

Citlali Lupita Silva

Perfil epidemiológico de pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada  
del Hospital General ISSSTE Querétaro

2026



# Universidad Autónoma de Querétaro

## Facultad de Medicina

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADA DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE QUERÉTARO

#### Tesis

Que como parte de los requisitos  
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

Presenta

Dra. Citlali Lupita Silva

Dirigido por:

Dr. Luis Homero Vargas Torrescano

Querétaro, Qro. a 04 de febrero del 2026

La presente obra está bajo la licencia:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

### Usted es libre de:

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

### Bajo los siguientes términos:



**Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



**NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



**SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

### Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA  
CRÓNICA DESCOMPENSADA DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE QUERÉTARO

**Tesis.**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en medicina interna

**Presenta**

Dra. Citlali Lupita Silva

**Dirigido por:**

Dr. Luis Homero Vargas Torrescano

Dr. Luis Homero Vargas Torrescano  
Presidente  
Dr. Jorge Luis Castrejón Mora  
Secretario  
Dra. Ana María Ibarra Rangel  
Vocal  
Dr. Adrián Enrique Hernández Muñoz  
Suplente  
Dra. Sandra Margarita Hidalgo Martínez  
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (marzo 2026).  
México

## Resumen

**Introducción:** La enfermedad hepática crónica es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La enfermedad se divide en dos fases: fase compensada que puede ser asintomática durante varios años y fase descompensada, en la cual se reduce la supervivencia. En México y en el estado de Querétaro, la enfermedad hepática crónica es una de las principales causas de muerte. **Objetivo:** Caracterizar el perfil epidemiológico, clínico y evolutivo de los pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General ISSSTE Querétaro durante el periodo comprendido del 1 de junio de 2024 al 1 junio de 2025. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Población de estudio: expedientes de pacientes del Hospital General ISSSTE Querétaro con enfermedad hepática crónica descompensada. Muestreo no probabilístico y a conveniencia. Se estudiaron las siguientes variables: sociodemográficas; etiología de la enfermedad; causas de la descompensación; severidad evaluada con Child-Pugh, días de hospitalización, evolución clínica y reingreso. Se utilizó estadística descriptiva para reportar frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, e inferencial para cruzar el grado de severidad de la enfermedad con los días de estancia, desenlaces clínicos y reingreso. **Resultados:** La etiología predominante de la enfermedad hepática crónica fue la hepatitis por alcohol (32.8%, n = 20) y la causa más frecuente de la descompensación, sangrado de tubo digestivo alto (n =18, 29.5%). El 44.3% (n = 27) de los pacientes se clasificó con Child-Pugh C y 39.3% (n =24) con Child-Pugh B. La mayoría fueron dados de alta (72.1%, n = 44), aunque 23% (n = 14) murieron. Hubo una asociación entre el grado de severidad con el alta ( $\chi^2= 8.145$ , p = 0.017) y defunción ( $\chi^2= 6.544$ , p = 0.038). **Conclusiones:** La severidad de la enfermedad hepática crónica constituye una variable indispensable a valorar en los pacientes que ingresan por descompensación, pues se asocia a la mortalidad y alta hospitalaria. A pesar de lo anterior, no fue posible probar su asociación con otras variables de estudio como estancia y reingresos hospitalarios.

**Palabras clave:** enfermedad hepática crónica, descompensación, hospitalización, mortalidad, severidad.

## Summary

Introduction: Chronic liver disease is one of the main causes of morbidity and mortality worldwide. The disease is divided into two phases: a compensated phase, which may remain asymptomatic for several years, and a decompensated phase, in which survival is reduced. In Mexico and in the state of Querétaro, chronic liver disease is among the leading causes of death. Objective: To characterize the epidemiological, clinical, and evolutionary profile of patients with decompensated chronic liver disease hospitalized in the Internal Medicine Department of the ISSSTE General Hospital in Querétaro during the period from June 1, 2024, to June 1, 2025. Materials and methods: Observational, retrospective, descriptive, cross-sectional study. Study population: medical records of patients from the ISSSTE General Hospital in Querétaro with decompensated chronic liver disease. Non-probabilistic, convenience sampling was used. The following variables were analyzed: sociodemographic data; disease etiology; causes of decompensation; severity assessed with the Child–Pugh score; length of hospital stay; clinical course; and readmission. Descriptive statistics were used to report frequencies, percentages, measures of central tendency and dispersion, and inferential statistics were applied to examine the relationship between disease severity and length of stay, clinical outcomes, and readmission. Results: The predominant etiology of chronic liver disease was alcohol-related hepatitis (32.8%,  $n = 20$ ), and the most frequent cause of decompensation was upper gastrointestinal bleeding ( $n = 18$ , 29.5%). A total of 44.3% ( $n = 27$ ) of patients were classified as Child–Pugh C and 39.3% ( $n = 24$ ) as Child–Pugh B. Most patients were discharged (72.1%,  $n = 44$ ), although 23% ( $n = 14$ ) died. An association was found between disease severity and hospital discharge ( $\chi^2 = 8.145$ ,  $p = 0.017$ ) and death ( $\chi^2 = 6.544$ ,  $p = 0.038$ ). Conclusions: The severity of chronic liver disease constitutes an essential variable to be assessed in patients admitted for decompensation, as it is associated with both in-hospital mortality and discharge.

Keywords: chronic liver disease, decompensation, hospitalization, mortality, severity.

## **Dedicatorias**

A mis padres, por ser mi sostén en los días difíciles y mi alegría en los logros. Gracias por creer en mi incluso cuando yo lo dude. Por todo su amor, acompañamiento constante, apoyo incondicional y paciencia a lo largo de este camino. Nada de esto habría sido posible sin ustedes.

A mis abuelos, que desde donde estén me acompañaron en cada paso de este camino. Gracias por todo su amor, ejemplo y guía. Este logro también es de ustedes.

A Marvin Alan, gracias por estar, por tu paciencia, por acompañarme en cada paso de este camino y no soltarme nunca.

## **Agradecimientos**

Agradezco a mis asesores de tesis por su orientación, tiempo y valiosas observaciones durante el desarrollo de este trabajo.

Así mismo, expreso mi profundo agradecimiento a todas las personas que contribuyeron a mi etapa de formación académica y profesional como médico internista, con sus aportaciones, hicieron posible la realización de esta tesis.

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Resumen.....	2
Summary.....	3
Dedicatorias .....	4
Agradecimientos .....	5
Índice.....	6
Índice de tablas y figuras.....	8
Abreviaturas y siglas .....	9
I. Introducción.....	10
II. Antecedentes .....	12
III. Fundamentación teórica.....	17
III.1 Enfermedad hepática crónica .....	17
III.2 Etiologías de la enfermedad hepática crónica .....	18
III.3 Diagnostico .....	21
III.4 Cirrosis Hepática .....	21
III.5 Causas de descompensación.....	22
III.6 Gravedad de la EHC.....	25
III.7 Desenlaces clínicos .....	27
IV. Hipótesis .....	29
V. Objetivos.....	30
V.1 General .....	30
V.2 Específicos .....	30
VI. Material y método .....	31
VI.1 Tipo de investigación.....	31
VI.2 Población o unidad de análisis .....	31
VI.3 Muestra y tipo de muestra .....	31
VI.4 Criterios de selección .....	31
VI.5. Variables estudiadas .....	32
VI.6 Técnicas e instrumentos .....	40

VI.7 Procedimientos.....	41
VI.8 Análisis estadístico.....	42
VI.9 Consideraciones éticas.....	43
VII. Resultados.....	44
VII.1 Características sociodemográficas.....	44
VII.2 Etiologías de la enfermedad hepática.....	46
VII.3 Causas de descompensación hepática y estratificación al momento del ingreso hospitalario.....	47
VII.4 Relación entre el grado de severidad al ingreso y los desenlaces clínicos	50
VIII. Discusión.....	54
VIII.1 Fortalezas y debilidades.....	56
VIII.2 Propuestas.....	56
VIII.3 Conclusiones.....	57
XIV. Referencias bibliográficas.....	59
XV. Anexos.....	65
Anexo A. Hoja de recolección de datos.....	65
Anexo B. Criterios de interpretación de la Escala Child-Pugh.....	66

## Índice de tablas y figuras

### Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	33
Tabla 2. Etiología de la enfermedad hepática .....	34
Tabla 3. Causas de descompensación hepática (de ingreso hospitalario).....	36
Tabla 4. Severidad de la enfermedad hepática .....	38
Tabla 5. Desenlaces clínicos.....	39
Tabla 6. Días de estancia hospitalaria por clasificación Child-Pugh .....	51
Tabla 7. Grado de severidad por variables en estudio .....	52

### Figuras

Figura 1. Distribución de la muestra por sexo .....	44
Figura 2. Incidencia de comorbilidades .....	45
Figura 3. Medidas de tendencia central de la edad.....	45
Figura 4. Etiología de la enfermedad hepática .....	46
Figura 5. Causas de descompensación hepática.....	47
Figura 6. Clasificación Child-Pugh .....	48
Figura 7. Días de estancia intrahospitalaria .....	48
Figura 8. Evolución.....	49
Figura 9. Incidencia de reingreso .....	49
Figura 10. Causas de reingreso .....	50
Figura 11. Días de estancia hospitalaria por Clasificación Child-Pugh.. .....	51
Figura 12. Estatus de alta por Clasificación Child-Pugh.....	53
Figura 13. Defunción hospitalaria por Clasificación Child-Pugh.....	54

## **Abreviaturas y siglas**

- Encefalopatía hepática (EH).
- Enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD)
- Enfermedad hepática asociada al alcohol (EHA)
- Enfermedad hepática crónica (EHC)
- European Association for the Study of the Liver (EASL)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- Model for End-Stage Liver Disease (MELD)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Peritonitis bacteriana espontánea (PBE).
- Síndrome hepatorenal (SHR)
- Virus de hepatitis B (VHB)
- Virus de hepatitis C (VHC)

## I. Introducción

La enfermedad hepática crónica (EHC) es un proceso progresivo caracterizado por inflamación persistente, depósito de fibrosis y distorsión de la arquitectura hepática que, en su fase terminal, culmina en cirrosis. La cirrosis, a su vez, representa la etapa final común de múltiples etiologías y constituye un problema de salud pública por su elevada morbimortalidad y su impacto en la calidad de vida de los pacientes. La progresión de la enfermedad hepática en México está fuertemente influenciada por factores ambientales y culturales específicos (Ginès et al., 2021; Ramos-Lopez et al., 2015).

Desde el punto de vista clínico, la historia natural de la cirrosis se divide en dos fases. La cirrosis compensada puede cursar de forma asintomática durante años, mientras que la cirrosis en su fase descompensada, se define por la aparición de complicaciones como encefalopatía hepática, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea (PBE), hemorragia variceal (Tapper y Parikh, 2023).

Esta transición es un punto de inflexión crítico en el pronóstico del paciente, ya que la mediana de supervivencia se reduce drásticamente de aproximadamente 9 a 12 años en la fase compensada a tan solo dos años tras el primer evento de descompensación (Ginès et al., 2021). Las principales etiologías a nivel mundial, y que reflejan la transición epidemiológica, son la enfermedad hepática relacionada con el consumo de alcohol, el virus de hepatitis B (VHB) o C (VHC) con una prevalencia en alarmante aumento, la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica, estrechamente vinculada a la epidemia de obesidad y diabetes tipo 2 ambas, altamente prevalentes en nuestro país (European Association for the Study of the Liver [EASL], 2023).

En términos generales, la EHC es reconocida a nivel mundial como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, representa un problema de salud pública a escala mundial, siendo responsable de aproximadamente dos millones de muertes anuales y posicionándose como la undécima causa más común de fallecimiento en el

mundo (Agarwal et al., 2023; Organización Mundial de la Salud [WHO], 2022). En México y en el estado de Querétaro, se mantiene entre las primeras causas de muerte, lo que refleja su relevancia epidemiológica en todos los niveles (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2025).

Más allá de su magnitud, lo que hace particularmente desafiante es su curso clínico, la fase descompensada de la ECH, conlleva una alta tasa de hospitalización, consumo de recursos y mortalidad intrahospitalaria. Bajo este contexto, es crucial examinar los factores etiológicos, razones de ingreso y el progreso clínico de los pacientes con EHC en centros de atención de segundo nivel, con énfasis en el Hospital General ISSSTE de Querétaro. La información que se obtenga es crucial para las prácticas estratégicas de prevención y el manejo efectivo del EHC, adaptadas a la situación epidemiológica local.

## II. Antecedentes

La enfermedad hepática crónica constituye un desafío sanitario de gran magnitud a nivel mundial. Se estima que provoca alrededor de 2 millones de muertes al año, lo que equivale del 2-3% de todas las defunciones globales, y se sitúa entre las diez principales causas de mortalidad (Agarwal et al., 2023).

En México, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado se han consolidado como una de las principales causas de mortalidad. En 2023, el INEGI reportó 40,275 defunciones, ubicándose como la quinta causa general de muerte. Esta carga de mortalidad presenta un claro predominio en el sexo masculino, donde ocupa el quinto lugar, mientras que, en las mujeres, se posiciona como la sexta causa de mortalidad. El grupo etario más afectado es el de 65 años y más (INEGI, 2025).

En el estado de Querétaro, la situación refleja la tendencia nacional, en 2023 la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas se ubicaron como la quinta causa de muerte en hombres, con 491 defunciones reportadas (INEGI, 2025).

La información específica sobre la morbimortalidad por EHC dentro de la población derechohabiente del ISSSTE Querétaro es limitada, sin embargo, para dimensionar la magnitud del problema dentro de la población, el último anuario estadístico ISSSTE 2024, reporta que las enfermedades del hígado generaron un total de 4542 egresos hospitalarios a nivel nacional. De éstos, 1402 culminaron en defunción, lo que subraya la elevada letalidad de la enfermedad en su fase avanzada dentro del sistema (ISSSTE, 2024).

La carga de enfermedad por hepatitis virales (VHB y VHC) ha disminuido gracias a la vacunación y a los antivirales de acción directa. En la última década, se ha observado un incremento sostenido en la mortalidad relacionada con la enfermedad hepática asociada al alcohol (EHA) y a la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) (Weiss et al., 2023).

La distribución etiológica presenta diferencias regionales y socioculturales. En el Hospital Juárez de México, se llevó a cabo una investigación en el servicio de gastroenterología destacando que la etiología alcohólica constituía la principal causa de cirrosis, seguida de la infección crónica por VHC. Así mismo reportaron que la complicación más frecuente al momento del ingreso era la ascitis a tensión, reflejando la importancia de la hipertensión portal en la descompensación (Rodríguez Magallán et al., 2008).

