

## Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática

### Epidemiological and clinical characteristics of patients with liver cirrhosis

Ludmila Martínez Leyva<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9217-5646>

Amada Belquis Palomino Besada<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4581-7693>

Evelyn Quesada Meneses<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6092-8439>

Juan Carlos Oliva Rey<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2571-4275>

Alicia Yanes Cicard<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8451-1371>

Yesael Descalzo García<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5358-161X>

<sup>1</sup>Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [ludmila@infomed.sld.cu](mailto:ludmila@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** La cirrosis hepática constituye la etapa final de muchas enfermedades del hígado.

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática.

**Métodos:** Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva, con datos de archivo, de 57 pacientes cirróticos. Se excluyeron aquellos con datos insuficientes en la historia clínica. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, etiología, modo de diagnóstico, comorbilidades, manifestaciones endoscópicas de la hipertensión portal, complicaciones, estadios de la enfermedad según D'Amico y clasificación de Child-Pugh. Para el análisis de los resultados se emplearon técnicas de la estadística descriptiva.

**Resultados:** Hubo 19 pacientes (33,3 %) en el grupo de edad entre 60 y 69 años; 31 (54,4 %) mujeres y 26 (45,6 %) hombres. El virus de la hepatitis C fue encontrado en 21 pacientes (36,8 %). El 96,4 % de los enfermos se diagnosticaron mediante ecografía abdominal; 12 (21,1 %) presentaron ascitis y 38 (66,6 %) manifestaciones endoscópicas de hipertensión portal. En estadio 4 de D'Amico estaban 20

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

(35 %) enfermos y 26 (45,6 %) en estadio de Child-Pugh A; 24 (42,1 %) en Child-Pugh B y 7 (12,3 %) en Child-Pugh C.

**Conclusiones:** La cirrosis hepática predomina en la séptima década de la vida, en el sexo femenino. Prevalce el ultrasonido abdominal como modo de diagnóstico. Las causas más frecuentes son el virus de hepatitis C y el alcoholismo. La ascitis es la complicación que más se presenta. La mayoría de los pacientes muestran signos de hipertensión portal. Predominan las formas no compensadas de la enfermedad.

**Palabras clave:** cirrosis hepática; hepatitis B; hepatitis C; hepatitis autoinmune; cirrosis biliar primaria; colangitis esclerosante primaria.

## ABSTRACT

**Introduction:** Liver cirrhosis is the end stage of many liver diseases.

**Objective:** To determine the epidemiological and clinical characteristics of patients with liver cirrhosis.

**Results:** There were 19 patients (33.3%) in the age group between 60 and 69 years; 31 (54,4 %) women and 26 (45,6 %) men. Hepatitis C virus was found in 21 patients (36,8 %). 96,4 % of the patients were diagnosed by abdominal ultrasound; 12 (21,1 %) presented ascites and 38 (66,6 %) endoscopic manifestations of portal hypertension. In D'Amico stage 4 there were 20 (35 %) patients and 26 (45,6 %) in Child-Pugh A stage; 24 (42,1 %) in Child-Pugh B and 7 (12,3 %) in Child-Pugh C.

**Conclusions:** Liver cirrhosis predominates in the seventh decade of life, in females. Abdominal ultrasound prevails as a diagnostic mode. The most common causes are hepatitis C virus and alcoholism. Ascites is the most common complication. Most patients present with signs of portal hypertension. Uncompensated forms of the disease predominate.

**Keywords:** liver cirrhosis; hepatitis B; hepatitis C; autoimmune hepatitis; primary biliary cirrhosis; primary sclerosing cholangitis.

