo ajustado de la peritonitis asociado a los factores sociodemográficos, epidemiológicos, etiopatológicos y laboratoriales

		ORa ¹	IC 95 %	p – valor ²
Características sociodemográficas				
Sexo	Femenino	1,37	0,64 – 2,92	0,415
	Masculino	1	Ref	
Edad	Mayores de 40 años	1,24	0.59 – 2.57	0,563
	Menores de 40 años	1	Ref	
Etnia	Indígena	1,20	0,58 – 2,49	0,611
	Mestizo	1	Ref	
Nivel educativo	Con instrucción	2,38	1,16 – 4,91	0,018
	Sin instrucción	1	Ref	
Estado civil	No unido	1,54	0,78 – 3,31	0,267
	Unido	1	Ref	
Características epidemiológicas				
IMC	Sobrepeso	2,35	1,04 – 5,31	0,039
	Peso normal	1	Ref	
Diabetes mellitus	Si	1,3	0,49 – 3,47	0,600
	No	1	Ref	
Tabaquismo	Si	1,93	0,79 – 4,75	0,150
	No	1	Ref	
Transfusiones	Si	1,97	0,78 – 5,02	0,154

	No	1	Ref	
Alcoholismo	Si	0,48	0,21 – 1,10	0,083
	No	1	Ref	
Higado graso	Si	0,64	0,26 – 1,53	0,311
	No	1	Ref	
Características etiopatológicas				
Hepatitis C	Si	2,08	0,84 – 5,14	0,112
	No	1	Ref	
Hepatitis B	Si	2,86	1,29 – 6,35	0,010
	No	1	Ref	
Hepatitis autoinmune	Si	1,78	0,79 – 4,03	0,164
	No	1	Ref	
Características clínicas y de laboratorio				
Tiempo de enfermedad	> 5 años	1,88	0,49 – 7,1	0,352
	< 5 años	1	Ref	
Child Pugh	C	2,81	0,37 – 21,26	0,316
	A o B	1	Ref	
TGO	> 40 U/L	0,63	0,09 – 4,33	0,636
	< 40 U/L	1	Ref	
TGP	> 45 U/L	0,61	0,09 – 4,09	0,608
	< 45 U/L	1	Ref	
Plaquetas	<150 cels/ml	1,12	0,32 - 3,9	0,859
	>150 cels/ml	1	Ref	
Glucosa	>130 mg/dl	0,98	0,34 – 2,86	0,980
	80-130 mg/dl	1	Ref	
Triglicéridos	>150 mg/dl			
	<150 mg/dl	1	Ref	
Colesterol	>200 mg/dl			
	<200 mg/dl	1	Ref	
INR	> 1.2 mg/dl	1,51	0,45 – 5,09	0,507
	< 1.2 mg/dl	1	Ref	

¹Razon de momios ajustado

²Modelo de regresión logística

En la tabla 8, se observa que, un tiempo de enfermedad mayor a 5 años se asoció significativamente con peritonitis bacteriana espontánea (ORa = 7.917, IC 95%: 3.618 – 17.32, $p < 0.001$), lo que indica que la duración de la cirrosis favorece infecciones secundarias. Además, la clasificación Child-Pugh C aumentó significativamente el riesgo (ORa = 10.828, IC 95%: 4.555 – 25.742, $p < 0.001$), evidenciando que pacientes en estadios avanzados de la enfermedad tienen mayor susceptibilidad a infecciones abdominales.

Tabla 9. Modelo ajustado de la encefalopatía hepática asociado a los factores sociodemográficos, epidemiológicos, etiopatológicos y laboratoriales

		ORa ¹	IC 95 %	p – valor ²
Características sociodemográficas				
Sexo	Femenino	2,1	0,94 – 4,67	0,068
	Masculino	1	Ref	
Edad	Mayores de 40 años	1,6	0,73 – 3,53	0,242
	Menores de 40 años	1	Ref	
Etnia	Indigena	2,26	1,05 – 4,86	0,036
	Mestizo	1	Ref	
Nivel educativo	Con instruccion	3,38	1,57 – 7,29	0,002
	Sin instruccion	1	Ref	
Estado civil	No unido	2,34	1,05 – 5,22	0,037
	Unido	1	Ref	
Características epidemiológicas				
IMC	Sobrepeso	2,82	1,09 – 7,28	0,032
	Peso normal	1	Ref	
Diabetes mellitus	Si	1,47	0,48 – 4,49	0,498
	No	1	Ref	
Tabaquismo	Si	4,52	1,69 – 12,09	0,003
	No	1	Ref	
Transfusiones	Si	3,45	1,18 – 10,07	0,023
	No	1	Ref	
Alcoholismo	Si	0,31	0,12 – 0,80	0,017
	No	1	Ref	
Higado graso	Si	0,34	0,13 – 0,88	0,027
	No	1	Ref	
Características etiopatológicas				
Hepatitis C	Si	2,61	1,02 – 6,67	0,045
	No	1	Ref	
Hepatitis B	Si	3,52	1,54 – 8,05	0,003
	No	1	Ref	
Hepatitis autoinmune	Si	3,04	1,32 – 6,99	0,009
	No	1	Ref	
Características clínicas y de laboratorio				
Tiempo de enfermedad	> 5 años	6,24	1,25 – 31,16	0,025
	< 5 años	1	Ref	
Child Pugh	C			
	A o B	1	Ref	
TGO	> 40 U/L	1,48	0,18 – 12,54	0,717
	< 40 U/L	1	Ref	
TGP	> 45 U/L	0,54	0,06 – 4,93	0,590
	< 45 U/L	1	Ref	
Plaquetas	<150 cels/ml	0,36	0,06 – 1,93	0,234
	>150 cels/ml	1	Ref	
Glucosa	>130 mg/dl	1,15	0,35 – 3,78	0,813