En contraste, en un estudio realizado en el Hospital General de Zona No.2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se encontró que los factores socioculturales y el consumo de alcohol estaban fuertemente asociados al desarrollo de cirrosis en esa población. Un hallazgo relevante fue que el 41.92% de los casos fueron clasificados como causa criptogénica, situándose la infección crónica por VHC como la tercera etiología más frecuente, lo que sugiere un perfil etiológico particular influenciado por determinantes sociales y posiblemente reflejando una alta prevalencia de enfermedad metabólica no diagnosticada en ese momento (Meléndez González y Meléndez González, 2012).

Otros estudios multicéntricos nacionales han identificado que las etiologías más frecuentes son EHA y la infección por VHC, mientras que la cirrosis criptogénica representa un porcentaje relevante, con fuerte asociación a síndrome metabólico y obesidad (Méndez-Sánchez et al., 2004).

Un estudio multicéntrico realizado en México entre 2012 y 2017 proporcionó una visión actualizada del perfil etiológico de la cirrosis hepática en el país. Tras analizar 1,210 casos, se determinó que la infección por VHC era la causa más frecuente, representando el 36.2% de los casos, seguida de cerca por la enfermedad hepática por alcohol con un 31.2%. El estudio también destacó diferencias significativas por sexo, encontrando que la cirrosis por EHA era predominantemente en el sexo masculino (86.7% de los casos), mientras que la cirrosis asociada al VHC y la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) era más común en mujeres. El hallazgo más relevante de esta investigación fue el marcado incremento de la ENHA como causa de cirrosis, lo que alcanzó un 23.2% de la muestra total. Al comparar esta cifra con un estudio previo del

mismo grupo de investigación en el año 2004, se evidenció un aumento del 100% en la prevalencia de EHNA como factor etiológico. Éste drástico aumento subraya el impacto de la epidemia de obesidad y síndrome metabólico en México y posiciona la enfermedad hepática metabólica como una causa que, según las proyecciones, se convertirá en una de las etiologías más frecuentes de cirrosis en el país (Méndez-Sánchez et al., 2018).

Martínez et al. (2017) desarrollaron un estudio de cohorte prospectiva para identificar los factores asociados y que predicen la mortalidad en pacientes con enfermedad hepática en estado de cirrosis y sangrado digestivo varicoso. Su muestra se conformó de 63 pacientes con una edad media de 56 años ( $\pm 16$ ). Mediante una regresión logística binaria, encontraron que la clasificación Child-Pugh C ( $\text{Exp}[B] = 0.068$ ,  $p = 0.002$ ) y la creatinina ( $\text{Exp}[B] = 0.094$ ;  $p = 0.034$ ) predicen la enfermedad de cirrosis.

Luján-Ramos et al. (2020) realizaron un estudio de cohorte prospectiva, pero en su caso para describir las características clínicas y sociodemográficas de pacientes con cirrosis hepática y bacteriemia. También se enfocaron en los resultados de laboratorio de esos pacientes. Su muestra se compuso de 78 pacientes con ambas enfermedades que fueron atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe ubicado en Medellín, Colombia.

Respecto a la severidad de la enfermedad hepática de cirrosis, poco más de la mitad de su muestra obtuvo una clasificación Child-Pugh B (53.3%), seguida de la clasificación C (28.2%). También estimaron la supervivencia y mortalidad de los pacientes desde su ingreso al hospital y hasta los 30 días, y obtuvieron una tasa de mortalidad de 11.5% a los 30 días. Finalmente, encontraron que las clasificaciones Child-Pugh B y C predicen la mortalidad en los pacientes de su muestra ( $\text{AUROC} = 0.79$ ,  $p = 0.008$ ), y que la mortalidad es mayor en aquellos con dichas clasificaciones de Child-Pugh ( $p = 0.037$ ).

Vorobioff et al. (2020) determinaron el perfil sociodemográfico de pacientes con cirrosis hepática atendidos en varios hospitales de Latinoamérica. Conformaron una muestra de 377 pacientes y diseñaron un estudio transversal y multicéntrico con la aplicación de una encuesta. Como parte de sus objetivos específicos, determinaron las

causas de la enfermedad hepática de cirrosis y obtuvieron los siguientes resultados: La enfermedad hepática causada por consumo de alcohol fue la más frecuente en la muestra con un 40%, seguida de la MSLD con 23%; causas autoinmunes, con 6% e infección viral con 7.0%.

Aureliano et al. (2021) también desarrollaron un estudio de cohorte prospectiva con el objetivo de identificar los puntajes y modelos con mayor potencial para predecir mortalidad en pacientes con cirrosis. Su muestra se compuso de 55 adultos con cirrosis hepática que fueron ingresados por descompensación aguda en el hospital Distrito Federal en Brasil, durante noviembre de 2018 a mayo de 2021. Identificaron a la hepatitis crónica como la principal causa de la enfermedad hepática en su muestra (65%). También encontraron una asociación entre la mortalidad y la clasificación Child-Pugh en los pacientes ( $p = 0.477$ ).

Moreno-Cobos et al. (2022) realizaron un estudio observacional, de tipo descriptivo y retrospectivo, en una muestra de 454 registros de pacientes mexicanos con cirrosis hepática y una edad media de 59 años, con un mínimo de 18 y máximo de 75 años. Su objetivo fue identificar las causas de la descompensación de cirrosis hepática en dichos pacientes atendidos en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Encontraron que el consumo de alcohol es la principal causa (44.71%), seguida de la MSLD (9.9%) y la enfermedad hepática de causa incierta (31.7%).

Muñoz-Cedeño et al. (2021) realizaron un estudio observacional, de tipo prospectivo-descriptivo y transversal en una muestra de 185 pacientes ecuatorianos con cirrosis hepática atendidos en el Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" ubicado en Ecuador. Su objetivo fue determinar las complicaciones de la cirrosis hepática. Encontraron como principal causa de la enfermedad hepática la MASLD en el 45.4% de los pacientes, seguida de las causas no determinadas en el 31.4% y el consumo de alcohol en el 16.8% de ellos.

Por su parte, Mengual- Moreno et al. (2025) identificaron las causas de la cirrosis hepática. Para esto, desarrollaron un estudio multicéntrico retrospectivo con datos de

888 pacientes atendidos en nueve hospitales de ese país. Sus resultados mostraron que la principal causa de la cirrosis en los pacientes fue la MASLD (N = 304; 34.2%), seguida de la enfermedad hepática alcohólica (n = 199; 22.4%) y enfermedades autoinmunes (n = 126; 14.1%).

Existe una marcada escasez de estudios epidemiológicos locales que describan las características clínicas, etiológicas y de desenlace de los pacientes atendidos en hospitales de segundo nivel como el Hospital General ISSSTE Querétaro.

### **III. Fundamentación teórica**

#### **III.1 Enfermedad hepática crónica**

La EHC se refiere a diversas patologías que causan inflamación y fibrosis en el tejido del hígado y se caracteriza por el daño persistente y deterioro de las funciones hepáticas durante al menos seis meses (Ortiz-López et al., 2024). Las funciones hepáticas son indispensables para la supervivencia del organismo porque implican la coagulación, desintoxicación de sustancias nocivas del metabolismo y expulsión de la bilis (Juanola et al., 2025), por eso, la EHC y la cirrosis como estado avanzado de la enfermedad son de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo.

La EHC comúnmente inicia con la inflamación del tejido hepático que lleva a la destrucción y modificación de las funciones regenerativas del parénquima hepático que, a su vez, causa fibrosis del tejido. Por su parte, la fibrosis del tejido constituye un proceso patológico y progresivo caracterizado por la activación de las células estrelladas hepáticas. Cuando estas células se activan como respuesta a la inflamación y eventual daño hepático característico de la EHC, producen colágeno en exceso que se acumula como tejido fibroso. Este tejido fibroso es el causante de la alteración y daño a la estructura hepática, cuyo resultado es la cirrosis (Juanola et al., 2025; Ortiz-López et al., 2024).

La fibrosis del tejido hepático suele ser irreversible, sobre todo cuando se diagnostica en sus etapas avanzadas, comúnmente cuando el paciente ya padece cirrosis, porque en estos casos las alteraciones estructurales hepáticas no pueden corregirse por completo (Sharma y Nagalli, 2025). En contraste, en la etapa inicial de las enfermedades hepáticas la fibrosis es potencialmente reversible (Lee, 2023; Ortiz-López et al., 2024; Sharma y Nagalli, 2025).

Respecto a la cirrosis, se caracteriza por el daño estructural severo e irreversible del hígado acompañado de la pérdida progresiva de la función hepática. A nivel anatómico, implica una fibrosis difusa irreversible y nódulos de regeneración que se generan por el daño hepático; en conjunto, ambos factores alteran permanentemente la

estructura y función del hígado (Juanola et al., 2025). De esta forma, la cirrosis hepática es un estado avanzado de las enfermedades hepáticas y por eso es posible afirmar que todos los pacientes con cirrosis tienen EHC, pero no todos los pacientes con EHC tienen cirrosis (Juanola et al., 2025).

### **III.2 Etiología de la enfermedad hepática crónica y cirrosis**

La EHC constituye una entidad nosológica de etiología multifactorial, cuyas principales causas incluyen, en primer lugar, la EHA, seguida de las hepatitis virales crónicas por VHB o VHC. Asimismo, destaca la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica MASLD, anteriormente denominada NAFLD/NASH, junto con su variante por consumo concurrente de alcohol MetALD. Por otra parte, entre las enfermedades hepáticas autoinmunes, figuran la colangitis biliar primaria (CBP) y la colangitis esclerosante primaria (CEP). Además, un porcentaje significativo de casos se clasifica como cirrosis criptogénica o de causa no determinada (Juanola Mayos et al., 2025).

La EHC de origen viral constituye una de las complicaciones más severas derivadas de la infección crónica por los VHB y VHC, las cuales inducen un proceso inflamatorio hepático sostenido que, tras un prolongado período de evolución, puede culminar en el desarrollo de fibrosis avanzada y la consecuente desestructuración cirrótica del parénquima.

En el caso específico de la hepatitis C crónica, esta se define como la inflamación del hígado provocada por la persistencia del VHC durante más de seis meses, condición que conlleva un riesgo significativo de progresión a fibrosis, cirrosis y, eventualmente, a carcinoma hepatocelular (Juanola Mayos et al., 2025).

El diagnóstico de estas entidades se fundamenta en la identificación de marcadores serológicos específicos. Así, para la hepatitis C, el diagnóstico se establece mediante la detección inicial de anticuerpos contra el VHC (anti-VHC), seguida de la confirmación mediante la cuantificación de ARN viral (carga viral) para verificar la replicación activa. Por su parte, la infección crónica por VHB se confirma con la

persistencia en suero del antígeno de superficie del VHB (HBsAg) por más de seis meses (Juanola Mayos et al., 2025).

Los concesos nacionales consideran el consumo de alcohol de riesgo como la ingesta diaria superior a tres bebidas estándar en hombres o más de 30 g/día de alcohol puro y superior a dos en mujeres o 20 g/día. Se calcula que cerca del 15% de los pacientes con consumo crónico tiende a desarrollar cirrosis después de una media de 13.5 años de progreso. LA EHA genera un daño hepático que avanza de forma gradual de la esteatosis simple hasta la hepatitis alcohólica, pasando por la fibrosis y terminando en la cirrosis. Aunque el volumen total de alcohol ingerido a través del tiempo, sin importar el patrón de consumo, es el factor de riesgo más importante para la aparición de EHA (Velarde-Ruiz Velasco et al., 2020).

La MASLD, se define por la presencia de esteatosis hepática demostrada por técnicas de imagen o histología en conjunto con al menos un factor de riesgo cardiometabólico, como obesidad, dislipidemia, resistencia a la insulina o diabetes mellitus tipo 2, siempre y cuando se hayan descartado otras causas secundarias de enfermedad hepática crónica. Esta entidad representa un espectro clínico-patológico continuo que abarca desde la esteatosis hepática simple generalmente de curso benigno hasta la esteatohepatitis metabólica, la cual se caracteriza por inflamación lobulillar y daño hepatocelular, y puede progresar a fibrosis, cirrosis y, en fases avanzadas, aumentar el riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular (Castro-Narro y Rinella, 2024).

En la actualidad, la MASLD se ha posicionado como la enfermedad hepática crónica de mayor prevalencia a nivel global, y se proyecta que su incidencia continúe en aumento en paralelo a la creciente epidemia de obesidad y diabetes. Su fisiopatología está intrínsecamente ligada a la resistencia a la insulina y al síndrome metabólico, lo que subraya su naturaleza sistémica y su estrecha relación con otras comorbilidades cardiometabólicas (EASL, 2023).

Dentro de esta clasificación, se ha introducido recientemente el término MetALD para describir a aquellos pacientes que cumplen con los criterios de MASLD y que, además, presentan un consumo de alcohol superior al umbral considerado seguro, pero inferior al típicamente asociado con la enfermedad hepática alcohólica. Así, se define como un consumo de 30 a 60 gramos de alcohol por día en hombres y de 20 a 50 gramos por día en mujeres (Castro-Narro y Rinella, 2024). Esta categoría toma en cuenta el efecto sinérgico o aditivo que puede existir entre la ingesta de alcohol y la disfunción metabólica cuando se trata del avance de la EHC.

Las enfermedades hepáticas autoinmunes constituyen un grupo de trastornos caracterizados por una respuesta inmune desregulada dirigida contra antígenos propios del hepatocito o del epitelio biliar, lo que conduce a inflamación crónica, daño tisular y, en fases avanzadas, a la progresión hacia fibrosis y cirrosis hepática. Aunque la cirrosis de origen autoinmune representa una etiología cada vez más reconocida, con frecuencia se encuentra infradiagnosticada en la práctica clínica. De acuerdo con sus manifestaciones predominantes, estas enfermedades se clasifican en dos grandes grupos: aquellas que cursan predominantemente con daño hepatocelular, como la hepatitis autoinmune; y aquellas que se manifiestan principalmente con colestasis, como la CBP y la CEP. Esta distinción se basa en la integración de hallazgos clínicos, bioquímicos, serológicos, histológicos y radiológicos (Aguilar-Nájera et al., 2015).

