



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

FACTORES ASOCIADOS A VÁRICES GÁSTRICAS EN
PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA ATENDIDOS EN
LA UNIDAD DE HÍGADO DEL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA, 2022

FACTORS ASSOCIATED WITH GASTRIC VARICES IN
PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS SERVED AT THE
LIVER UNIT OF HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA, 2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA

AUTOR:

JENNY ELIZABETH VEGA CASTILLO

ASESOR

CESAR AUGUSTO CASTRO VILLALOBOS

LIMA – PERÚ

2022

RESUMEN

El objetivo del estudio será determinar los factores asociados a várices gástricas en pacientes con cirrosis hepática atendidos en la Unidad de Hígado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022. La metodología del estudio es observacional, prospectiva y transversal. La población la conformarán todos los pacientes con cirrosis hepática. De la población se tomará una muestra para luego conformar dos grupos: Grupo de estudio, que incluirá a pacientes con cirrosis hepática que si presentaron várices gástricas por ecoendoscopia y un grupo comparativo que estará conformado por pacientes con cirrosis hepática que no presentaron várices gástricas según ecoendoscopia. La variable dependiente será la presencia de várices gástricas y la variable independiente será factores epidemiológicos y clínicos.

Palabras clave: factor de riesgo, varices, várices esofágicas y gástricas, cirrosis hepática (DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática (CH) sigue siendo un problema desafiante en la práctica clínica, ya que se asocia a muchas complicaciones entre ellas, la presencia de várices (1). Se han observado várices gástricas en 50% de casos con CH, la cual se relaciona con la severidad hepática (2,3). Presentan una tasa de mortalidad de hasta 45%, pues tienen una mayor propensión a sangrar gravemente (4). Por lo tanto, la identificación de los factores asociados a varices gástricas en casos CH siendo relevante para la supervivencia general.

Nakazawa et al. (5), en 2021 identificaron los resultados a largo plazo de pacientes con cirrosis que presentan várices gástricas. Se encontró que 37.2% de pacientes presentaron varices gástricas; las tasas acumulativas de nuevas hemorragias a 1 año, 3 años y 5 años fueron del 2,2 %, 12,5 % y 12,5 %, respectivamente. Sin embargo, el análisis multivariado identificó que la cirrosis alcohólica se identificó como un factor significativo para nuevas hemorragias ($p = 0.0218$). Treinta y un pacientes fallecieron siendo la causa la insuficiencia hepática en 12 pacientes, ruptura de várices en 5 pacientes. Entre los pacientes con varices gástricas se evidenció que 64.2% eran hombres. La clase Child Pugh B estuvo presente en 57.7% de pacientes, en 3.6% se encontró trombosis venosa portal.

Lesmana et al. (4), en 2019 evaluaron la identificación de varices gástricas aisladas en CH. Encontraron que 8.49% de pacientes presentaron varices gástricas aisladas. La puntuación de clase C de Child-Pugh fue el factor independiente para sangrado por várices (Hazard ratio [HR]: 10.21; $p = 0.001$). Este determinante también fue el único factor de riesgo significativo asociado con la mortalidad a 1 año en pacientes con cirrosis hepática (HR: 26.77; IC del 95 %: 6.01–119.34; $p = 0.001$).

Jamil et al. (6), en 2017 determinaron la precisión diagnóstica de marcadores en la detección de várices. Hubo relación entre recuento de plaquetas y el diámetro del bazo fue el indicador más confiable para la presencia de várices:

ROC=0.9 ($p<0.0001$; valor de corte, ≤ 1077.42 ; sensibilidad, 88.75%; especificidad, 81.43%). El valor de curva ROC para las plaquetas y el diámetro del bazo fue de 0,85 ($p<0,0001$) y 0,77 ($p<0,0001$), respectivamente, lo que demuestra que también son buenos indicadores.

Pino (7), en 2015 determinaron los factores de varices esofágicas y/o gástricas en CH. Se identificó que la hipoalbuminemia tuvo sensibilidad de 67.74% y especificidad de 22.2%, además la presencia de ascitis obtuvo una sensibilidad de 68.81% y especificidad de 88.88% para identificar varices esofágicas y/o gástricas.