	80-130 mg/dl	1	Ref	
Trigliceridos	>150 mg/dl	1,10	0,37 – 3,28	0,852
	<150 mg/dl	1	Ref	
Colesterol	>200 mg/dl			
	<200 mg/dl	1	Ref	
INR	> 1.2 mg/dl	1,44	0,39 – 5,26	0,581
	< 1.2 mg/dl	1	Ref	

¹Razon de momios ajustado

²Modelo de regresión logística

En la tabla 9, se encontró que el tabaquismo es un fuerte predictor de encefalopatía hepática (ORa = 10.119, IC 95%: 4.446 – 23.03, p < 0.001), lo que sugiere que el estrés oxidativo del tabaco exacerba la neurotoxicidad hepática. Además, la diabetes mellitus incrementó el riesgo (ORa = 4.889, IC 95%: 1.988 – 12.021, p < 0.001), lo que podría estar relacionado con alteraciones metabólicas que afectan la función hepática y cerebral.

Tabla 10. Modelo ajustado del síndrome hepatorenal asociado a los factores sociodemográficos, epidemiológicos, etiopatológicos y laboratoriales.

		ORa ¹	IC 95 %	p – valor ²
Características sociodemográficas				
Sexo	Femenino	1,08	0,23 – 5,01	0,913
	Masculino	1	Ref	
Edad	Mayores de 40 años	0.61	0,14 – 2,57	0,497
	Menores de 40 años	1	Ref	
Etnia	Indigena	1,60	0,37 – 6,96	0,525
	Mestizo	1	Ref	
Nivel educativo	Con instruccion	3,27	0,74 – 14,39	0,118
	Sin instruccion	1	Ref	
Estado civil	No unido	7,2	1,31 – 39,56	0,023
	Unido	1	Ref	
Características epidemiológicas				
IMC	Sobrepeso	0,17	0,02 – 1,49	0,111
	Peso normal	1	Ref	
Diabetes mellitus	Si	1,79	0,35 – 9,15	0,479
	No	1	Ref	
Tabaquismo	Si	4,62	0,71 – 30,2	0,110
	No	1	Ref	

Transfusiones	Si	1,39	0,26 – 7,41	0,692
	No	1	Ref	
Alcoholismo	Si	0,67	0,14 – 3,3	0,628
	No	1	Ref	
Higado graso	Si	0,19	0,02 – 2,12	0,176
	No	1	Ref	
Características etiopatológicas				
Hepatitis C	Si	1,42	0,25 – 7,96	0,688
	No	1	Ref	
Hepatitis B	Si	0,83	0,15 – 4,41	0,832
	No	1	Ref	
Hepatitis autoinmune	Si	0,72	0,13 – 3,99	0,703
	No	1	Ref	
Características clínicas y de laboratorio				
Tiempo de enfermedad	> 5 años			
	< 5 años	1	Ref	
Child Pugh	C			
	A o B	1	Ref	
TGO	> 40 U/L			
	< 40 U/L	1	Ref	
TGP	> 45 U/L	3,29	0,07 – 151,78	0,541
	< 45 U/L	1	Ref	
Plaquetas	<150 cels/ml			
	>150 cels/ml	1	Ref	
Glucosa	>130 mg/dl	1,55	0,12 – 80,78	0,741
	80-130 mg/dl	1	Ref	
Triglicéridos	>150 mg/dl			
	<150 mg/dl	1	Ref	
Colesterol	>200 mg/dl			
	<200 mg/dl	1	Ref	
INR	> 1.2 mg/dl			
	< 1.2 mg/dl	1	Ref	

¹Razon de momios ajustado

²Modelo de regresión logística

En la tabla 10, se observa que, un tiempo de enfermedad mayor a 5 años se relacionó con un aumento del riesgo de desarrollar síndrome hepatorenal (ORa = 48.237, IC 95%: 15.468 – 150.424, $p < 0.001$), lo que demuestra que la progresión prolongada de la cirrosis conlleva disfunción renal severa. Asimismo, la hiponatremia y la clasificación Child-Pugh C se asociaron con mayor probabilidad de esta complicación ($p < 0.001$), reflejando que el deterioro hepático impacta directamente en la función renal.

3.2. Discusión

El estudio determinó que múltiples factores de riesgo, incluyendo características sociodemográficas, epidemiológicas, etiopatológicas, clínicas y laboratoriales, están significativamente asociados con el desarrollo de complicaciones en pacientes con

cirrosis hepática. Entre los hallazgos más relevantes, como se observa en la tabla 1, el tiempo de enfermedad mayor a 5 años (OR = 48.237, $p < 0.001$), la clasificación Child-Pugh C (OR = 10.828, $p < 0.001$), la presencia de diabetes mellitus (OR = 4.889, $p < 0.001$) y el tabaquismo (OR = 10.119, $p < 0.001$) se identificaron como los principales factores que predisponen a complicaciones como ascitis, encefalopatía hepática y síndrome hepatorenal. Estos resultados sugieren que la combinación de factores metabólicos, inflamatorios y el grado de disfunción hepática determinan la severidad de la enfermedad y el pronóstico del paciente.

