

# Factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta de la Red Asistencial EsSalud Lambayeque\*

## Risk factors for hepatic cirrhosis in the adult population of the Social Security Network of EsSalud Lambayeque

Abel Elías Beltrán-Jara<sup>1,a</sup>, Elizabeth Neciosup-Puican<sup>2,3,b</sup>

### RESUMEN:

**Introducción:** La cirrosis hepática es causante de miles de muertes en el mundo, representa el estadio final de cualquier hepatopatía crónica, independientemente de sus múltiples etiologías. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta asegurada de la Red Asistencial EsSalud Lambayeque EsSalud 2005-2008. **Materiales y Métodos:** estudio cuantitativo: prospectivo, observacional, diseño analítico tipo casos y controles pareado, se incluyó 140 pacientes diagnosticados con cirrosis hepática, con el doble de controles pareados por edad y sexo. **Resultados:** Se encontró que alcoholismo OR: 16,17 (IC 95%: 9,78-26,73) hepatitis B OR: 5,03 (IC 95%: 2,01-12,54) diabetes mellitus OR: 1,89 (IC 95%: 1,22-2,94) como factores de riesgo. **Conclusión:** La ingesta de alcohol es el principal factor de riesgo en las enfermedades del hígado en la población asegurada de la Red Lambayeque.

**Palabras claves:** Cirrosis hepática, prevalencia, factores de riesgo (DeCS-BIREME)

### ABSTRACT:

**Introduction:** The hepatic cirrhosis is the cause of thousands of deaths in the world; it represents the final stage of any chronic hepatopathy, independently of its many multiple etiologies. **Objective:** To determine the main risk factors for hepatic cirrhosis in the adult population of the social security network of Lambayeque - EsSalud. 2005 - 2008. **Material and Methods:** quantitative study, prospective, observational, analytical design of paired cases and controls, 140 patients diagnosed with hepatic cirrhosis were included, with the double of controls, paired by age and sex. **Results:** The following ORs were found: alcoholism OR: 16,17 (CI 95%: 9,78-26,73), hepatitis B : 5,03 (IC 95%: 2,01-12,54) diabetes mellitus OR: 1,89 (IC 95%: 1,22-2,94), all these being risk factors. **Conclusion:** The intake of alcohol is the main risk factor for liver diseases in adults of the social security network of Lambayeque.

**Keywords:** Liver Cirrhosis, prevalence, Risk Factors (Source: MeSH NLM)

### INTRODUCCION

La cirrosis hepática constituye un importante problema de salud pública en varios países del mundo, siendo causante de un significativo número de muertes y constituyéndose en una de las principales causas de defunción. Es una enfermedad crónica, caracterizada por destrucción y regeneración de las células parenquimales hepáticas, así como incremento del tejido conectivo, proceso que ocurre en forma desorganizada, causando finalmente distorsión de la arquitectura lobular y vascular del hígado. Esta distorsión de la morfología, es la causante del aspecto nodular de su superficie<sup>(1)</sup>.

Según los Centers for Disease Control and prevention (CDC) de los Estados Unidos, la enfermedad hepática crónica, incluyendo la cirrosis, constituyó la décima causa de muerte en 1998 y 1999, mientras que para el año 2000 ocupó el duodécimo lugar, siendo más prevalente en las personas adultas mayores (7ª causa de muerte), así como en los varones (1,5% en varones y 0,8% en mujeres)<sup>(1)</sup>.

En México, la cirrosis hepática es uno de los principales problemas de salud, siendo la sexta causa de mortalidad general y la tercera en hombres de 15 a 64 años de edad. Además, constituye una de las 10 primeras causas de hospitalización en las instituciones de salud con una tasa de mortalidad de 20,3 defunciones por 100 000 habitantes.<sup>(3)</sup> En Chile, es la 5ª causa de defunción a pesar de que las tendencias de hospitalización y de muerte se modificaron en la última década del siglo XX. En los últimos años, se registró un

1. Servicio de Medicina del Hospital II La Oroya - EsSalud. Perú.  
2. Oficina de Inteligencia Sanitaria. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo - Perú.  
3. Miembro del Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.  
a. Médico Gastroenterólogo b. Licenciada en Enfermería.  
\* Trabajo realizado para optar el título de Médico Especialista en Gastroenterología.

significativo aumento de la edad media de egreso hospitalario y de defunción en ambos géneros. Paralelamente, las tasas de mortalidad ajustadas por edad han declinado entre 1975 y 1999 de 32 a 17 por 100.000 habitantes. El descenso se ha producido especialmente en las edades jóvenes tanto para las hospitalizaciones como para las muertes. La probabilidad actual de hospitalización del chileno medio alcanza a 5,9% y la de morir por la enfermedad a 3,6%. El descenso de los riesgos se vincula tanto a los progresos en el tratamiento de la afección como a modificaciones en el consumo de alcohol por parte de la población, con descenso significativo en la ingestión de vino e incremento del consumo de cerveza <sup>(4)</sup> Lo mismo ocurre en Ecuador, donde la cirrosis hepática es una de las patologías más prevalentes, con un elevado índice de consultas, hospitalizaciones, gastos en salud y mortalidad. <sup>(1)</sup>