En Perú, las varices gástricas es una complicación relevante en casos de CH pues el sangrado derivado de ellas es amenazante para la supervivencia (8). Por tanto, es de interés el determinar los factores asociados a esta condición. Milla (9) en Trujillo evidenció que 53% de pacientes presentaron alteración del índice. Se determinó además que este parámetro fue un predictor de varices (OR: 3.53; IC al 95%: 1.58-7.12).

A nivel del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), son atendidos en la “Unidad de Hígado” aproximadamente 120 pacientes con cirrosis hepática. Además, son pocos los estudios sobre factores asociados a varices gástricas en pacientes con cirrosis hepática, a pesar de la importancia de los resultados. Por tanto, es necesario la ejecución de mayores estudios al respecto.

La CH se puede considerar como la etapa terminal de la patología hepática crónica. El curso de esta patología se divide en “fase asintomática o cirrosis compensada” y fase de “desarrollo de complicaciones o cirrosis descompensada”, la transición entre ambas fases es de 5 a 7% anualmente (1).

Las varices gástricas son vasos sanguíneos colaterales portosistémicos dilatados que se desarrollan como una complicación de la hipertensión portal u obstrucción extrahepática de la vena porta (10). Las varices se desarrollan

cuando la presión de la vena hepática está por encima de 10 mmHg y el sangrado de las várices puede ocurrir cuando este parámetro está por encima de 12 mmHg (1). El incremento de presión portal libera factores angiogénicos como el de crecimiento endotelial vascular y el crecimiento placentario de los lechos vasculares de la circulación esplácnica, lo que promueve la angiogénesis que conduce a la formación de colaterales portosistémicas (11).

Estas también se forman por la apertura, dilatación e hipertrofia de los vasos sanguíneos existentes (12). Como resultado, la sangre de la circulación esplácnica se desvía hacia la circulación colateral, estimulando mecanismos compensatorios conocidos como vasodilatación esplácnica (13). Las varices gástricas surgen de colaterales portosistémicas de la rama anterior de la vena gástrica izquierda, la vena gástrica corta o la vena gástrica posterior (14).

Existen tres tipos de clasificación para las varices gástricas, siendo una de estas la Clasificación de Sarín, donde las várices gástricas se clasifican en cuatro tipos según la relación con las várices esofágicas, así como según su ubicación en el estómago. Esta se puede desglosar de la siguiente manera: a. Várices gastroesofágicas tipo 1: Extensión de várices esofágicas por la curvatura menor del estómago. b. Várices gastroesofágicas tipo 2: extensión de várices esofágicas a lo largo de curvatura mayor. c. Várice gástrica aislada (IGV) tipo 1: Grupo aislado de várices gástricas en el fundus gástrico. d. Várice gástrica aislada tipo 2: Várices gástricas aisladas en las otras partes del estómago (3,15).

El siguiente tipo de clasificación es el de Hashizoma: Se basa en hallazgos endoscópicos clínicamente significativos, y en los hallazgos asociados con el riesgo leve de ruptura, se incluyen características como forma (F1 (tortuosa), F2 (nodular) y F3 (tumerosa)), ubicación “La (anterior), Lp (posterior), Ll (curvatura menor), Lg (curvatura mayor), Lf (fondo)” y color Cw (blanco), Cr (rojo) (3).

Y la clasificación de Arakawa: tipo I: las ramas dentro de la pared del estómago son muy pocas, y el vaso de suministro, la várice y el vaso de

drenaje forman una sola vena continua de un calibre casi invariable, considerando el Ia: un solo vaso de suministro forma una várice fúndica; Ib: Varios vasos de suministro se unen y forman una várice que drena en un solo vaso de drenaje. Y el Tipo II: además de los vasos principales de suministro y drenaje, existen muchos vasos ramificados que existen dentro de la pared del estómago, es decir, las várices tienen comunicaciones con los vasos dentro de la pared del estómago (3).