Finalmente, otras causas de la EHC incluyen, aunque con menor frecuencia, enfermedades de la vía biliar, como la atresia biliar (principal causa de trasplante hepático en niños) y las estenosis biliares benignas o malignas. Alteraciones vasculares entre las que destacan el síndrome de Budd-Chiari (obstrucción del flujo venoso hepático), la enfermedad venooclusiva hepática y la cirrosis cardiaca secundaria a fallo cardíaco crónico. Hepatotoxicidad por fármacos, tal como el uso prolongado de medicamentos como metotrexato, amiodarona, metildopa o megadosis de vitamina A puede inducir daño hepático crónico y progresivo hacia la cirrosis. La cirrosis criptogénica denomina así a la cirrosis hepática en la que, tras una evaluación exhaustiva, no logra identificarse una etiología subyacente claramente definida (Juanola Mayos et al., 2025).

### **III.3 Diagnóstico**

Desde el punto de vista diagnóstico, se establece la categoría de enfermedad hepática probable ante la sospecha clínica en un paciente con historia de consumo riesgoso de alcohol que cumple simultáneamente los siguientes criterios bioquímicos: bilirrubina total (BT) >3 mg/dL, elevación de transaminasas (ALT y AST) entre 50 UI/L y 400 UI/L, y una relación AST/ALT >1.5. Por otro lado, el diagnóstico de enfermedad hepática definitiva requiere la confirmación histológica mediante biopsia hepática, la cual muestra hallazgos característicos como esteatosis, cuerpos de Mallory, infiltración neutrofílica y fibrosis en patrón perisinusoidal, entre otros (Velarde-Ruiz Velasco et al., 2020).

### **III.4 Cirrosis Hepática**

La cirrosis hepática, según la OMS, se define como una condición anatomopatológica caracterizada por la formación de nódulos de regeneración delimitados por bandas de tejido fibroso, como consecuencia de una lesión hepática crónica (Anthony et al., 1977). Esta alteración estructural progresiva conduce al desarrollo de hipertensión portal y, finalmente, a insuficiencia hepática terminal.

A nivel fisiopatológico, la cirrosis es la etapa terminal de una EHC, que se produce cuando hay un daño hepático persistente que genera un depósito difuso de fibrosis. Según Chippan y Afdhal (2008), la cirrosis es un proceso que implica reemplazar la arquitectura lobulillar normal por nódulos de regeneración con un tamaño variable, que están separados por septos fibrosos.

Clínicamente, la enfermedad evoluciona a través de dos estadios bien diferenciados; la cirrosis compensada, corresponde a una fase inicial, a menudo asintomática, en la que el paciente no ha presentado aún complicaciones derivadas de la hipertensión portal o la insuficiencia hepatocelular; y cirrosis descompensada, representa la fase sintomática de la enfermedad, caracterizada por el desarrollo de complicaciones mayores como ascitis, hemorragia digestiva por varices, encefalopatía hepática o ictericia (Juanola Mayos et al., 2025). Cabe destacar que hasta un 40% de los

pacientes son diagnosticados de cirrosis en el momento de presentar su primera descompensación, lo que refleja el carácter silente de la fase compensada (Tapper y Parikh, 2023).

La cirrosis aguda descompensada se refiere al desarrollo agudo o subagudo de complicaciones mayores como ascitis de novo o refractaria, encefalopatía hepática, hemorragia gastrointestinal por rotura de várices o cualquier combinación de estas en un paciente con cirrosis preexistente, ya sea conocida o no. Este cuadro clínico, que puede manifestarse en cualquier fase de la enfermedad, generalmente precipita un ingreso hospitalario urgente y conlleva un significativo empeoramiento del pronóstico (EASL, 2023).

La insuficiencia hepática aguda sobre crónica constituye una forma grave y de mal pronóstico de la cirrosis agudamente descompensada. Se caracteriza por una disfunción orgánica aguda que afecta a uno o más de los seis sistemas principales: hepático, renal, cerebral, de coagulación, circulatorio y respiratorio, frecuentemente acompañada de una respuesta inflamatoria sistémica significativa (EASL, 2023).

### **III.5 Causas de la descompensación**

La ascitis se define como la acumulación patológica de líquido libre en la cavidad peritoneal. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta como un aumento progresivo de la circunferencia abdominal que genera malestar significativo en el paciente y, con frecuencia, se asocia con edema en miembros inferiores. Su clasificación se establece según el volumen del líquido acumulado; Grado 1 ascitis leve, únicamente detectable mediante estudios de imagen como la ecografía abdominal; Grado 2 ascitis moderada, ya evidente durante la exploración física; Grado 3 ascitis voluminosa, que provoca una distensión abdominal marcada. El diagnóstico puede realizarse mediante la exploración física, donde destaca la presencia de matidez cambiante a la percusión, o bien a través de ecografía abdominal, que ofrece una confirmación objetiva (Juanola Mayos et al., 2025; Tapper y Parikh, 2023).

La hipertensión portal se presenta cuando hay un incremento en la presión portosistémica en cualquier parte del sistema venoso portal. Las causas pueden ser intrahepáticas, como la cirrosis, prehepáticas, como la trombosis en la vena esplénica o porta o poshepática, como el síndrome de Budd-Chiari. La cirrosis hepática es la causa más común de esta condición y datos sugieren que un gradiente de presión venosa hepática mayor a 10 mm/Hg es un factor para la aparición de várices gástricas y esofágicas. La hemorragia digestiva por ruptura de várices esofágicas constituye una de las complicaciones más graves y directas de la hipertensión portal en el paciente cirrótico, y se asocia con una elevada tasa de morbimortalidad (Juanola Mayos et al., 2025). De hecho, en el momento del diagnóstico de cirrosis, entre el 30% y 40% de los pacientes compensados presentan várices, porcentaje que asciende a aproximadamente el 60% en aquellos con descompensación (Narváez-Rivera et al., 2013).

Dentro de las principales complicaciones de la EHC también se encuentra la encefalopatía hepática (EH), la cual se define como un síndrome neuropsiquiátrico, potencialmente reversible, que se manifiesta con un espectro de anomalías cognitivas y conductuales. Entre sus características clínicas se incluyen desorientación, alteraciones del comportamiento, déficit en funciones ejecutivas y trastornos del sueño (Juanola Mayos et al., 2025; Tapper y Parikh, 2023).

Su fisiopatología es secundaria a la insuficiencia hepática y/o a la presencia de derivaciones portosistémicas que permiten el paso de sustancias neurotóxicas al cerebro. Se clasifica según la escala de West Haven en encefalopatía mínima, corresponde a los grados 0 y 1; encefalopatía hepática manifiesta, comprende los grados 2, 3 y 4. Esta complicación representa una de las causas más frecuentes de hospitalización en pacientes con enfermedad hepática avanzada (Juanola Mayos et al., 2025; Tapper y Parikh, 2023).

Los pacientes con ascitis pueden desarrollar peritonitis bacteriana espontánea (PBE), una complicación grave de la cirrosis hepática que presenta una prevalencia del 10-30%, una mortalidad del 25% y una tasa de recurrencia que alcanza hasta el 70% en el plazo de un año (Lontos et al., 2008). Se define específicamente como la infección

bacteriana del líquido ascítico y su presentación clínica es sumamente heterogénea, llegando a ser asintomática en hasta un tercio de los casos; por esta razón, se recomienda realizar una paracentesis diagnóstica a todos los pacientes hospitalizados con cirrosis y ascitis. El diagnóstico se establece cuando el recuento de neutrófilos en el líquido ascítico obtenido mediante paracentesis es superior a 250/ $\mu$ l (Juanola Mayos et al., 2025; Tapper y Parikh, 2023).

En un contexto más amplio, las infecciones bacterianas constituyen una comorbilidad significativa en estos pacientes. Aproximadamente el 25% de los individuos hospitalizados con cirrosis descompensada presentan alguna infección en el momento de su ingreso, siendo la infección del tracto urinario y la PBE los tipos más frecuentes (Juanola Mayos et al., 2025).

Cabe destacar que infecciones como la PBE y la neumonía se encuentran entre las que pueden desencadenar ACLF. Los pacientes que desarrollan ACLF secundario a una infección bacteriana no solo presentan altísimas tasas de letalidad, sino que además con frecuencia no logran eliminar el patógeno (EASL, 2023). Asimismo, estas infecciones suelen estar asociadas con el desarrollo de otras complicaciones graves, como la encefalopatía hepática (EH) o la hemorragia digestiva (Juanola Mayos et al., 2025).

El síndrome hepatorenal (SHR) es otra complicación crónica renal caracterizada por la existencia de daño renal en personas con ascitis voluminosa. Los criterios para su diagnóstico incluyen un incremento de la creatinina sérica  $>50\%$  o  $\geq 0.3$  mg/dL. Aunque también se considera un aumento en los niveles de creatina sérica en un lapso de siete días desde la última medición. Es fundamental que este deterioro renal no responda a la fluidoterapia administrada durante al menos dos días con el objetivo de restaurar un volumen intravascular normal (Juanola Mayos et al., 2025).

Los indicios de que un paciente tenga cirrosis hepática varían según la interacción de distintos factores como el propio estadio clínico de la enfermedad, la edad al momento del diagnóstico y la existencia de comorbilidades extrahepáticas. La supervivencia cambia entre la cirrosis compensada, que ofrece una media de 10 a 12 años, y la

descompensada, cuya expectativa de supervivencia se acorta con cada episodio descompensatorio hasta alcanzar alrededor de 2 años en fases avanzadas (Tapper y Parikh, 2023).

### **III.6 Gravedad de la enfermedad hepática crónica**

Para evaluar de forma objetiva la gravedad de la enfermedad, predecir el pronóstico y guiar la toma de decisiones terapéuticas como la priorización para el trasplante hepático, se emplean escalas pronósticas validadas. Existen dos clasificaciones principales para este fin: la escala de Child-Turcotte-Pugh (CTP) y el Model for End-Stage Liver Disease (MELD) score.

Históricamente, la clasificación Child-Turcotte estratificó por primera vez la gravedad de la cirrosis hepática. Esta clasificación buscaba predecir el riesgo y tasa de supervivencia de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, por eso, era utilizada para identificar a los pacientes que son aptos para trasplante quirúrgico. Incluía cinco parámetros de evaluación:

- Niveles de albúmina sérica.
- Niveles de bilirrubina sérica.
- Evaluación del estado nutricional.
- Presencia de ascitis.
- Presencia de encefalopatía (Campos-Varela y Castells, 2008; Tsois y Marlar, 2023).

Con el paso del tiempo, se comenzó a cuestionar la clasificación Child-Turcotte, principalmente por la falta de objetividad de algunos de sus indicadores, como el estado nutricional que era evaluado subjetivamente. Para evitar esta falta de objetividad, se creó una versión modificada de la escala, a saber, la clasificación Child-Pugh que sustituye el estado nutricional por el tiempo de protrombina, un análisis sanguíneo que evalúa el tiempo que la sangre tarda en coagularse (Campos-Varela y Castells, 2008; Tsois y Marlar, 2023).

Desde entonces, la clasificación Child-Pugh se convirtió en la principal escala para determinar tratamientos como trasplantes de hígado. No obstante, persisten problemas de subjetividad en sus criterios de evaluación, sobre todo cuando no se tienen diagnósticos claros de ascitis y encefalopatía. Asimismo, al contar con solo tres clasificaciones, dificulta la diferenciación y clasificación de los pacientes que requieren un trasplante (Campos-Varela y Castells, 2008; Tsoris y Marlár, 2023).

Por las razones anteriores, se propuso la puntuación MELD con un rango más amplio de clasificaciones. Actualmente, es considerada una herramienta cuantitativa que se emplea fundamentalmente para predecir el pronóstico a corto plazo y es la base para la asignación de órganos en las listas de espera de trasplante hepático, ya que prioriza a los pacientes con mayor riesgo de mortalidad (Campos-Varela y Castells, 2008).

Con todo, la clasificación Child-Pugh no quedó relegada al desuso, ya que ha sido validada como predictora de mortalidad y de supervivencia, y para hacer pronósticos sobre la gravedad de las enfermedades hepáticas y de su estado final, la cirrosis hepática (Campos-Varela y Castells, 2008; Tsoris y Marlár, 2023). La escala Child-Turcotte-Pugh es una herramienta pronóstica clásica utilizada para evaluar la gravedad de la cirrosis y estimar la supervivencia del paciente. Esta clasificación se basa en cinco parámetros clínicos y de laboratorio: bilirrubina total, albúmina sérica, tiempo de protrombina, ascitis y encefalopatía hepática que reflejan de manera integral la función hepática. Cada parámetro se califica con 1, 2 o 3 puntos según su gravedad, y la suma total permite clasificar a los pacientes en las categorías A, B o C, lo que se correlaciona con su pronóstico (Campos-Varela y Castells, 2008).

En la práctica clínica, la escala Child-Turcotte-Pugh resulta vital para la estratificación del riesgo y guiar las condiciones terapéuticas. Es una herramienta que se empleará como eje principal para la valoración sistemática de la gravedad en pacientes con cirrosis hepática descompensada. La clasificación de la cohorte en grupos Child A, B y C permite correlacionar con precisión el grado de difusión hepática con diversos indicadores clínicos y epidemiológicos (Campos-Varela y Castells, 2008). La interpretación clínica de estas clasificaciones es la siguiente:

- Clasificación A: Corresponde a cirrosis compensada, cuyo pronóstico de supervivencia a un año es del 100% y a dos años, del 85%.
- Clasificación B: Implica cirrosis descompensada y compromiso funcional del hígado. Con esta clasificación, la tasa de supervivencia a un año es del 81%, mientras que, a los 2 años, es del 57%.
- Clasificación C: Corresponde a enfermedad hepática descompensada en grado avanzado. En este caso, la tasa de supervivencia a un año es tan solo de 45% y a los 2 años de 35% (Campos-Varela y Castells, 2008; Sharma y Nagalli, 2025; Tsoris y Marlar, 2023).

### **III.7 Desenlaces clínicos**

Respecto a los desenlaces clínicos en pacientes que han sido hospitalizados por descompensación derivada de la EHC, la información sobre la evolución clínica y desenlaces suele enfocarse en indicadores como la mortalidad y supervivencia, la necesidad de hospitalización prolongada y la aparición de complicaciones (Juanola Mayos et al., 2025; Luo et al., 2025; Mero et al., 2021).

Sobre la mortalidad y la supervivencia, existen múltiples factores que afectan ambos indicadores, por ejemplo, la fase en la que se encuentra la enfermedad. Cuando se detecta a tiempo, la fibrosis característica de la EHC puede ser contrarrestada, logrando la recuperación completa del paciente; pero cuando la fibrosis ha progresado a cirrosis, la reducción del tejido fibroso no implica una recuperación completa, aunque prolonga la esperanza de vida del paciente. En pacientes con cirrosis compensada, la tasa de supervivencia es alta, de hasta 87%, sin embargo, cuando la enfermedad está descompensada, ese porcentaje se reduce drásticamente por debajo del 50% (Juanola Mayos et al., 2025; Luo et al., 2025; Mero et al., 2021).