La cirrosis hepática es una enfermedad prevalente en nuestro medio sobre todo en personas por encima de los 60 años y del sexo masculino, con una tasa de mortalidad de 9,48 por 100 000 habitantes, ocupando el 5° lugar en orden de magnitud entre las defunciones generales, el 2° lugar entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares y es la 2° causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etáreo de 20 a 64 años <sup>(5,6)</sup>. Además, constituye actualmente, la primera causa de demanda efectiva de hospitalización y una de las principales de consulta externa registradas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud. <sup>(2)</sup> Entre enero del 2001 y junio del 2004, se hospitalizaron en la Unidad de Hígado 475 pacientes. La edad promedio fue de 63,4 años, con un rango de 26 a 93 años, predominando el sexo masculino (54,9%). En relación a la etiología el consumo crónico de alcohol fue responsable del 28% de casos, seguida de la hepatitis viral B (15,2%). La mortalidad en el año 2002 fue de 7,1% siendo la principal causa de muerte las infecciones, seguido de la hemorragia variceal, hepatocarcinoma, síndrome hepatorenal e infección aguda por HBV. <sup>(7)</sup> Según datos del Hospital de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, fueron diagnosticados 136 casos con diagnóstico laparoscópico o histológico de cirrosis hepática entre los años 1997 a 2001. El 48% de los casos fueron mayores de 60 años predominando el sexo masculino (52%). En este grupo la etiología principal fue el consumo crónico de alcohol (45%). <sup>(7)</sup>

En el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de la Red Asistencial de Lambayeque, según datos brindados por la oficina de inteligencia sanitaria, en el año 2004: 182 casos nuevos (107 casos sexo masculino) y en el 2005 se registraron 223 hospitalizaciones, con una incidencia de 170 casos nuevos predominando el sexo masculino con 107 casos. Durante el 2006, 236 casos en total, una incidencia de 147 casos nuevos de los cuales 94 casos eran del sexo masculino. Además, el servicio de Gastroenterología en el año 2007 reportó como primera causa de egreso hospitalario la cirrosis hepática con 252 hospitalizaciones, representando un 30,59% del total de egresos. De los cuales 150 fueron casos nuevos en ese año, de ellos 87 casos eran del sexo masculino. <sup>(8)</sup>

En cuanto a la mortalidad registrada en el HNAAA tenemos que en el año 2002, la cirrosis hepática fue la primera causa básica de defunción hospitalaria con 42 defunciones (29 sexo masculino), de las cuales 29 se presentaron en el grupo de edad de mayores de 65 años. En el año 2003 fueron 40 defunciones (26 sexo masculino) siendo la segunda causa básica de defunción hospitalaria. En el 2004, se presentaron 56 defunciones (33 sexo masculino), ocupando la primera causa de defunción hospitalaria, llamando la atención que el

grupo de edad de 25- 44 años registró 23 defunciones (41,07%). Durante los años 2005 a 2006, ocupó el segundo lugar, con un total de 57 defunciones para el 2005 (32 defunciones sexo masculino y 40 defunciones en el grupo de edad mayores de 65 años) y 48 defunciones para el 2006 (50% para cada sexo, a predominio del grupo de edad de 65 a más años con un 66.67%). El año 2007 ocupó el cuarto lugar del total de las defunciones hospitalarias con 52 defunciones, de los cuales 32 fueron hombres. Para el año 2008, fueron 41 defunciones con predominio en el varón (235 defunciones). En el 2009, la cirrosis hepática como causa básica, ocupó el tercer lugar con 51 defunciones, siendo 26 casos de sexo femenino. <sup>(9)</sup>

Finalmente, es común aceptar que el alcoholismo podría ser la primera causa de la cirrosis hepática en nuestro país y probablemente ello esté muy cercano a la realidad de la población asegurada de la Red Asistencial Lambayeque; sin embargo, esta generalización ha llevado a obviar la importancia de otras causas en este padecimiento, así como las diferencias epidemiológicas que pueden existir según el género, los factores de riesgo y los sociodemográficos. Además, según la información presentada, la cirrosis hepática es un problema de salud pública en la Red Asistencial Lambayeque -EsSalud que requiere acciones para prevenirla. Por ello es necesario conocer sus factores de riesgo para el control de los principales factores causales de esta enfermedad, para establecer medidas de prevención y proponer alternativas de tratamiento como la creación de un comité o registro de enfermedades del hígado que organice grupos regionales de vigilancia bajo un mismo formato que, a su vez, permita estudiar más profundamente este problema.

