

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**"CARACTERIZACIÓN DEL CURSO CLÍNICO EN PACIENTES CON CIRROSIS
ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA"**

KATE THOMAS

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la Escuela de
Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas**

Maestría en Medicina Interna

**Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en Medicina Interna**

Enero 2014



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Kate Thomas

Carné Universitario No.: 100020150

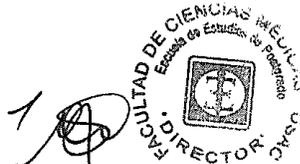
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Medicina Interna, el trabajo de tesis **"Caracterización del curso clínico en pacientes con cirrosis atendidos en la consulta externa de gastroenterología"**.

Que fue asesorado: Dra. Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado

Y revisado por: Dr. Alfonso Zetina López

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2014.

Guatemala, 30 de julio de 2013



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

//amo



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala 27 de noviembre de 2012

Doctor
Edgar Axel Oliva González M.Sc.
Coordinador Especifico de Programas de Postgrado
Hospital General San Juan de Dios
Edificio.-

Estimado doctor Oliva González:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título **“Caracterización del curso clínico en pacientes con cirrosis atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología del Hospital General San Juan de Dios, febrero - mayo 2012”**; presentado por la **doctora Kate Thomas**, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dra. Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado
Asesor de Tesis
Docente Medicina Interna
Hospital General San Juan de Dios

Cc .Archivo
MECA/Roxanda U.



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala 27 de noviembre de 2012

Doctor
Edgar Axel Oliva González M.Sc.
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Hospital General San Juan de Dios
Edificio.-

Estimado doctor Oliva González:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título **“Caracterización del curso clínico en pacientes con cirrosis atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología del Hospital General San Juan de Dios, febrero - mayo 2012”**; presentado por la doctora **Kate Thomas**, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Alfonso Zetina López
Revisor de Tesis

Docente Medicina Interna
Hospital General San Juan de Dios

Dr. Alfonso Zetina López
Medicina Interna, Gastroenterología
Hepatology y Endoscopia Digestiva
Ccl. 9349

Cc. Archivo
MECA/Roxanda U.

ÍNDICE

Contenido	Página
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
2.1 Definición	2
2.2 Etiología	2
2.3 Clasificación	3
2.4 Epidemiología	4
2.5 Fisiopatología	4
2.6 Complicaciones	5
2.7 Cuadro Clínico	11
2.8 Diagnóstico	12
2.9 Pronóstico	13
2.10 Cuestionario SF-36	13
III. Objetivos	17
IV. Material y Métodos	18
V. Resultados	26
VI. Discusión y Análisis	28
6.1 Conclusiones	30
6.2 Recomendaciones	31
VII. Referencias Bibliográficas	32
VIII. Anexos	35

ÍNDICE DE TABLAS

Contenido	Página
I. Tabla 1	27

RESUMEN

Introducción: La cirrosis es una enfermedad crónica del hígado, que tiene como características ser progresiva, difusa, irreversible y de causa variada. Se identifica por la presencia de fibrosis en el parénquima hepático, acompañada de nódulos de regeneración. Es considerada una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. No hay estudios disponibles en Guatemala sobre la calidad de vida de los pacientes con Cirrosis. El cuestionario SF – 36 esta validado para medir la calidad de vida de pacientes adultos con enfermedades crónicas. **Metodología:** Estudio transversal – descriptivo realizado en pacientes con diagnóstico de cirrosis (por clínica, laboratorios y/o imágenes) con seguimiento en la consulta externa de Gastroenterología del Hospital General San Juan de Dios durante febrero a mayo del año 2012. El Cuestionario SF-36 se utilizó para recolectar datos. **Resultados:** En este estudio se incluyeron 48 pacientes, con una edad media de 54.9 años \pm 18 (36 – 74), del total de pacientes 26 (54%) correspondieron al sexo femenino y 22 (46%) al masculino. En cuanto a la clase funcional Child Pugh, 45 (94%) pacientes correspondieron al estadio A y 3 (6%) pacientes al estadio B. **Conclusiones:** El 42% de los pacientes percibió una mala Calidad de Vida y de estos 95% pertenecieron a la clase funcional Child Pugh A. La Salud General (67%) y el Rol Emocional (62%) fueron las dimensiones sobre Calidad de Vida más afectadas. Por lo tanto la clase funcional Child Pugh no tuvo ninguna relación con la Calidad de Vida que perciben los pacientes con Cirrosis.

I. INTRODUCCIÓN

La cirrosis es una enfermedad crónica del hígado, que tiene como características ser progresiva, difusa, irreversible y de causa variada. Se identifica por la presencia de fibrosis en el parénquima hepático, acompañada de nódulos de regeneración. Esto tiene como consecuencia que exista una alteración de la arquitectura vascular del hígado. ^(1,2,3)

Es considerada una de las principales causas de muerte y se reporta un incremento estadístico constante en los últimos años. La cirrosis causa 35,000 muertes anuales en USA. ^(4,5,6)

La calidad de vida es un concepto que implica múltiples factores que incluyen tanto lo físico como lo psicológico, y el análisis de las necesidades y motivaciones humanas. Para llevar una vida con calidad, es necesaria la satisfacción de las necesidades fundamentales tales como: alimentación, vivienda, salud y trabajo, y teniendo en cuenta diversos factores como los recursos socioeconómicos, el estado de salud, la participación y el rol social, entre otros. ^(7,8,9)

Es importante caracterizar el curso clínico de los pacientes cirróticos para conocer las variables afectadas y así contar con estadísticas de prevalencia en nuestro medio.

II. ANTECEDENTES

La cirrosis Hepática es una enfermedad crónica progresiva que consiste en la muerte del tejido hepático normal, que es sustituido por un tejido fibroso o cicatricial desorganizado incapaz de ejercer las funciones del hígado. Los hepatocitos pierden su arquitectura normal, y el lobulillo hepático se convierte en un conglomerado de células y tejido fibroso. Esta pérdida de estructura del lobulillo lo incapacita para realizar sus funciones (metabolización de sustancias, depósito de glucosa, producción de proteínas y factores de coagulación) por lo que el cuadro clínico de la cirrosis es muy amplio. ^(10,11,12)

La sospecha de cirrosis se fundamenta en datos clínico-analíticos, pero su diagnóstico definitivo es histológico.