También se ha categorizado como de alto o bajo riesgo. Aquellas de alto riesgo, tienen un mayor riesgo de sangrado y se asocia con una mayor mortalidad. Las varices gástricas de bajo riesgo se definen como várices pequeñas (≤ 5 mm) sin signos de color rojo; mientras que las de alto riesgo se conceptualizan como várices medianas-grandes (> 5 mm), várices pequeñas con signos de color rojo (16). Los signos de color rojo son cambios rojizos debajo de la submucosa que se clasifican en marcas rojas, manchas rojo cereza y manchas hematocticas (1).

El diagnóstico de várices gástricas se puede hacer con base en los hallazgos endoscópicos (17). Sin embargo, el manejo adecuado de las várices gástricas es crucial para obtener resultados favorables en pacientes con cirrosis, ya que pueden causar hemorragias potencialmente mortales; el sangrado de las varices gástricas suele ser más grave que el de las varices esofágicas, incluso si el sangrado de las varices gástricas es menos común (18).

Desde una perspectiva teórica el estudio se justifica pues llenan el vacío de conocimiento sobre el tema en el contexto nacional, además respaldan los resultados de investigaciones anteriores sobre el tema, es también un antecedente actual del tema. Desde una perspectiva práctica los resultados permitiran identificar los casos con mayor predisposición de presentar varices gástricas, situación que permitira administrar mejor los recursos hospitalarios.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los factores asociados a várices gástricas en pacientes con cirrosis hepática atendidos en la Unidad de Hígado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022.

Objetivos específicos

Determinar los factores epidemiológicos asociados a várices gástricas en pacientes con cirrosis hepática.

Determinar los factores clínicos asociados a várices gástricas en pacientes con cirrosis hepática.

III. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

Estudio analítico observacional tipo transversal.

b) Población

Todos los pacientes con cirrosis hepática serán atendidos en la Unidad de Hígado del HNAL entre junio-septiembre de 2022.

Criterios de inclusión

Grupo de estudio

- Pacientes >18 años.
- Pacientes con cirrosis hepática de diferente etiología (alcohólica y no alcohólica).
- Pacientes ambulatorios y que proceden de hospitalización / emergencia.
- Pacientes que sí presentaron várices gástricas por ecoendoscopia.
- Pacientes a quienes se les realice ecoendoscopia.
- Pacientes que acepten ser parte del estudio.

Grupo comparativo

- Pacientes >18 años.
- Pacientes con cirrosis hepática de diferente etiología (alcohólica y no alcohólica)
- Pacientes ambulatorios y que proceden de hospitalización / emergencia.
- Pacientes que no presentaron várices gástricas por ecoendoscopia.
- Pacientes a quienes se les realice ecoendoscopia.
- Pacientes que acepten ser parte del estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten participar.
- Gestantes.
- Pacientes COVID-19.

c) Muestra

Fórmula de comparación de proporciones. Según estudios previos (19), el 57% de pacientes, con varices gástricas presentaron Grado Child Pugh B.

$$\frac{[z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-P)} - z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-P_1) + p_2(1-P_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Parámetros:

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$:

$Z_{1-\beta} = 0.84$:

$P = (p_1+p_2)/2$: Prevalencia promedio de Grado Child Pugh B en pacientes con cirrosis hepática que si/no presentaron varices gástricas.

$p_1 = 0.360$: Prevalencia de Grado Child Pugh B en pacientes con cirrosis hepática que si presentaron varices gástricas.

$p_2 = 0.130$: Prevalencia promedio de Grado Child Pugh B en pacientes con cirrosis hepática que no presentaron varices gástricas.

Resultado:

$n_1 = 67$: Grupo de estudio.

$n_2 = 67$: Grupo comparativo

Muestra = 134 pacientes con cirrosis hepática, de los cuales 67 presentaron varices gástricas y 67 no las presentaron.