También son importantes los tratamientos y la respuesta sistémica de los pacientes a esos tratamientos. Al respecto, Juanola Mayos et al. (2025) identificaron una tasa del 70% de mortalidad en pacientes con cirrosis que presentaban sepsis grave después del trasplante. También encontraron que la presencia de complicaciones puede

agravar la situación de los pacientes, por ejemplo, aquellos con cirrosis y ascitis tienen 50% menos probabilidades de supervivencia que los pacientes sin ascitis. Por su parte, Mero et al. (2021) observó que manifestaciones como el síndrome hepatorenal constituyen factores que aumentan la probabilidad de muerte (OR: 3,4; IC 95%: 1,4 – 8,5;  $p=0,008$ ).

La hospitalización de pacientes con EHC y cirrosis hepática usualmente se debe a descompensaciones, tales como ascitis, encefalopatía o infecciones. Los días de estancia, así como el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, son variables que dependen de la severidad de la enfermedad, generalmente evaluadas al ingreso y de las mismas causas de la descompensación (Ifrah et al., 2024; Khan et al., 2024).

Estudios independientes han identificado que durante la hospitalización existe una tasa de mortalidad de entre el 8 y el 10.9%, aunque también registran altas tasas de mortalidad después del alta hospitalaria, de hasta 18.6%. La media de días de hospitalización oscila entre los 6 a 7 días, mientras que la readmisión hospitalaria se ha calculado en el 27% de los casos. Sobre este último indicador, han reportado que los pacientes con encefalopatía hepática tienen un mayor tiempo de hospitalización promedio (Ifrah et al., 2024; Khan et al., 2024).

#### **IV. Hipótesis**

Hipótesis nula: El grado de severidad al ingreso no se asocia a los principales desenlaces clínicos, como los días de estancia intrahospitalaria, la tasa de mortalidad y los reingresos hospitalarios.

Hipótesis alternativa: El grado de severidad al ingreso se asocia a los principales desenlaces clínicos, como los días de estancia intrahospitalaria, la tasa de mortalidad y los reingresos hospitalarios.

## **V. Objetivos**

### **V.1 General**

Caracterizar el perfil epidemiológico, clínico y evolutivo de los pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General ISSSTE Querétaro durante el periodo comprendido del 1 de junio de 2024 al 1 de junio de 2025.

### **V.2 Específicos**

1. Describir las características sociodemográficas y las etiologías predominantes de la enfermedad hepática crónica en los pacientes ingresados por descompensación hepática.
2. Identificar las causas más frecuentes de descompensación hepática y estratificar la enfermedad al momento del ingreso hospitalario, utilizando la clasificación Child-Pugh.
3. Analizar la relación entre el grado de severidad al ingreso y los principales desenlaces clínicos tales como los días de estancia intrahospitalaria, la tasa de mortalidad y reingresos hospitalarios.

## **VI. Material y métodos**

### **VI.1 Tipo de investigación**

Estudio tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, basado en la revisión de expedientes clínicos.

### **VI.2 Población o unidad de análisis**

Expedientes clínicos de pacientes hospitalizados en el Hospital General ISSSTE Querétaro en el servicio de Medicina Interna con diagnóstico de enfermedad hepática crónica descompensada.

### **VI.3 Muestreo y tipo de muestra**

El tamaño de la muestra estuvo conformado por el 100% de pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada que ingresaron al servicio de medicina interna del Hospital General ISSSTE Querétaro durante el periodo comprendido del 01 junio de 2024 al 01 de junio de 2025. El tipo de muestreo fue no probabilístico y a conveniencia. Esta resolución se centró en la necesidad de incorporar todos los casos disponibles para conseguir resultados representativos, ya que se trata de una población concreta.

### **VI.4 Criterios de selección**

#### ***VI.4.1 Criterios de inclusión***

Se incluyeron en el estudio los expedientes de pacientes que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Ser mayores de 18 años al momento del ingreso hospitalario.
- Haber sido hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General ISSSTE Querétaro durante el periodo comprendido entre el 01 de junio 2024 y 01 de junio 2025.

- Tener un diagnóstico confirmado de ECHD a partir de hallazgos clínicos, pruebas de laboratorio o estudios de imagen de acuerdo con el expediente clínico.
- Disponer de información completa en el expediente clínico sobre la etiología de la ECHD, causa de ingreso hospitalario y evolución clínica durante la estancia.

#### **VI.4.2 Criterios de exclusión**

No se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que cumplieron con alguno de los siguientes criterios:

- Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de enfermedad hepática crónica sin evidencia clínica, de laboratorio o imagenológica de descompensación.
- Expedientes clínicos correspondientes a pacientes con reingreso hospitalario que ya hayan sido previamente incluidos en el estudio y que no aporten nuevos datos clínicos relevantes.
- Expedientes clínicos incompletos o que carezcan de datos suficientes para evaluar la etiología, causa de ingreso hospitalario y evolución clínica.

#### **VI.4.3 Criterios de eliminación**

Se eliminaron del análisis los pacientes con expedientes clínicos que:

- Corresponden a pacientes cuyo motivo de ingreso hospitalario no sea por descompensación de enfermedad hepática crónica.
- Tengan el diagnóstico de enfermedades hepáticas no crónicas.
- Tengan un diagnóstico erróneo o mal codificado.

#### **VI.5. Variables estudiadas**

Se usó el término características sociodemográficas para referirse a las variables de edad, sexo y comorbilidades (tabla 1). La etiología de la enfermedad hepática se registró de forma general incluyendo todas las etiologías, y de forma individual

registrando la presencia o ausencia de cada etiología (originada por el alcohol, viral, MASLD, autoinmune, de origen incierto y otras), como se observa en la tabla 2. También se consideró la variable de causas de descompensación hepática, la cual se registró de forma general e individual para las siguientes causas:

- Sangrado de Tubo Digestivo Alto (STDA).
- Ascitis.
- Encefalopatía Hepática (EH).
- Peritonitis bacteriana espontánea (PBE).
- Infección sistémica
- Síndrome hepatorenal (SHR)

Se registró la medición de la severidad de la enfermedad hepática que fue evaluada con la escala Child-Pugh previo al inicio del estudio (tabla 4). Finalmente se usa el término desenlaces clínicos para referirse a las variables de días de hospitalización, evolución clínica y reintegro (tabla 5).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso.	Edad en años registrada en expediente clínico.	Cuantitativa Razón Discreta	Años
Sexo	Clasificación biológica del paciente.	Sexo registrado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Femenino 2. Masculino

Comorbilidades	Enfermedades o condiciones clínicas preexistentes en el paciente, distintas a la enfermedad hepática crónica descompensada, que pueden influir en su estado de salud, evolución o manejo terapéutico.	Tipo de comorbilidad registrada en el expediente clínico del paciente al momento de ingresar al hospital. Se registraron a texto libre o con abreviaturas estandarizadas y posteriormente se clasificaron por tipo (ej: HAS, DT2, EPOC, etc.).	Cualitativa Nominal Politómica	1. Metabólicas 2. Cardiovasculares 3. Reumatológicas 4. Neurológicas 5. Renales 6. Oncológicas 7. Sin Comorbilidades
----------------	---	--	--------------------------------------	--

Tabla 2. Etiología de la enfermedad hepática

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala de medición
Etiología de la enfermedad hepática	Causa u origen del daño al hígado que provoca a enfermedad hepática.  Se consideran:	Etiología de la enfermedad registrada en el expediente clínico.  La variable se registró de forma general, es decir,	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Alcohólica 2. Viral 3. MASLD 4. Autoinmune

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad hepática crónica causada por infección viral, principalmente VHB o VHC.</li> <li>• Hepatitis originada por el alcohol</li> <li>• Enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD).</li> <li>• Enfermedad hepática crónica de origen autoinmune, como hepatitis autoinmune, colangitis biliar primaria o colangitis esclerosante primaria.</li> <li>• Enfermedad hepática de causa incierta,</li> </ul>	<p>incluyendo todas las etiologías, y de forma individual registrando la presencia o ausencia de cada etiología.</p>		5. Incierta 6. Otras
		Cualitativa Nominal Dicotómica	0. EHC no originada por el alcohol 1. EHC originada por el alcohol
		Cualitativa Nominal Dicotómica	0. Sin MASLD 1. Con MASLD
		Cualitativa Nominal Dicotómica	0. EHC no autoinmune 1. EHC autoinmune
		Cualitativa Nominal Dicotómica	0. EHC no viral 1. EHC viral
		Cualitativa	0. EHC no de causa incierta

	cuya etiología no se puede identificar después de realizar un estudio exhaustivo del caso.		Nominal Dicotómica	1. Con EHC de causa incierta
			Cualitativa Nominal Dicotómica	0. Sin otro tipo de EHC distinto  1. Con otro tipo de EHC distinto

Tabla 3. Causas de descompensación hepática (de ingreso hospitalario)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala de medición
Causas de descompensación hepática	Causas por las que el paciente ingresa al hospital relacionadas a la enfermedad hepática.	Señalización explícita en el expediente. La información se registró de forma general incluyendo todas las causas y de forma individual.  Se consideran las siguientes causas:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• STDA.</li> <li>• Ascitis.</li> <li>• EH.</li> <li>• PBE.</li> </ul>	Cualitativa Nominal Politómica	1. STDA 2. Ascitis. 3. EH 4. PBE 5. Infección sistémica 6. SHR
			Cualitativa Dicotómica Nominal	0. Sin STDA 1. Con STDA

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SHR.</li> <li>• Infección sistémica.</li> </ul>	Cualitativa Dicotómica Nominal	0. Sin ascitis. 1. Con ascitis.
			Cualitativa Dicotómica Nominal	0. Sin EH 1. Con EH
			Cualitativa Dicotómica Nominal	0. Sin PBE 1. Con PBE
			Cualitativa Dicotómica Nominal	0. Sin SHR 1. Con SHR
			Cualitativa Dicotómica Nominal	0. Sin Infección sistémica 1. Con Infección sistémica
			Cualitativa Dicotómica Nominal	0. Sin SHR 1. Con SHR

Tabla 4. Severidad de la enfermedad hepática

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala de medición
Severidad de la enfermedad hepática	<p>Estratificación de la severidad de la enfermedad hepática basada en el estado funcional del hígado y el pronóstico clínico del paciente.</p> <p>La severidad en enfermedades hepáticas se mide con la escala Child-Pugh, la cual considera tres clasificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Child-Pugh A: Pacientes con enfermedad hepática compensada y buen pronóstico a corto plazo.</li> <li>• Child-Pugh B.</li> </ul>	<p>Información tomada del expediente clínico. Únicamente se incluyó información relativa a la medición de la escala Child-Pugh, la cual considera las siguientes clasificaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Child-Pugh A. Puntuación total de 5 a 6. Supervivencia esperada del 100% a 1 año y 85% a 2 años.</li> <li>• Child-Pugh B. Puntuación total de 7-9 puntos en la escala Child-Pugh. Supervivencia esperada del 81% a 1 año y 57% a 2</li> </ul>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Politómica</p>	<p>1. Child-Pugh A</p> <p>2. Child-Pugh B</p> <p>3. Child-Pugh C</p>

	<p>Pacientes con enfermedad hepática descompensada a moderada y pronóstico intermedio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Child-Pugh C. Pacientes con EHCD y mal pronóstico a corto plazo.</li> </ul>	<p>años.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Child-Pugh C. Puntuación total de 10-15 puntos en la escala Child-Pugh. Supervivencia esperada del 45% a 1 año y 35% a 2 años.</li> </ul>		
--	---	---	--	--

Tabla 5. Desenlaces clínicos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala de medición
Días de hospitalización	Tiempo de estancia en el hospital desde el ingreso hasta egreso.	Cantidad de días que se registran en el expediente clínico.	Cuantitativa Razón Discreta	Número de días
Evolución clínica	Evolución del estado del paciente durante el periodo de estudio, considerando el alta, el	Evolución registrada en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal Politómica	1. Alta 2. UCIA 3. Defunción

	requerimiento de manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIA) y la defunción durante la hospitalización.			
Reingreso	Nueva hospitalización dentro del periodo de estudio.	Se consideraron reingresos por causas de descompensación hepática.	Cualitativa Nominal Politómica	<p>0. Sin reingreso</p> <p>1. Con reingreso</p> <hr/> <p>1. STDA</p> <p>2. Ascitis.</p> <p>3. EH</p> <p>4. PBE</p> <p>5. Infección sistémica</p> <p>6. SHR</p>

## **VI.6 Técnicas e instrumentos**

No se empleó un instrumento de recolección de datos porque el presente estudio fue retrospectivo. Solo se utilizó una hoja para registrar los datos de los pacientes, la cual se puede consultar en el anexo A. La escala Child-Pugh no fue aplicada, ya que sus clasificaciones se encontraban en los expedientes clínicos de los pacientes. En el anexo B se muestran los criterios de interpretación de la escala.

## **VI.7 Procedimientos**

Se identificaron todos los expedientes clínicos de pacientes a través del sistema de estadística institucional que ingresaron al servicio de medicina interna entre el 01 de junio 2024 al 01 junio 2025 con diagnóstico de cirrosis hepática, enfermedad hepática crónica o como diagnóstico alguna descompensación.

Se verificó a través del expediente clínico el diagnóstico de ingreso hospitalario. Si el motivo de ingreso corresponde a descompensación, se verificó que los pacientes cumplieran con toda la información necesaria en expediente clínico y los criterios de inclusión para ser elemento incluido en el estudio.

Posteriormente, se extrajeron los datos de cada paciente que cumplieron con los criterios de inclusión a través del expediente clínico como: edad, sexo, etiología de la enfermedad hepática, causa de ingreso hospitalario, estimación de severidad mediante escala Child-Pugh, evolución clínica (alta, ingreso a la UCI y fallecimiento), días de estancia hospitalaria y alta. La hoja de egreso del hospital fue revisada para verificar la duración de la estancia hospitalaria y la evolución clínica.

Una vez obtenida la información, fue introducida en una base de datos en hoja de cálculo (Excel) previamente elaborada con las variables a evaluar antes mencionadas; la hoja se usó como instrumento para la recolección de datos. Posteriormente, se realizó análisis estadístico.