2.1 Definición

La cirrosis alcohólica, conocida históricamente como cirrosis de Laennec, es el tipo de cirrosis que se detecta con mayor frecuencia en Norteamérica y en muchas zonas de Europa occidental y de Sudamérica. Se caracteriza por una cicatrización difusa y sutil, por la pérdida homogénea de células hepáticas y por la aparición de nódulos de regeneración de pequeño tamaño, por lo cual se denomina a veces cirrosis micronodular. La cirrosis alcohólica solo es una de las muchas consecuencias que acarrea el consumo crónico de alcohol y aparece con frecuencia junto con otros tipos de lesión hepática inducida por el alcohol. ^(12,13,14)

2.2 Etiología

Existen diferentes causas que nos pueden llevar a padecer una cirrosis hepática, entre las más comunes podemos encontrar: ^(12,13,14)

- Alcoholismo crónico
- Hepatitis viral (tipo B, C y D)
- Autoinmune
- Trastornos hereditarios

- Deficiencia de Alfa-1 Antitripsina
- Fibrosis quística
- Hemocromatosis
- Enfermedad de Wilson
- Galactosemia
- Enfermedades relacionadas con el almacén de glucógeno
- Atresia Biliar
- Reacción severa a algunos fármacos
- Exposición a toxinas ambientales

2.3 Clasificación

Morfológicamente:

- Cirrosis micronodular: Se define por la presencia de nódulos de diámetro inferior a los 3 mm. Afecta en forma difusa al hígado y predomina la necrosis hepatocitaria sobre la regeneración. La etiología más común es el alcohol. Otras causas menos comunes son la hemocromatosis, cirrosis congestiva y cirrosis biliar secundaria. ^(2,5)
- Cirrosis macronodular: Se define por la presencia de nódulos con diámetro superior a los 3 mm. los cuales engloban varios lobulillos hepáticos y separados por bandas gruesas de fibrosis. Reflejan un alto grado de regeneración. Por lo general se asocian a etiología viral. ^(12,13,14)

Histológicamente

- Estadio I: Estadio portal, lesiones floridas de los conductos.
- Estadio II: Estadio periportal, proliferación de los conductillos.
- Estadio III: Estadio septal, fibrosis septal y puenteo.
- Estadio IV: Estadio de cirrosis, cirrosis con ausencia de conductillos.

Los estadios más activos ocurren en fases tempranas de la enfermedad, pero los cambios histológicos son irregulares, de manera que pueden todos pueden ser vistos al mismo tiempo. ^(12,13,14)

2.4 Epidemiología

La cirrosis hepática es una enfermedad de etiología variable, además es bastante frecuente en el mundo y posiblemente dependa de factores individuales en regiones diferentes. Existen algunos estudios donde la incidencia varía entre el 7% y el 10 % de la población general, y muchos pacientes no saben que la padecen, hasta que sufren una descompensación y entonces se hace evidente .La edad de aparición también varía generalmente. Se la detecta hacia la cuarta o quinta década de la vida y aunque es infrecuente encontrarla en niños o jóvenes, también existen. Datos epidemiológicos han demostrado que es más frecuente en el sexo masculino y esto quizás dependa de que los varones sean más proclives a beber en dosis mayores que las mujeres. ^(12,13,14)

2.5 Fisiopatología

En el desarrollo de la fibrosis hepática y por lo tanto en la patogénesis, están involucrados los incrementos o modificaciones en la síntesis de colágeno y de otros componentes del tejido conjuntivo y de la membrana basal. La matriz extracelular en función celular se encuentra involucrada en la modulación de las actividades de las células con las cuales están en contacto, por tanto, la fibrosis puede afectar no sólo la física del flujo sanguíneo a través del hígado sino también la función de las células en sí mismas. ^(10,12,13,14)

La fibrosis hepática tiene lugar en 3 situaciones:

- 1) como respuesta inmunitaria VHB,
- 2) como parte de los procesos de cicatrización de las heridas VHA y tetracloruro de carbono,
- 3) en respuesta a agentes inductores de fibrogénesis primaria como el etanol y hierro.

El responsable directo de todos los mecanismos de incremento en la fibrogénesis pueden ser las células almacenadoras de grasa del sistema retículoendotelial hepático. Estas células en respuesta a citocinas se diferencian de células quiescentes en las cuales se almacena la vitamina A en el interior de miofibroblastos que pierden la capacidad para almacenar la vitamina A y se incorporan activamente a la producción de matriz extracelular. ^(12,13,14) Al parecer la fibrosis hepática tiene lugar en dos etapas. La primera se caracteriza por un cambio en la composición de la matriz extracelular de un colágeno sin

enlaces cruzados y no formadora de fibrilla, a un colágeno más denso y sujeto a la formación de enlaces cruzados. En ésta etapa la lesión hepática todavía puede revertirse. La segunda involucra la formación de enlaces cruzados en la colágena subendotelial, la producción de las células mioepiteliales y la destrucción de la arquitectura hepática con la aparición de nódulos en regeneración. Esta etapa es irreversible. ^(10,11,13)

Aparte de los posibles efectos de la función del hepatocito, el aumento de la fibrosis modifica notablemente la naturaleza del flujo sanguíneo en el hígado y surgen complicaciones importantes. Desde el punto de vista histológico todas las variantes de cirrosis hepática se caracterizan por tres hallazgos: 1) distorsión notable de la citoarquitectura hepática, 2) cicatrización debida a los incrementos en los depósitos de los tejidos fibroso y de colágeno, 3) los nódulos en regeneración rodeados por tejido cicatrizal. ^(12,13,14)

El proceso se denomina cirrosis micronodular cuando los nódulos son menores de 3mm. y de tamaño uniforme. En la cirrosis macronodular, los nódulos son mayores de 3mm. y de tamaño variable. ^(12,13,14)

2.6 Complicaciones

2.6.1 Hemorragia gastrointestinal superior – várices gastroesofágicas

Complicación más grave con mayor tasa de mortalidad (37%) de la cirrosis hepática con hipertensión portal y con un riesgo de resangrado del 70%. Como consecuencia del desarrollo de la hipertensión portal, cuando el gradiente de presión en las venas suprahepáticas es mayor de 10 mmHg, se desarrollan vasos colaterales porto sistémicos. Entre estos destaca la vena coronario estomáquica (vena gástrica izquierda) que drena en la vena álgica produciendo las conocidas varices gastroesofágicas. Existe riesgo de sangrado por las mismas cuando el gradiente de presión supera los 12 mmHg. Los principales signos predictivos de sangrado secundario a várices gastroesofágicas son: el aumento de la presión portal, el tamaño de las mismas, la presencia de signos rojos sobre las varices y el grado de insuficiencia hepática. ^(12,13,14)

La hemorragia digestiva alta se manifiesta mediante, melena y/o anemia. En el caso del sangrado secundario a la rotura de várices gastroesofágicas, la forma más frecuente de presentación es en forma de hematemesis con o sin signos de repercusión hemodinámica. ^(12,13,14)

2.6.2 Gastropatía de la hipertensión portal

La gastropatía por hipertensión portal se describe como la evidencia endoscópica de un patrón mucoso en mosaico con o sin la presencia de puntos rojos en el estómago de un paciente con cirrosis hepática e hipertensión portal. Histopatológicamente aparece una dilatación vascular de la mucosa y submucosa. La patogenia no es del todo conocida, aunque se sabe que se trata de una hiperemia gástrica acompañada de lesiones vasculares en probable relación a una liberación aumentada de óxido nítrico. ^(12,13,14)

Se considera que del 25-30% de los cirróticos presentan algunas formas descritas de esta enfermedad, presentando la mayoría de ellos lesiones leves o moderadas. Se ha encontrado que existe correlación directa entre el tiempo de evolución de la cirrosis y la severidad de la hipertensión portal con el desarrollo de esta patología.

Clasificación endoscópica de la hipertensión portal: ^(12,13,14)

- Lesiones leves: Patrón mucoso en mosaico que se caracteriza por un entramado reticular con centro eritematoso y de predominio en cuerpo y antro gástricos.
- Lesiones Moderadas: Hiperemia difusa petequiral.
- Lesiones graves: Múltiples puntos rojos de pequeño tamaño y confluentes con predominio en el antro.