En estudios previos, Mero et al. (20) y Veissetes et al. (23) han identificado que la clasificación Child-Pugh es un predictor clave de desenlaces clínicos en cirrosis, coincidiendo con nuestros hallazgos. Asimismo, investigaciones como las de Zavala-Hoppe et al. (21) han resaltado que el tabaquismo y la diabetes mellitus aceleran la progresión de la cirrosis y aumentan el riesgo de descompensación. Sin embargo, a diferencia de nuestro estudio, Calderón et al. (9) encontraron que, en poblaciones de altura, el consumo de alcohol era el principal factor de riesgo asociado a complicaciones, lo que podría deberse a diferencias en los patrones de consumo y acceso a tratamiento en distintas regiones. Además, las diferencias con otros estudios reflejan la influencia del entorno social y económico en la evolución de la enfermedad, lo que resalta la necesidad de estrategias preventivas personalizadas según las características de cada población.

Respecto a los factores sociodemográficos correspondiente a la tabla 2, los resultados evidenciaron que el sexo masculino (OR = 2.439, $p = 0.012$), la etnia mestiza (OR = 2.395, $p = 0.013$), el bajo nivel educativo (OR = 3.506, $p < 0.001$) y no tener pareja (OR = 8.083, $p = 0.003$) se asocian con un mayor riesgo de complicaciones hepáticas, especialmente síndrome hepatorenal y encefalopatía hepática. Esto puede explicarse porque los hombres presentan una mayor predisposición al consumo de alcohol y tabaquismo, principales factores de riesgo para la cirrosis descompensada. Además, un

bajo nivel educativo podría estar relacionado con menor acceso a servicios de salud, diagnósticos tardíos y menor adherencia al tratamiento.

Estudios como los de Calderón et al. (9) y Zavala-Hoppe et al. (21) han encontrado que el sexo masculino y un nivel educativo bajo están significativamente asociados con un peor pronóstico en cirrosis hepática. García et al. (22) también identificaron que la falta de educación y el estado civil no unido incrementan la mortalidad por cirrosis, debido a la ausencia de una red de apoyo que facilite el seguimiento del tratamiento. Sin embargo, otros estudios como el de Roesch et al. (24) encontraron que en ciertas regiones el nivel educativo no influye directamente en la progresión de la enfermedad, lo que podría explicarse por diferencias en la cobertura de salud y programas de prevención en cada país. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer la educación en salud y el acceso a tratamientos oportunos para reducir las complicaciones en pacientes con cirrosis.

En cuanto a los factores epidemiológicos, en la tabla 3, se identificó que la diabetes mellitus (OR = 4.889, $p < 0.001$), el tabaquismo (OR = 10.119, $p < 0.001$) y el alcoholismo ($p = 0.002$) son factores que incrementan el riesgo de complicaciones hepáticas, especialmente encefalopatía hepática y ascitis. La diabetes favorece la inflamación crónica y la resistencia a la insulina, lo que exacerba la progresión de la fibrosis hepática. El tabaquismo, a través del estrés oxidativo, acelera la disfunción endotelial y el deterioro hepático, mientras que el alcoholismo está directamente relacionado con el daño celular y la hipertensión portal.

Los estudios de Mero et al. (20) encontraron que la diabetes y el tabaquismo son factores predictivos de peor pronóstico en cirrosis, coincidiendo con nuestros hallazgos. Guevara et al. (19) y Santos et al. (25) también concluyeron que el consumo crónico de alcohol y la obesidad aumentan significativamente la tasa de mortalidad en pacientes cirróticos. Sin embargo, un estudio de Veissetes et al. (23) sugiere que el tabaquismo no siempre tiene un impacto directo sobre la cirrosis, lo que podría explicarse por la

variabilidad en la exposición al tabaco y en la presencia de otros factores metabólicos que influyen en la progresión de la enfermedad.

Los factores etiopatológicos correspondientes a la tabla 4, muestran que la infección por hepatitis B (OR = 3.376, $p = 0.002$) y hepatitis C (OR = 2.435, $p = 0.037$) están fuertemente asociadas con la progresión a cirrosis descompensada, particularmente aumentando el riesgo de ascitis, encefalopatía hepática y peritonitis bacteriana espontánea. Esto se debe a que ambas infecciones generan inflamación crónica, activando mecanismos de fibrosis progresiva y deterioro de la función hepática.

Estudios como el de García et al. (22) y Roesch et al. (24) han reportado que la hepatitis viral es una de las principales causas de cirrosis a nivel mundial, con tasas de complicaciones similares a las encontradas en este estudio. De manera similar, Zavala-Hoppe et al. (21) identificaron que, en Latinoamérica, la hepatitis C sigue siendo una causa importante de cirrosis descompensada, aunque con variaciones en cada país según la cobertura de tratamiento antiviral. No obstante, Calderón et al. (9) identificaron que, en poblaciones de gran altitud, el alcoholismo tenía un impacto superior a la infección viral en la progresión de la cirrosis, lo que puede explicarse por factores genéticos y diferencias en la exposición a estos agentes.