Recibido: 24/06/2021

Aprobado: 13/10/2021

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

## INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es la etapa final de muchas enfermedades hepáticas. Habitualmente, cursa de forma asintomática y se diagnostica cuando se presentan sus complicaciones. La evolución clínica de esta enfermedad está en relación con el aumento progresivo de la hipertensión portal (HTP) y la insuficiencia hepatocelular.<sup>(1)</sup> Se presenta con mayor frecuencia entre las cuarta y quinta décadas de la vida. El sexo masculino es el más afectado.<sup>(2)</sup>

Aproximadamente, el 40-60 % de los casos en Europa y Norteamérica son ocasionados por el consumo de alcohol e hígado graso no alcohólico, mientras que el 25-30 % es el resultado de virus que causan hepatitis crónica: virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC). Por otra parte, en Latinoamérica el abuso de alcohol ha causado el 16,7 % de los casos de cirrosis hepática.<sup>(3)</sup> Otras causas son: hepatitis autoinmune, colangitis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, fármacos, hemocromatosis, enfermedad de Wilson y la deficiencia de alfa-1 antitripsina. Los pacientes con insuficiencia cardíaca, pueden desarrollar cirrosis cardíaca.<sup>(4)</sup>

Entre las complicaciones de la enfermedad figuran: ascitis, síndrome hepatopulmonar (SHP), hidrotórax hepático, síndrome hepatorenal (SHR), encefalopatía hepática (EH), hemorragia digestiva alta (HDA), peritonitis bacteriana espontánea (PBE), carcinoma hepatocelular (CHC), miocardiopatía cirrótica e infecciones.<sup>(5)</sup>

Para clasificar el grado de disfunción hepática en hepatopatías, se emplea la clasificación de Child-Pugh. Una puntuación total de 5 a 6 es considerada grado A (enfermedad bien compensada); de 7 a 9 es grado B (compromiso funcional significativo) y de 10-15 es grado C (enfermedad descompensada).<sup>(6)</sup>

Se han establecido estadios clínicos de la enfermedad que han permitido clasificar a los pacientes de acuerdo al incremento de su riesgo de mortalidad. La clasificación más actual ha sido publicada por la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (estadios de D'Amico).<sup>(7)</sup> Se ha sugerido la existencia de dos estadios diferenciados dentro de la fase compensada de la enfermedad: la cirrosis compensada sin várices (estadio 1) y la cirrosis compensada con várices (estadio 2). El estadio 3 corresponde a la cirrosis descompensada con hemorragia varicosa.<sup>(7)</sup>

En el estadio 4 se encuentra la cirrosis descompensada sin hemorragia. En este grupo, la ascitis representa la primera descompensación, es considerada la más frecuente y característica de este estadio ya que la EH y la ictericia son los eventos clínicos que con menor frecuencia se presentan como primera descompensación de la hepatopatía.<sup>(7)</sup>

En la cirrosis descompensada avanzada (estadio 5), posterior a una primera descompensación, la mayoría de los pacientes presentan alguna otra descompensación antes de morir.<sup>(7)</sup>

En el estadio 6 (cirrosis descompensada con fallo multiorgánico) existe incremento progresivo de la vasodilatación esplácnica, la circulación hiperdinámica, la translocación bacteriana y la inflamación sistémica que dan como resultado un estadio de descompensación en el que la disfunción multiorgánica se vuelve clínicamente evidente.<sup>(7)</sup>

En Cuba, la cirrosis hepática ocupó el noveno lugar entre las principales causas de muerte en todas las edades, en los años 2018 y 2019; causó 1 777 defunciones en el año 2018 y 1939 en el 2019.<sup>(8)</sup> El estudio de las características demográficas y clínicas del paciente con cirrosis que acude al hospital, permite trazar estrategias para la organización de los recursos de diagnóstico y tratamiento, lo que puede repercutir positivamente en su historia natural.<sup>(1)</sup>

El objetivo de esta investigación es determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, con datos de archivo, en el Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, entre enero del 2017 y diciembre del 2019.

Fueron estudiados pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, atendidos en consulta externa de Medicina Interna o Gastroenterología, con diagnóstico de cirrosis hepática. Se revisaron 79 historias clínicas y fueron excluidas 22, por presentar datos insuficientes para la investigación. La serie quedó constituida por 57 pacientes. Las variables analizadas fueron:

- Edad: según años cumplidos.
- Sexo: según género.