2.6.3 Ascitis

Se define como la presencia de líquido en la cavidad peritoneal y es la complicación más frecuente de la cirrosis hepática. Se considera que se produce como consecuencia de cambios en la circulación arterial. ^(12,13,14)

- Grado I: Ascitis leve. Se diagnostica por ecografía y no requiere tratamiento.
- Grado II: Ascitis moderada.
- Grado III: Ascitis severa o a tensión.

El diagnóstico clínico de ascitis es sencillo cuando se acumula abundante cantidad de líquido peritoneal detectándose en la exploración física un abdomen distendido con aumento de los flancos (abdomen en batracio), el signo de la oleada ascítica y matidez cambiante en la percusión a nivel de los flancos. ^(12,13,14)

Puede acompañarse de edemas en miembros inferiores. Las técnicas de imagen nos permiten valorar tanto la presencia de ascitis como orientarnos sobre la etiología de la misma. Dentro de dichas técnicas, la ecografía es el método de elección y primera exploración complementaria a realizar en los pacientes con ascitis, la cual puede detectar hasta un mínimo de 100 ml de líquido ascítico. ^(12,13,14)

2.6.4 Peritonitis bacteriana espontánea

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) se define como la infección bacteriana del líquido ascítico que se produce en ausencia de un foco infeccioso intra-abdominal. Constituye una complicación frecuente y grave de la cirrosis hepática, presentándose con una incidencia del 10-30% de los pacientes cirróticos que ingresan en el hospital. En la mayoría de los pacientes (70%), los gérmenes responsables del desarrollo de esta complicación son bacilos aerobios gramnegativos procedentes de la propia flora intestinal del enfermo, entre estos el más frecuente es la *Escherichia coli*, seguido de especies del género *Streptococcus*. ^(12,13,14)

El diagnóstico se basa en el recuento de leucocitos polimorfonucleares (PMN) en el líquido ascítico y el cultivo microbiano del mismo, para lo cual es indispensable la extracción de líquido ascítico mediante paracentesis. La clínica de estos pacientes es variable ya que puede cursar de forma silente o producir fiebre, dolor abdominal, empeoramiento del estado general o detectarse por un deterioro de la función hepática o renal. Por la sintomatología variable y por la importancia de la detección

precoz de esta complicación se debe realizar una paracentesis diagnóstica precoz en todo paciente cirrótico con ascitis que ingresa en un hospital. ^(12,13,14)

Un recuento de PMN mayor o igual a 250 /mm³ indica un diagnóstico altamente probable de PBE por lo que debe iniciarse tratamiento empírico antimicrobiano. Cuando existe una ascitis hemorrágica (mayor de 10000 hematíes por mm³) existe infección si hay un PMN por cada 250 hematíes. Cuando el recuento de PMN menor de 250 por mm³, se descarta la presencia de PBE. ^(12,13,14)

2.6.5 Hidrotórax del cirrótico

El hidrotórax consiste en el acúmulo de líquido en el espacio pleural siendo una complicación cuya incidencia se calcula está en torno a un 5% de cirróticos en ausencia de patología cardíaca, pulmonar o pleural. La mayoría de estos derrames pleurales son de escaso volumen y pueden pasar desapercibidos, pero en ocasiones el hidrotórax es masivo y plantea dificultades clínico-terapéuticas. Generalmente se producen en el hemitórax derecho, aunque en ocasiones pueden ser izquierdos o bilaterales. Esta complicación se produce a consecuencia del paso de líquido ascítico a la cavidad pleural a través de microperforaciones a nivel del diafragma. El hidrotórax suele aparecer en pacientes cirróticos con historia previa de ascitis, aunque en ocasiones el derrame pleural precede a la aparición de la ascitis debido al paso masivo de líquido ascítico hacia la cavidad pleural. Una posible complicación de esta patología es el empiema bacteriano espontáneo. Los gérmenes responsables son, en la mayoría de los casos, de origen entérico. Puede o no asociarse a la presencia de PBE. El objetivo del tratamiento de los pacientes con hidrotórax de origen hepático es reducir o bloquear la formación de ascitis. ^(12,13,14)

2.6.6 Síndrome Hepatorrenal

El síndrome hepatorrenal (SHR) es un trastorno renal funcional que ocurre en pacientes con hepatopatía avanzada e hipertensión portal. Se acompaña de alteraciones de la circulación arterial y de la activación de los sistemas vasoactivos endógenos. Como consecuencia de la vasoconstricción renal se produce una

reducción del filtrado glomerular y secundariamente a la vasodilatación arterial sistémica disminuyen la resistencia vascular periférica y se produce hipotensión arterial. El riesgo de desarrollar esta complicación en los cirróticos con ascitis se sitúa en torno al 20% al año y del 40% a los 5 años. ^(12,13,14)

2.6.7 Encefalopatía Hepática

La encefalopatía hepática (EH) constituye un conjunto de alteraciones neuropsiquiátricas de origen metabólico y generalmente reversibles que aparecen en enfermedades hepáticas con insuficiencia hepatocelular e hipertensión portal. Se trata de un trastorno funcional, por lo que carece de alteraciones anatómicas patológicas a nivel cerebral. Esta patología puede aparecer en el contexto de una insuficiencia hepática aguda grave, cirrosis hepática, comunicaciones porto sistémicas (espontáneas o iatrogénicas) y en alteraciones congénitas del ciclo de la urea. En los pacientes cirróticos la EH se clasifica en aguda, crónica recurrente crónica, permanente o subclínica; dependiendo del curso clínico de la misma. ^(12,13,14)

- Formación de neurotoxinas: El amoníaco se produce a partir de la degradación bacteriana intestinal de aminoácidos, proteínas y urea y alcanzaría el tejido cerebral sin la depuración que en condiciones normales supone su paso por el hígado. ^(12,13,14)
- Aumento del tono gabaérgico que se produce por el incremento del número y sensibilidad de los receptores GABA/Benzodiazepinas o por la presencia en sangre de sustancias semejantes a las benzodiazepinas. ^(12,13,14)
- Teoría de Fisher: Aumento de los amino-ácidos aromáticos (triptófano, fenilalanina y tirosina) respecto a los ramificados (leucina, isoleucina y valina), lo cual llevaría a la creación de falsos neurotransmisores.
- Otros: Disminución del glutamato, aumento de citoquinas (TNF-alfa e IL-2) y acúmulo de manganeso a nivel del globus pallidus. ^(12,13,14)

Factores precipitantes de encefalopatía hepática: Uremia/azoemia, hemorragia gastrointestinal, alcalosis metabólica, desequilibrio hidroelectrolítico, estreñimiento, exceso de proteínas en la dieta, infección (descartar PBE en pacientes con ascitis),

fármacos: (Sedantes, benzodiacepinas, barbitúricos y diuréticos), hipoxia, hipoglucemia, hipotiroidismo, derivación porto sistémica (quirúrgica o mediante la colocación de TIPS) y anemia. ^(12,13,14)

La encefalopatía hepática se clasifica en cuatro estadios: ^(12,13,14)

1. Confusión leve, euforia o ansiedad, disminución de la atención. Bradipsiquia, alteración del ritmo del sueño.
2. Letargia o apatía, alteración de la personalidad y comportamiento inadecuado, desorientación intermitente en tiempo y espacio.
3. Estupor con respuesta a estímulos verbales. Incapacidad para las tareas mentales, desorientación temporo-espacial, confusión, amnesia e intenso trastorno del lenguaje.
4. Coma.