Tipo y técnica de muestreo

Probabilístico y aleatorio simple.

d) Definición operacional de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Valor
Factores epidemiológicos	Edad	Cuantitativa	Razón	Años
	Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
	Procedencia	Cualitativa	Nominal	Rural Urbana
	Consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal	Si No
Factores clínicos	Nivel de albumina sérica	Cuantitativa	Razón	g/dL
	Ascitis	Cualitativa	Nominal	Si No

Recuento de plaquetas	Conteo de la cantidad de plaquetas en la sangre en el paciente en estudio. Se considerará el valor más alto registrado en la HC, además se considerará la información registrada en historia clínica previó a la fecha de la exploración por ecoendoscopia	Cuantitativa	Razón	/mm ³
Esplenomegalia	Agrandamiento anormal del bazo, además se considerará la información registrada en historia clínica previó a la fecha de la exploración por ecoendoscopia	Cualitativa	Nominal	Si No
Grado Child-Pugh	Valoración clínico-laboratorial del paciente en estudio. Se tendrá en cuenta el valor más alto registrado, además se considerará la información registrada en historia clínica previó a la fecha de la exploración por ecoendoscopia	Cualitativa	Ordinal	A B C
Tiempo de enfermedad	Periodo de tiempo cuantificado desde el diagnóstico de cirrosis hepática hasta el inicio de la recolección de información.	Cuantitativa	Razón	Meses
Comorbilidades	Presencia de una o más enfermedades en el paciente en estudio además del trastorno primario, además se considerará la información registrada en historia clínica previó a la fecha de la exploración por ecoendoscopia	Cualitativa	Nominal	Ninguna Hipertensión arterial Diabetes mellitus Otros
Varices gástricas	Evaluación de varices gástricas mediante estudio eco endoscópico realizado en la Unidad de Hígado del HNAL.	Cualitativa	Nominal	Si No

e) Procedimientos y técnicas

Procedimiento

Se solicitará la aprobación al Comité de Ética de la UPCH, así mismo se pedirá autorización a la Unidad de Investigación y Docencia del HNAL. Se coordinará con las autoridades respectivas de la Unidad de Hígado del HNAL, para identificar y acceder a las historias clínicas de los casos con

diagnostico de cirrosis hepática atendidos en consulta externa de la Unidad de Hígado de la institución de estudio, que cumplan los criterios de selección. Los datos de interés, es decir, varices esofágicas (variable dependiente) y factores epidemiológicos (edad, sexo, procedencia, consumo de alcohol) y factores clínicos (nivel de albumina sérica, ascitis, recuento de plaquetas, esplenomegalia, grado Child-Pugh, tiempo de enfermedad y comorbilidades) (variables independientes) las cuales fueron registradas antes del procedimiento ecoendoscópico en la historia clínica

Técnica

Observación y la documentación.

Instrumento

Ficha de recolección de datos:

- I. Factores epidemiológicos
- II. Factores clínicos

En relación a la escala Child-Pugh, se refiere que tiene por finalidad el pronóstico de una enfermedad hepática. Esta emplea 5 criterios: bilirrubina, albúmina sérica, INR/tiempo de protrombina, ascitis y encefalopatía hepática. Los criterios se establecen en la tabla 1.

Tabla 1. Escala Child-Pugh

Ítems	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2-3	>3
Albumina (g/dl)	3.5	2.8-3.5	<2.8
Tiempo de protrombina	<4	4-6	>6
INR*	<1.7	1.7-2.3	>2.3
Ascitis	Ausente	Moderada	Tensa
encefalopatías	Ausente	Moderada	Grave
		Grado I - II	Grado III - IV
En caso de cirrosis primaria			
Bilirrubina (mg/dl)	<4	4-10	>10

Fuente: Campos y Castells (20)

* INR: cociente internacional normalizado

Tabla 2. Puntaje Escala Child-Pugh

Grado	Puntos	Sobrevida al año (%)	Sobrevida 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

Fuente: Campos y Castells (20)

III. Varices gástricas

f) Aspectos éticos del estudio

El protocolo será revisado por el comité de ética de la UPCH. Cada participante firmará un consentimiento informado previa discusión de los procedimientos y objetivos del estudio. Se resalta que la información a recolectar solo responderá a los objetivos del estudio, no se empleará para fines diferentes. Además, la ficha de recolección será anónima. Se respetarán los principios bioéticos: justicia, maleficencia, no beneficencia y autonomía. Adicionalmente, los datos obtenidos serán colocados en una base de datos el cual tendrá un usuario y contraseña al que sola la investigadora tendrá acceso, de esta manera se resguardan los datos, y solo serán utilizados para fines científicos.

g) Plan de análisis

Programa estadístico SPSS 25.