- Etiología:
  1. Alcohólica: según el antecedente y los datos del interrogatorio al paciente y la familia sobre frecuencia, tipo y cantidad diaria de consumo de alcohol.<sup>(9)</sup>
  2. Hepatitis viral (infección por el VHB o por el VHC): pruebas de serología positiva (AgsHB, anti-VHC, PCR-VHC).
  3. Inmunológica: colangitis biliar primaria (CBP), hepatitis (HAI) y colangitis esclerosante primaria (CEP). De acuerdo con los antecedentes del paciente y los estudios realizados (histología obtenida por biopsia hepática, exámenes de laboratorio y presencia de autoanticuerpos, según correspondan para cada una de estas enfermedades).
  4. Enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA): el antecedente, ausencia de causas secundarias para la acumulación de grasa hepática (como consumo excesivo de alcohol, uso de medicamentos esteatogénicos o enfermedades hereditarias) y presencia de obesidad, diabetes mellitus o ambas, en ausencia de consumo de alcohol.
  5. Cirrosis criptogénica: cuando no se encontró causa definida.
  6. Etiología mixta: pacientes con más de una causa de cirrosis hepática.
- Modo de diagnóstico: clínico, por ultrasonido abdominal, durante una cirugía electiva o laparoscopia por otra causa, biopsia hepática o ET.
- Comorbilidades: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, litiasis vesicular, obesidad, asma bronquial y cardiopatía isquémica.
- Manifestaciones endoscópicas de la HTP.
  1. Várices esofágicas (clasificación de Baveno):<sup>(10)</sup> pequeñas (menores de 5 mm) y grandes (mayores de 5 mm).
  2. Várices gastroesofágicas (clasificación de Sarín):<sup>(10)</sup> várices gastroesofágicas (tipo 1 y tipo 2) y várices gástricas aisladas (tipo 1 y tipo 2).
  3. Gastropatía portal (clasificación de BavenoIII):<sup>(11)</sup> leve (patrón en mosaico, sin enrojecimiento de areola) y grave (cuando al patrón en mosaico se superponen signos de enrojecimiento de la areola o si se observa cualquier otro signo rojo).
- Complicaciones:
  1. Ascitis.

2. PBE: infección bacteriana del líquido ascítico en ausencia de foco infeccioso intrabdominal.
  3. EH: presencia de síntomas y signos neuropsiquiátricos por disfunción hepática grave.
  4. HDA: presencia de hematemesis o melena.
  5. SHR: insuficiencia renal aguda en pacientes con cirrosis.
  6. SHP: disnea e hipoxemia causado por la vasodilatación de los vasos sanguíneos del pulmón en pacientes con enfermedad hepática.
- Estadios de la evolución clínica de la enfermedad según D'Amico.
  - Grado de disfunción hepática según clasificación de Child-Pugh.

La investigación se realizó según los preceptos establecidos en el Código Internacional de Ética Médica y los que competen a las investigaciones biomédicas en humanos contemplados en la Declaración de Helsinki.<sup>(12)</sup> La información obtenida solo se utilizó con fines científicos.

Las variables cuantitativas se caracterizaron mediante la media aritmética y la desviación estándar. Las variables cualitativas se caracterizaron mediante la distribución de frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentaron en forma de textual y mediante tablas y gráficos.

## RESULTADOS

El promedio de edad fue de 62,8 años con desviación estándar de 10,7. La edad mínima fue 32 años y la máxima 84. El mayor número de enfermos estuvo ubicado entre los 60 y 69 años con 19 pacientes (33,3 %), seguido por el grupo de 70 y más con 18 (31,6 %) y el de 50 a 59 con 14 (24,6 %). Menor representación existió en el grupo entre 40 y 49 años con 5 (8,8 %) pacientes y en el grupo entre 30 y 39 años solo un paciente (1,7 %). De los 57 pacientes, 31 (54,3 %) fueron mujeres y 26 (45,6 %) hombres. En el caso de las mujeres, el mayor número se diagnosticó entre los 60 y 69 años de edad, con 12 (21,0 %) y en los hombres entre los 70 y más años con 12 (21,1 %).

La etiología más frecuente fue la infección por el VHC con 21 pacientes (36,8 %), seguido por la alcohólica en 18 (31,6 %), la criptogénica en 8 (14 %), la EHGNA en 5 (8,7 %), la mixta en 2 (3,5 %) y la inmunológica en 2 (3,5 %). La infección por el VHB solo se presentó en 1 (1,8 %) (tabla 1).