El asterixis es el signo más relevante de la alteración neuromotriz, aunque no es específico de EH, y puede estar ausente en las fases más avanzadas. El electroencefalograma muestra enlentecimiento y su intensidad se relaciona con los estadios clínicos. Igualmente se observa alargamiento de latencias y modificaciones en las ondas de los potenciales evocados. ^(12,13,14)

2.6.8 Síndrome Hepatopulmonar

La cirrosis puede asociarse a diversos trastornos respiratorios; alteraciones mecánicas asociadas a la presencia de ascitis o hidrotórax, infecciones, shunts arterio-venosos intrapulmonares y el síndrome hepatopulmonar (SHP). ^(12,13,14)

El SHP se caracteriza por la presencia simultánea de anomalías gasométricas, vasodilatación pulmonar y enfermedad hepática crónica en ausencia de enfermedad cardiopulmonar. La fisiopatología de este síndrome no es bien conocido, pero se sabe que se produce en relación con la presencia de hipertensión portal, ya que se ha descrito en pacientes con hipertensión portal de origen no cirrótico y no se correlaciona con el grado de disfunción hepática. ^(12,13,14)

2.7 Cuadro clínico

La cirrosis hepática puede ser asintomática por periodos prolongados, pero el comienzo de los síntomas puede ser insidioso o con menor frecuencia, abrupta. Los síntomas comunes son la fatiga, pérdida de peso, trastornos del ciclo del sueño, astenia y calambres musculares. ^(15,16,17)

En las cirrosis avanzadas puede presentarse anorexia, náuseas y vómitos, dolor abdominal y hematemesis (15 -25%). Los signos cutáneos que no son patognomónicos de la cirrosis hepática pero si de gran importancia para orientarnos al diagnóstico, son las telangiectasias, con localización exclusiva en el territorio de la vena cava superior, el centro de la telangiectasia es pulsátil y a la presión desaparecen; el eritema palmar en la región tenar e hipotenar a consecuencia del exceso de estrógenos circulantes no inactivados por el hígado. ^(15,16,17)

Los signos ungueales consisten en fragilidad de la uña y con forma en vidrio de reloj, estriación longitudinal y opacidad blanquecina (desaparición de la lúnula), su frecuencia es de 80 % en los pacientes cirróticos. En algunos hay dedos en palillo de tambor (acropaquia). Es común observar hipertrofia parótidea y contractura palmar en los cirróticos alcohólicos. ^(15,16,17)

En los hombres hay atrofia testicular, disminución del líbido e impotencia, en la ginecomastia influyen factores como malnutrición, la espironolactona y algunas hormonas (estrógeno). En la mujer hay alteraciones del ciclo menstrual, muy a menudo amenorrea. En los dos sexos hay alteración en la distribución del vello, como pérdida o disminución en axilas y pubis, pero es más característico en el varón. La ictericia puede ser secundaria a la hemólisis excesiva por toxicidad del alcohol, mecanismos inmunitarios o destrucción esplénica de los eritrocitos; causando el aumento de los niveles de bilirrubina. En ocasiones puede haber obstrucción en los conductos biliares ya que la litiasis biliar es frecuente en los cirróticos. La presencia de ascitis en los cirróticos se debe a la hipertensión portal, debido a que el exceso de fluido peritoneal excede la capacidad de drenaje linfático ocasionando aumento de la presión hidrostática, originando la acumulación de líquido en la cavidad abdominal. ^(15,16,17)

La hipoalbuminemia y edema periférico se deben a la disfunción hepatocelular progresiva que trae como resultado la disminución de la síntesis de albúmina y otras proteínas séricas. Conforme disminuyen las proteínas plasmáticas, disminuye la presión oncótica del plasma provocando el desarrollo de edema periférico y ascitis. Estos cambios hemodinámicos también contribuyen a retener sodio y agua. ^(15,16,17)

La coagulopatía en la cirrosis hepática se manifiesta como petequias, hematomas y equimosis debido a la insuficiencia del hígado para sintetizar los factores de coagulación: protrombina, proconvertina, factor IX, fibrinógeno, proacelerina, factor XIII.

La hepatomegalia en un 70% es secundaria a distensión de la cápsula de Glisson o a la ascitis. La palpación es indolora y el borde es duro y cortante con superficie irregular. La splenomegalia se debe a la hipertensión portal, que también provoca dilatación de las venas superficiales del abdomen. ^(15,16,17)

2.8 Diagnóstico

Datos de laboratorio: ^(15,16,17)

- Anemia: es macrocítica y muy frecuente, las causas son la supresión de eritropoyesis por el alcohol, deficiencia de folato, hemólisis, hemorragia gastrointestinal.
- Leucocitosis: relativamente bajo, se debe al hiperesplenismo o por inflamación.
- El tiempo protrombina se alarga por la deficiencia del hígado en la síntesis de factores de coagulación.
- Elevaciones moderadas de transaminasas, fosfatasa alcalina y de bilirrubina, con hipoalbuminemia.

Imágenes: ^(15,16,17)

- Ultrasonido: para valorar la hepatomegalia y detectar la presencia de ascitis o nódulos en el hígado, incluso pequeños carcinomas hepáticos.
- Doppler: valorar la permeabilidad de la vena porta, esplénica y hepática.
- Tomografía/Resonancia: para revelar nódulos hepatocelulares.

- Esofagogastroscofia: para observar la presencia de várices y detectar la causa de la hemorragia en esófago, estomago y duodeno proximal.
- Biopsia hepática. Para confirmar la cirrosis.

2.9 Pronóstico

El índice más usado y que se ajusta de una manera más clara a la supervivencia del cirrótico es el establecido por Child-Pugh en 1985, en el que un estadio C representa una alta mortalidad (de más del 35 por ciento anual) no sólo en la evolución natural, sino también ante procedimientos quirúrgicos del tipo que sean, con supervivencias menores al 24 por ciento en estos casos. Por el contrario, los enfermos con estadio A al estar compensados seguirán vivos 95 de cada 100 al cabo de un año (aquí la cirugía podrá plantearse en caso de gran necesidad, aunque sabiendo que su mortalidad será de un 10 por ciento). ^(15,16,17)

2.10 Cuestionario SF-36

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. ^(18,19,20)

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, y explora la salud física y mental; de esta manera se pudo tener un valor subjetivo de la calidad de vida. ^(18,19,20)

El cuestionario de salud SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 14 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o dimensiones de salud, resultantes del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario, estos conceptos son (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Además de los ocho conceptos de salud, el cuestionario SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del

estado de salud actual con respecto al año anterior. La respuesta a esta pregunta reproduce la apreciación propia respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. Para cada una de las ocho dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones que resumen, mediante la combinación de las cifras dadas por cada dimensión, la medida sumaria física y mental. Para facilitar la interpretación, se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. ^(18,19,20)

Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. ^(18,19,20)

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. ^(18,19,20)

El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. ^(18,19,20)

El SF-36 contiene 36 temas que forman ocho dimensiones compuestas de la siguiente manera: ^(18,19,20)

1. Función física: grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
2. Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en su realización (4 temas).
3. Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).
4. Salud general: valoración personal de la salud que incluye la actual, las perspectivas para el futuro y la resistencia a enfermar (5 temas).
5. Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
6. Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
7. Rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
8. Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