Por las razones señaladas es que el autor realizó el presente estudio para lo cual se planteó el objetivo de determinar los factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta asegurada de la Red Asistencial EsSalud Lambayeque.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

**Tipo y diseño:** estudio cuantitativo, prospectivo, observacional. Diseño analítico de casos y controles pareados.

**Población:** estuvo constituida por todos los casos de cirrosis hepática diagnosticados entre Junio 2005 a Mayo 2008 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el servicio de Gastroenterología.

**Muestra:** se utilizó la calculadora estadística Epidat 3.1 para casos y controles pareados usando una proporción de casos expuestos 45% <sup>(2)</sup> y proporción de controles expuestos de 28% <sup>(2)</sup> con una potencia de 80%, se obtuvo 128 pares.

## Criterios de inclusión:

**Casos:** fueron definidos como aquel paciente asegurado con diagnóstico anatomopatológico de cirrosis hepática.

**Controles:** fueron pacientes de consulta externa u hospitalización en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, cercano a su domicilio, con las características similares de edad ( $\pm$  5 años) y sexo.

**Criterios de exclusión:** pacientes que no pudieron dar datos por su estado mental o crítico, que se negaron a participar del mismo o que luego de la búsqueda correspondiente, fallecieron, cambiaron de domicilio, no se ubicó sus historias clínicas en archivo.

**Método:** Se utilizó como instrumento de recolección de datos realizada por el autor, tanto a los casos como a los controles tratando de precisar la existencia de factores de riesgo que se consideran como factibles de ser causales. La ficha fue validada previo a su ejecución a través de un estudio piloto aplicada en 30 historias clínicas con los criterios de inclusión asignados para el estudio.

A través del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo se obtuvo la información de los casos nuevos diagnosticados confirmados por año. Posteriormente se recurrió a la búsqueda del paciente (caso) en su residencia o en el hospital (consultorio externo, hospitalización), los controles fueron ubicados en forma apareada de sexo y edad en consulta externa, hospitalización del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Una vez recolectada la información se procedió al análisis de los datos con el paquete estadístico SPSS versión 15,0 utilizándose primero la prueba de chi2 para establecer asociación de variables, los factores que se encuentren asociados se aplicó Odds ratio para enfoque de riesgo.

## RESULTADOS

**Tabla N° 1:** Características de los pacientes con diagnóstico de Cirrosis Hepática que son atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Red Asistencial de Lambayeque-EsSalud de la ciudad de Chiclayo durante el periodo 2005-2008.

VARIABLE	N°	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	68	62,38
Femenino	32	37,62
<b>GRUPOS DE EDAD</b>		
< 50 años	2	1,83
50 - 59 años	26	23,85
60 - 69 años	35	32,11
70 - 79 años	33	30,28
80 años a mas	13	11,93
<b>TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL</b>		
1 - 3 años	1	0,92
4 - 6 años	3	2,75
7 - 9 años	12	11,00
10 a mas años	93	85,33
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOHÓLICA</b>		
Diariamente	5	4,59
Una vez/ mes	20	18,35
Dos veces/ mes	30	27,52
Tres veces/mes	24	22,02
Cuatro veces/mes	30	27,52
<b>TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA</b>		
Cerveza	65	59,63
Ron	12	11,00
Cañazo o aguardiente	17	15,60
Vino	15	13,77

**Tabla N° 2:** Factores de riesgo para Cirrosis Hepática en la población adulta de la red asistencial Lambayeque - EsSalud, durante el periodo 2005 - 2008.

Factor	Cirrosis Hepática		$\chi^2$	OR	IC 95%	p
	SI	NO				
<b>Transfusión Sanguínea</b>						
Si Recibió	24	38	<b>0,68</b>	<b>1,37</b>	<b>0,75 - 2,29</b>	<b>0,40</b>
No Recibió	116	242				
<b>Intervención Quirúrgica</b>						
Con Cirugía	23	52	<b>0,16</b>	<b>0,86</b>	<b>0,50 - 1,47</b>	<b>0,68</b>
Sin Cirugía	117	228				
<b>Hepatitis B</b>						
Positivo	16	7	<b>12,70</b>	<b>5,03</b>	<b>2,01 - 12,54</b>	<b>0,0004</b>
Negativo	124	273				
<b>Hepatitis C</b>						
Positivo	16	7	<b>2,41</b>	<b>2,89</b>	<b>0,90 - 9,29</b>	<b>0,12</b>
Negativo	124	273				
<b>Diabetes Mellitus</b>						
Con diagnóstico	53	68	<b>7,73</b>	<b>1,89</b>	<b>1,22 - 2,94</b>	<b>0,0054</b>
Sin diagnóstico	87	212				
<b>Consumo de Alcohol</b>						
Si	109	50	<b>14,02</b>	<b>16,17</b>	<b>9,78 - 26,73</b>	<b>0,0001</b>
No	31	230				
<b>Pinchazo Accidental</b>						
Si	5	25	<b>3,27</b>	<b>0,37</b>	<b>0,14 - 0,97</b>	<b>0,07</b>
No	135	255				
<b>Tener Tatuaje</b>						
Si	2	10	<b>0,86</b>	<b>0,39</b>	<b>0,08 - 1,81</b>	<b>0,35</b>
No	138	270				

**Tabla N° 3:** Valores de Odds Ratio e intervalos de confianza de factores asociados con el riesgo de Cirrosis Hepática en los pacientes del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo durante el periodo 2005 - 2008.