Los datos de los factores clínicos y de laboratorio reportados en la tabla 5, revelaron que un tiempo de enfermedad mayor a 5 años (OR = 48.237, $p < 0.001$) y una clasificación Child-Pugh C (OR = 10.828, $p < 0.001$) aumentan significativamente el riesgo de complicaciones graves como encefalopatía hepática y síndrome hepatorenal. Además, la trombocitopenia ($<150,000$ cels/ml, OR = 12.218, $p = 0.004$) y la hiperglucemia (>130 mg/dl, OR = 5.563, $p < 0.001$) fueron marcadores clave de progresión a insuficiencia hepática avanzada.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Veissetes et al. (23), quienes encontraron que la clasificación Child-Pugh es el mejor predictor de desenlaces clínicos

en cirrosis. Calderón et al. (9) también reportaron que un INR elevado y la trombocitopenia son factores de mal pronóstico en estos pacientes. Sin embargo, estudios como los de Mero et al. (20) sugieren que otros factores, como la malnutrición, podrían tener un impacto igual o mayor en la progresión de la cirrosis, lo que destaca la necesidad de una evaluación clínica integral. Nuestros hallazgos refuerzan la importancia de un monitoreo temprano de los parámetros laboratoriales y el uso de escalas pronósticas como Child-Pugh para optimizar la detección de pacientes con alto riesgo de descompensación.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se determinó que múltiples factores de riesgo, tanto sociodemográficos como clínicos y laboratoriales, están estrechamente asociados con la aparición de complicaciones en cirrosis hepática, siendo el tiempo de enfermedad prolongado y la clasificación Child-Pugh C los predictores más relevantes.
- Los factores sociodemográficos como el sexo masculino (66%), la etnia mestiza (66%), el bajo nivel educativo (57%) y la ausencia de pareja (40%) están significativamente asociados con un mayor riesgo de complicaciones en cirrosis hepática, destacando su relación con el síndrome hepatorenal (OR = 8.083, $p = 0.003$) y la encefalopatía hepática (OR = 3.506, $p < 0.001$).
- Se identificó que los factores epidemiológicos como, la diabetes mellitus (OR = 4.889, $p < 0.001$), el tabaquismo (OR = 10.119, $p < 0.001$) y el alcoholismo (62.3%, $p = 0.002$) son factores de riesgo clave para la progresión de la cirrosis y la aparición de complicaciones como ascitis y encefalopatía hepática. El tabaquismo, en particular, mostró una fuerte asociación con el síndrome hepatorenal (OR = 10.4, $p = 0.001$) y la encefalopatía hepática (58.8%, $p < 0.001$).

- Se concluye que dentro de los factores etiopatológicos, la hepatitis B (OR = 3.376, $p = 0.002$) y la hepatitis C (OR = 2.435, $p = 0.037$) aumentan significativamente el riesgo de ascitis y encefalopatía hepática. El 26.1% de los pacientes con ascitis tenían antecedentes de hepatitis C, mientras que el 37.7% de los pacientes con encefalopatía hepática presentaban hepatitis B.
- Factores clínico y laboratoriales como un tiempo de enfermedad mayor a 5 años (OR = 48.237, $p < 0.001$) y la clasificación Child-Pugh C (OR = 10.828, $p < 0.001$) son predictores clave de progresión a insuficiencia hepática avanzada. Además, la trombocitopenia ($<150,000$ cels/ml) mostró una fuerte asociación con peritonitis bacteriana espontánea (68%, $p < 0.001$) y encefalopatía hepática (78.4%, $p < 0.001$). Por último, la hiperglucemia (>130 mg/dl) aumentó el riesgo de síndrome hepatorenal (OR = 4.495, $p = 0.023$).

RECOMENDACIONES

Se recomienda al Ministerio de Salud y a los hospitales de referencia del Hospital del Alto Amazonas, desarrollar un programa integral de prevención y manejo de la cirrosis hepática, que incluya educación, control metabólico, vacunación y detección temprana de complicaciones. También, se les sugiere implementar un sistema de estratificación de riesgo basado en la clasificación Child-Pugh y factores metabólicos para optimizar el seguimiento de los pacientes con cirrosis. Finalmente, se recomienda a las universidades y centros de investigación en salud promover estudios continuos sobre factores de riesgo y estrategias terapéuticas adaptadas a la realidad epidemiológica de la población del Alto Amazonas, con el fin de mejorar la calidad de atención y reducir la carga de la enfermedad.

Se recomienda al Ministerio de Salud y a los gestores de hospitales y centros de salud, en especial de la red del Alto Amazonas, implementar programas de educación en salud dirigidos a poblaciones con bajo nivel educativo, enfocados en la prevención y manejo de la cirrosis hepática. Además, se sugiere a los médicos especialistas en

gastroenterología y medicina interna priorizar el tamizaje de factores de riesgo en hombres y poblaciones mestizas. A los trabajadores sociales y psicólogos clínicos se les recomienda fortalecer las redes de apoyo para pacientes sin pareja, facilitando su adherencia al tratamiento y promoviendo el acceso a cuidados médicos oportunos.

Se recomienda a los profesionales de salud pública y a los responsables de programas preventivos reforzar campañas de cesación del tabaquismo y alcoholismo dirigidas a pacientes con cirrosis hepática. A los médicos tratantes y endocrinólogos se les sugiere implementar un monitoreo metabólico periódico en pacientes con diabetes mellitus y cirrosis para prevenir la descompensación hepática. Además, los nutricionistas y especialistas en medicina preventiva deben diseñar estrategias para el control del peso y la promoción de actividad física en pacientes con sobrepeso u obesidad, reduciendo el impacto del síndrome metabólico en la progresión de la enfermedad.