## VI.8 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). La información recolectada se importó a SPSS, priorizando que los datos fueran correctamente codificados y depurados antes de ser procesados. El análisis de datos se realizó por medio de estadística descriptiva e inferencial.

Para el análisis descriptivo se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas, mientras que para variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Los resultados se presentaron mediante tablas y gráficas.

Los análisis de estadística inferencial se realizaron para identificar la existencia de relaciones entre el grado de severidad al ingreso y los principales desenlaces clínicos, tales como los días de estancia intrahospitalaria, la tasa de mortalidad y reingresos hospitalarios. En concreto se realizaron los siguientes cruces de variables:

- Grado de severidad y días de estancia intrahospitalaria: se usó la prueba ANOVA con previa verificación de que los datos de días de estancia hospitalaria se distribuyeran de forma normal. Se consideró significativo un p valor menor a 0.05 y se consideraron 4 grados de libertad.
- Grado de severidad y evolución clínica, se usó la prueba Chi cuadrado considerando significativo  $p < 0.05$  y 5 grados de libertad.
  - Grado de severidad y alta hospitalaria, se usó la prueba Chi cuadrado considerando significativo  $p < 0.05$  y 5 grados de libertad.
  - Grado de severidad y requerimiento de manejo en la UCIA, se usó la prueba Chi cuadrado considerando significativo  $p < 0.05$  y 5 grados de libertad.
  - Grado de severidad y defunción, se usó la prueba Chi cuadrado considerando significativo  $p < 0.05$  y 5 grados de libertad.
- Grado de severidad y reingreso, se usó la prueba Chi cuadrado considerando significativo  $p < 0.05$  y 5 grados de libertad.

## **VI.9 Consideraciones éticas**

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la asociación médica de Helsinki y su revisión en la asamblea de Helsinki, Finlandia de 2024 (AMM, 2024). En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

Se siguió al pie de la letra lo dictado por el Reglamento de la Ley General de Salud publicada en el diario oficial de la federación el día 07 de febrero del 1984, en su título segundo, capítulo I, artículo 17, sección I, la investigación no presentará riesgos ni violación en los derechos humanos y se protegerá la confidencialidad de todos los pacientes (2024).

Este proyecto de investigación no requirió de consentimiento informado, puesto que es un estudio observacional el cual no representará ningún riesgo para la salud del paciente debido a que el instrumento que se empleó para la recolección de los datos se llenó con información del expediente clínico, cuidando en todo momento la confidencialidad de los datos y que la información sólo se use con fines de investigación.

## VII. Resultados

### VII.1 Características sociodemográficas

La proporción de mujeres en la muestra (52.5%, n = 32) fue ligeramente mayor a la de hombres (47.5%, n =29). En la figura 1 se muestra una representación gráfica de la distribución de la muestra por sexo.

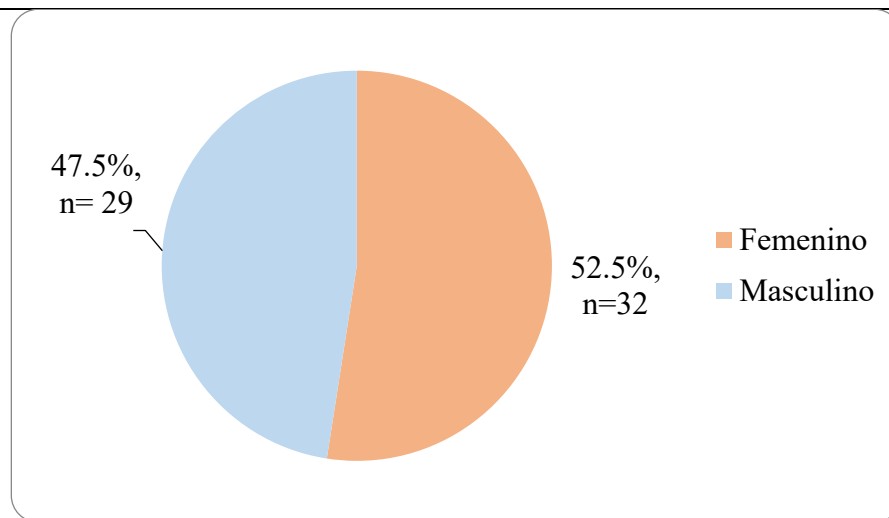


Figura 1. Distribución de la muestra por sexo

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

El tipo de comorbilidad más frecuente fueron las metabólicas (36.1%, n = 22), seguido de las comorbilidades cardiovasculares (23%, n = 14) y las personas sin comorbilidad (18%, n = 11). En menor proporción había pacientes con comorbilidades reumatológicas (13.1%, n = 8), neurológicas (1.6%, n = 1) y renales (3.3%, n = 2) (figura 2).

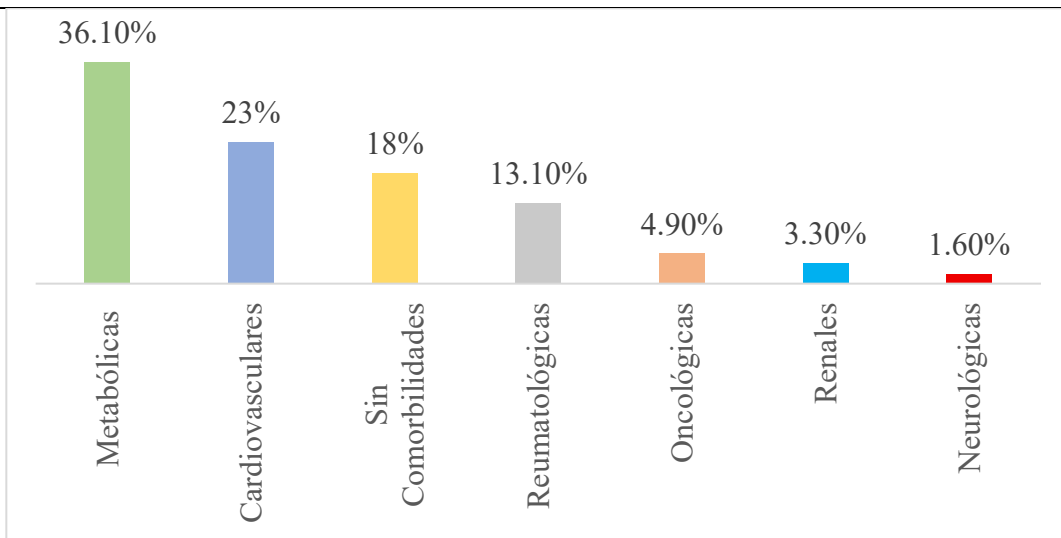


Figura 2. Incidencia de comorbilidades.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

En la figura 3 se muestra una representación gráfica para la variable edad; como se puede observar, el promedio de edad fue de 65.95 años ( $\pm 11.32$ ), con una mediana de 65 años, mínimo de 36 y máximo de 88 años

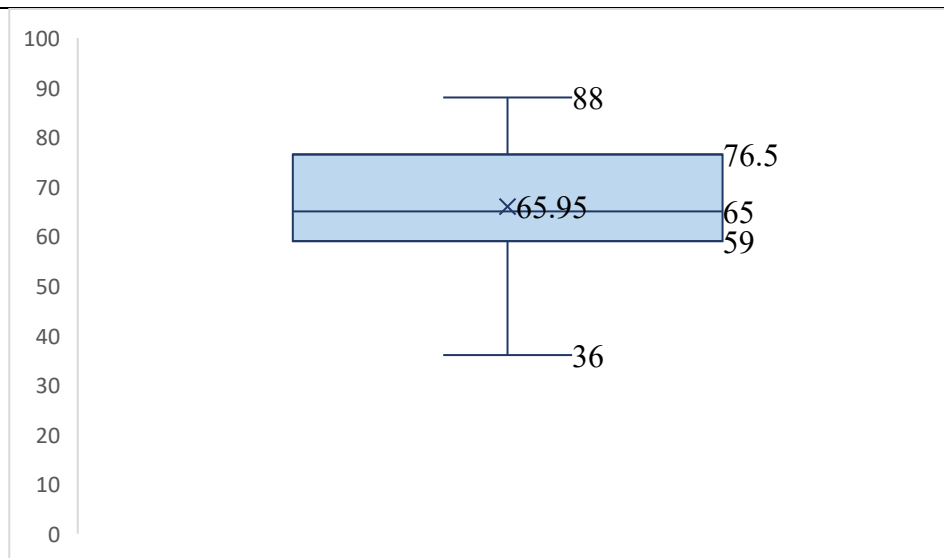


Figura 3. Medidas de tendencia central de la edad

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

## VII.2 Etiologías de la enfermedad hepática

En la figura 4, se muestran distribución de la muestra por etiología de la enfermedad hepática. Se identifica que la etiología más frecuente es la Hepatitis originada por el alcohol con 20 casos (32.8%). Después, se encuentra la enfermedad hepática de causa incierta (24.6%, n=15) y la enfermedad hepática crónica de origen autoinmune (18%, n=11). La menos frecuente fue la enfermedad hepática crónica causada por infección viral (4.9%, n=3), seguida por etiología asociada a la disfunción metabólica y otras (9.8%, n=6 para cada una).

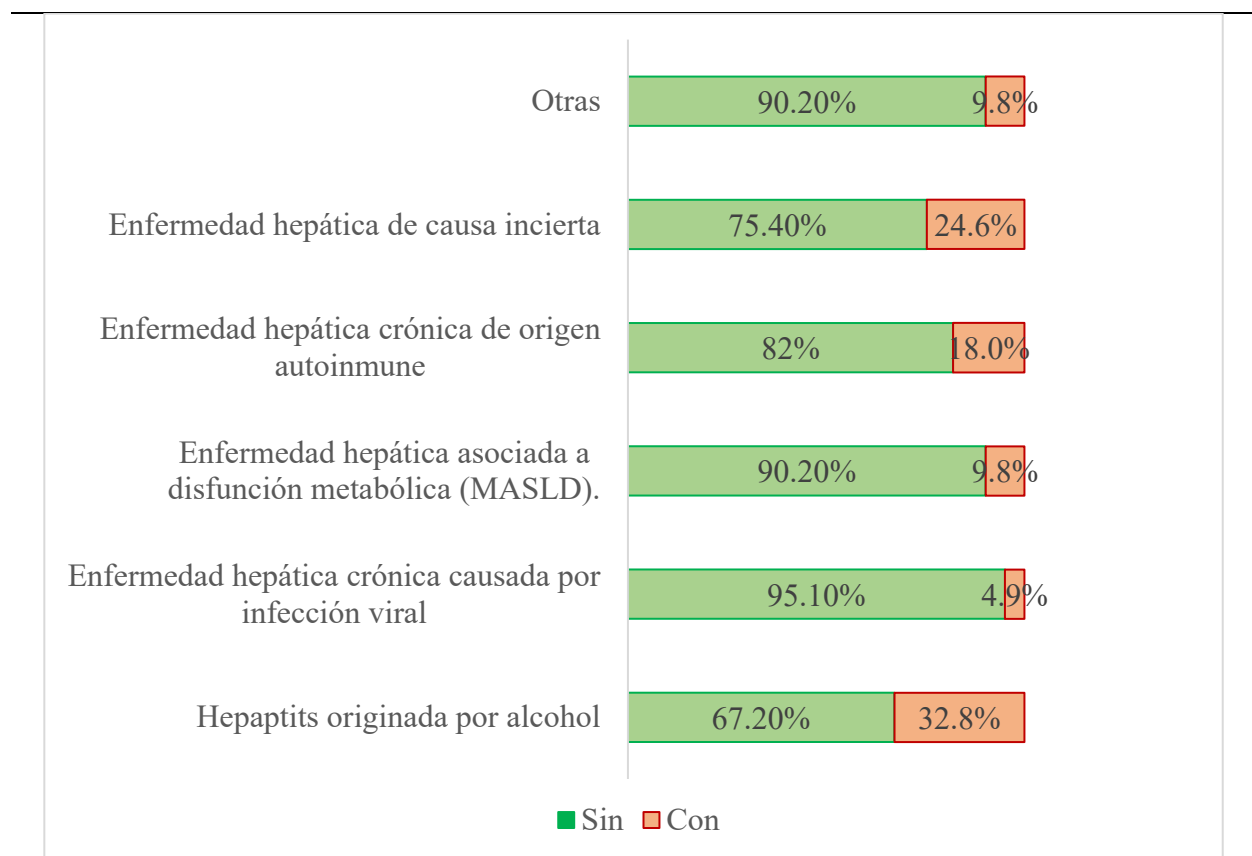


Figura 4. Etiología de la enfermedad hepática.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

### VII.3 Causas de descompensación hepática y estratificación al momento del ingreso hospitalario

En cuanto a las causas de descompensación hepática, la más frecuente fue el STDA (29.5%, n=18), seguida de encefalopatía hepática (27.9%, n=17) y la infección sistémica (19.7%, n=12). Mientras que los motivos menos frecuentes fueron PBE (9.8%, n=6) y ascitis (13.10%, n=8) (véase Figura 5).

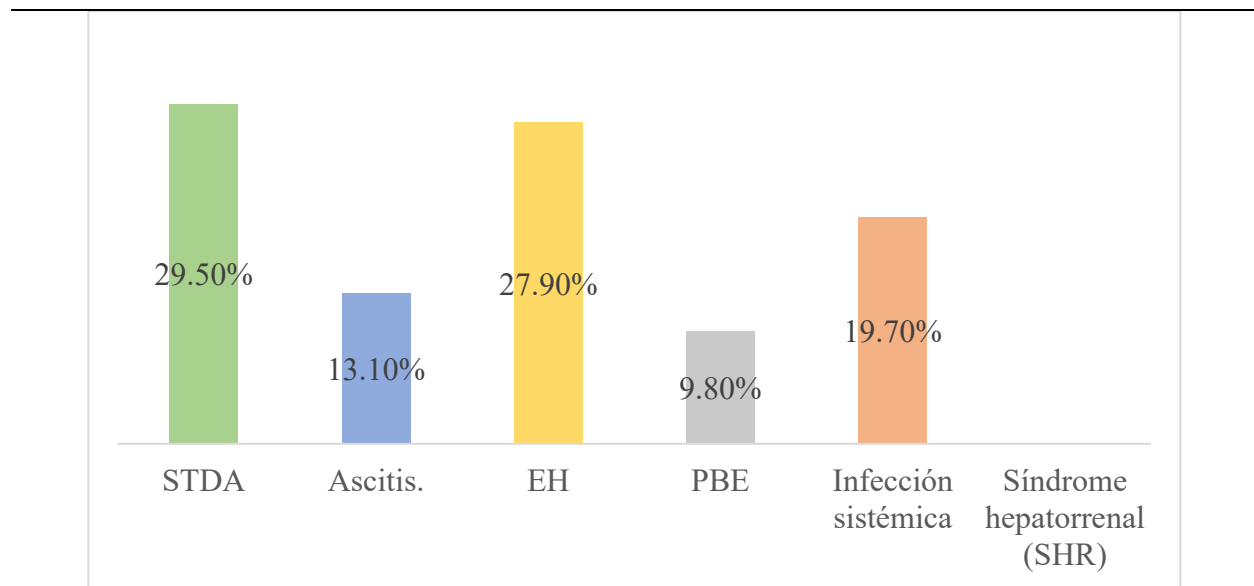


Figura 5. Causas de descompensación hepática.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

Al evaluar el grado de severidad con la clasificación Child-Pugh, se identificó que la categoría de severidad más frecuente en la muestra en estudio fue el tipo C (44.3%, n=27), seguido del tipo B (39.3%, n=24). Mientras que, las personas con severidad de tipo A solamente fueron 16.4% (n=10) (véase Figura 6).