FACTORES DE RIESGO	OR	IC 95%	p
Alcohol	16,17	9,78 - 26,73	<b>p&lt;0,05</b>
Hepatitis B	5,03	2,01 - 12,54	<b>p&lt;0,05</b>
Hepatitis C	2,89	0,90 - 9,29	p>0,05
Diabetes mellitus	1,89	1,22 - 2,94	p>0,05
Transfusión sanguínea	1,37	0,75 - 2,29	p>0,05
Intervención quirúrgica	0,86	0,50 - 1,47	p>0,05
Insuficiencia renal	0,42	0,19 - 0,94	p>0,05
Tatuaje	0,39	0,08 - 1,81	p>0,05
Pinchazo	0,37	0,14 - 0,97	p>0,05

## DISCUSIÓN

La cirrosis hepática es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. Es un gran problema de salud tanto por los años de vida potencialmente perdidos para personas generalmente jóvenes así como por los múltiples ingresos en centros hospitalarios con empeoramiento de la calidad para evolucionar hacia la muerte. En Cuba (2005) se ha observado un ascenso en la incidencia de esta entidad en los últimos años. Así también lo demuestran los datos en México<sup>(10)</sup>,

Ecuador<sup>(1)</sup>, Chile<sup>(7)</sup>. En nuestro país constituye la quinta causa de muerte a nivel nacional. Bustios (2006) en un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-Essalud durante el período comprendido entre enero del 2001 y junio del 2004, encontró que la cirrosis hepática constituyó la primera causa de demanda efectiva de hospitalización y una de la principales de consulta externa registradas en el Servicio de Gastroenterología.<sup>(2)</sup> Caso similar es la realidad que se da en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo- Essalud, en el año 2009 fue la segunda causa de muerte hospitalaria donde tanto hombres como mujeres fueron afectados en igual proporción.

A la cirrosis hepática se le ha atribuido diferentes factores de riesgo incluyendo: antecedentes de: transfusión sanguínea, intervención quirúrgica, hepatitis B, hepatitis C, consumo de alcohol, drogas, antecedente de pinchazo y tatuaje, los mismos que en la mayoría de los casos son susceptibles de modificarse, por ello se hizo necesario determinarlas en la población asegurada de la Red Asistencial Lambayeque a fin de apoyar científicamente lo que hasta ahora es conocido a fin de que se tomen o se refuerzan las medidas de prevención.

En el presente estudio se encontró como resultado una asociación altamente significativa al ser analizados los siguientes:

**El consumo de alcohol (OR=16,17) (Tabla N° 02)** Lo que corrobora con estudios ya realizados que afirman que la ingestión del alcohol es la responsable del 60-70% de los casos<sup>(11)</sup>. A nivel mundial, la causa principal es el consumo crónico de alcohol, y el Perú no escapa a esta realidad, pues se ha encontrado que el 26,5% de pacientes hospitalizados en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins consumieron alcohol.<sup>(2)</sup> El alcoholismo crónico es un grave problema de nuestras sociedades, lo que se refleja de alguna manera, en el deterioro socioeconómico al que estamos expuestos como países en vías de desarrollo. Está asociado con violencia familiar, riñas en las calles, accidentes y muertes violentas. A su vez el alcohol entra a todos los tejidos del organismo y afecta la mayoría de las funciones vitales. Desplaza a los nutrientes normales y produce desnutrición. Sus efectos tóxicos dañan al hígado, producen gastritis erosiva aguda, pancreatitis y, a largo plazo miocardiopatía.

La importancia del alcohol radica en que su metabolización por deshidrogenasas alcohólicas se produce fundamentalmente en el hígado en un proceso de formación de acetaldehído, acetato que en los tejidos llega a CO<sub>2</sub> y agua. Hay divergencia de opinión respecto al papel del alcohol. Se le asigna importancia mayoritaria en países latinos como Chile, así también en Francia, Italia, España; significado intermedio en Alemania, Japón o Yugoslavia, y ningún significado en los países musulmanes o en China. En las grandes series clínicas publicadas en la literatura chilena aparece el factor alcohol en proporciones que varían de 68 a 80%. Experimentalmente, se sabe que el alcohol determina la aparición de infiltración grasa con depósito centrolobulillar, que antecede a la neurosis de los hepatocitos, pero que el alcohol no es capaz de producir cirrosis por sí solo. De acuerdo a Viel et al., la prevalencia de cirrosis hepática en el Instituto legal de Chile fue de 1,8% en abstemios y bebedores normales y de 5,4% en bebedores excesivos y alcohólicos, lo que implica que estas últimas condiciones triplican la frecuencia de cirrosis, pero a su vez, que la cirrosis puede aparecer en condiciones de ingestión alcohólica. Cuando se estudian los países del mundo se aprecia una correlación significativa (+0,819) entre la mortalidad por

cirrosis y el consumo de alcohol<sup>(7,16)</sup>.