**Tabla 1 - Etiología de la cirrosis hepática en los pacientes estudiados**

Etiología de la cirrosis hepática	n	%
VHC	21	36,8
Alcohol	18	31,6
Criptogénica	8	14
EHGNA	5	8,7
Mixta (VHC + alcohol)	2	3,5
Inmunológica (CBP, HAI)	2	3,5
VHB	1	1,8
Total	57	100

Legenda: VHC (virus de hepatitis C), EHGNA (enfermedad por hígado graso no alcohólico), CBP (colangitis biliar primaria), HAI (hepatitis autoinmune), VHB (virus de hepatitis B).

En 55 pacientes el diagnóstico se realizó mediante ecografía abdominal, lo que representó el 96,4 %; mientras que 2 enfermos fueron diagnosticados durante una cirugía electiva por otras causas, para un 3,5 %. No se encontraron pacientes diagnosticados mediante biopsia hepática, laparoscopia o ET.

La HTA y la diabetes mellitus fueron las enfermedades asociadas más predominantes en 22 (38,5 %) y 13 (22,8 %) pacientes respectivamente, seguidas por la litiasis vesicular en 9 (15,7 %) y la obesidad en 6 (10,5 %). El asma y la cardiopatía isquémica fueron las comorbilidades menos frecuentes con 5 (8,7 %) pacientes cada una.

De los 57 enfermos, 38 (66,6 %) presentaron manifestaciones endoscópicas de HTP, como se muestra en la tabla 2. Muchos presentaban más de una manifestación endoscópica de HTP.

**Tabla 2 - Manifestaciones endoscópicas de la hipertensión portal en los pacientes estudiados (n= 57)**

Manifestaciones endoscópicas de hipertensión portal	n	%
Con manifestaciones endoscópicas de hipertensión portal	38	66,6
Várices esofágicas	30	52,6
Pequeñas	20	35,0
Grandes	6	10,5
Várices gastroesofágicas tipo I	4	7,0
Gastropatía hipertensiva portal	24	42,1
Leve	17	29,8
Grave	7	12,3
Sin manifestaciones endoscópicas de hipertensión portal	19	33,3

La ascitis fue la complicación más frecuente en 21 pacientes (36,8 %), seguida por la HDA en 7 (12,2 %) y la EH en 5 (8,7 %) (tabla 3).

**Tabla 3 -** Complicaciones de la cirrosis hepática en los pacientes estudiados

Complicaciones de la cirrosis hepática	n	%
Ascitis	21	36,8
HDA	7	12,2
EH	5	8,7
PBE	2	3,5
SHR	2	3,5
SHP	1	1,75

Leyenda: HDA (hemorragia digestiva alta), EH (encefalopatía hepática), PBE (peritonitis bacteriana espontánea), SHR (síndrome hepatorenal), SHP (síndrome hepatopulmonar).

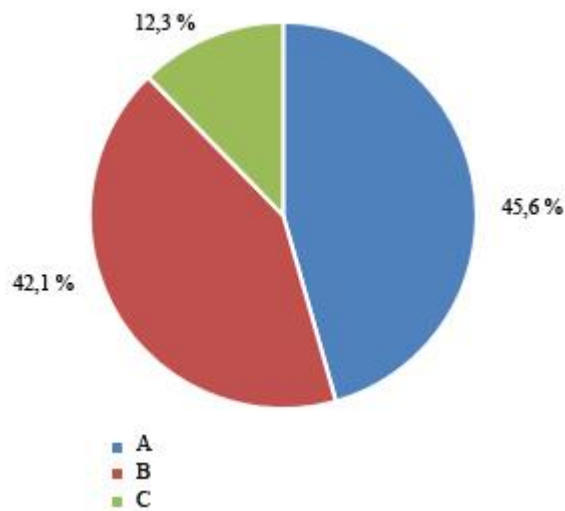
En la tabla 4 se observan los estadios de la evolución clínica de la cirrosis hepática según D’Amico. Hubo 26 (45,2 %) pacientes con cirrosis compensada: 19 (33 %) en estadio 1 y 7 (12,2 %) en estadio 2. El resto de los pacientes presentaban descompensación de la cirrosis: 4 (7,0 %) en estadio 3; 20 (35 %) en estadio 4; 6 (11 %) en estadio 5 y 1 (1,8 %) en estadio 6.