2.10.1 Asignación de puntaje:

Enfoque Rand es simple. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de items de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los items no respondidos no se consideran. ^(18,19,20)

2.10.2 Estudios Realizados:

En España, durante 2004, se publicó Utilización de un Cuestionario de Salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores; se realizó durante junio de 2001 a julio de 2002, que tuvo una muestra de 3,915 trabajadores (65% hombres, 35% mujeres) de 239 empresas. Los trabajadores más jóvenes presentan peor estado de salud percibida. En general, las mujeres trabajadoras presentan mejor estado de salud general y mental que los hombres. En hombres trabajadores se observa que el riesgo de padecer alteraciones de la salud general, función física y función social aumenta conforme el nivel de riesgo en la empresa es mayor. El riesgo de alteraciones de la salud percibida en los trabajadores es también mayor en las empresas más pequeñas (<25 trabajadores) en comparación con las grandes (>250 trabajadores).^(18,19,20)

En el año 2007 se realizó el estudio Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud de Navarra, el cual evidenció que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. El impacto de determinadas enfermedades en los pacientes no debería ser medido únicamente mediante la cuantificación de parámetros clínicos objetivos (como la morbi-mortalidad).^(21,22)

En el año 2010 en México se realizó el estudio Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Cirrosis mediante el cuestionario SF-36 en donde se evaluaron 32 pacientes de los cuales se eliminaron 3 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 56 años (36 – 75), género masculino 58.6% y femenino 41.4%. La clase funcional Child A (58.6%), Child B (37.9%) y Child C (3.5%). El puntaje promedio fue de 57.4 (48.2%) tuvo una mala calidad de vida. En este estudio se observó que la calidad de vida se ve más afectada en clase funcional Child B y C cuando hay complicaciones como ascitis y encefalopatía.^(18,23,24)

III. OBJETIVOS

3.1 GENERALES:

- 3.1.1** Evaluar la calidad de vida de los pacientes con cirrosis.
- 3.1.2** Clasificar a los pacientes según la escala pronóstica de cirrosis hepática Child Pugh y como puede afectar su calidad de vida.
- 3.1.3** Describir las características sociodemográficas y clínicas del paciente con cirrosis.

3.2 ESPECÍFICOS:

- 3.2.1** Determinar el grado de función física que presentan los pacientes con cirrosis.
- 3.2.2** Evaluar el grado de afección en la calidad de vida por el dolor corporal que presentan los pacientes con cirrosis.
- 3.2.3** Valorar el grado de funcionalidad social de los pacientes con cirrosis.
- 3.2.4** Determinar el grado de afección en cuanto a salud mental de los pacientes con cirrosis.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

- Estudio transversal y descriptivo.

4.2 Área de estudio

- Consulta externa Hospital General San Juan de Dios.

4.3 Unidad de análisis

- Pacientes con diagnóstico de cirrosis (por clínica, laboratorios y/o imágenes) con seguimiento en la consulta externa de Gastroenterología del Hospital General San Juan de Dios.

4.4 Período de estudio

- Febrero a mayo del año 2012.

4.5 Instrumento de recolección de datos

- Cuestionario SF – 36.

4.6 Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 14 años, ambos sexos, con diagnóstico de cirrosis por evaluación clínica (ictericia, ascitis, telangiectasias, asterixis, hipertrofia parotídea, ginecomastia, redistribución del vello púbico) de imagenología por ultrasonido (hígado aumentado de tamaño, presencia de nódulos, fibrosis, datos de hipertensión portal) y análisis bioquímicos hematológicos (valores anormales de transaminasas, bilirrubinas, proteínas totales, albúmina, tiempos de coagulación, hematología) realizados por el Gastroenterólogo.

4.7 Criterios de exclusión

- Pacientes con encefalopatía hepática (confusión, letargia, estupor o coma) y/o inestabilidad hemodinámica (hipotensión arterial, hemorragia gastrointestinal activa).
Pacientes Child Pugh C.

4.8 Procedimiento para recolección de datos

- En un ambiente cómodo (clínica de Gastroenterología en la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios) y con adecuada iluminación se procede a preguntar al paciente si desea participar en este trabajo de investigación. Si el paciente acepta, el investigador procede a realizar las preguntas del cuestionario SF-36 (esto debido a que varios pacientes pueden ser analfabetas). Se realiza la pregunta y se leen las respuestas, luego el paciente escoge una de las respuestas. Al final se explica al paciente que la entrevista ha finalizado.

4.9 Análisis de datos

- Se utilizó el programa estadístico SPSS 10 para análisis los datos (media, mediana, desviación estándar).

4.10 Alcances

- La información generada a partir del presente estudio permite conocer la calidad de vida que presentan los pacientes con cirrosis y con esto poder brindar una atención integral a los mismos para beneficio individual, familiar y social; debido al impacto que puede crear la afección en los diferentes aspectos evaluados (salud mental, emocional, vitalidad, función física, dolor corporal y salud general).

4.11 Limitaciones

El presente estudio se realizó solo en los pacientes que accedieron a participar y quienes firmaron un consentimiento previo. Fueron excluidos pacientes cirróticos que

correspondan a la escala Child Pugh C o que presentaron inestabilidad hemodinámica. Debido a la falta de insumos del Hospital General San Juan de Dios hay falta de reactivos y existen resultados de laboratorio que fueron difíciles de conseguir para completar este trabajo.

4.12 Aspectos éticos de la investigación

- En esta investigación se utilizó el cuestionario de salud SF-36 en pacientes con cirrosis que dieron su consentimiento escrito para la realización del mismo. Los datos fueron manejados confidencialmente.

4.13 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	
Calidad de Vida	Bienestar físico, mental y social que pudiera tener el paciente, no enfocado solamente en la eliminación del factor patológico, representando la respuesta individual a los efectos de la enfermedad sobre sus circunstancias vitales. ¹⁸	Evaluar la función física, vitalidad, salud mental, dolor corporal, salud general y función social de los pacientes con cirrosis.	Cualitativa	Nominal	Buena Mala
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información. ²⁵	Dato de edad cronológica del paciente según fecha de nacimiento. Pacientes mayores de 14 años.	Cuantitativa	Numérica	0 – 100 años
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen a una persona como masculino o femenino. ²⁵	Dato de sexo, masculino o femenino, que indique el paciente.	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Escala Child-Pugh	Sistema de estadificación usado para evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica, principalmente la cirrosis y la necesidad de trasplante de hígado. Emplea cinco criterios clínicos: bilirrubina total, albúmina sérica, INR/tiempo de protrombina, ascitis y encefalopatía. ^{11, 12, 13}	Child Pugh A (5-6 puntos) Child Pugh B (7-9 puntos) Child Pugh C (10-15 puntos)	Cuantitativa	Numérica	Child Pugh A (5-6 puntos) Child Pugh B (7-9 puntos) Child Pugh C (10-15 puntos)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Escolaridad	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza. ²⁵	Paciente analfabeta o alfabetado (primaria, secundaria, diversificado, universidad) dependiendo el grado de estudio cursado.	Cualitativa Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Diversificado Universitario
Ictericia	Es el color amarillento de la piel, las membranas mucosas y las escleras oculares, que se produce debido a una alta concentración de bilirrubina en la sangre. ^{11,12,13}	Presencia de ictericia o no en el paciente entrevistado.	Cualitativa Nominal	Si / No
Ascitis	Es la acumulación de líquido en la cavidad abdominal, en una cantidad superior a la fisiológica. ^{11,12,13}	Presencia anormal de líquido en la cavidad abdominal secundaria a hipertensión portal en pacientes con cirrosis.	Cualitativa Nominal	Ninguna Leve Moderada Severa
Encefalopatía Hepática	Síndrome de alteración mental que aparece en pacientes con insuficiencia hepática aguda o crónica debido al aumento del amonio sanguíneo. ^{11,12,13}	Presencia de alteraciones neurológicas en pacientes con cirrosis (confusión, letargia, estupor, coma) debido a al aumento del amonio.	Cualitativa Nominal	Grado I – Confusión Grado II – Letargia Grado III – Estupor Grado IV – Coma