Según los resultados obtenidos, de los 109 casos de cirrosis hepática con antecedente de consumo de alcohol, el 72% fueron del sexo masculino con predominio en las edades de 50 a más años (Tabla N° 01).

En México, De la Cruz<sup>(19)</sup> halló que la prevalencia de consumo de alcohol fue de 12,8%, siendo el consumo mayor en hombres que en mujeres, observándose en los hombres un efecto de edad, mientras que en las mujeres el consumo por edad fue más homogéneo. En ambos grupos el consumo fue más importante en la edad productiva. Lo mismo halló Abarca<sup>(1)</sup> donde el predominio de pacientes en la etiología alcohólica fue masculino, en cambio en las mujeres tuvo un bajo impacto. Así también Campollo et al.<sup>(13)</sup> donde el 95% de hombres y el 38% de mujeres su principal causa fue el alcoholismo. En un estudio en Medellín en el análisis de los factores de riesgo se demostró que el alcohol fue la principal causa de cirrosis hepática en el grupo de estudio (42% de los casos)<sup>(14)</sup>.

Datos epidemiológicos en nuestro país, señalan que el consumo de alcohol se ha incrementado, sobre todo en adolescentes, y que la edad de inicio para su consumo ha disminuido (CEDRO) por su fácil acceso y poderosa publicación. Añadido a esto también tenemos que el consumo de alcohol en las mujeres también se ha incrementado, siendo los porcentajes de inicio de consumo, similares en ambos sexos (61% y 62% respectivamente en menores de 17 años) y que de cada cuatro hombres que sufren de alcoholismo en el Perú, existe una mujer en la misma situación.<sup>(15)</sup> También se puede apreciar en el presente estudio que los casos cirrosis hepática con antecedente de consumo de alcohol tuvieron predominantemente un tiempo de consumo de 7 a más años y con una frecuencia de consumo de dos veces a más/ mes (Tabla N° 01)

Según Narro, la cirrosis hepática es producto del consumo excesivo de alcohol durante un largo período.<sup>(16)</sup> Rodríguez<sup>(17)</sup> afirma que el tiempo requerido para que el tóxico origine cirrosis es de 10 años pero que sin embargo, no todos los alcohólicos crónicos la desarrollan, por lo que se hallan involucrados otros factores nutricionales, inmunológicos y genéticos. Los factores de riesgo para desarrollar hepatitis alcohólica y posteriormente cirrosis son: la duración y la cantidad de consumo de alcohol, género. Gracias a los estudios de Leibach, quien realizó su investigación en alcohólicos con más de 15 años de consumo, se ha demostrado que el daño hepático es dosis y tiempo dependiente. Grant, señala que la dosis criogénica en varones es de 60 gr./día mientras que para mujeres puede ser tan baja como 20 gr./día; sin embargo hay data que señala que con dosis menores se puede inducir cirrosis si existen otros factores predisponentes como son infección viral crónica, diabetes mellitus, esteatosis hepática. Por tanto es aún controversial definir la dosis límite de alcohol, por lo que se recomienda consumir alcohol en dosis moderadas, según Bird dosis "seguras" deben considerarse como máximo 30 gr. de alcohol por día para varones y 20 gr. para mujeres.<sup>(3)</sup>

Según González<sup>(18)</sup> existen diferentes tipos de alcohólicos, así tenemos: el abstemio total es el que nunca bebe; el bebedor excepcional: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año); bebedor social: sujeto que bebe sin transgredir las

normas sociales (no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este; bebedor moderado: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que ¼ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año; bebedor abusivo sin dependencia: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).

Con respecto al tipo de bebida alcohólica en la tabla N° 01 podemos apreciar el orden del tipo de bebida alcohólica consumida. Así tenemos la cerveza, el vino, cañazo y ron. Campollo<sup>(13)</sup> en su estudio encontró que el tequila ocupó el primer sitio seguido del alcohol puro, concluyendo que probablemente el nivel socioeconómico de la población, así como el precio y la disponibilidad del producto, juegan un papel importante en ello. En cambio Narro, J<sup>(16)</sup> en el estudio de correlación ecológica entre el consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México halló una correlación negativa con el consumo de cerveza, interpretándose que esta bebida no es un buen indicador de consumo de grandes cantidades de alcohol, mientras que las de alta graduación (bebidas destiladas) pueden ser la elección de los grandes bebedores y por lo tanto reflejan mejor el alcoholismo y sus riesgos. En cambio la asociación con el pulque se pudo interpretar en el sentido de que no obstante que se trata de una bebida de baja graduación, su patrón de consumo (excesiva ingesta desde edades muy tempranas en la vida) puede explicar el exceso de muerte por cirrosis hepática.