**Tabla 4 -** Estadios de la evolución clínica de los pacientes con cirrosis hepática según D’Amico

Estadios de la enfermedad	n	%
Estadio 1	19	33,3
Estadio 2	7	12,3
Estadio 3	4	7,0
Estadio 4	20	35
Estadio 5	6	11
Estadio 6	1	1,8
Total	57	100

En relación con los estadios de Child-Pugh, hubo 31 pacientes con cirrosis descompensada: 24 (42,1 %) con Child-Pugh B y 7 (12,3 %) con Child-Pugh C; mientras que 26 (45,6 %) se encontraban compensados (Child-Pugh A), como se muestra en la figura 1.





**Fig. 1** - Estadios de Child-Pugh en los pacientes cirróticos estudiados.

## DISCUSIÓN

Una investigación realizada por *More*<sup>(13)</sup> reporta un promedio de edad de 62 años, similar a otra de *Larico*,<sup>(14)</sup> con un promedio de edad mayor a 60 años. *Castellanos* y otros<sup>(15)</sup> informan una media de edad de 55,8 años, cifra un poco menor con respecto a esta investigación. En el trabajo de *Samada*,<sup>(9)</sup> la década con mayor número de pacientes fue la quinta, seguido por la sexta. Otra investigación<sup>(16)</sup> realizada en el Hospital Clínico Quirúrgico “Julio Trigo”, encuentra un predominio de la edad entre las cuarta y quinta décadas de la vida.

La mayoría de la literatura médica consultada señala que la edad promedio en que se presenta la cirrosis hepática, se encuentra entre los 40 y los 60 años. Probablemente se debe a que es una enfermedad crónica, de curso asintomático en estadios precoces, que requiere de muchos años para manifestarse y por eso su alta incidencia en edades avanzadas.

En el trabajo de *Samad*<sup>(9)</sup> el sexo masculino es más frecuente, similar a otro estudio, realizado en Ciego de Ávila.<sup>(17)</sup> Sin embargo, *Escorcía* y *Marrugo*<sup>(18)</sup> reportan predominio del sexo femenino, al igual que en este estudio.

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para las enfermedades hepáticas crónicas.<sup>(19)</sup> El predominio de las cirrosis en varones, quizás se deba a que en este sexo es más frecuente el alcoholismo, lo cual contrasta con la etiología más frecuente encontrada en este estudio, que fue la infección por el VHC. Los pacientes con cirrosis hepática de origen viral, están expuestos a otros factores propios de la infección viral e independientes de la cirrosis, que afectan su calidad de vida.

Similar a los resultados de *Samada*,<sup>(9)</sup> la infección por el VHC fue la etiología más frecuente, seguida por la alcohólica. *Martínez* y otros,<sup>(19)</sup> señalan a la infección por el VHC como la primera causa etiológica; así fue también en un estudio realizado por *Castellanos* y otros,<sup>(15)</sup> en tanto para *Giraldo* y otros,<sup>(20)</sup> fue la tercera causa.

La cirrosis es una de las enfermedades que más se ha relacionado con el consumo de alcohol, como reportan *Bustios* y otros.<sup>(21)</sup> *Samada*,<sup>(9)</sup> en su tesis doctoral, describe que el sexo masculino, en el grupo de cirrosis por alcohol, fue el más frecuente, similar a estos resultados; sin embargo, en su investigación, este sexo también predominó en el grupo de virus a diferencia de este estudio, en el cual la etiología viral fue más frecuente en el sexo femenino. Esto pudiera estar relacionado con el reducido número de pacientes de esta serie. La asociación del alcoholismo y la infección por virus, incrementa la probabilidad de padecer de cirrosis hepática y tener peor pronóstico.<sup>(17)</sup>

A nivel mundial, la causa principal de cirrosis es el consumo crónico de alcohol, a diferencia de EE.UU. y España, donde la infección por VHC es la etiología más frecuente,<sup>(21)</sup> similar a lo encontrado en esta investigación. La infección crónica por el VHC es la principal causa de enfermedad hepática crónica y de indicación de TH en Europa Occidental y América del Norte. Se estima que el VHC infecta cada año de 3 a 4 millones de personas y anualmente mueren de 350 000 a 500 000 personas por enfermedades hepáticas relacionadas con este virus. Los antivirales de acción directa, han modificado de manera considerable las tasas de curación, a más del 90 % de las personas infectadas y son eficaces contra genotipos que antes eran difíciles de tratar.<sup>(22)</sup>