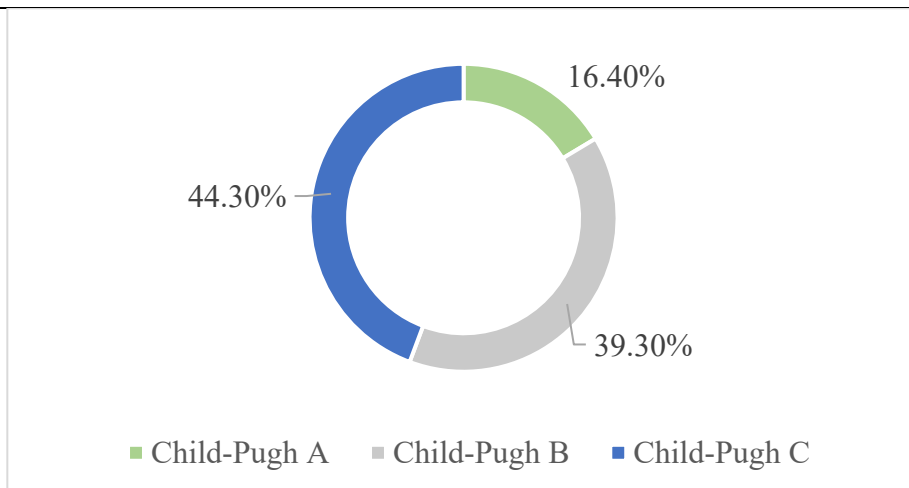


Figura 6. Clasificación Child-Pugh.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

Al evaluar los días de estancia intrahospitalaria, se pudo identificar que la media de días fue de 8.07 días (DE=6.26), con una estancia mínima de un día y máximo de 28 días (véase Figura 7).

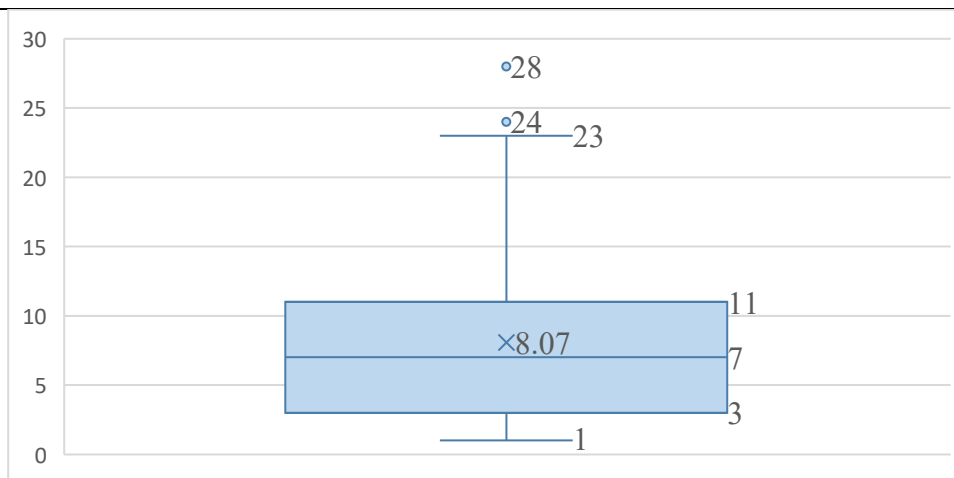


Figura 7. Días de estancia intrahospitalaria.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

En cuanto a la evolución del estado de salud de los pacientes, se pudo reconocer que 72.4% (n=44) fueron dados de alta, mientras que 4.9% (n=3) fueron remitidos a la unidad de cuidados intensivos. Finalmente, el 23% (n=14) tuvieron defunción (véase Figura 8). En cuanto a la incidencia del reingreso, se identificó que solamente 16.4% (n=10) volvió a ser hospitalizado; por lo que, 83.6% (n=51) no volvieron a regresar a ser hospitalizados (véase Figura 9).

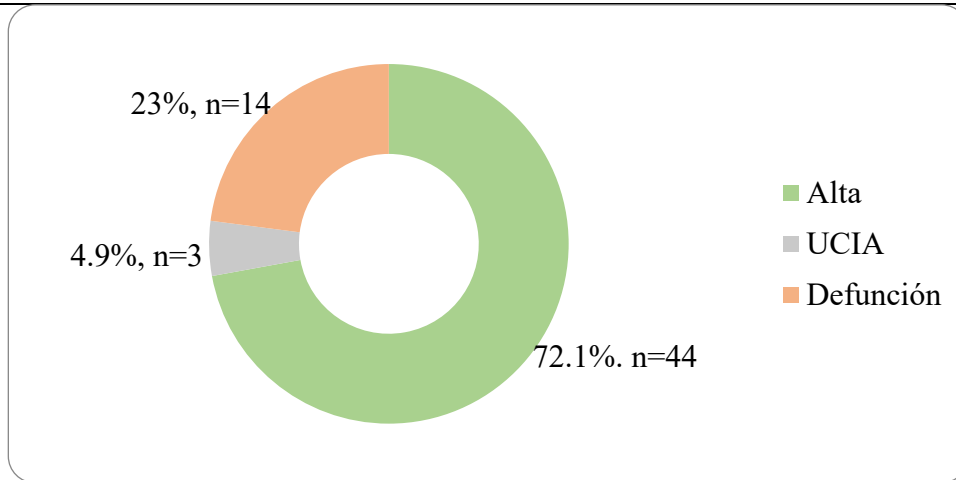


Figura 8. Evolución.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

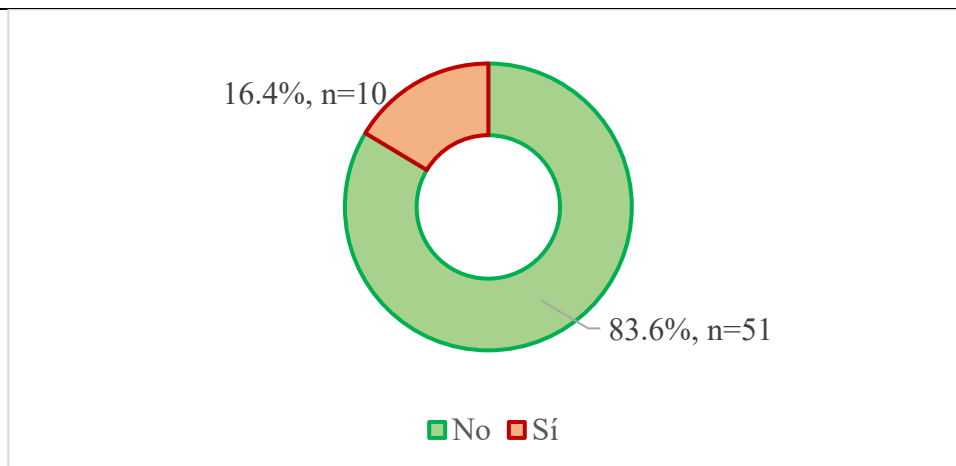


Figura 9. Incidencia de reingreso.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

Al analizar las causas de reingreso, la más frecuente fue por STDA (8.2%, N=5), seguida de ascitis (4.9%, n=3) e infección sistémica (1.6%, n=1) (véase Figura 10).

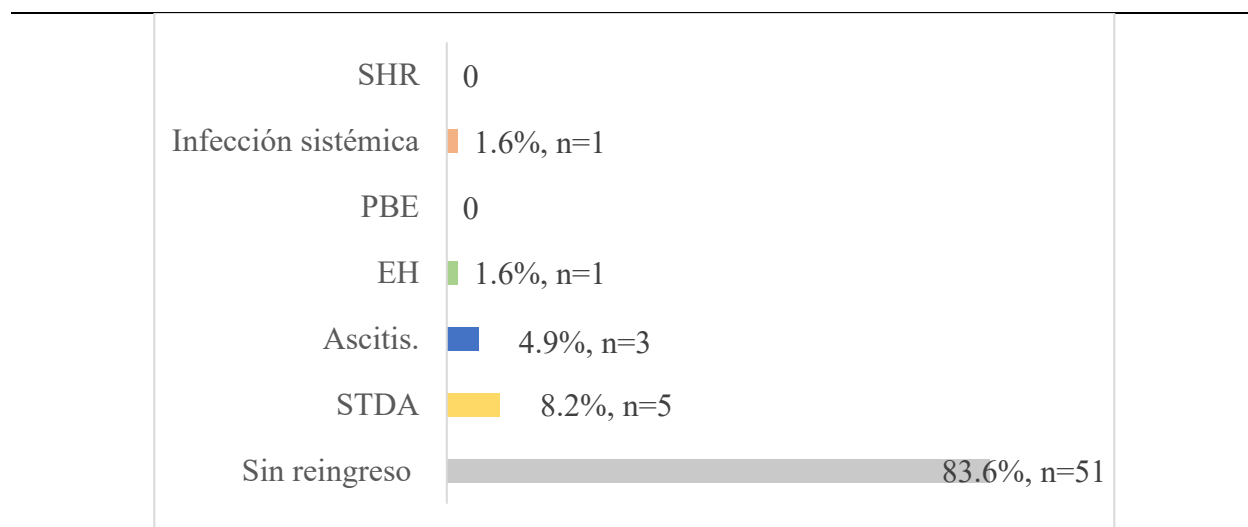


Figura 10. Causas de reingreso.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

#### VII.4 Relación entre el grado de severidad al ingreso y los desenlaces clínicos

Adicionalmente, se buscó identificar si había alguna variación significativa entre el grado de severidad con los días de estancia intrahospitalaria. La intención fue reconocer si la severidad hacía que pasaran más tiempo dentro del hospital. Al respecto, se reconoció que, en efecto, las personas con grado C pasaron en promedio 9.3 días (DE=7.63, mínimo = 1; máximo = 28) mientras que los pacientes con clasificación A pasaron 6.8 días en promedio (DE=4.75, mínimo = 3; máximo = 19). A pesar de que en términos clínicos el grado de severidad sí muestre más tiempo en el hospital, al evaluar si la diferencia es significativa con prueba de ANOVA, se reconoció que no es estadísticamente significativa esta diferencia (p=0.393) (tabla 6). Esto puede deberse al tamaño de la muestra y la división de los grupos, ya que los pacientes con grado C fueron más (n=24) que los de grado A (n=10). Al igual, la mediana de los tres grupos se encuentra en valores similares.

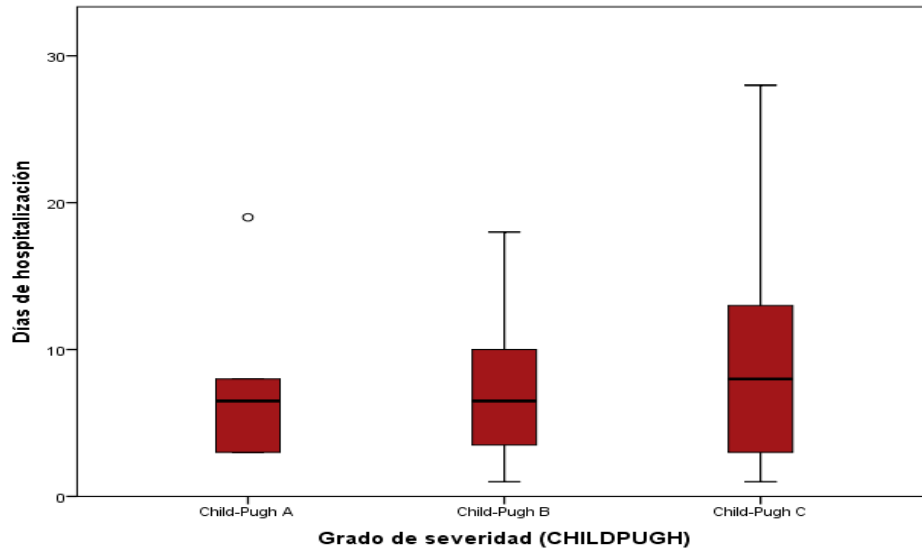


Figura 11. Días de estancia hospitalaria por Clasificación Child-Pugh. Nota: sin diferencias estadísticamente significativas con prueba ANOVA ( $p=0.393$ ).

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

Tabla 6. Días de estancia hospitalaria por clasificación Child-Pugh

Clasificación Child-Pugh	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo	Prueba ANOVA
Child-Pugh A	10	6.80	4.756	3	19	F=0.949, p=0.393
Child-Pugh B	24	7.21	4.934	1	18	
Child-Pugh C	27	9.30	7.635	1	28	
Total	61	8.07	6.263	1	28	

Nota: se aplicó ANOVA, ya que se cumplió con el supuesto de normalidad en la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $p=0.150$ ). Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

Por último, se procedió a identificar si había asociaciones significativas entre el grado de severidad con las variables en estudio de los principales desenlaces clínicos. Al respecto, se puede identificar que solamente hubo asociaciones significativas entre el grado de severidad al ingreso con las variables de alta ( $p=0.017$ ) y con defunción durante la hospitalización ( $p=0.038$ ). En el resto de los desenlaces, no hubo asociaciones significativas con severidad ( $p<0.05$ ) (véase *Tabla 7*).