Parte de la población asegurada de la Red Asistencial Lambayeque la constituyen trabajadores y ex-trabajadores de las cooperativas azucareras de Pomalca y Tumán, donde el consumo del ron y cañazo es predominante. En los últimos tiempos por un aspecto cultural, a futuro, el consumo de cerveza se ha mantenido entre los peruanos, porque si bien ha aumentado el consumo de otras bebidas alcohólicas, como el whisky, el ron o el vodka, se puede considerar que la cerveza forma parte de la cultura del consumidor peruano. En cuanto al Pisco, se sabe que esta bebida no termina siendo de consumo muy frecuente, porque tiene un porcentaje de alcohol mucho más alto, tiene mayor efecto de 'resaca' y también es más costoso.

La cirrosis hepática habitualmente presenta un período asintomático de duración variable que se denomina fase compensada de la enfermedad debido a que las células hepáticas no dañadas compensan con mayor actividad a las afectadas. El desarrollo de las complicaciones señala el aviso de la fase de enfermedad descompensada. El consumo de 20 g de alcohol absoluto en mujeres y de 40 en hombres, es un factor de riesgo para accidentes, lesiones y alteraciones crónicas de salud; sin embargo, los problemas atribuidos al alcoholismo son subestimados.<sup>(11)</sup>

Debe tenerse en cuenta que, no sólo el alcohol externo es causa de daño, sino también el producido en forma endógena y que sumado a su consumo podría teóricamente agravar el daño hepático, como lo indica Madrid y cols<sup>(12)</sup>. Además, se debe tener presente que los pacientes alcohólicos pueden sufrir infecciones virales B o C.<sup>(1)</sup>

**Hepatitis B (OR = 5,03) (Tabla N° 02)** Es otro factor significativamente estadístico encontrado en el estudio. Se

sabe que en determinadas condiciones la infección viral que determina la hepatitis aguda puede llevar a la producción de cirrosis postnecróticas o a procesos de fibrosis difusa sin infiltración grasa. La hepatitis B se vuelve crónica en un 10% de los portadores por transmisión parenteral o sexual, de estos un 15-20% desarrolla cirrosis en un plazo de 5 años<sup>(19)</sup>.

El Perú tiene áreas geográficas con alta endemicidad para infección por virus de hepatitis B; cuenca amazónica, Madre de Dios, Abancay y Huanta. Diversos estudios han señalado que en dichas áreas la seroprevalencia de seropositividad para el antígeno de superficie es de 10-20%<sup>(3)</sup>. Adicionalmente, debe señalarse que la alta tasa de migración interna ha hecho que población con alta prevalencia de infección por virus B se movilice a zonas de baja endemicidad (principalmente zonas costeras) con lo que el mapa epidemiológico peruano para Hepatitis B debe haber variado en los últimos años. Por ello llamó la atención que la segunda causa de cirrosis en el estudio realizado por Bustios<sup>(2)</sup> sea la infección por virus B no solo en casos provenientes del interior del país sino en casos clínicos nativos de Lima.

Actualmente en nuestro país se han puesto en marcha programas de vacunación contra la hepatitis B las cuales son aún limitadas para toda la población. En Essalud se ha iniciado por vacunar a los trabajadores asistenciales y a los menores de un año, quedando gran parte de la población aun desprotegida de no vacunarse por hepatitis B. Es importante anotar que cuando hay más de dos factores como por ejemplo el consumo de alcohol y la hepatitis B, hay un efecto sinérgico o potenciador en la evolución a cirrosis.

En Latinoamérica se describe un 31% de casos asociados a virus de la hepatitis, específicamente 8% asociado a infección por virus de la hepatitis B y 23% a virus de la hepatitis C. En un estudio en Medellín en el análisis de los factores de riesgo se demostró que el 7,3% y 5,6% de los pacientes presentaban infección por virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C (VHC) respectivamente.<sup>(14)</sup>

**Diabetes mellitus (OR = 1,89).** Este factor también se encontró asociado a cirrosis hepática. La explicación podría estar relacionado con la obesidad y el sobrepeso que son, sin duda, los factores más relevantes en el desarrollo de HGNA, siendo el más importante la obesidad, característica que es, a su vez, la expresión de un conjunto de hábitos de vida, costumbres y comportamientos particulares de los grupos humanos. Estos pueden expresarse a través de malos hábitos alimentarios, falta de actividad física de utilidad biológica y estilos de vida deteriorados. Existe una clara asociación entre obesidad y diabetes mellitus, la que incluso guarda relación dosis-efecto, siendo tanto más frecuente la diabetes cuanto mayor es el grado de obesidad del individuo. En un estudio realizado en el Ecuador<sup>(1)</sup> se encontró que un 6,7% de pacientes con cirrosis presentaban obesidad y diabetes mellitas, siendo más del 90% mujeres.