Por otro lado, el aumento del consumo de alcohol se relaciona con frecuencia, con un inadecuado cumplimiento del tratamiento. En un estudio peruano, el consumo de alcohol fue la etiología más frecuente de la cirrosis hepática.<sup>(23)</sup>

La causa criptogénica ocupó el tercer lugar. Generalmente, se diagnostica cuando todas las otras causas de cirrosis se han descartado. Muchos casos de cirrosis criptogénica son probablemente debidos a una

EHGNA.<sup>(24)</sup> La EHGNA fue la cuarta causa etiológica de cirrosis en esta serie de casos. El aumento de la frecuencia de esa entidad puede estar relacionado con el incremento de los hábitos de vida más occidentales; y que la población se está viendo afectada por el síndrome metabólico. En un estudio colombiano, el consumo de alcohol fue la etiología más frecuente, acorde a la literatura mundial; el tercer lugar correspondió a la EHGNA.<sup>(25)</sup>

El diagnóstico mediante ecografía abdominal fue el más frecuente. *Escorcía y Marrugo*<sup>(18)</sup> también reportan que la alteración de la arquitectura hepática en la ecografía abdominal, fue el principal modo de diagnóstico.

Con respecto a las comorbilidades, los resultados son controversiales, pues diferentes autores reportan diferencias en cuanto al predominio de una u otra. Esto se debe a las características variables de cada entidad, según la región de origen y factores de riesgo presentes en la población.

Resultados similares a los obtenidos fueron encontrados por *Zambrano*.<sup>(25)</sup> Dentro de los antecedentes patológicos más frecuentes encontrados en su investigación están la HTA y la diabetes mellitus. *More*,<sup>(13)</sup> encontró la obesidad como el antecedente más común.

En la endoscopia digestiva alta, la mayoría de los pacientes presentan manifestaciones de HTP, lo que puede estar relacionado con el diagnóstico tardío de la enfermedad, quizás por la evolución silente de la cirrosis en estadios tempranos.

La ascitis fue la complicación más frecuente, similar a otro estudio cubano.<sup>(26)</sup> La PBE tuvo menos representatividad. Este resultado puede estar relacionado con el uso de antibióticos profilácticos, que conlleva a que no se desarrolle este tipo de complicación.

La HDA fue la segunda complicación más frecuente, al igual que en un estudio colombiano.<sup>(20)</sup> En la muestra estudiada los autores encontraron poca representatividad del SHP. Este síndrome es una complicación poco frecuente de la cirrosis hepática, que disminuye la calidad de vida de las personas que la padecen.

*Gómez y otros*,<sup>(17)</sup> encuentran predominio del estadio de Child A, seguido por el B y el C. En el estudio de *Escorcía y Marrugo*,<sup>(18)</sup> también son más frecuentes los pacientes con Child A, seguidos por el B y el C. En esta investigación, de manera independiente, predominó el estadio de Chil-Pugh A; pero fueron más frecuentes las formas no compensadas de la enfermedad (sumatoria de B y C).

Las principales limitaciones de este estudio son el escaso número de pacientes estudiados; además, se trata de un estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas y hubo información que no se pudo obtener.