Telangiectasias	Son dilataciones de capilares pequeños y de vasos superficiales, de color rojo brillante que miden 1-4 mm de diámetro y palidecen a la presión. Pueden observarse en tórax, cuello, cabeza, la cara, mucosas nasofaríngeas - bucales y en las extremidades. ^{11,12,13}	Presencia de dilataciones capilares que se observan en pacientes con cirrosis.	Cualitativa Nominal	Si / No
Hemorragia Gastrointestinal Superior	Es aquella que se origina en una lesión situada entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz (formado por la 4ª porción duodenal y el yeyuno). En pacientes con cirrosis secundario a várices esofágicas. ^{11,12,13}	Hematemesis: vómito de sangre. Melena: evacuación rectal de sangre color negro.	Cualitativa Nominal	Si / No
Pruebas de Función Hepática	Laboratorios a nivel sanguíneo que evalúan el funcionamiento hepático. ^{11,12,13}	Albumina, Proteínas totales, Fosfatasa alcalina (FA), Alanina transaminasa (ALT), Aspartato Aminotransferasa (AST), Gamma-glutamil transpeptidasa (GGT), Tiempo de protrombina (TP), Bilirrubinas en suero.	Cuantitativo	Valores de laboratorio recientes.

Alcoholismo	Enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol etílico, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. ^{11,12,13}	Antecedente de consumo de alcohol etílico del paciente con cirrosis.	Cualitativa Nominal	Si / No
Función Física	Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. ¹⁸	Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.	Cualitativa	Nominal
Dolor Corporal	Es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso. Se asocia a una lesión tisular o es expresada como si ésta existiera. ¹⁸	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.	Cualitativa	Nominal
Salud Mental	Estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. ¹⁸	Evaluación de ansiedad, depresión, control de la conducta y bienestar en general.	Cualitativa	Nominal

Salud General	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. ¹⁸	Valoración personal de la salud que incluye la actual, las perspectivas para el futuro y la resistencia a enfermar.	Cualitativa	Nominal
Vitalidad	Es el estado de desarrollo o vigor alcanzado por los seres vivos, que se manifiestan externamente en el aspecto general, conformación y grado de crecimiento. ¹⁸	Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	Cualitativa	Nominal
Función Social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. ¹⁸	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.	Cualitativa	Nominal

V. RESULTADOS

Se estudiaron 48 pacientes con diagnóstico de Cirrosis, de estos 45 (94%) pacientes corresponden a la clase funcional Child Pugh A y el 6% a la clase funcional Child Pugh B. Del total de pacientes estudiados 26 (54%) fueron mujeres y 22 hombres. Respecto a la clase funcional Child Pugh A 56% son mujeres, mientras en la clase funcional Child Pugh B 67% son hombres.

La edad promedio de los pacientes fue 54.9 años \pm 18 (36 – 74), siendo más jóvenes los que pertenecen a la clase funcional Child Pugh A con una media de edad de 48.2 años \pm 12. De la población estudiada 28 (58%) pacientes tienen antecedente de alcoholismo, de estos el 93% pertenecieron a la clase funcional Child Pugh A. De los 20 pacientes que no reportaron antecedente de alcoholismo, 30% padecen Hipertensión Arterial y 20% Diabetes Mellitus. Respecto a la etnia el 84% pertenecen a la no indígena y el 16% a la indígena. El 100% de los pacientes en clase funcional Child Pugh B fueron indígenas. En relación a la escolaridad ninguno cursó nivel universitario y 22 (46%) pacientes cursaron el nivel primaria.

Al analizar la percepción que los pacientes con Cirrosis tienen sobre la Calidad de Vida evaluada a través del cuestionario SF-36, se observó que el 42% de ellos obtuvieron una calificación $<$ 50 puntos que se interpreta como una mala Calidad de Vida. De estos pacientes el 95% pertenecen a la clase funcional Child Pugh A. En base al cuestionario se analizaron ocho dimensiones individualmente que evalúan la Calidad de Vida, encontrando que las más afectadas fueron: Salud General en 32 (67%) pacientes y Rol Emocional en 30 (62%) pacientes. Del total de pacientes con clase funcional Child Pugh A 67% percibieron mala Calidad de Vida en ambas dimensiones.

Es importante mencionar que los pacientes que se encontraban en clase funcional Child Pugh A fueron quienes en su mayoría percibieron un mal estado de salud personal aunque objetivamente desde el punto de vista clínico se encuentran bien.

Ninguna característica sociodemográfica o clínica se correlacionó con la percepción de la Calidad de Vida que tienen los pacientes con Cirrosis. (Ver Tabla 1)

TABLA 1

**Características Epidemiológicas y Calidad de Vida en pacientes con Cirrosis
De la Consulta Externa de Gastroenterología del HGSJDD (Febrero – Mayo 2012)**

Características Epidemiológicas	N (%)	Escala Child Pugh	
		A	B
	48 (100)	45 (94)	3 (6)
Edad	54.9 ± 18	48.2 ± 12	56.4 ± 16
Sexo			
Femenino	26 (54)	25	1
Masculino	22 (46)	20	2
Antecedente de Alcoholismo			
Sí	28 (58)	26	2
No	20 (42)	19	1
Diabetes Mellitus	4	4	0
Hipertensión Arterial	6	6	0
Ninguno	10	9	1
Etnia			
Índigena	8 (16)	5	3
No indígena	40 (84)	40	0
Escolaridad			
Analfabeta	14 (30)	12	2
Primaria	22 (46)	21	1
Secundaria	8 (16)	8	0
Diversificado	4 (8)	4	0
Cuestionario SF - 36			
< 50	20 (42)	19	1
> 50	28 (58)	26	2
Salud General			
< 50	32 (67)	30	2
> 50	16 (33)	15	1
Rol Emocional			
< 50	30 (62)	30	0
> 50	18 (38)	15	3
Vitalidad			
< 50	15 (32)	15	0
> 50	33 (68)	30	3

*HGSJDD (Hospital General San Juan de Dios)

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Cada vez son más utilizados los instrumentos que miden la Calidad de Vida (como el cuestionario SF-36) para evaluar el impacto que las enfermedades crónicas tienen sobre los individuos que las padecen.

El propósito de este estudio fue determinar las características sociodemográficas y clínicas para valorar la calidad de vida de los pacientes con Cirrosis, siendo una patología frecuente en Guatemala. Debido al creciente número de personas que son diagnosticadas, en su mayoría debutando por complicaciones, es importante conocer datos de esta población que nos permitan establecer medidas para mejorar la calidad de vida y así disminuir la mortalidad en estos pacientes.