La causa fundamental del HGNA parece ser la llamada resistencia insulínica. Esto significa que el organismo no maneja apropiadamente el azúcar que se consume en la dieta. Ello produce un exceso de azúcar en la sangre similar, pero menos marcado, a lo que ocurre en la diabetes. El Hígado y el páncreas detectan el exceso de azúcar en la sangre lo que produce un aumento de la insulina y finalmente acumulación de grasa en el hígado. El hígado acumula el exceso de azúcar en forma de grasa pues esta es la forma de almacenar energía cuando hay exceso de ella. Finalmente la HGNA causa la

cirrosis hepática, por las extensas cicatrices, que endurecen y no puede funcionar normalmente el hígado.

Otros factores estudiados pero que no tuvieron asociación significativa de riesgo para cirrosis hepática fueron: antecedente de transfusión sanguínea e intervención quirúrgica; hepatitis C, antecedentes de pinchazos, tatuajes. Ningún paciente refirió haber consumido drogas.

En relación a la transfusión sanguínea. Esto podría estar relacionado con las políticas de salud preventivas establecidas donde existe una mayor acuciosidad en los laboratorios con el estudio de las transfusiones sanguíneas, sucediendo lo mismo con las intervenciones quirúrgicas. En Cuba<sup>(20)</sup> entre los factores de riesgo aparte del alcoholismo, se encontró las transfusiones, cirugías y, en muy escaso número tatuajes.

Estos resultados nos hacen ver que la vía parenteral no ha sido la vía de transmisión. Lo que guarda relación también con lo hallado con el antecedente de hepatitis C. Aunque existen muchos estudios que demuestran lo contrario.<sup>(21,22,23)</sup>

En la hepatitis C, la prevalencia nacional en donantes de sangre, es de 0,25-0,8%, aunque en poblaciones de riesgo como pacientes en diálisis llega hasta 80%. A diferencia de otros países donde la drogadicción endovenosa es frecuente, en nuestro país predomina la adicción por aspiración, por lo que esta vía de infección es rara. En tal sentido, en el Perú las rutas de infección probables serían la vía transfusional sobre todo en aquellos casos que recibieron transfusión sanguínea antes de que existiesen los exámenes serológicos adecuados en los bancos de sangre. También habría que considerar la vía percutánea, sobre todo por el reúso de material médico, práctica que era usual hasta hace algunos años. En el presente estudio la infección por VHC no constituyó un factor de riesgo, a diferencia en otros estudios que constituyeron la tercera<sup>(2)</sup> y principal causa<sup>(24,25)</sup>. Esto pueda tal vez deberse a que no en todos los casos se realizó un estudio completo por el estado de salud en que llegaron a la institución, porque como nos muestran los datos de hospitalización la cirrosis hepática en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga ha constituido en los últimos años la segunda y tercera causa de mortalidad. Iguales resultados reportó Dávalos<sup>(2)</sup> en datos obtenidos del Hospital de la Sanidad de las Fuerzas Armadas. Lo mismo ocurrió con Campollo<sup>(3)</sup> quien observó una baja prevalencia de hepatitis B y C en pacientes con cirrosis hepática, debido a que más de la mitad de los pacientes se le hicieron pruebas de serología para detectar VHB y VHC antes de realizar endoscopias como parte del protocolo de estudio.

Podemos concluir lo siguiente:

- El principal factor de riesgo por cirrosis hepática fue el consumo de alcohol (OR= 16,17) seguido de Hepatitis B (OR = 5,03).
- No se encontró asociación significativa de riesgo para cirrosis hepática para los siguientes factores: antecedente de transfusión sanguínea e intervención quirúrgica; hepatitis C, antecedentes de pinchazos, tatuajes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abarca J, Peñaherrera V, Garcés C, Córdova A, Carrillo L, Sáenz R. [Etiología, sobrevida, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática en el Ecuador:](#)

[evaluación retrospectiva de 15 años \(1989-2003\)](#). Gastroenterol. latinoam. 2006; 17(1):29-34.

2. Bustios C, Dávalos M, Roman R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM. [EsSalud](#). Rev. gastroenterol. Perú. 2007; 27(3): 238-245.

3. Dávalos M. Epidemiología de la cirrosis hepática en el Perú. Simposium Asociación Peruana para el Estudio del Hígado (APEH) 2003;6:26-28.

4. Rivera M, Contreras F, Vázquez J. Enfermedad hepática alcohólica. Revista de la Facultad de Medicina de Caracas, Venezuela. 1999; 22(2):109-116.