La cirrosis hepática es más frecuente en la séptima década de la vida, en el sexo femenino. El ultrasonido abdominal es el modo de diagnóstico predominante. Las causas más frecuentes son el VHC y el alcoholismo. La HTA y la diabetes mellitus son las comorbilidades más frecuentes y la ascitis es la complicación que más se presenta. La mayoría de los pacientes presentan signos de hipertensión portal. Predominan las formas no compensadas de la enfermedad, según la clasificación de Child-Pugh y D'Amico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tsochatzis EA, Bosh J, Burroughs AK. Liver cirrhosis. The Lancet Gastroenterology of Hepatology. 2014 [acceso: 21/01/2020]; 383(9930): 1749- 61. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(14\)60121-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(14)60121-5/fulltext)
2. Prieto J, Sánchez S, Prieto R, Rojas E, Gonzáles L, Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. Rev Col Gastro. 2016 [acceso: 21/01/2020]; 31(1): 1- 8. Disponible en: <https://doi.org/10.22516/25007440.66>
3. Santos O, Londoño M, Marín J, Muñoz O, Mena A, Guzmán C, et al. Retrasplante hepático: experiencia de 6 años del Hospital Pablo Tobón Uribe. Rev Colombiana de Gastro. 2014 [acceso: 21/01/2020];29(1): 96- 100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337731614002>
4. Castellanos Fernández MI, Rogel Marroquín BI, Rodríguez Martorell F, Arjona Rodríguez IA, Lazo del Vallin S. Disfunción cardiaca en la cirrosis hepática. Rev cubana med. 2014 [acceso: 26/07/2021]; 53(2): 189-200. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232014000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000200008&lng=es)
5. Kimova K, Padilla C, Ávila JC, Clemente G, Ochoa A. Epidemiología de las infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis hepática, experiencia de un centro español de atención terciaria. Biomédica.

2016 [acceso: 18/10/2020]; 36(1): 121- 32. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/843/84344266013.pdf>

6. Flores Poveda KA, Morante Arias JE, Flores Subia DL, Méndez Castro AM. Cirrosis hepática: perfil epidemiológico y calidad de vida. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. 2014- 2015. Ciencia Digital.

2019 [acceso: 18/10/2020]; 3(4): 6-21. Disponible en: <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v3i4.936>

7. Alvarado E, Villanueva C. Estadio compensado y descompensado de la cirrosis: implicaciones pronósticas y factores relacionados con la progresión de la enfermedad. [Tesis doctoral]. Barcelona:

Universidad Autónoma de Barcelona; 2018[acceso: 18/10/2020]. Disponible en:

[https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl\\_10803\\_664228/eat1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl_10803_664228/eat1de1.pdf)

8. Dirección de registros médicos y estadísticos de salud. Anuario estadístico de Salud, 2019. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2019[acceso: 18/10/2020]. Disponible en:

<http://www.sld.cu/anuncio/2020/05/09/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2019>

9. Samada M. Factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cirrosis hepática evaluados para trasplante hepático. [Tesis doctoral]. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana;

2008[acceso: 18/10/2020]. Disponible en:

<http://eduniv.reduniv.edu.cu/index.php?page=13&id=1065&db=1>

10. Casillas Guzmán GB, Saraiba Reyes M, Higuera de la Tijera F, Serralde Zúñiga A, Pérez Hernández JL, Pérez Torres E. Manifestaciones de hipertensión portal diagnosticadas por endoscopia en pacientes cirróticos del Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Méx. 2011 [acceso:

18/10/2020]; 74(3): 126-31. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=80530>

11. Pérez Lorenzo M, Infante Velázquez M, Ávalos Rodríguez M, Guerrero González Y, Román Martínez Y, Rodríguez Álvarez D. Caracterización clínica de pacientes cirróticos con gastropatía portal hipertensiva. Rev Cub Med Militar. 2016 [acceso: 18/10/2020]; 45(2): 172- 82. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572016000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000200006)

12. Asociación Médica Mundial AMM. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General; 2013. Fortaleza, Brasil: Asociación

Médica Mundial (AMM); 2013[acceso: 18/10/2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