Tabla 7. Grado de severidad por variables en estudio

Variable	Indicador	Child-Pugh A	Child-Pugh B	Child-Pugh C	Prueba de Chi cuadrado		
					x2	gl	p
Alta	No	0	5	12	8.145	2	0.017
	Sí	10	19	15			
Requerimiento de UCIA	No	10	23	25	0.904	2	0.636
	Sí	0	1	2			
Defunción durante hospitalización	No	10	20	17	6.544	2	0.038
	Sí	0	4	10			
Evolución clínica	Alta	10	19	15	8.172	4	0.085
	UCIA	0	1	2			
	Defunción	0	4	10			
Reingreso	No	7	20	24	1.748	2	0.417
	Sí	3	4	3			
Motivo de reingreso	Sin reingreso	7	20	24	12.976	8	0.113
	STDA	2	3	0			
	Ascitis.	1	0	2			
	EH	0	0	1			
	Infección sistémica	0	1	0			

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

Sobre el estatus de alta, la asociación con el grado de severidad al ingreso puede deberse a que todos los pacientes con grado A fueron dados de alta (n=10), y mayor proporción de pacientes con grado B fueron dados de alta en comparación con aquellos que no recibieron el alta (19 vs 5) (véase Figura 12).

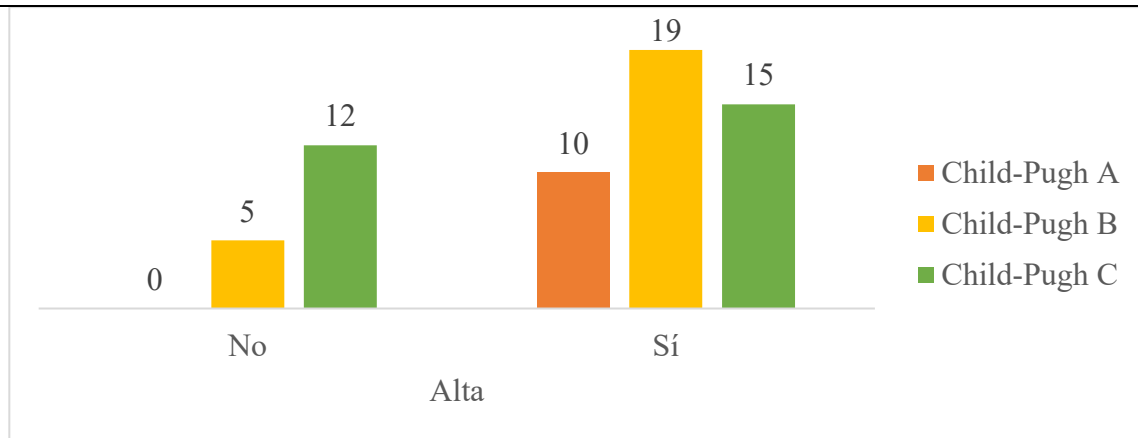
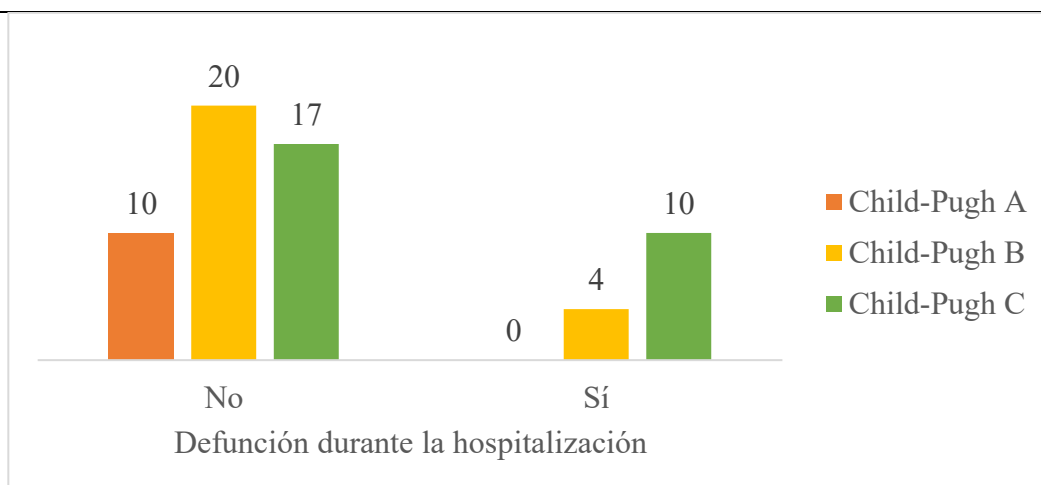


Figura 12. Estatus de alta por Clasificación Child-Pugh.

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

Por último, la defunción hospitalaria tuvo asociación con el grado de severidad, posiblemente porque los pacientes con grado A estuvieron concentrados en pacientes que sobrevivieron (n=10), así como los pacientes de grado B estuvieron mayormente concentrados en supervivencia antes que en defunción (20 vs 4). Y en la defunción hubo más pacientes de grado C que de grado B (10 vs 4) (véase Figura 12).



---

Figura 13. Defunción hospitalaria por Clasificación Child-Pugh

Fuente: elaboración propia con base en los expedientes clínicos y los resultados de SPSS.

---

## VIII. Discusión

Entre los principales resultados, se identifica que la etiología predominante en la muestra fue la hepatitis originada por el alcohol (32.8%,  $n = 20$ ). Este resultado es consistente con la literatura, por ejemplo, en el estudio de Moreno-Cobos et al. (2022) la enfermedad hepática causada por el alcohol también fue la predominante, ya que representó el 43% de su muestra, otras etiologías predominantes en su estudio fueron MASLD en el 9.9% y la enfermedad hepática de causa incierta en el 31.7%.

De igual forma, en la encuesta realizada en población latinoamericana por Vorobioff et al. (2020), la enfermedad hepática originada por el alcohol fue la más prevalente (40%) frente a otras como MASLD (23%), autoinmune (6%) o la enfermedad hepática causada por infección viral (7.0%).

A pesar de lo anterior, también existen estudios en los que la etiología alcohólica no es la más frecuente. Por ejemplo, en el caso del estudio de Mengual- Moreno et al. (2025) realizado en Venezuela, la principal etiología fue MASLD (34.2%), aunque la etiología alcohólica fue la segunda más frecuente (22.4%). También en el estudio de Muñoz-Cedeño et al. (2021) realizado en Ecuador, se reporta MASLD como la etiología predominante (45%), mientras que la originada por alcohol se presenta en el 16.8%.

En el contexto mexicano, estudios previos han identificado que la enfermedad hepática crónica causada por infección viral era la más frecuente (36.2%), mientras la causada por el alcohol era la segunda más frecuente (31.2%). Con base en los resultados de la literatura y los del presente estudio, se considera que las etiologías más frecuentes son MASLD, de causa infecciosa y originada por el alcohol.

La causa más frecuente de la descompensación hepática fue la presencia de STDA, el cual se presentó en 18 (29.5%) casos. Asimismo, al estratificar la severidad de

la enfermedad con la escala Child-Pugh se observó que el 44.3% (n = 27) se clasifica con Child-Pugh C y el 39.3% (n =24) con Child-Pugh B.

En relación a los resultados de severidad, se identifican estudios con resultados similares; por ejemplo, Luján-Ramos et al. (2020) reporta que en pacientes hospitalizados en una institución de salud de Colombia, la mayoría se clasificaba con Child-Pugh B (53.3%) y Child-Pugh C (28.2%).

Tomando en cuenta que Child-Pugh C es el nivel de severidad más alto y que Child-Pugh B corresponde a una enfermedad hepática moderadamente grave, se considera que una explicación de los resultados es que la hospitalización por descompensaciones es mayor en pacientes con un mayor daño y disfunción del hígado, es decir, con mayor severidad. A pesar de lo anterior, es necesario otro tipo de investigación para corroborar esta explicación, como un estudio de casos y controles que incluya pacientes sin descompensación.

Con respecto a los desenlaces clínicos, la mayoría de los pacientes fueron dados de alta (72.1%, n = 44) y se obtuvo un promedio de días de hospitalización de 8.07 ( $\pm$  6.2) días, a pesar de lo anterior, 23% (n = 14) de los pacientes murieron y el 16.4% (n = 10) reingresó a hospitalización. Finalmente, se identificó una asociación entre el grado de severidad de la enfermedad hepática y los desenlaces clínicos de alta ( $\chi^2= 8.145$ , p = 0.017) y defunción ( $\chi^2= 6.544$ , p = 0.038).

La explicación que se da a los resultados es que el daño y disfunción del hígado característica de las clasificaciones Child-Pugh C y B dificulta la recuperación de los pacientes y, eventualmente, implicaría un mayor riesgo de muerte. Los cruces de variables en los que se identificaron asociaciones apoyan esta formación, ya que ningún paciente con Child-Pugh A está entre los pacientes fallecidos, por lo que estos pacientes tampoco están entre los que no fueron dados de alta.

De igual forma, otros estudios permiten sostener la explicación anterior. Por ejemplo, en la investigación de Luján-Ramos et al. (2020) se reporta una tasa de mortalidad de 11.5% y mayor frecuencia de pacientes clasificados con Child-Pugh B y C

en 78 pacientes con enfermedad hepática; al hacer análisis entre estas dos variables identifican que las clasificaciones más altas de Child-Pugh (B y C) predicen significativamente la mortalidad (AUROC = 0.79,  $p = 0.008$ ), además de que la mortalidad es mayor en las clases más altas de Child-Pugh (B y C) ( $p = 0.037$ ).

Asimismo, Martínez et al. (2017), por medio de análisis de regresión, reporta que en pacientes con enfermedad hepática con cirrosis la principal variable predictora de la mortalidad fue la clasificación Child-Pugh C (Exp[B] = 0.068,  $p = 0.002$ ). Con todo, también existen estudios con resultados contrarios a los obtenidos. Al respecto, Aureliano et al. (2021) indica que no hay una asociación entre la mortalidad y la clasificación Child-Pugh en su muestra ( $p = 0.477$ ).

### **VIII.1 Fortalezas y debilidades**

Una de las principales fortalezas del presente estudio es que describe y busca asociaciones entre las variables que componen el perfil epidemiológico de la EHC. De esta forma es posible identificar variables asociadas a la severidad de la enfermedad y desenlaces como la mortalidad. Además, describe a detalle las etiologías de la EHC y las causas de la descompensación.

En contraste, las debilidades del presente estudio fueron el limitado tamaño de muestra (61 personas), su diseño retrospectivo y el muestreo no probabilístico de la muestra, aunque estas debilidades se asumieron para obtener la mayor cantidad posible de pacientes, ya que, si bien la EHC es una enfermedad común entre los pacientes hospitalizados en el Hospital General ISSSTE Querétaro, no todos los casos suministraron datos sobre las variables necesarias para el estudio, como la valoración del paciente con clasificación Child-Pugh.

### **VIII.2 Propuestas**

La primera propuesta consiste en valorar la clasificación Child-Pugh en pacientes con enfermedad hepática. Derivado de lo anterior, se considera que cualquier institución hospitalaria que no cuente con esta valoración entre sus procedimientos de atención,

debería incluirla; asimismo, en el Hospital General ISSSTE Querétaro se promueve que siga siendo usada.

También es posible recomendar variaciones al diseño de investigación elegido en la presente investigación para identificar las causas de la descompensación. Para este propósito son recomendables estudios de casos y controles, sin embargo, suelen ser más difíciles de llevar a cabo debido a la dificultad de contactar con pacientes con enfermedad hepática crónica que no hayan sido hospitalizados y que no tengan descompensación.

Asimismo, es recomendable retomar análisis estadísticos identificados en otras investigaciones, por ejemplo, el uso de curva ROC o análisis de regresión logística para identificar variables predictoras de los desenlaces clínicos investigados (defunción, alta e ingreso a UCIA). Este tipo de análisis no se realizó en la presente investigación debido a que solo se buscaba caracterizar el perfil epidemiológico, clínico y evolutivo de los pacientes.

### **VIII.3 Conclusiones**

En esta investigación se caracterizó el perfil epidemiológico, clínico y evolutivo de los pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada hospitalizados. Para cumplir este cometido se cumplieron tres objetivos específicos, a continuación, se presentan las principales conclusiones en torno a cada objetivo.

Primero, sobre las características sociodemográficas de la muestra; se identifica una mayor proporción de mujeres, comorbilidades de tipo metabólico y una edad promedio por encima de los 65 años. Por otro lado, la etiología de la enfermedad hepática más frecuente es la originada por el alcohol.

A pesar de lo anterior, se considera que los resultados pueden variar dependiendo de la población de estudio, ya que en otros estudios se han identificado distintas causas etiológicas más frecuentes, en comparación con el alcohol. Haciendo una síntesis entre los resultados reportados en el presente estudio y los estudios antecedentes, es posible

concluir que las etiologías más frecuentes son la originada por el alcohol, MASLD y la causada por infección viral.

En el ingreso hospitalario, las causas más frecuentes de la descompensación fueron STDA, EH e infección sistémica; por otro lado, la evaluación de la severidad con la clasificación Child-Pugh revela que los pacientes ingresan con las clasificaciones de severidad más altas (B y C). Lo anterior permite concluir que los pacientes con enfermedad hepática que ingresan para ser hospitalizados presentan un estado grave; lo cual explica que la defunción sea un desenlace común para este tipo de pacientes.

En el tercer objetivo se realizan análisis estadísticos para saber si la severidad de la enfermedad hepática se asocia a la estancia, mortalidad y reingreso. Con respecto a la estancia, pese a que se observa que los pacientes con mayores días de estancia se agrupan en las clasificaciones más altas de severidad, no existe relación entre estas variables. Con el reingreso es una situación similar; no existe una asociación. Pero en el caso de la mortalidad sí existe una asociación; esto se debe a que los pacientes que murieron también se encontraban en las clasificaciones más altas de severidad.

Con base en los resultados obtenidos, se retiene la hipótesis nula: no hay asociaciones entre el grado de severidad y las variables de días de estancia intrahospitalaria, la tasa de mortalidad y los reingresos hospitalarios. Aunque el grado de severidad sí se asocia a la mortalidad y supervivencia (alta hospitalaria), no se asocia a la estancia y el reingreso hospitalario.

Finalmente, se concluye que la escala de severidad Child-Pugh es un instrumento indispensable para valorar a los pacientes que ingresan por descompensación, ya que es una variable asociada a la mortalidad y al alta hospitalaria en el presente estudio, además de ser un predictor de mortalidad según la evidencia presentada en la literatura científica. En relación a los reingresos y alta hospitalaria, no es posible sostener que exista una asociación; sin embargo, se considera recomendable probar la existencia de esta asociación en otros estudios con muestras más grandes.