En este estudio la media de edad de los pacientes con Cirrosis fue de 54.9 años, siendo los pacientes con clase funcional Child Pugh A los más jóvenes con una media de edad de 48.2 años; en un estudio realizado en México en 2010 (Calidad de Vida en pacientes con Cirrosis utilizando el cuestionario SF – 36) la media de edad fue de 56 años.^(1,2) Esto evidencia que la enfermedad se diagnostica en un amplio rango de edad y que la población económicamente activa se encuentra afectada, disminuyendo el ingreso familiar y disminuyendo la fuerza laboral del país.

En nuestra población 54% de los pacientes fueron de sexo femenino; sin embargo en clase funcional Child Pugh A 56% fueron mujeres, mientras en la clase funcional Child Pugh B 67% fueron hombres. En el estudio mexicano el 58% perteneció al sexo masculino⁽¹⁾, lo que se correlaciona con una clase funcional Child Pugh B ó C. Esto podría explicarse debido a que las pacientes femeninas son quienes dan más seguimiento en consulta externa a sus padecimientos y tratan de llevar un control médico. También a que los pacientes masculinos son atendidos por complicaciones ya en clase funcional Child Pugh C en las emergencias, teniendo una alta tasa de mortalidad. Otra explicación sería que la enfermedad tuviera un curso progresivo y fulminante en el sexo femenino que impida que lleguen a fases tardías donde se manifiestan complicaciones de la Cirrosis.

El alcoholismo fue la etiología mas prevalente en la población estudiada. Demostrando que el mayor factor de riesgo para desarrollar Cirrosis es modificable y al disminuir el alto consumo podría ser prevenible, ya que el daño hepático es debido a consumo crónico en grandes cantidades. Otras comorbilidades que se presentaron en el estudio fueron Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus que se han estudiado como etiología de Hígado Graso No Alcohólico que progresa a Cirrosis; siendo necesaria la vigilancia de pruebas de función hepática en estos pacientes para realizar detección temprana de anormalidades e implementar medidas de prevención.

El 84% de los pacientes con Cirrosis correspondieron a la etnia no indígena. Con esto podemos señalar que la enfermedad se puede desarrollar en zonas urbanas donde la población tiene acceso y se encuentra expuesta a factores de riesgo (ej. alcohol), aunque es importante mencionar que la población fue estudiada en un Hospital Nacional de Salud Pública ubicado en la Ciudad Capital (área urbana), al cual la población indígena tiene menor accesibilidad. Otra posibilidad sería un factor genético protector en la población indígena en relación a Cirrosis, aunque no se cuenta con estudios al respecto.

De los pacientes con Cirrosis el 94% correspondió a la clase funcional Child Pugh A. El 42% del total de pacientes percibieron una mala Calidad Vida. Las dimensiones más afectadas fueron Salud General y Rol Emocional. En el estudio mexicano el 58% correspondió a la clase funcional Child Pugh A y las variables más afectadas fueron salud física, problemas emocionales, vitalidad, función social y salud general; mientras el 48% de la población percibió una mala calidad de vida. ⁽¹⁾

La Salud general es la valoración personal de la salud que tiene el paciente con Cirrosis que incluye la actual, las perspectivas para el futuro y la resistencia a enfermar; y el Rol Emocional es el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias. ⁽¹⁸⁾

Por tanto en este estudio los datos clínicos y de laboratorio (clase funcional Child Pugh) de los pacientes con Cirrosis que establecen objetivamente el bienestar de los mismos con respecto a su enfermedad no se correlacionaron con la percepción personal que tienen sobre su estado de salud. De los pacientes con Cirrosis en clase funcional Child Pugh A

42% percibieron mala Calidad de Vida. De estos 67% percibieron mala Calidad de Vida en las dimensiones de Salud General y Rol Emocional. Mientras que los pacientes con clase funcional Child Pugh B percibieron mejor Calidad de Vida en un 67%, sin embargo el número de pacientes fue menor en comparación a la clase funcional A.

Los pacientes pueden tener afección psicológica debido a la enfermedad que padecen y aunque clínicamente se encuentren bien desde el punto de vista médico, estos perciben que su estado de salud se encuentra mal. Esto afecta su desarrollo emocional, social y laboral; haciendo que la enfermedad progrese y limite sus capacidades.

Estos resultados hacen que sea necesaria una evaluación conjunta con el departamento de Psicología en la consulta externa, para mejorar la Calidad de Vida de los pacientes con Cirrosis ya que esto ayudaría a que se desarrollen todas sus capacidades con el propósito de mejorar su pronóstico y ser productivos en la sociedad guatemalteca.

6.1 Conclusiones

6.1.1 La edad media de pacientes con Cirrosis que acuden a la consulta externa de Gastroenterología es de 54.9 años.

6.1.2 El 58% de los pacientes con Cirrosis refieren antecedente de alcoholismo.

6.1.3 El estadio de Child Pugh no tuvo ninguna relación con la Calidad de Vida, el 94% de los pacientes estudiados se encontraba en un estadio A.

6.1.4 La Salud General y el Rol Emocional son las dos dimensiones sobre Calidad de Vida más afectadas en los pacientes con Cirrosis.

6.1.5 La Vitalidad es la dimensión sobre Calidad de Vida con menos afección en los pacientes con Cirrosis.

6.2 Recomendaciones

- 6.2.1** Todo paciente con Cirrosis debe ser referido a la consulta externa de Gastroenterología para llevar seguimiento y control de tratamiento, para asegurar una buena Calidad de Vida de los mismos.

- 6.2.2** Dar un adecuado plan educacional a los pacientes con Cirrosis sobre su enfermedad y la importancia de seguir las indicaciones del especialista, así como llevar una vida cotidiana normal.

- 6.2.3** Referir los pacientes con Cirrosis para evaluación y seguimiento por parte del departamento de Psicología, para mejorar el rol emocional y Salud Mental y así tener una mejor Calidad de Vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rangel Gómez A, Cruz Ruíz MA, Patiño López GA. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cirrosis mediante el cuestionario SF-36: Revista DOLOR, Foro Nacional de Investigación y Clínica Médica; [Revista en línea] 2010; 7 (1): 10 - 14. Disponible en: www.intramed.net
2. Soriano G, Román E. El reto de la calidad de vida en pacientes con cirrosis: XXXVII Congreso Anual de la Asociación Española para el estudio del Hígado, Revista de Gastroenterología y Hepatología. [En línea] 2012; 35 (Espec Congr 1): 52 - 59. Disponible en: www.elsevier.es/gastroenterologia
3. Constitution of World Health Organization (WHO). World Health Organization. 1948.
4. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, et al. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. Gastroenterology. 2001; 120:170-8.
5. Hauser W, Holtmann G, Grande D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. Clin Gastroenterol Hepatol. 2004; 2:157-63.
6. Younossi ZM, Boparai N, Price LL, et al. Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. Am J Gastroenterol. 2001;96:2199-205.
7. Gutteling JJ, De Man RA, Busschbach JJV, et al. Overview of research on health-related quality of life in patients with chronic liver disease. Neth J Med. 2007;65:227-34.
8. Les I, Doval E, Flavio M, et al. Quality of life in cirrhosis is related to potentially treatable factors. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009; 22:221-7.