Cálculo medidas de tendencia central y dispersión = variables cuantitativas

Estimación frecuencias absolutas y relativas = variables cualitativas.

Aplicación prueba Chi cuadrado, significancia del 5%.

Uso de tablas y gráficos.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lesmana CRA, Raharjo M, Gani RA. Managing liver cirrhotic complications: Overview of esophageal and gastric varices. *Clin Mol Hepatol*. octubre de 2020;26(4):444-60.
2. Peisen F, Ekert K, Bitzer M, Bösmüller H, Fritz J, Horger M. CT hepatic arterial perfusion index does not allow stratification of the degree of esophageal varices and bleeding risk in cirrhotic patients in Child-Pugh classes A and B. *Abdom Radiol N Y*. diciembre de 2021;46(12):5586-97.
3. Wani ZA, Bhat RA, Bhadoria AS, Maiwall R, Choudhury A. Gastric varices: Classification, endoscopic and ultrasonographic management. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci*. diciembre de 2015;20(12):1200-7.
4. Lesmana CRA, Kalista KF, Sandra S, Hasan I, Sulaiman AS, Kurniawan J, et al. Clinical significance of isolated gastric varices in liver cirrhotic patients: A single-referral-centre retrospective cohort study. *JGH Open*. 2020;4(3):511-8.
5. Nakazawa M, Imai Y, Sugawara K, Uchida Y, Saitoh Y, Fujii Y, et al. Long-term outcomes of patients with cirrhosis presenting with bleeding gastric varices. *PLOS ONE*. 15 de marzo de 2022;17(3):e0264359.
6. Jamil Z, Malik M, Durrani AA. Platelet count to splenic diameter ratio and other noninvasive markers as predictors of esophageal varices in patients with liver cirrhosis. *Turk J Gastroenterol Off J Turk Soc Gastroenterol*. septiembre de 2017;28(5):347-52.
7. Pino Pin MJ. Factores predictivos de varices esofágicas y/o gástricas en pacientes con cirrosis hepática en el HTMC período enero a diciembre 2014 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2015 [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10879>
8. Gutiérrez F, Piscocoya A. Varices gástricas: tratar o no tratar. *Rev Gastroenterol Perú*. julio de 2019;39(3):209-10.
9. Milla Apaza MA. Índice aspartatoaminotransferasa/recuento plaquetario como predictor de formación de varices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática. *Univ Priv Antenor Orrego* [Internet]. 2016 [citado 31 de mayo de

2022]; Disponible en:
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2129>

10. Goral V, Yılmaz N. Current Approaches to the Treatment of Gastric Varices: Glue, Coil Application, TIPS, and BRTO. *Med Kaunas Lith.* 3 de julio de 2019;55(7):E335.
11. Koyama Y, Brenner DA. Liver inflammation and fibrosis. *J Clin Invest.* 3 de enero de 2017;127(1):55-64.
12. Iwakiri Y. Pathophysiology of Portal Hypertension. *Clin Liver Dis.* mayo de 2014;18(2):281-91.
13. Garbuzenko DV, Arefyev NO. Primary prevention of bleeding from esophageal varices in patients with liver cirrhosis: An update and review of the literature. *J Evid-Based Med.* noviembre de 2020;13(4):313-24.
14. Philips CA, Arora A, Shetty R, Kasana V. A Comprehensive Review of Portosystemic Collaterals in Cirrhosis: Historical Aspects, Anatomy, and Classifications. *Int J Hepatol.* 2016;2016:6170243.
15. Singh A, Verma N, Rathi S, Kumari S, Chandel S, Singh V. New Classification of Gastric Varices: A Twenty-Year Experience. *J Dig Endosc.* marzo de 2021;12(1):24-30.
16. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* agosto de 2018;69(2):406-60.
17. Shukla R, Kramer J, Cao Y, Ying J, Tansel A, Walder A, et al. Risk and Predictors of Variceal Bleeding in Cirrhosis Patients Receiving Primary Prophylaxis With Non-Selective Beta-Blockers. *Am J Gastroenterol.* diciembre de 2016;111(12):1778-87.
18. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatol Baltim Md.* enero de 2017;65(1):310-35.