Se recomienda a las autoridades de los hospitales del Alto Amazonas y a los encargados de programas de inmunización fortalecer la vacunación contra la hepatitis B en poblaciones de riesgo y mejorar el acceso a tratamiento antiviral en pacientes con hepatitis B y C. A los médicos internistas y gastroenterólogos se les sugiere implementar protocolos de tamizaje sistemático en pacientes con antecedentes de transfusiones previas o consumo de sustancias intravenosas. Asimismo, se recomienda a las sociedades médicas y académicas desarrollar guías de manejo integradas que combinen tratamiento antiviral, estrategias nutricionales y farmacológicas para optimizar el control de la enfermedad.

Se recomienda a los gestores hospitalarios y autoridades de salud del Hospital del Alto Amazonas, establecer protocolos de monitoreo estricto en pacientes con Child-Pugh C y tiempo de enfermedad mayor a 5 años, priorizando su atención en unidades especializadas. A los médicos tratantes y laboratoristas clínicos se les sugiere implementar controles periódicos de laboratorio (plaquetas, INR, glucosa y

transaminasas) para la detección temprana de complicaciones. Además, se recomienda a las escuelas de formación médica y a los hospitales de referencia fortalecer la capacitación del personal de salud en la identificación de signos de encefalopatía hepática y síndrome hepatorenal, con el objetivo de reducir la mortalidad y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

V. REFERENCIAS

1. D'Amico G, Garcia G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol.* 2006;44:217-31. [Internet] [citado 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(05\)00684-7/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(05)00684-7/fulltext)
2. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de cirrosis hepática.,» Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Ministerio de Salud. 2013; 651-2013-J/INEN:51. [Internet] [citado 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/guias-tecnicas/>
3. Asrani S, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath P. Burden of liver diseases in the world. *J Hepatol.* 2019; 70:151-71. [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>.
4. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. 2023. Hepatitis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [Internet] [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>.
5. World Health Organization. Mortality and burden of disease: disease and injury country estimates París, Francia. 2008; 1-20. [Internet] [citado 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/en-whs08-full.pdf>
6. American college of gastroenterology. 2012 Cirrosis hepática. [Internet] [citado 14 de enero de 2025]. *Cáncer en español.* Disponible en: <https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/cirrosis-hepatica/>
7. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Revista de Gastroenterología del Perú.* julio de 2007;27(3):238-45. [Internet] [citado 22 de noviembre del 2024]. *Cáncer en español.* Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v27n3/a03v27n3.pdf>
8. Dávalos M. Epidemiología de la cirrosis hepática en el Perú. *Enfermedades del Aparato Digestivo.* 2003; 6: 1-3. [Internet] [citado 22 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://repebis.upch.edu.pe/articulos/ead/v6n2/a6.pdf>
9. Calderón W, Ascanio M, Yarinsueca P. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). *Horiz Méd Lima.* 2020; 20: 1-8. [Internet] [citado 22 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200008

10. Gallego E, Ampuero J. Esteatohepatitis alcohólica y no alcohólica: ¿quiénes son los pacientes y qué podemos hacer por ellos?. 2013; 10: 13 - 15 [Internet] [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.06.005>
11. Jaffe D, Chung R, Friedman L. Management of portal hypertension and its complications. *Med Clin North Am.* 1996; 80:1021-34. [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827818323882>
12. Viera M, Vasquez L, Valdiviezo C, Martinez R, Valladares M. Factores asociados a la mortalidad en pacientes cirróticos. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2021;50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572021000300010&script=sci_arttext
13. Huh Y, Cho Y, Nam G. Recent Epidemiology and Risk Factors of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *J Obes Metab Syndr* 2022;31:17–27. Disponible en: <https://doi.org/10.7570/jomes22021>.
14. Llerena S, Cuadrado A, de Lope R, Crespo J. Complicaciones de la cirrosis hepática. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* 2020; 13: 316-26. [Internet] [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7352106>
15. Nusrat S, Khan M, Fazili J, Madhoun M. Cirrhosis and its complications: evidence based treatment. *World J Gastroenterol.* 2014; 20:5442-60. [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24833875/>
16. Bejarano D, Alvis N, Vera A, Carrasquilla G, Porras A. Enfermedad hepática en Colombia: estimación de la carga económica y de enfermedad. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2023;38: 155-166. [citado 25 de noviembre de 2024] Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/1007/1563>
17. Gu W, Hortlik H, Erasmus H, Schaaf L, Zeleke Y, Uschner F, et al. Trends and the course of liver cirrhosis and its complications in Germany: Nationwide population-based study (2005 to 2018). *The Lancet Regional Health – Europe* 2022;12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100240>
18. Flores N, Dirac M, Han H, Kershenobich D. La carga de la enfermedad por cirrosis hepática en México. *Gac Médica México.* 2023; 159: 509-16. [Internet] [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0016-38132023000600509
19. Guevara D, Dominguez J, Salazar J. Cirrosis hepática causas y complicaciones en mayores de 40 años de edad. *RECIAMUC.* 2021; 5: 63-9. [Internet] [citado 24 de