9. Kanwal F, Gralnek IM, Hays RD, et al. Health-related quality of life predicts mortality in patients with advanced chronic liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009; 7:793-9.
10. D. Schuppan and N.H. Afdhal, "Liver cirrhosis", *The Lancet*, 2008: 317; 838 – 851.
11. Flores Ramírez W, Meléndez Sánchez JM, Quiroz González R. Cirrosis Hepática: Universidad Nacional Autónoma de México. [En línea] 2010; 1 – 19. Disponible en: es.scribd.com/.../FISIOPATOLOGIA-DE-LA-CIRROSIS-HEPATICA
12. Chung R, Podolsky D. "Cirrosis y sus Complicaciones". Fauci D, Kasper D, Braunwald E, Longo D, Hauser S, Jamenson J. *Harrison Principios de Medicina Interna*. Mc Graw-Hill, 16 ed. Mexico, 2005: 2046 – 2058.
13. Friedman S. "Hepatopatía Alcohólica, Cirrosis Hepática y sus secuelas principales". Goldman L, Bennett J. *Tratado de Tratado de Medicina Interna*. Mc Graw-Hill 21 ed. España, 2002: 888 – 898.
14. Crawford J. "Insuficiencia hepática y cirrosis". Cotran R, Kumar V, Collins T, Robbins *Patología Estructural y Funcional*. Mc Graw-Hill 6 ed. Mexico, 2000: 888 – 892..
15. Heidelbaugh JJ, Bruderly M. Cirrhosis and chronic liver failure. Part I: Diagnosis and evaluation. *Am Fam Physician*. 2006; 74:756-62.
16. Heidelbaugh Joel J, Sherbondy M. University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan. Cirrhosis and Chronic Liver Failure: Part II. Complications and Treatment. *Am Fam Physician*. 2006 Sep 1; 74(5):767-76.
17. Uptodate, "Diagnostic approach to the patient with cirrhosis", <http://www.uptodate.com/>, Uptodate 2011.

18. Arostegui Madariaga I, Núñez Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36): Estadística Española. [En línea] 2008; 50 (167): 147 - 192. Disponible en: www.ine.es/ss/Satellite
19. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. Med Clin (Barc).1995; 104:771-6.
20. García A, Santibáñez M, Soriano G. Utilización de un cuestionario de salud (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores: Arch Prev Riesgos Labor 2004; 7 (3): 88-98.
21. Herbás A, Zabaleta A, De Miguel G, Beldarrain O, Diez J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (1): 45-52.
22. The World Health Organization Quality of Life Assessment Group (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41:1403-9.
23. Uptodate, "Management of pain in patients with cirrhosis", <http://uptodate.com/>, Uptodate 2012.
24. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. J Hepatol 2006; 44:217-231.
25. Real Academia Española. "Diccionario de la Lengua Española". España 22 Ed. Actualización 2009.

VIII. ANEXOS

ANEXO # 1 ESCALA CHILD PUGH

Clasificación Child - Pugh			
	1	2	3
Encefalopatía	No	Grado 1 - 2	Grado 3 - 4
Ascitis	No	Pequeña cantidad	Gran cantidad
Bilirrubina (mg/dl)	Menor a 2	2 - 3	Mayor a 3
Albúmina (gr/dl)	Mayor a 3.5	2.8 – 3.4	Menor a 2.8
Protrombina	Mayor a 70%	40 – 70 %	Menor a 40%

Estadio A: 5 a 7 Puntos. Estadio B: 7 a 10 Puntos. Estadio C: 10 a 15 Puntos.

ANEXO # 2 PRONÓSTICO DE LA ESCALA CHILD-PUGH

Grado	Puntos	Sobrevida al año (%)	Sobrevida a los 2 años (%)
A : Enfermedad Bien Compensada	5 - 6	100	85
B: Compromiso Funcional Significativo	7 - 9	80	60
C: Enfermedad Descompensada	10 - 15	45	35

*Lucey MR, et al. Minimal criteria for placement of adults on the liver transplant waiting list: a report of a national conference organized by the American Society of Transplant Physicians and the American Association for the Study of Liver Diseases. Liver Transpl Surg. 1997 Nov;3(6):628-37.

ANEXO # 3

REFERENCIA DE VALORES NORMALES DE PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA

Alanino Aminotransferasa (ALT o Transaminasa Pirúvica)	0 – 50 U/L
Gammaglutamil Transferasa (GGT)	Mujer 8 – 55 U/L Hombre 10 - 65 U/L
Tiempo de Protrombina	12 – 14
Albúmina	3.3 – 5 g/100 mL
Bilirrubina	0.1 – 2 mg/100 mL

*Laboratorio Clínico y pruebas de diagnóstico, Morrison Treseler K., 3ra edición, Manual Moderno, año 1998.

ANEXO # 4
CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- Sí, me limita mucho
- Sí, me limita un poco
- No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- Sí
- No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- Sí
- No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- Sí
- No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- Sí
- No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí
- No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí
- No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- Sí
- No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno
- Sí, muy poco
- Sí, un poco
- Sí, moderado
- Sí, mucho
- Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LEHAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces

- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces

- Sólo alguna vez
- Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Muchas veces
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA **CADA UNA** DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- Totalmente cierta
- Bastante cierta
- No lo sé
- Bastante falsa
- Totalmente falsa

ANEXO # 5

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos Generales:

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Historia Clínica: _____

Antecedente de Alcoholismo: Si _____ No _____

Etnia: Indígena _____ No Indígena _____

Escolaridad:

Analfabeta _____

Primaria 1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____ 5º _____ 6º _____

Secundaria 1º _____ 2º _____ 3º _____

Diversificado _____ Universidad _____

Características Clínicas:

Ictericia: Si _____ No _____

Encefalopatía: No _____ Grado I _____ Grado II _____ Grado III _____ Grado IV _____

Ascitis: Ninguna _____ Leve _____ Moderada _____ Severa _____

Telangiectasias: Si _____ No _____

Hemorragia Gastrointestinal Superior: Si _____ No _____

Laboratorios:

Tiempo de Protrombina (TP): _____

Bilirrubinas totales: _____ Albúmina: _____

Hematología: Leucocitos _____ Hemoglobina _____ Plaquetas _____

Transaminasa Pirúvica: _____ Transaminasa Oxalacética: _____

Gammaglutamil Transferrasa: _____

Escala de Child Pugh:

A (5 – 6 puntos) _____ B (7 – 9 puntos) _____ C (10 -15 puntos) _____

ANEXO # 6

**Hospital General "San Juan de Dios"
Guatemala, C.A.**

Oficio CI-419/2012

6 de diciembre de 2012

Doctora
Kate Thomas
Médico Residente III
Departamento de Medicina
Edificio

Doctora Thomas:

El Comité de Investigación de este Centro Asistencial, le comunica que el Informe Final de la Investigación Titulada "CARACTERIZACIÓN DEL CURSO CLÍNICO EN PACIENTES CON CIRROSIS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, FEBRERO - MAYO 2012", ha sido aprobado para su impresión y divulgación.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,


Dra. Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado
COORDINADORA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



c.c. archivo

Julia

Teléfonos Planta 2321-9191 ext. 6015
Teléfono Directo 2321-9125

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“Caracterización del Curso Clínico en pacientes con Cirrosis atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología”**, para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que contiene la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.