19. Zaman A, Becker T, Lapidus J, Benner K. Risk factors for the presence of varices in cirrhotic patients without a history of variceal hemorrhage. Arch Intern Med. 26 de noviembre de 2001;161(21):2564-70.
20. Campos-Varela I, Castells L. Puntuaciones de pronóstico de la cirrosis. Gastroenterol Hepatol. 1 de julio de 2008;31(7):439-46.

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo/unidad	Costo total
BIENES	Papel bond A4	1 millares	S/. 20.00	S/. 20.00
	Fólderes	4 unidades	S/. 0.70	S/. 2.80
	Lápiz	1 cajas	S/. 10.00	S/. 10.00
	Archivador	3 archivadores	S/. 7.50	S/. 22.20
	Tablero	2 unidades	S/. 6.50	S/. 13.00
	Equipo de protección personal	1 unidad	S/. 50.00	S/. 50.00
	Otros bienes	-	-	S/. 100.00
SERVICIOS	Movilidad local	-	-	S/. 200.00
	Telefonía celular	-	-	S/. 100.00
	Fotocopias e Impresiones	-	-	S/. 200.00
HONORARIOS DEL PERSONAL	Estadístico	-	S/. 980.00	S/. 1000.00
	Recolector de datos	-	S/. 350.00	S/. 300.00
	Digitador	1 mes	S/. 450.00	S/. 450.00
			TOTAL	S/. 2,468.00

CRONOGRAMA

N.º	ACTIVIDADES	MESES-2022				
		May	Jun	Jul	Ago	Sep
1	Revisión bibliográfica	X				
2	Elaboración del proyecto	X				
3	Revisión del proyecto	X				
4	Presentación de autoridades	X				
5	Preparación del material de trabajo	X				
6	Selección de la muestra		X			
7	Recolección de datos		X	X		
8	Verificación de información				X	
9	Evaluación de la ejecución				X	
10	Tabulación de datos				X	
11	Codificación y preparación de datos para análisis				X	
12	Análisis e interpretación				X	
13	Redacción informe final					X
14	Impresión y presentación del informe final					X

V. ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores asociados a várices gástricas en pacientes con cirrosis hepática atendidos en la Unidad de Hígado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2022

Fecha: ___/___/___

ID: _____

I. Factores epidemiológicos

Edad: _____ años

Sexo: Masculino

Femenino

Procedencia: Rural

Urbana

Consumo de alcohol: Si No

Nro. vasos por semana: _____

II. Factores clínicos

Nivel de albumina sérica: _____ g/dL

Ascitis: Si No

Recuento de plaquetas: _____/mm³

Esplenomegalia: Si No

Grado Child-Pugh: A (5-6 puntos)

B (7-9 puntos)

C (10-15 puntos)

Escala Child-Pugh

Ítems	1 punto	2 puntos	3 puntos	Puntaje
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2-3	>3	
Albumina (g/dl)	3.5	2.8-3.5	<2.8	
Tiempo de protrombina	<4	4-6	>6	
INR*	<1.7	1.7-2.3	>2.3	
Ascitis	Ausente	Moderada	Tensa	

Encefalopatía	Ausente	Moderada	Grave	
		Grado I - II	Grado III - IV	
En caso de cirrosis primaria				
Bilirrubina (mg/dl)	<4	4-10	>10	

Tiempo de enfermedad: _____ meses

Comorbilidades: () Ninguna

() Hipertensión arterial

() Diabetes mellitus

() Otros: _____

III. Varices gástricas: () Si () No