13. More E. Características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática en un hospital de la ciudad de Lima.[Tesis de grado]. Perú. Universidad San Martín de Porres; 2015[acceso: 18/10/2020]. Disponible en:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9459/Roberto\\_Torres\\_Lerma.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9459/Roberto_Torres_Lerma.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
14. Larico M. Características clínicas, complicaciones y evaluación de sobrevida de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010-2012. [Tesis de grado]. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2015[acceso: 18/10/2020]. Disponible en:  
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2388>
15. Castellanos M, Santana S, García E, Rodríguez A, Barreto J, López Y, Martínez C. Influencia de la desnutrición en la aparición de complicaciones y mortalidad en pacientes cirróticos. Nutr Hosp. 2008 [acceso: 18/10/2020];23(1):54-60. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112008000100011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000100011)
16. Roque Lozano JA, Sauchay Romero L, Rodríguez Chala HE. Caracterización de mortalidad por Cirrosis Hepática en el Hospital “Julio Trigo López”. 2012-2016. Revista Cubana de Tecnología de la Salud. 2019 [acceso: 30/05/2021];10(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1310>
17. Gómez Mantilla N, Camacho Assef JA, Roque Pérez L, Martínez Sarmiento A, Roque Morgado M, Porbén Cao N. Factores clínicos y bioquímicos predictores de supervivencia al año en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática. MEDICIEGO. 2016 [acceso: 18/10/2020]; 22(3): 43-55. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/rt/captureCite/527/1012>
18. Escorcía Charris EJ, Marrugo Balceiro WR. Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del Caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017. Revista Biociencias. 2018 [acceso: 18/10/2020]; 13(2): 31-5. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2242>
19. Martínez A, Valdivia F, Cárdenas M. Principales factores de riesgo presentes en pacientes con cirrosis hepática en la provincia de Ciego de Ávila. Mediciego. 2013 [acceso: 18/10/2020]; 17(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19\\_supl2\\_2013/articulos/t-8.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/articulos/t-8.html)

20. Calderón Gerstein W, Ascanio Paredes M, Yarinsueca Mata PR. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horiz. Med. 2020 [acceso: 07/10/2021]; 20(2): e1186. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.08>
21. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM. Rev Gastroenterol Perú. 2007 [acceso: 18/10/2020]; 27(3):238-45. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000300003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000300003&script=sci_abstract)
22. Juanbeltz R, Zozaya JM, Repáraz J, Castilla J, Sarobe MT, Úriz Otano JI, et al. Efectividad de los antivirales de acción directa de segunda generación en el tratamiento de la hepatitis C crónica. Anales Sis San Navarra. 2017 [acceso: 18/10/2020]; 40(1):57-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23938/assn.0006>
23. Caballeria LI, Augustin S, Broquetas T, Morillas RM, Vergara M, Virolés S, et al. Recomendaciones para la detección, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico en atención primaria y hospitalaria. Med Clin (Barc). 2019 [acceso: 31/10/2020]; 153(4):169–77. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.01.030>
24. Palacio N, Hoyos SI, Navas MC. Factores sociodemográficos, clínicos y estilos de vida asociados a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular en pacientes atendidos en Medellín. [Tesis de grado]: Universidad CES MEDELLÍN; 2017[acceso: 18/10/2020]. Disponible en: <http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/3456/1/Factores%20Sociodemograficos%20Clinicos%20Estilos%20Vida.pdf>
25. Zambrano CA, Ontaneda EJ. Perfil epidemiológico en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Abel Gilbert Ponton entre 2014-2015. [Tesis de grado]: Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2017[acceso: 18/10/2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33255/1/CD%202101-%20ZAMBRANO%20CAMPOZANO%20CARLOS%20ANDR%C3%89S%20ONTANEDA%20QUIJIJE%20ESTEBAN%20JOAO.pdf>

26. Velbes Marquetti PE, Mas Martínez MZ, Nodarse Cuni H. Evolución terapéutica de la hepatitis crónica por virus C. Rev cub med. 2018 [acceso: 18/10/2020]; 57(4): e406. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232018000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232018000400005&lng=es)

### **Conflictos de intereses**

No existen conflictos de intereses.

### **Contribuciones de los autores**

Conceptualización: *Ludmila Martínez Leyva, Amada Belquis Palomino Besada.*

Curación de datos: *Evelyn Quesada Meneses.*

Análisis formal: *Ludmila Martínez Leyva, Amada Belquis Palomino Besada.*

Investigación: *Evelyn Quesada Meneses.*

Metodología: *Ludmila Martínez Leyva, Amada Belquis Palomino Besada.*

Supervisión: *Ludmila Martínez Leyva.*

Redacción – borrador original: *Evelyn Quesada Meneses, Juan Carlos Oliva Rey, Yesael Descalzo García.*

Redacción – revisión y edición: *Ludmila Martínez Leyva, Evelyn Quesada Meneses, Alicia Yanes Cicard.*