- noviembre de 2024]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/593>
20. Mero J, Rego J, Saborit A, Fernández W, Blanco R. Factores asociados a la muerte en pacientes con cirrosis hepática. Hospital Salvador Allende. 2015 – 2019. Rev 16 Abril. 2021; 60: e1052-e1052. [Internet] [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/download/1052/pdf_293/4452
 21. Zavala A, Cedeño A, Chiquito G, Chávez A. Epidemiología y factores de riesgo en pacientes con cirrosis hepática en Latinoamérica. MQRInvestigar 2024; 8:1464–82. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.1464-1482>.
 22. García D, Artola Y, Poncino D, Rubino M, Escobar R, Khoury M. Etiología de la cirrosis: los cambios epidemiológicos entre los períodos 1995-2002 y 2010-2017. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2020; 50: 1-13. [Internet] [citado 26 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://actagastro.org/etiologia-de-la-cirrosis-los-cambios-epidemiologicos-entre-los-periodos-1995-2002-y-2010-2017/>
 23. Veissetes D, González A. Evaluación nutricional de pacientes con cirrosis hepática hospitalizados y el impacto en el pronóstico de la enfermedad: estudio de corte transversal. Acta Gastroenterol Latinoam. 29 de septiembre de 2022; 52: 367-77. [Internet] [citado 26 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://actagastro.org/evaluacion-nutricional-de-pacientes-con-cirrosis-hepatica-hospitalizados-y-el-impacto-en-el-pronostico-de-la-enfermedad-estudio-de-corte-transversal/>
 24. Roesch F, González M, Sánchez Y, Díaz F, Cano A, Amieva M, et al. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. Rev Gastroenterol México. 2020; 86: 28-35. [Internet] [citado 26 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090620300355>
 25. Santos C, Segura D. Características clínicas, epidemiológicas y laboratoriales de la cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Enero 2018 – Diciembre 2020. 2021 [citado 09 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3175775>
 26. Rakhshani T, Tahmasebi Z, Ghahremani L, Kamyab A, Khani Jeihooni A. The effect of educational intervention based on the PRECEDE-PROCEED model on self-care behaviors and quality of life of hypertensive patients. Front Public Health [Internet] [citado 26 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1410843/full>

27. Kim J, Jang J, Kim B, Lee K. Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2022; 11: 213. [Internet] [citado 26 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36210473/>
28. Ginès P, Krag A, Abraldes J, Solà E, Fabrellas N, Kamath P. Liver Cirrhosis. *Lancet.* 2021;398(10308) [Internet] [citado 26 de enero del 2025]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01374-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01374-X/abstract)
29. Wong F, Bernardi M, Balk R, Christman B, Moreau R, Garcia G, et al. Sex Differences in Hepatic and Systemic Hemodynamics in Cirrhosis. *Hepatology.* 2020; 71: 1923-35. [Internet] [citado 26 de enero del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12971958/>
30. Younossi Z, Koenig A, Abdelatif D, Fazel Y, Henry L, Wymer M. Global Epidemiology of NAFLD and NASH: A Systematic Review. *Hepatology.* 2016; 64: 73-84. [Internet] [citado 26 de enero del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26707365/>
31. De Franchis R. Expanding Consensus in Portal Hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop. *J Hepatol.* 2015; 63: 743-52. [Internet] [citado 28 de enero del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26047908/>
32. Jalan R, Fernandez J, Wiest R, Schnabl B, Moreau R, Angeli P, et al. Bacterial Infections in Cirrhosis. *J Hepatol.* 2014; 60: 1310-24. [Internet] [citado 28 de enero del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24530646/>
33. Moreau R, Jalan R, Gines P, Pavesi M, Angeli P, Cordoba J, et al. Acute-on-Chronic Liver Failure Is a Distinct Syndrome That Develops in Patients With Acute Decompensation of Cirrhosis. *Gastroenterology.* 2013; 144: 1426-37. [Internet] [citado 28 de enero del 2025]. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(13\)00291-6/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(13)00291-6/pdf)
34. Dyson J, Jaques B, Chattopadyhay D, Lochan R, Graham J, Das D, et al. Hepatocellular Cancer: The Impact of Obesity, Type 2 Diabetes and a Multidisciplinary Team. *J Hepatol.* 2014; 60: 110-7. [Internet] [citado 27 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0-S0168827813006053>
35. Marrero J, Fontana R, Fu S, Conjeevaram S, Su G, Lok A. Alcohol, Tobacco and Obesity Are Synergistic Risk Factors for Hepatocellular Carcinoma. *J Hepatol.* 2005; 42: 218-24. [Internet] [citado 26 de enero del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15664247/>
36. Sinha R, Singh B, Yen P. Direct Effects of Thyroid Hormones on Hepatic Lipid Metabolism. *Nat Rev Endocrinol.* 2018; 14: 259-69. [Internet] [citado 28 de enero del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29472712/>

37. Poordad F. Review Article: The Burden of Hepatic Encephalopathy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007; 25: 3-9. [Internet] [citado 05 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17295846/>
38. Polaris Observatory Collaborators. Global Prevalence, Treatment, and Prevention of Hepatitis B Virus Infection. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018; 3: 383-403. [Internet] [citado 05 de febrero del 2025] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468125318300566>
39. Manns M, Lohse A, Vergani D. Autoimmune Hepatitis—Update 2015. *J Hepatol.* 2015;62: S100-11. [Internet] [citado 05 de febrero del 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25920079/>
40. Moreau R, Jalan R, Gines P, Pavesi M, Angeli P, Cordoba J, et al. Acute-on-Chronic Liver Failure Is a Distinct Syndrome That Develops in Patients With Acute Decompensation of Cirrhosis. *Gastroenterology.* 2013; 144: 1426-37. [Internet] [citado 05 de febrero del 2025] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0016508513002916>
41. Gómez A. Cirrosis hepática: actualización. *Farm Prof.* 2012; 26: 45-51. [Internet] [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-annals-hepatology-16-articulo-the-burden-liver-disease-in-S1665268123002788>
42. Díaz L, Villota M, Lazarus J, Arrese M. The burden of liver disease in Latin America. *Annals of Hepatology.* 2024; 29: 1-11. [Internet] [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-annals-hepatology-16-articulo-the-burden-liver-disease-in-S1665268123002788>
43. 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: 217-31. [Internet] [citado 05 de febrero del 2025] Disponible en: <http://scielo.org.co/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0120-9957201500040000200007&lng=pt&pid=S0120-99572015000400002>
44. Pugh R, Murray I, Dawson J, Pietroni M, Williams R. Transection of the Esophagus for Bleeding Oesophageal Varices. *Br J Surg.* 1973; 60: 646-9. [Internet] [citado 05 de febrero del 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4541913/>
45. Kamath P, Kim W. The Model for End-Stage Liver Disease (MELD). *Hepatology.* 2007; 45: 797-805. [Internet] [citado 05 de febrero del 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17326206/>

46. Hernández A. Declaración de Helsinki: principios éticos de la investigación médica con seres humanos. Revisión de 2024. Rev Pediatría Aten Primaria. 2024;26(104):16.

ANEXOS

6.1. Ficha de recolección de datos



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Trabajo de investigación: Factores de riesgo asociados a complicaciones en cirrosis hepática en pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas, 2024

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Factores sociodemográficas	Sexo	Masculino () Femenino ()
	Edad	18 a 40 años = () ≥ 50 años = ()
	Etnia	Mestizo () Indígena ()
	Nivel Educativo	Sin instrucción () Con instrucción ()
	Estado civil	Unido () No unido ()
Factores epidemiológicos	IMC	Bajo peso () Normal () Sobrepeso () Obesidad ()
	Diabetes Mellitus	No () Si ()
	Tabaquismo	No () Si ()
	Transfusiones	No () Si ()
	Alcoholismo	No () Si ()
	Hígado Graso	No () Si ()
Factores etiopatológicos	Hepatitis C	No () Si ()
	Hepatitis B	No () Si ()
	Hepatitis Autoinmune	No () Si ()
Factores clínicas y de laboratorio	Child - pugh	A () B Y C ()
	Tiempo de Enfermedad	0 – 5 años = () > 5 años = ()
	TGO	< 40 U/L (Normal) = () > 40 U/L (Anormal) = ()
	TGP	< 45 U/L (Normal) = () > 45 U/L (Anormal) = ()
	Plaquetas	>150 cels/ml (Normal) = () <150 cels/ml (Anormal) = ()
	Glucosa	80-130 mg/dl (Normal) = () >130 mg/dl (Elevado) = ()

	Triglicéridos	<150 mg/dl (Normal) = () >150 mg/dl (Anormal) = ()
	Colesterol	<200 mg/dl (Normal) = () >200 mg/dl (Anormal) = ()
	INR	< 1.2 mg/dl (Normal) = () > 1.2 mg/dl (Anormal) = ()
Complicaciones en cirrosis hepática.	Varices esofágicas	No () Si ()
	Ascitis	No () Si ()
	Peritonitis bacteriana espontánea	No () Si ()
	Encefalopatía hepática	No () Si ()
	Síndrome hepatorenal	No () Si ()

6.2. Resolución de aprobación



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RESOLUCIÓN N°0046-2025/FCS-USS
Pimentel, 4 de febrero de 2025

VISTO:
El oficio N°0027-2025/FCS-DM-USS con el que se remite el Acta N°001-2025/CI-MH del Comité de investigación de la Dirección de Escuela profesional de MEDICINA HUMANA proveído en la fecha 29 de enero 2025, y;

CONSIDERANDO:
Que, de conformidad con la Ley Universitaria N° 30220 en su artículo 48° que a letra dice: "La investigación constituye una función esencial y obligatoria de la universidad, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional. Los docentes, estudiantes y graduados participan en la actividad investigadora en su propia institución o en redes de investigación nacional o internacional, creadas por las instituciones universitarias públicas o privadas.";

Que, de conformidad con el Reglamento de grados y títulos en su artículo 21° señala: "Los temas de trabajo de investigación, trabajo académico y tesis son aprobados por el Comité de Investigación y derivados a la Facultad o Escuela de Posgrado, según corresponda, para la emisión de la resolución respectiva. El periodo de vigencia de los mismos será de dos años, a partir de su aprobación. En caso un tema perdiera vigencia, el Comité de Investigación evaluará la ampliación de la misma.

Que, de conformidad con el Reglamento de grados y títulos en su artículo 24° señala: La tesis es un estudio que debe denotar rigurosidad metodológica, originalidad, relevancia social, utilidad teórica y/o práctica en el ámbito de la escuela profesional. Para el grado de doctor se requiere una tesis de máxima rigurosidad académica y de carácter original. Es individual para la obtención de un grado; es individual o en pares para obtener un título profesional. Asimismo, en su artículo 25° señala: "El tema debe responder a alguna de las líneas de investigación institucionales de la USS S.A.C.".

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCIÓN N°0046-2025/FCS-USS

Pimentel, 4 de febrero de 2025

Que, según documentos de Vistos el Comité de investigación de la Escuela profesional de MEDICINA HUMANA acuerda aprobar el proyecto de investigación: Factores de riesgo asociados a complicaciones en cirrosis hepática en pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas, 2024 a cargo de BARRIOS UCAÑAY DANIXA KRISTEL y HEREDIA VASQUEZ ANDRES ARMANDO, del programa de estudios de MEDICINA HUMANA, en la modalidad de estudios presencial.

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas y de conformidad con las normas y reglamentos vigentes;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°: APROBAR, el proyecto de investigación **Factores de riesgo asociados a complicaciones en cirrosis hepática en pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas, 2024** de la línea de investigación Calidad de vida, promoción de la salud, del individuo y la comunidad para el desarrollo de la sociedad, a cargo de **BARRIOS UCAÑAY DANIXA KRISTEL y HEREDIA VASQUEZ ANDRES ARMANDO**, del programa de estudios de **MEDICINA HUMANA**, en la modalidad de estudios presencial.

ARTÍCULO 2°: ESTABLECER, que la inscripción del proyecto de investigación se realice a partir de emitida la presente resolución y tendrá una vigencia de dos (02) años.

ARTÍCULO 3°: DEJAR SIN EFECTO, toda Resolución emitida por la Facultad que se oponga a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



Mg. Chirinos Rios Carlos Alberto
Decano Facultad de Ciencias de la salud



Mg. Maria Noelia Sialer Rivera
Secretaria académica Facultad de Ciencias de la salud

6.3. Dictamen del Comité de Ética

PERÚ Ministerio de Salud
LORETO
GERESA – LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL II- 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
AREA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

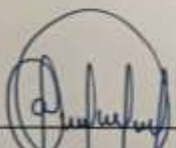
ACTA DE REVISION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

El Comité de Ética de Investigación del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, con fecha 28 de febrero del 2025, procede con la segunda revisión del proyecto de investigación: **"Factores de riesgo asociados a complicaciones en cirrosis hepática en pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas, 2024"**; cuyos autores son: Heredia Vasquez Andres Armando y Barrios Ucañay Danixa Kristel, en la cual solicitaron la aprobación para la ejecución del proyecto en mención; en la cual resuelve:

Aprobar el proyecto de investigación: "Factores de riesgo asociados a complicaciones en cirrosis hepática en pacientes atendidos en un Hospital de Alto Amazonas, 2024".

Se otorga la presente autorización a solicitud de los interesados, luego de haber cumplido con los requisitos mínimos establecidos por el Área de Investigación y el Comité de Ética de Investigación de esta institución y estándares internacionales.

Yurimaguas, 28 de febrero del 2025.


Obsta. Jean Hernandez Angulo
Presidente del Comité de Ética de Investigación
COP N° 30456

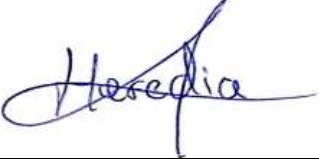

ANEXO 01: DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscribimos la DECLARACIÓN JURADA, somos Heredia Vasquez Andres Armando y Barrios Ucañay Danixa del Programa de Estudios de la Escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE ALTO AMAZONAS, 2024”

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando el derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Heredia Vasquez Andres Armando	DNI: 75884688	
Barrios Ucañay Danixa Kristel	DNI: 73761806	

Pimentel, 03 de marzo del 2025


ANEXO 02: ACTA DE REVISIÓN DE SIMILITUD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **Paico Vasquez Franco Yenner** asesor de investigación de la **Escuela profesional de Medicina Humana** y revisor de la investigación de los egresados: **Heredia Vásquez Andrés Armando y Barrios Ucañay Danixa Kristel**, del proyecto de investigación titulado:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN CIRROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE ALTO AMAZONAS, 2024”

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del 19%, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud TURNITIN. Por lo que se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre índice de similitud de los productos académicos y de investigación en la Universidad Señor de Sipán S.A.C., aprobada mediante Resolución de Directorio N° 145-2022/PD-USS.


En virtud de lo antes mencionado, firma:

Mg. Paico Vasquez Franco Yenner	DNI: 73258587	
---------------------------------	---------------	---

Pimentel, 04 de marzo del 2025


REVISIÓN DE LA SIMILITUD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION


HEREDIA ANDRES Y BARRIOS DANIXA

 Universidad Señor de Sipán

Document Details

Submission ID tm:oid::26396:436383386	61 Pages 11,792 Words 61,324 Characters
Submission Date Mar 4, 2025, 7:53 PM GMT-5	
Download Date Mar 4, 2025, 8:24 PM GMT-5	
File Name HEREDIA ANDRES Y BARRIOS DANIXA	
File Size 74.2 KB	




 Page 1 of 70 - Cover Page Submission ID tm:oid::26396:436383386

 Page 2 of 70 - Integrity Overview Submission ID tm:oid::26396:436383386

19% Overall Similarity

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

Top Sources

14%	 Internet sources
1%	 Publications
13%	 Submitted works (Student Papers)