#### XIV. Referencias bibliográficas

- Agarwal, B., Cañizares, R. B., Saliba, F., Ballester, M. P., Tomescu, D. R., Martin, D., Stadlbauer, V., Wright, G., Sheikh, M., Morgan, C., Alzola, C., Lavin, P., Green, D., Kumar, R., Sacleux, S. C., Schilcher, G., Koball, S., Tudor, A., Minten, J., ... Jalan, R. (2023). Randomized, controlled clinical trial of the DIALIVE liver dialysis device versus standard of care in patients with acute-on- chronic liver failure. *Journal of Hepatology*, 79(1), 79-92. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.03.013>
- Aguilar-Nájera, O., Velasco-Zamora, J. A., & Torre, A. (2015). Diagnóstico y tratamiento de los síndromes de sobreposición de hepatitis autoinmune. *Revista de Gastroenterología de México*, 80(2), 150-159. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.04.001>
- AMM. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. *AMM*. <https://www.wma.net/es/policiess-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Anthony, P. P., Ishak, K. G., Nayak, N. C., Poulsen, H. E., Scheuer, P. J., & Sobin, L. H. (1977). The morphology of cirrhosis: Definition, nomenclature, and classification. *Bulletin of the World Health Organization*, 55(4), 521-540.
- Aureliano, A. P. M. D. S., Soares, R. F. S., Farias, A. Q. D., Silva, F. N. A., Carneiro, M. D. V., Cerdeira, C. D., & Mendes, L. S. C. (2021). Análise de escores preditores de mortalidade após o primeiro ano de internação para pacientes cirróticos descompensados. *Research, Society and Development*, 10(16), e159101623315. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23315>
- Campos-Varela, I., & Castells, L. (2008). Puntuaciones de pronóstico de la cirrosis. *Gastroenterología y Hepatología*, 31(7), 439-446. <https://doi.org/10.1157/13125591>
- Castro-Narro, G. E., & Rinella, M. E. (2024). La nueva nomenclatura de esteatosis hepática. ¡No más NAFLD! *Revista de Gastroenterología de México*, 89(2), 312-313. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.02.005>

- European Association for the Study of the Liver. (2023). EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. *Journal of Hepatology*, 79(2), 461-491. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.04.021>
- Ginès, P., Krag, A., Abraldes, J. G., Solà, E., Fabrellas, N., & Kamath, P. S. (2021). Liver cirrhosis. *Lancet (London, England)*, 398(10308), 1359-1376. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01374-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01374-X)
- Ifrah, A., Fromer, R., Gayner, A. H., & Yeung, H.-M. (2024). Discharge Outcomes of Hospitalized Patients with New Onset Decompensated Cirrhosis. *Digestive Diseases and Sciences*, 69(9), 3220-3225. <https://doi.org/10.1007/s10620-024-08574-8>
- INEGI. (2025). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Portal INEGI. <https://www.inegi.org.mx/>
- ISSSTE. (2024). *Anuario Estadístico 2024*. Gobierno de México. <https://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2024.html>
- Juanola, A., Pose, E., & Ginès, P. (2025). Cirrosis hepática: Enfermedad antigua, reto nuevo. *Medicina Clínica*, 164(5), 238-246. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2024.11.002>
- Juanola Mayos, A., Pose, E., & Ginés Gibert, P. (2025). Cirrosis hepática: Enfermedad antigua, reto nuevo. *Medicina clínica*, 164(5), 238-246.
- Khan, H. A., Din, N. U., Iqbal, S., Abbas, G., Yousaf, M., Shah, B. M., & Umam, S. (2024). Mortality and length of hospital stay in patients with liver cirrhosis based on their meld score. *Journal of Medical Sciences*, 32(1), 12-17. <https://doi.org/10.52764/jms.24.32.1.2>
- Lee, M. J. (2023). A review of liver fibrosis and cirrhosis regression. *Journal of Pathology and Translational Medicine*, 57(4), 189-195. <https://doi.org/10.4132/jptm.2023.05.24>
- Lontos, S., Gow, P. J., Vaughan, R. B., & Angus, P. W. (2008). Norfloxacin and trimethoprim-sulfamethoxazole therapy have similar efficacy in prevention of spontaneous bacterial peritonitis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 23(2), 252-255. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2007.04926.x>

- Luján-Ramos, M. A., Díaz Ramírez, G. S., Martínez-Casas, O. Y., Morales-Ortíz, A. F., Donado-Gómez, J. H., Restrepo-Gutiérrez, J. C., & Marín-Zuluaga, J. I. (2020). Caracterización de pacientes con cirrosis hepática y bacteriemia de un hospital universitario en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 35(4), 455-464. <https://doi.org/10.22516/25007440.557>
- Luo, X., He, Y., Jiang, Z., & Liao, J. (2025). Global burden of liver cirrhosis: Trends from 1990–2021 and projections to 2060. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 44(1), 370. <https://doi.org/10.1186/s41043-025-01109-5>
- Martínez, J. D., Garzón Olarte, M. A., Rey Tovar, M. H., Hernández, G., Beltrán, Ó. A., Ceballos, J., Ponce De León, E., & Varón Puerta, A. (2017). Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes cirróticos con sangrado varicoso en dos hospitales de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 31(4), 331. <https://doi.org/10.22516/25007440.107>
- Meléndez González, C. A., & Meléndez González, J. D. J. (2012). Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México. *Medwave*, 12(07), e5454-e5454. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.07.5454>
- Méndez-Sánchez, N., Aguilar-Ramírez, J. R., Reyes, A., Dehesa, M., Juárez, A., Castañeda, B., Sánchez-Avila, F., Poo, J. L., Guevara González, L., Lizardi, J., Valdovinos, M. A., Uribe, M., Contreras, A. M., Tirado, P., Aguirre, J., Rivera-Benítez, C., Santiago-Santiago, R., Bosques-Padilla, F., Muñoz, L., ... Grupo de Estudio, Asociación Mexicana de Hepatología. (2004). Etiology of liver cirrhosis in Mexico. *Annals of Hepatology*, 3(1), 30-33.
- Méndez-Sánchez, N., Zamarripa-Dorsey, F., Panduro, A., Purón-González, E., Coronado-Alejandro, E. U., Cortez-Hernández, C. A., Higuera de la Tijera, F., Pérez-Hernández, J. L., Cerda-Reyes, E., Rodríguez-Hernández, H., Cruz-Ramón, V. C., Ramírez-Pérez, O. L., Aguilar-Olivos, N. E., Rodríguez-Martínez, O. F., Cabrera-Palma, S., & Cabrera-Álvarez, G. (2018). Current trends of liver cirrhosis in Mexico: Similarities and differences with other world regions. *World Journal of Clinical Cases*, 6(15), 922-930. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v6.i15.922>

- Mengual Moreno, E. J., Urdaneta, J., Bastardo, M., Cabello, R., Velásquez, I., Perazzo, R., Guerrero, B., Yasin, G., De Sousa, M., Oviedo, M., Sánchez, C., & Dadger, L. (2025). Etiología de la cirrosis hepática en Venezuela. *Revista GEN*, 79(4), 174. <https://doi.org/10.61155/gen.v79i4.786>
- Mero, H., Rego, J., Saborit, A., Fernández, W., & Núñez, W. (2021). Factores asociados a la muerte en pacientes con cirrosis hepática. Hospital Salvador Allende. 2015 – 2019 | Revista 16 de abril. *Revista de la Unidad de Ciencias Médicas de la Habana*, 60(279). [https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/1052](https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1052)
- Moreno-Cobos, A. B., Pérez-Hernández, J. L., Enríquez-Constantino, B. A., Carmona-Castillo, M. Y., Medina-Ávalos, E. J., Dorantes-Nava, C. L., & La Tijera, M. F. H.-D. (2022). Causes of decompensation in hospitalized cirrhotic patients. *Annals of Hepatology*, 27, 100602. <https://doi.org/10.1016/j.aohep.2021.100602>
- Muñoz-Cedeño, R. G., Martínez Ballesteros, P. E., Santillán López, W. F., Paullan Sani, V., Rodríguez Chica, G., & Muñoz Cedeño, P. K. (2021). Complicaciones de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. *Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil*, 2(3), 22-29. <https://doi.org/10.51597/rmicg.v2i3.72>
- Narváez-Rivera, R. M., Cortez-Hernández, C. A., González-González, J. A., Tamayo-de la Cuesta, J. L., Zamarripa-Dorsey, F., Torre-Delgadillo, A., Rivera-Ramos, J. F. J., Vinageras-Barroso, J. I., Muneta-Kishigami, J. E., Blancas-Valencia, J. M., Antonio-Manrique, M., Valdovinos-Andraca, F., Brito-Lugo, P., Hernández-Guerrero, A., Bernal-Reyes, R., Sobrino-Cossío, S., Aceves-Tavares, G. R., Huerta-Guerrero, H. M., Moreno-Gómez, N., & Bosques-Padilla, F. J. (2013). Consenso Mexicano de Hipertensión Portal. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(2), 92-113. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.01.006>
- Ortiz-López, N., Ponce-Arancibia, S., Aleman, L., Roblero, J. P., Urzúa, Á., Cattaneo, M., & Poniachik, J. (2024). Una aproximación general al diagnóstico y manejo del daño hepático crónico en la atención primaria de salud. *Revista Médica de Chile*, 152(10), 1067-1080. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872024001001067>
- Ramos-Lopez, O., Martinez-Lopez, E., Roman, S., Fierro, N. A., & Panduro, A. (2015). Genetic, metabolic and environmental factors involved in the development of liver

- cirrhosis in Mexico. *World Journal of Gastroenterology*, 21(41), 11552-11566.  
<https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i41.11552>
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2024).  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Rodríguez Magallán, A., Valencia Romero, H. S., & Valencia Altamirano, J. x. (2008). Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex*, 75(4), 257-263.
- Schuppan, D., & Afdhal, N. H. (2008). Liver cirrhosis. *The Lancet*, 371(9615), 838-851.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60383-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60383-9)
- Sharma, A., & Nagalli, S. (2025). Chronic Liver Disease. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554597/>
- Tapper, E. B., & Parikh, N. D. (2023). Diagnosis and Management of Cirrhosis and Its Complications: A Review. *JAMA*, 329(18), 1589-1602.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2023.5997>
- Tsoris, A., & Marlar, S. (2023). *Use Of The Child Pugh Score In Liver Disease—StatPearls—NCBI Bookshelf*. National Library of Medicine.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542308/>
- Velarde-Ruiz Velasco, J. A., Higuera-de la Tijera, M. F., Castro-Narro, G. E., Zamarripa-Dorsey, F., Abdo-Francis, J. M., Aiza Haddad, I., Aldana Ledesma, J. M., Bielsa-Fernández, M. V., Cerda-Reyes, E., Cisneros-Garza, L. E., Contreras-Omaña, R., Reyes-Dorantes, A., Fernández-Pérez, N. J., García-Jiménez, E. S., Icaza-Chávez, M. E., Kershenobich-Stalnikowitz, D., Lira-Pedrín, M. A., Moreno-Alcántar, R., Pérez-Hernández, J. L., ... Torre-Delgadillo, A. (2020). Consenso Mexicano de hepatitis alcohólica. *Revista de Gastroenterología de México*, 85(3), 332-353. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.04.002>
- Vorobioff, J. D., Contreras, F., Tanno, F., Hernández, L., Bessone, F., Colombato, L., Adi, J., Fassio, E., Felgueres, M., Fernández, G., Gaité, L., Gibelli, D., Darrichon, H. G., Lafage, M., Lombardo, D., López, S., Mateo, A., Mendizábal, M., Pecoraro, J., ... Garzón, M. (2020). A Latin American survey on demographic aspects of hospitalized, decompensated cirrhotic patients and the resources for their

management. *Annals of Hepatology*, 19(4), 396-403.  
<https://doi.org/10.1016/j.aohep.2020.03.007>

Weiss, E., de la Peña-Ramirez, C., Aguilar, F., Lozano, J.-J., Sánchez-Garrido, C., Sierra, P., Martín, P. I.-B., Díaz, J. M., Fenaille, F., Castelli, F. A., Gustot, T., Laleman, W., Albillos, A., Alessandria, C., Domenicali, M., Caraceni, P., Piano, S., Saliba, F., Zeuzem, S., ... Arroyo, V. (2023). Sympathetic nervous activation, mitochondrial dysfunction and outcome in acutely decompensated cirrhosis: The metabolomic prognostic models (CLIF-C MET). *Gut*, 72(8), 1581-1591.  
<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-328708>

WHO. (2022). *Leading causes of death*. The Global Health Observatory.  
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

## XV. Anexos

### Anexo A. Hoja de recolección de datos

**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. de expediente: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Días de estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_

**ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA (subraye):**

- Alcohólica
- Viral
- MASLD
- Autoinmune
- Causa incierta
- Otras (especifique): \_\_\_\_\_

**CAUSA DE INGRESO HOSPITALARIO (subraye):**

- STDA
- Ascitis
- Encefalopatía hepática
- PBE
- Infección
- Síndrome hepatorenal

**CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD: CHILD-PUGH (subraye)**

BT: \_\_\_\_\_ ALB: \_\_\_\_\_ INR: \_\_\_\_\_ Ascitis: \_\_\_\_\_ Encefalopatía: \_\_\_\_\_

Puntaje total: \_\_\_\_\_ Clasificación: \_\_\_\_\_

- 5-6 puntos – CLASE A
- 7-9 puntos – CLASE B
- 10-15 puntos – CLASE C

**EVOLUCIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN (subraye):**

- Alta
- UCI
- Defunción

**¿EL PACIENTE REINGRESÓ DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO? (subraye):**

- Sí
- No

Causa del reingreso: \_\_\_\_\_

## Anexo B. Criterios de interpretación de la Escala Child-Pugh

Parámetro	1 punto	2 puntos	3 puntos
Encefalopatía hepática	Ausente	Grado I-II	Grado III-IV
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada-Grave
Bilirrubina total	<2 mg/dl	2-3 mg/dl	>3 mg/dl
Albúmina	>3.5 g/dl	2.8-3.5 g/dl	<2.8 g/dl
INR	<1.7	1.7-2.3	>2.3

La suma del puntaje determina la clase de Child-Pugh, la cual se correlaciona con la supervivencia esperada y el riesgo quirúrgico del paciente.

Clase	Puntaje	Supervivencia 1 año	Supervivencia 2 años
Child A (compensada)	5-6 puntos	100%	85%
Child B (descompensada)	7-9 puntos	81%	57%
Child C (avanzada)	10-15 puntos	45%	35%