5. Rodríguez H, Guerrero J, Jacobo J, Rodríguez M. [Análisis de supervivencia en pacientes cirróticos](#). Rev. gastroenterol. Méx. 1996; 61(3):226-32.

6. Flores, M. [Infección por hepatitis viral tipo B y prevención de carcinoma hepatocelular](#). Perinatol. reprod. hum; 2001; 15(3):202-209.

7. Medina E; Kaempffer A. [Cirrosis hepática en Chile](#). Rev Chil Salud Pública. 2002; 6(1): 7-1

8. Sub sistema de vigilancia de Perfiles Epidemiológicos de los servicios de salud. Oficina de Inteligencia Sanitaria. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Red Asistencial de Lambayeque.

9. Sub sistema de vigilancia de Perfiles de Mortalidad. Oficina de Inteligencia Sanitaria. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Red Asistencial de Lambayeque.

10. Monterrubio D, Marín E, Larrauri J, Guzmán J, Romero M. [Epidemiología de la cirrosis hepática en la ciudad de Puebla-México](#). Rev. gastroenterol. Méx. 1987; 52(3):175-8.

11. De la Cruz J, Fernandez I, Tudon H, Escobedo J, Zarate A. [Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social](#). Rev. Salud Pública Mex. 2002; 44: 113 - 121.

12. Madrid A, Hurtado C, Gatica S, Chacon I, Toyos A, Defilippi C. [Producción endógena de alcohol en pacientes con cirrosis hepática, alteración motora y sobrecrecimiento bacteriano](#). Rev Méd Chile. 2002, 130:1329-34.

13. Campollo, O. Valencia - Salinas JJ, Berumen - Arellano A, et al. [Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara](#). Salud Pública Mexicana. 1997; 39: 195 - 200.

14. Grupo investigadores "Proyecto prospectivo biomarcadores en cirrosis y carcinoma hepatocelular en Colombia". Universidad de Antioquia. 2008

15. Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas CEDRO. Junio 2005. Ed. Alfonso Zavaleta Martínez- Vargas y Ramiro Castro de la Mata. 2005.

16. Narro-Robles J, Gutierrez-Avila J, Lopez-Cervantes M, Borges G, Rosvsky H. [La mortalidad por cirrosis hepática en México. Características epidemiológicas relevantes](#). Rev Salud Pública. México. 1992; 34:378-387.

17. Rodríguez A, Valencia H, Altamirano J. [Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México](#). Rev Hosp Juárez Mex. 2008; 75 (4): 257 - 263.

18. González R. Variedades de alcoholismo. Rev Hosp

- Psiquiatr La Habana 1983;24(4):523-9.
19. Strauss E, Lacet C, Maffei A, Silva C, Fukushima J, Gayotto L. Etiología y presentación de la cirrosis hepática en Sao Paulo - Brasil: análisis de 200 casos. GED Gastroenterología endoscopia digestiva 1998; 7(4):119-23.
  20. Enríquez, L; Rodríguez, O; Cuza, R; Gonzales, N. [Comportamiento de la cirrosis hepática en el Hospital Universitario Dr. Salvador Allende en el año 2005](#). Ciencias.com. 2007. [Revista Virtual]. En: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EElkpFZpuFnsTnEtBD.php>
  21. Louis C, Rojas N, Garassini M, Márquez D, Tombazzi C, Lecuna V. [Marcadores virales en pacientes con cirrosis hepática e ingesta de alcohol](#). Gen. 1997; 51(4):273-6.
  22. Rubio, A; Garamendi, V; Meneses, F; Lozano, J. Cirrosis hepática post etílica como factor de riesgo para adquirir la hepatitis C. Rev. Med. Hosp.. Gen. México; 1995; 58(4): 144-7.
  23. Valdespino J, Conde-Gonzales C, Olaiz-Fernández G, Palma O, Kershenobich D, Sepúlveda J. [Seroprevalencia de la hepatitis C em adultos de México:¿un problema de salud pública emergente?](#). Rev. Salud Pública. México. 2007; 49(3): 395-403.
  24. Davis GL; Albright JE; Cook SF; Rosenberg DM. [Projecting future complications of chronic hepatitis C in the United States](#). Liver Transpl. 2003; 9(4): 331-8.
  25. Buti M; San Miguel R; Brosa M, ET AL. Estimating the impact of hepatitis C virus therapy on future liver-related morbidity, mortality and costs relate to chronic hepatitis C. J Hepatol. 2005; 42 (5): 639-45.

**Correspondencia:**  
Beltrán Jara, Abel Elías  
Correo: [aebj2812@hotmail.com](mailto:aebj2812@hotmail.com)

**Revisión de pares:**  
Recibido: 01/10/2011  
Aceptado: 06/12/2011

**Consulta las ediciones anteriores**  
**Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo**

[www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx)