



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
FOLIO: 211-2015**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**

**"CIRROSIS HEPATICA: IMPACTO EN LA CALIDAD
DE VIDA"**

**PROTOCOLO DE TESIS
DE POSGRADO**

PRESENTA:

DRA. ELIZABETH BUGANZA TORIO

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MAYRA VIRGINIA RAMOS GOMEZ

MÉXICO, D.F. A 29 DE JULIO DEL 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicado a mi familia y Adrián por su apoyo, comprensión y tolerancia.

APROBACION DE TESIS

DRA. AURA A. ERAZO VALLE SOLIS
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DRA. MAYRA VIRGINIA RAMOS GÓMEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GASTROENTEROLOGÍA C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"

DRA. MAYRA VIRGINIA RAMOS GOMEZ
ASESOR DE TESIS

DRA. ELIZABETH BUGANZA TORIO
AUTORA DE TESIS

“CIRROSIS HEPATICA: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA”

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION

HIPOTESIS

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

MATERIAL Y MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

ANTECEDENTES: La cirrosis hepática (CH) se ha asociado con un decremento en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y con presencia de síntomas afectivos. Existen pocos estudios reportados en la literatura en donde se analice la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y síntomas afectivos específicamente con depresión en pacientes con cirrosis hepática (CH) de cualquier etiología. Los estudios realizados hasta ahora han demostrado que la calidad de vida de pacientes con CH se encuentra considerablemente deteriorada y se encuentra en relación con el estadio de la enfermedad y con comorbilidades psiquiátricas como el trastorno depresivo mayor (TDM); la prevalencia de cirrosis en nuestra población es elevada de aproximadamente 12, 591 pacientes por año, lo que supone un problema de salud pública, sin embargo se desconoce la CVRS y prevalencia del TDM, la cual podría tener un impacto negativo en la vivencia subjetiva de la misma enfermedad.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue evaluar la CVRS y TDM y su asociación con las características clínicas de pacientes con CH pretendiendo que este estudio sirva de base para estudios futuros en los que se pueda intervenir sobre estos aspectos y valorar el efecto de la vivencia subjetiva de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, se incluyeron 54 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier etiología en seguimiento en la clínica de cirrosis, se recolectaron datos sociodemográficos. Además, se aplicó el Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) el cual comprende 36 ítems agrupados en 8 dominios: Estos 8 dominios se agrupan en un componente físico y un componente mental. Se trata de un cuestionario auto-administrado. Las puntuaciones van de 0 a 100, siendo más altas cuanto mejor es la calidad de vida. El Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) fue diseñado para medir el efecto de las hepatopatías crónicas en la calidad de vida de los pacientes, independientemente de la etiología subyacente. El cuestionario contiene 29 ítems en 6 dimensiones: síntomas abdominales (3 ítems), fatiga/cansancio (5 ítems), síntomas sistémicos (5 ítems), actividad (3 ítems), función emocional (8 ítems), preocupación (5 ítems). Así se obtiene una puntuación para cada dimensión que va de 1 a 7. La puntuación global para el cuestionario se obtiene sumando las puntuaciones para cada dimensión. Cuanto más baja la puntuación peor la CVRS. Para evaluar la presencia de TDM se aplicaron las escalas de Hamilton (17 reactivos) (HD) y Montgomery-Adsberg (10 reactivos) (MA). Ambas escalas heteroaplicadas evalúan la presencia e intensidad del TDM así como el perfil sintomatológico. Los puntos de corte para la HD son: Normalidad 0-7 puntos, leve 8-13, moderado, severa 19-22, muy severa ≥ 35 . Mientras que para la MA: Normalidad 0-6 puntos, leve 7-19, moderado 20-34 puntos, grave ≥ 35 puntos. Igualmente se obtuvieron las siguientes características clínicas: encefalopatía hepática, ascitis, hipertensión portal, varices

esofágicas y las siguientes bioquímicas: bilirrubina total, INR, albúmina mismas que se correlacionaron con las escalas de depresión y calidad de vida.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 54 pacientes de los cuales 13 corresponden al sexo masculino y 41 al sexo femenino. La edad promedio de la muestra fue 58 años con una DE de ± 13.6 . Como se describe en la tabla 1. El 85% de los sujetos se encontraban en Child-Pugh (CP) A. El 57% de la población tenían diagnóstico de Virus C de hepatitis. El 61% de los pacientes, presentaban hipertensión portal (HP) el resto las variables se describen en la tabla 2. El tiempo promedio de diagnóstico fue de 6 años con una DE de ± 4.2 . En el análisis de la asociación entre el CLDQ y las variables clínicas estudiadas encontramos significancia estadística entre aquellos pacientes que tenían HP comparados con los que no tenían HP ($P = 0.05$). La correlación con las demás variables no demostraron significancia estadística. En el análisis del SF-36 y las variables clínicas estudiadas encontramos significancia estadística entre aquellos pacientes que presentaban ascitis contra aquellos que no la presentaban ($P = 0.04$). Las otras variables como el estadio Child-Pugh, estado civil, escolaridad, etiología y edad no demostraron significancia estadística, sin embargo, el tiempo de diagnóstico presentó tendencia a la significancia estadística ($P = 0.08$), ya que a menor tiempo de diagnóstico mayores puntajes en ambas escalas de calidad de vida (CLDQ y SF-36). La asociación entre las escalas de calidad de vida (CLDQ y SF-36) y las escalas de depresión (HD y MA) demostraron significancia estadística ya que a menor puntaje en las escalas de calidad de vida hubo prevalencia de TDM (SF-36 y HD $P = 0.000$), (SF-36 y MA $P = 0.000$), (CLDQ y HD $P = 0.002$), (CLDQ y MA $P = 0.008$). Resultados similares se obtuvieron al realizar el análisis de los diferentes grados de TDM (Leve, Moderado, Severo); (SF-36 y HD $P = 0.001$), (SF-36 y MA $P = 0.000$), (CLDQ y HD $P = 0.005$), (CLDQ y MA $P = 0.009$). Al realizar el análisis estadístico entre las características clínicas, bioquímicas y sociodemográficas estudiadas con las escalas de depresión (HD, MA). La presencia de TDM mediante la escala de MA demostró asociación significativa con la presencia de hipertensión portal (HP) ($P = 0.03$), y el sexo ($P = 0.04$); con tendencia a la significancia estadística, la presencia de varices esofágicas (VE) ($P = 0.09$) y el tiempo de diagnóstico ($P = 0.08$) el resto de las variables estudiadas no demostró significancia estadística. El análisis con la escala de HD demostró significancia estadística con la presencia de HP ($P = 0.02$), VE ($P = 0.04$), tiempo de diagnóstico ($P = 0.003$) y sexo ($P = 0.05$).

DISCUSIÓN: Los resultados del estudio demuestran que existe una asociación entre la menor CV y la presencia de TDM (CLDQ y TDM, MA $P = 0.008$, HD $p = 0.002$)(SF-36, MA $p < 0.000$, HD $p < 0.000$) aunque no queda del todo claro cuál es la direccionalidad en la que estos se presentan, sin embargo se podría hipotetizar por los resultados obtenidos que el TDM genere una percepción más negativa de la CV de los pacientes estudiados ya que la significancia estadística entre la CV y las otras variables estudiadas a excepción de la hipertensión portal para CLDQ y ascitis para el SF36 no mostraron significancia estadística por lo que se requieren más estudios al

respecto e incluir una mayor muestra de pacientes; de las variables clinicas estudiadas, la hipertensión portal (MA $p=0.03$, HD $p=0.02$), las varices esofagicas (HD $p=0.04$), tiempo de evolucion (HD $p=0.003$) son factores que ademas estan asociados con la presencia de TDM. Es importante remarcar que los pacientes sin HP tuvieron menor CV mostrando diferencia a lo reportado en la literatura, de este resultado se podria hipotetizar que es probable que la preocupacion por las complicaciones de la CH genere un mayor deterioro en la CV de los pacientes. En estudios posteriores se debera incluir pacientes en estadio descompensado ya que en nuestra muestra solo se incluyeron 8 pacientes con estas caracteristicas clinicas; así como estudios que evaluen los factores involucrados en la genesis del TDM especialmente relacionados a la calidad de vida; y poder así, evaluar la mejoría subjetiva y objetiva en la CVRS y TDM en respuesta a tratamiento.

CONCLUSIÓN: Debido a la alta prevalencia TDM y baja calidad de vida reportada en nuestro estudio, se recomienda la evaluacion multidisciplinaria de los pacientes que presenten CH. Con el objetivo de dar un abordaje mas bio-psico-social y establecer el tratamiento mas adecuado no solo desde el punto de vista farmacologico sino desde el punto de vista psicoterapeutico.

INTRODUCCION

La cirrosis hepática (CH) se asocia con un decremento en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y con presencia de síntomas afectivos. Existen pocos estudios reportados en la literatura en donde se analice la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y en pacientes con cirrosis hepática (CH) de cualquier etiología. Los estudios realizados hasta ahora han demostrado que la calidad de vida de pacientes con CH se encuentra considerablemente deteriorada y se encuentra en relación con el estadio de la enfermedad y con comorbilidades psiquiatricas como el trastorno depresivo mayor (TDM); la prevalencia de cirrosis en nuestra poblacion es elevada de aproximadamente 12, 591 pacientes por año, lo que supone un problema de salud pública, sin embargo se desconoce la CVRS, la cual podría tener un impacto negativo en la vivencia subjetiva de la misma enfermedad.

MARCO TEORICO

La Insuficiencia Hepática Crónica ó Cirrosis Hepática es una enfermedad asociada a Falla Hepática, se caracteriza por un proceso difuso de fibrosis y la conversión de la arquitectura normal en una estructura nodular anormal, que puede presentarse como la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de diferentes causas. ¹

Las principales causas de cirrosis hepática se relacionan con el consumo excesivo de alcohol, la infección por los virus C y B, hepatitis auto inmune, la cirrosis biliar primaria y probablemente las hepatopatías metabólicas. Se considera que existen alrededor de 100,000 a 200,000 pacientes cirróticos en México. Las principales complicaciones de la cirrosis hepática se relacionan con la hipertensión portal hemorrágica, la encefalopatía y la ascitis refractaria, las infecciones que evolucionan a sepsis grave y desde luego la malnutrición que afecta directamente la sobrevida del paciente. ²

Se han desarrollado diversas herramientas para valorar el pronóstico de la enfermedad; una de las más conocidas y utilizadas es la escala de Child-Pugh, la cual es el sistema más usado para clasificar el grado de disfunción hepática, siendo validado como buen predictor pronóstico para las complicaciones de la hipertensión portal. De acuerdo al grado de ascitis, las concentraciones plasmáticas de bilirrubina y albúmina, el tiempo de protrombina, y el grado de encefalopatía. Una puntuación total de 5-6 es considerada grado A (enfermedad compensada); 7-9 es grado B (compromiso funcional significativo); y 10-15 es grado C (enfermedad descompensada). Estos grados se correlacionan con una sobrevida del paciente al año y a los 2 años. ³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”¹, y la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”⁴. Por lo tanto, se entiende que el concepto de CVRS es complementario de la definición Actual de salud^{5,6} y la mejora de la CVRS debería incluirse como un objetivo de toda intervención médica.

En los últimos 15 años se han realizado estudios que evalúan no solo los aspectos puramente biomédicos, sino que además se están evaluando aspectos psicosociales relacionados a la vivencia de los pacientes y la enfermedad ⁷. El modelo bioquímico para la evaluación de la salud se ha integrado en el modelo de las ciencias sociales; en base a los pacientes, la percepción subjetiva del funcionamiento y bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales de su vida. ^{7,8} La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se está convirtiendo en un componente clave en la evaluación de cualquier intervención terapéutica. Puede ser más relevante que la morbilidad, ya que los pacientes suelen estar más preocupados por la calidad y la discapacidad que de la longevidad ⁹.

Esto es principalmente el caso de las enfermedades crónicas, donde la supervivencia no está en riesgo en un largo tiempo, y el objetivo de las intervenciones terapéuticas es mantener los pacientes libres de síntomas y con una adecuada calidad de vida.

La cirrosis es un ejemplo de tales enfermedades. Es una causa importante de morbi- mortalidad en los países occidentales ⁵; los síntomas pueden ser muy variables en la enfermedad avanzada, mientras que los pacientes compensados pueden ser asintomáticos durante años o décadas. Sin embargo, el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento de los pacientes y el bienestar social puede ser enorme. Los pacientes pueden experimentar ansiedad debido a una infección viral crónica, o los problemas emocionales asociados con el alcoholismo. Complicaciones (ascitis, encefalopatía, hemorragia) y / o manifestaciones extra hepáticas de la enfermedad avanzada pueden reducir la CVRS, por no hablar de las intervenciones terapéuticas, como por ejemplo la terapia con diuréticos de asa, que limitan las actividades al aire libre, o el tratamiento con interferón que presenta múltiples efectos adversos⁶.

Además, los síntomas que no amenazan la vida, tales como el prurito o fatiga, pueden ser un motivo de gran preocupación para los pacientes, lo que interfiere significativamente con sus actividades sociales y laborales.

Existe poca información disponible acerca de la CVRS en la enfermedad hepática crónica, únicamente datos limitados a infecciones virales ^{6,10,11,12} o a trasplante hepático ¹³. Ningún estudio ha evaluado la CVRS en una serie amplia de pacientes con cirrosis en diferentes estadios y etiologías para examinar el impacto global de la enfermedad en la auto percepción y determinar los factores más comúnmente asociados con la mala CVRS.

Diversos estudios han demostrado que los pacientes con cirrosis hepática presentan una CVRS con mayor deterioro si se compara con población sana . El deterioro en la CVRS de los pacientes con CH no parece depender de la etiología de la cirrosis ¹⁴⁻¹⁶.

Los pacientes con CH descompensada muestran peor CVRS que los pacientes con cirrosis compensada ^{17,18,19} . Un estudio realizado por Marchesini et al ¹⁷. demostró que la CVRS se deteriora de forma paralela a la función hepática, aunque esta relación no ha sido observado por otros autores, y se argumenta que esto se debe probablemente a las diferentes características de las poblaciones estudiadas^{15,16,19}.

Respecto a las actividades de la vida diaria, en el estudio de Marchesini ¹⁷ todos los aspectos evaluados (laboral, trabajo del hogar, vida social y familiar, ocio y vida sexual) se vieron alterados en pacientes con CH comparado con controles.

Los principales factores que se han asociado al deterioro de la CVRS en los pacientes con cirrosis son los siguientes:

Comunes a otras enfermedades crónicas:

- Ingresos hospitalarios por descompensación, instrumentalización,
- Aspectos psicosociales y laborales,
- Estado proinflamatorio: Astenia, Malnutrición, hipoalbuminemia, sarcopenia,
- Comorbilidades

Específicos de la etiología:

- Alcoholismo: deterioro cognitivo, aspectos psicosociales y nutricionales.
- Virus hepatitis C: efectos sobre el sistema nervioso central, depresión, astenia
- Enfermedades colestásicas: prurito

Característicos de la cirrosis:

Síntomas: parestesias, disfunción eréctil.

Disfunción cognitiva, encefalopatía hepática, encefalopatía hepática mínima, accidentes de tráfico, caídas, ascitis, hiponatremia, anemia, malnutrición, hipoalbuminemia.

Tratamiento farmacológico:

Disacáridos no absorbibles, Diuréticos, Betabloqueantes, Tratamientos antivirales y Psicofármacos

La edad más avanzada, el sexo femenino y las comorbilidades son factores asociados a peor CVRS en pacientes con cirrosis^{16,17,19}.

Medidas que pueden mejorar la calidad de vida en la cirrosis son las siguientes:

- Tratamiento de la traslocación bacteriana.
- Tratamiento y prevención de las complicaciones.
- Ejercicio
- Abstinencia de alcohol
- Tratamiento antiviral efectivo.
- Control de prurito.
- Tratamiento de los calambres.
- Tratamiento de la disfunción eréctil.
- Tratamiento del deterioro cognitivo.

- Prevención de caídas.
- Tratamiento de la anemia y la hiponatremia.
- Manejo racional de los fármacos
- Apoyo psicológico y social.

Se han utilizado diversos cuestionarios para evaluar la CVRS, que podemos clasificar en 2 grupos: generales y específicos para pacientes con cirrosis.

Cuestionario general.

El más utilizado, tanto en otras situaciones como en pacientes con cirrosis, es el Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) ²⁰. Comprende 36 ítems agrupados en 8 dominios: función física, rol físico o limitaciones en la función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional o limitaciones por problemas emocionales y salud mental. Estos 8 dominios se agrupan en un componente físico y un componente mental. Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático. Las puntuaciones van de 0 a 100, siendo más altas cuanto mejor es la calidad de vida.

Cuestionario específico.

El Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). ²¹ Fue diseñado para medir el efecto de las hepatologías crónicas en la calidad de vida de los pacientes, independientemente de la etiología subyacente. El cuestionario contiene 29 ítems en 6 dimensiones: síntomas abdominales (3 ítems), fatiga/cansancio (5 ítems), síntomas sistémicos (5 ítems), actividad (3 ítems), función emocional (8 ítems), preocupación (5 ítems). La puntuación va de 1 a 7 y se puede calcular una puntuación global, también de 1 a 7, siendo los valores más altos indicativos de mejor CV. Los ítems se contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta en la cual el 1 se refiere a la máxima frecuencia (“siempre”) y el 7 a la mínima frecuencia (“nunca”). La puntuación de cada dimensión se obtiene sumando las medias de las puntuaciones para cada ítem en la dimensión y dividiendo por el número de ítems en esa dimensión. Así se obtiene una puntuación para cada dimensión que va de 1 a 7. La puntuación global para el cuestionario se obtiene sumando las puntuaciones para cada dimensión. Cuanto más baja la puntuación peor la CVRS.

Después de revisar las diferentes herramientas para medir la CVRS en los pacientes con cirrosis y de analizar cómo podemos mejorar su CVRS, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿qué importancia tienen los estudios comentados anteriormente en la práctica clínica diaria?, ¿nos preocupa realmente a los profesionales la CVRS de los pacientes con cirrosis?, ¿pretendemos mejorarla?, ¿el funcionamiento de nuestro sistema de salud permite que nos ocupemos

adecuadamente de la CVRS de los pacientes?

Mejorar la CVRS de los pacientes con cirrosis implica una serie de requisitos indispensables. En primer lugar, escuchar de forma activa a los pacientes para conocer sus expectativas y su valoración de las propias limitaciones. En segundo lugar, considerar al paciente de forma global y no como un “mosaico” de diferentes dominios, si bien la evaluación sistemática de éstos puede ser una herramienta útil para identificar los ámbitos que más puedan beneficiarse de nuestras actuaciones.

Sin embargo, el punto más importante es que en nuestro sistema de profesionales especializados nos interese realmente por la CVRS del paciente, lo cual supone en muchos casos la necesidad de un replanteamiento de las actitudes ²². Concienciar a los profesionales de la importancia de la CVRS, informar de los instrumentos adecuados para valorarla y reorganizar la asistencia sanitaria puede contribuir a mejorar la CVRS de los pacientes con cirrosis.

El objetivo del presente estudio es evaluar la CVRS en una muestra de pacientes con cirrosis hepática que asisten a un centro de atención de tercer nivel, así como para determinar la comprensión y conocimiento del paciente respecto a su enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen pocos estudios reportados en la literatura mundial en donde se estudie la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cirrosis hepática (CH) de cualquier etiología. Los estudios realizados hasta ahora han demostrado que la calidad de vida de pacientes con CH se encuentra considerablemente deteriorada y se encuentra en relación con el estadio de la enfermedad. Existen pocos reportes en la literatura relacionados con la CVRS y CH en población mexicana, sin embargo la prevalencia de cirrosis en nuestra población es elevada de aproximadamente 12, 591 pacientes por año, lo que supone un problema de salud pública, sin embargo se desconoce la CVRS, la cual podría tener un impacto negativo en la vivencia subjetiva de la misma enfermedad. Se pretende que este estudio sirva de base para estudios futuros en los que se pueda intervenir sobre aspectos de la CVRS en pacientes con CH y valorar el efecto de la vivencia subjetiva de la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

En México la prevalencia de CH es de 12, 591 pacientes por año aproximadamente, por lo que es de suma importancia determinar y caracterizar que factores (tanto psicológicos, sociales, biológicos) juegan roles determinantes en el deterioro de la CV en la enfermedad y así de esta forma se poder ofrecer apoyo global a pacientes con CH. Durante las últimas décadas ha mejorado

el pronóstico de los pacientes con cirrosis debido a los avances médicos, la prevención y tratamiento de las complicaciones de la cirrosis, y los tratamientos antivirales. Sin embargo se ha prestado escasa atención a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Actualmente se acepta que la CVRS, entendida como la percepción de la persona sobre su salud, es al menos tan importante como los objetivos clínicos tradicionales, especialmente la mortalidad, la incidencia de complicaciones y el coste económico. Por lo que es importante realizar un estudio que determine la calidad de vida de los pacientes con CH de cualquier etiología en la población Mexicana y así poder realizar estudios posteriores que evalúen el impacto que podría tener el mejorarles la calidad de vida en cuanto a su evolución y vivencia de la enfermedad.

HIPÓTESIS

Los pacientes con cirrosis hepática de cualquier etiología que fueron vistos en la consulta externa de gastroenterología del centro medico nacional 20 de noviembre ISSSTE tendran puntajes disminuidos en la SF36 y CLDQ.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática de cualquier etiología que fueron vistos en la consulta externa de gastroenterología del Centro Medico Nacional 20 de noviembre ISSSTE, mediante los cuestionarios de calidad de vida SF-36 y CLDQ.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Enunciar las características sociodemográficas de la población.
- Estudiar la asociación entre las características sociodemográficas y el puntaje de los cuestionarios de calidad de vida (SF-36 y CLDQ)
- Estudiar la asociación entre el puntaje de la percepción de la calidad de vida de ambos cuestionarios (SF-36 y CLDQ) con el estadio de la cirrosis hepática.
- Determinar el estadio de la enfermedad con la escala de Child-Pugh mediante estudios bioquímicos reportados en los expedientes clínicos.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo

Se incluyeron expedientes de los pacientes valorados en la consulta externa del servicio de gastroenterología del centro médico nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, con diagnóstico de cirrosis hepática, de 18 años de edad o mas que cuenten con los cuestionarios CLDQ y SF-36 y con estudios bioquímicos necesarios para determinar el estadio de la enfermedad mediante la escala de Child-Pugh, debido a que no todos los pacientes cuentan con las escalas que se evaluarán en el estudio se incluirá una muestra por conveniencia, y se incluirán aquellos expedientes que cuenten con dichos cuestionarios y parámetros bioquímicos.

DEFINICION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION

Las unidades de observación serán todos los expedientes de derechohabientes del ISSSTE, adscritos al Centro Médico Nacional 20 de noviembre a los cuales se les detectó cirrosis hepática de cualquier etiología y se encuentren en seguimiento por la consulta externa de Gastroenterología.

Se utilizará la información proporcionada por el expediente clínico para determinar el perfil socio-demográfico de los pacientes, antecedentes y resultados de laboratorio para el cálculo de índice Child-Pugh, se retomaron los cuestionarios SF-36 y CDLQ.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes de los pacientes valorados en la consulta externa de Gastroenterología del Centro Médico Nacional 20 de noviembre de 18 años o mas de edad con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier etiología y que cuenten con resultados bioquímicos para la estatificación de la enfermedad y los cuestionarios SF-36 y CLDQ.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Expedientes de los pacientes valorados en la consulta externa de Gastroenterología del Centro Médico Nacional 20 de noviembre que no cuenten con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier etiología, que no cuenten con cuestionarios SF-36 y CLDQ o con resultados bioquímicos para la estatificación de la enfermedad

CRITERIOS DE ELIMINACION

Expedientes de los pacientes valorados en la consulta externa de Gastroenterología del Centro Médico Nacional 20 de noviembre con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier etiología y que

no cuenten con los cuestionarios completos de CLDQ y SF-36 o que no cuenten con el total de estudios bioquímicos necesarios para la estatificación de la cirrosis hepática.

VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

VARIABLE	TIPO	DEFINICION
SEXO	INDEPENDIENTE CUALITATIVA NOMINAL	<u>CONCEPTUAL:</u> PROCESO DE COMBINACIÓN Y MEZCLA DE RASGOS <u>GENÉTICOS</u> DANDO POR RESULTADO LA ESPECIALIZACIÓN DE ORGANISMOS EN VARIEDADES. <u>OPERACIONAL:</u> HOMBRE Y MUJER
EDAD	INDEPENDIENTE CUANTITATIVA DISCRETA	<u>CONCEPTUAL:</u> TÉRMINO QUE SE UTILIZA PARA HACER MENCIÓN AL TIEMPO QUE HA VIVIDO UN SER VIVO. <u>OPERACIONAL:</u> EDAD EN AÑOS VIVIDOS
ESCOLARIDAD	INDEPENDIENTE CUALITATIVA ORDINAL	<u>CONCEPTUAL:</u> TIEMPO DURANTE EL QUE UN ALUMNO ASISTE A LA ESCUELA O A CUALQUIER CENTRO DE ENSEÑANZA. <u>OPERACIONAL:</u> SIN ESCOLARIDAD, PRIMARIA COMPLETA, PRIMARIA INCOMPLETA, SECUNDARIA COMPLETA, SECUNDARIA INCOMPLETA, PREPARATORIA COMPLETA, PREPARATORIA INCOMPLETA, UNIVERSIDAD COMPLETA, UNIVERSIDAD INCOMPLETA, POSTGRADO.
ESTADO CIVIL	INDEPENDIENTE CUALITATIVA NOMINAL	<u>CONCEPTUAL:</u> LA CONDICIÓN PARTICULAR QUE CARACTERIZA A UNA PERSONA EN LO QUE HACE A SUS VÍNCULOS PERSONALES CON INDIVIDUOS DE OTRO SEXO O DE SU MISMO SEXO. <u>OPERACIONAL:</u> SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, UNION LIBRE, VIUDO.
CIRROSIS HEPATICA	INDEPENDIENTE CUALITATIVA NOMINAL	<u>CONCEPTUAL:</u> FORMA DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA CARACTERIZADA POR NODULARIDAD HEPATICA. <u>OPERACIONAL:</u> CON CIRROSIS HEPATICA, SIN CIRROSIS HEPATICA
ESCALA CHILD PUGH-TURCOTTE	VARIABLE INDEPENDIENTE CUALITATIVA ORDINAL	<u>CONCEPTUAL:</u> GRADO DE ACUERDO A UN CONSTRUCTO DE TIPIFICACIÓN DEL GRADO DE CIRROSIS Y PRONÓSTICO DE MORTALIDAD ANUAL Y 3 AÑOS. <u>OPERACIONAL:</u> UNA PUNTUACIÓN TOTAL DE 5-6 ES CONSIDERADA GRADO A (ENFERMEDAD COMPENSADA); 7-9 ES GRADO B (COMPROMISO FUNCIONAL SIGNIFICATIVO); Y 10-15 ES GRADO C (ENFERMEDAD DESCOMPENSADA)
CUESTIONARIO SF-36	VARIABLE DEPENDIENTE CUALITATIVA ORDINAL	<u>CONCEPTUAL:</u> PUNTAJE QUE DETERMINA LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD;

		ENTRE MAYOR PUNTAJE TENGA MEJOR CALIDAD DE VIDA <u>OPERACIONAL:</u> LAS PUNTUACIONES VAN DE 0 A 100, SIENDO MÁS ALTAS CUANTO MEJOR ES LA CALIDAD DE VIDA.
CUESTIONARIO CDLQ	VARIABLE DEPENDIENTE CUALITATIVA ORDINAL	<u>CONCEPTUAL:</u> PUNTAJE QUE DETERMINA LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA; ENTRE MAYOR PUNTAJE TENGA MEJOR CALIDAD DE VIDA <u>OPERACIONAL:</u> LOS ÍTEMS SE CONTESTAN EN UNA ESCALA TIPO LIKERT CON 7 OPCIONES DE RESPUESTA EN LA CUAL EL 1 SE REFIERE A LA MÁXIMA FRECUENCIA (“SIEMPRE”) Y EL 7 A LA MÍNIMA FRECUENCIA (“NUNCA”). LA PUNTUACIÓN DE CADA DIMENSIÓN SE OBTIENE SUMANDO LAS MEDIAS DE LAS PUNTUACIONES PARA CADA ÍTEM EN LA DIMENSIÓN Y DIVIDIENDO POR EL NÚMERO DE ÍTEMS EN ESA DIMENSIÓN. ASÍ SE OBTIENE UNA PUNTUACIÓN PARA CADA DIMENSIÓN QUE VA DE 1 A 7. LA PUNTUACIÓN GLOBAL PARA EL CUESTIONARIO SE OBTIENE SUMANDO LAS PUNTUACIONES PARA CADA DIMENSIÓN. CUANTO MÁS BAJA LA PUNTUACIÓN PEOR LA CVRS.

SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los expedientes se obtienen del archivo clinico mediante una base de datos del propio servicio de gastroenterologia de nuestro hospital en donde se encuentran los registros de los pacientes con cirrosis hepatica de cualquier etiologia, se obtienen los registros y posteriormente acudiremos al archivo clinico en donde se obtendran los expedientes y se revisará que cuenten con los criterios de inclusion de nuestro estudio.

El CLDQ (Chronic Liver Disease Questionnaire) es un cuestionario específico que evalúa el impacto de la enfermedad hepática en la calidad de vida. La versión original, desarrollada por Younossi y Guyat (Gut, 1999), contiene 29 ítems en 6 dimensiones: síntomas abdominales (3 ítems), fatiga/cansancio (5 ítems), síntomas sistémicos (5 ítems), actividad (3 ítems), función emocional (8 ítems), preocupación (5 ítems). Puntuación e interpretación: Los ítems se contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta en la cual el 1 se refiere a la máxima frecuencia (“siempre”) y el 7 a la mínima frecuencia (“nunca”). La puntuación de cada dimensión se

obtiene sumando las medias de las puntuaciones para cada ítem en la dimensión y dividiendo por el número de ítems en esa dimensión. Así se obtiene una puntuación para cada dimensión que va de 1 a 7. La puntuación global para el cuestionario se obtiene sumando las puntuaciones para cada dimensión. Cuanto más baja la puntuación peor la CVRS.

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medición de CVRS, que consta de 36, preguntas diseñado por Ware et al. a principios de los noventa (Ware y Sherbourne 1992 y Ware et al. 1993); proporciona el perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana. Comprende 36 ítems agrupados en 8 dominios: función física, rol físico o limitaciones en la función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional o limitaciones por problemas emocionales y salud mental. Estos 8 dominios se agrupan en un componente físico y un componente mental. Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático. Las puntuaciones van de 0 a 100, siendo más altas cuanto mejor es la calidad de vida.

La escala de tipo Likert (también denominada método de evaluaciones sumarias) es una escala psicométrica. Después de completar el cuestionario, cada elemento se puede analizar por separado o, en algunos casos, las respuestas a cada elemento se suman para obtener una puntuación total para un grupo de elementos. Por ello las escalas de tipo Likert son un tipo de escalas sumativas. Se considera una escala de tipo ordinal, ya que no podemos asumir que los sujetos perciban las respuestas como equidistantes.

1. En primera instancia se realizará la determinación de las puntuaciones dadas a las categorías de los ítems; Para asegurar la precisión de la escala, se seleccionaran el 25 % de los sujetos con puntuación más alta y el 25 % con puntuaciones más baja, y se seleccionan los ítems que discriminan a los sujetos de estos dos grupos, es decir, aquellos con mayor diferencia de puntuaciones medias entre ambos grupos.
2. Para obtener las puntuaciones de la Escala de Likert se suman los valores obtenidos respecto de cada frase. El puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1. Una puntuación se considera alta o baja respecto del puntaje total; este último está dado por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 7.
3. Para asegurar la fiabilidad por consistencia interna, se hallará la correlación entre la puntuación total y la puntuación de cada ítem para todos los individuos, seleccionándose los ítems con coeficiente más alto.
4. La confiabilidad o estabilidad de la escala Likert se obtiene por uno de los procedimientos de consistencia interna, particularmente el ejercicio de correlación entre las dos mitades de la escala (split half reliability) conocida como la prueba de partición por la mitad, la cual

consiste en dividir el número de ítems del instrumento en dos partes iguales; el criterio más utilizado es la división en ítems pares e ítems impares, se calcula el coeficiente de correlación a partir de las puntuaciones totales de cada una de las dos mitades de la escala siguiendo la fórmula de Spearman Brown dado el pretendido nivel ordinal de la escala, y se aplica por último un coeficiente de consistencia.

Child-Pugh, la cual es el sistema más usado para clasificar el grado de disfunción hepática, siendo validado como buen predictor pronóstico para las complicaciones de la hipertensión portal. De acuerdo al grado de ascitis, las concentraciones plasmáticas de bilirrubina y albúmina, el tiempo de protrombina, y el grado de encefalopatía. Una puntuación total de 5-6 es considerada grado A (enfermedad compensada); 7-9 es grado B (compromiso funcional significativo); y 10-15 es grado C (enfermedad descompensada). Estos grados se correlacionan con una supervivencia del paciente al año y a los 2 años.

Todo esto se procesará por médico estadístico electrónico (Programa SPSS).

DEFINICIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Al ser un estudio descriptivo la información se puede presentar mediante tablas y gráficos, y se aplicará una prueba estadística que sea de utilidad dependiendo de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 54 pacientes de los cuales 13 corresponden al sexo masculino y 41 al sexo femenino. La edad promedio de la muestra fue 58 años con una DE ± 13.6 . Como se describe en la tabla 1. El 85% de los sujetos se encontraban en Child-Pugh (CP) A. El 57% de la población tenían diagnóstico de Virus C de hepatitis. El 61% de los pacientes, presentaban hipertensión portal (HP) el resto las variables se describen en la tabla 2. El tiempo promedio de diagnóstico fue de 6 años con una DE ± 4.2 . En el análisis de la asociación entre el CLDQ y las variables clínicas estudiadas encontramos significancia estadística entre aquellos pacientes que tenían HP comparados con los que no tenían HP ($P = 0.05$). La correlación con las demás variables no demostraron significancia estadística. En el análisis del SF-36 y las variables clínicas estudiadas encontramos significancia estadística entre aquellos pacientes que presentaban ascitis contra aquellos que no la presentaban ($P = 0.04$). Las otras variables como el estadio Child-Pugh, estado civil, escolaridad, etiología y edad no demostraron significancia estadística, sin embargo, el tiempo de diagnóstico presentó tendencia a la significancia estadística ($P = 0.08$), ya que a menor tiempo de diagnóstico mayores puntajes en ambas escalas de calidad de vida (CLDQ y SF-36). La

asociación entre las escalas de calidad de vida (CLDQ y SF-36) y las escalas de depresión (HD y MA) demostraron significancia estadística ya que a menor puntaje en las escalas de calidad de vida hubo prevalencia de TDM (SF-36 y HD P= 0.000), (SF-36 y MA P=0.000), (CLDQ y HD P= 0.002), CLDQ y MA P=0.008). Resultados similares se obtuvieron al realizar el análisis de los diferentes grados de TDM (Leve, Moderado, Severo); (SF-36 y HD P= 0.001), (SF-36 y MA P=0.000), (CLDQ y HD P= 0.005), (CLDQ y MA P=0.009). Al realizar el análisis estadístico entre las características clínicas, bioquímicas y sociodemográficas estudiadas con las escalas de depresión (HD, MA). La presencia de TDM mediante la escala de MA demostró asociación significativa con la presencia de hipertensión portal (HP) (P= 0.03), y el sexo (P= 0.04); con tendencia a la significancia estadística, la presencia de varices esofágicas (VE) (P= 0.09) y el tiempo de diagnóstico (P=0.08) el resto de las variables estudiadas no demostró significancia estadística. El análisis con la escala de HD demostró significancia estadística con la presencia de HP (P=0.02), VE (P= 0.04), tiempo de diagnóstico (P=0.003) y sexo (P=0.05).

Tabla 1. Características Sociodemográficas (n=54)			
<u>Sexo</u>	% (n)	<u>Edad</u>	% (n)
Masculino	24.1 (13)	Edad 18-40	13 (7)
Femenino	75.9 (41)	Edad 41-60	31.5 (17)
		Edad >60	55.6 (30)
<u>Estado Civil</u>	% (n)	<u>Escolaridad</u>	% (n)
Soltero(a)	11.1 (6)	Analfabeta	1.9 (1)
Casado(a)	63 (34)	Primaria	14.8 (8)
Viudo(a)	16.7 (9)	Secundaria	9.3 (5)
Divorciado(a)	9.3 (5)	Preparatoria	20.4 (11)
		Licenciatura/Postgrado	53.7 (29)

Tabla 2. Características Clínicas	
n=54	
<u>Child - Pugh (CP) % (n)</u>	
CP – A	85.2 (46)
CP – B	13 (7)
CP – C	1.9 (1)
<u>Varices esofágicas % (n)</u>	
Presentes	41.8 (26)
Ausentes	51.9 (28)
<u>Hipertensión Portal % (n)</u>	
Presente	61.1 (33)
Ausente	38.9 (21)
<u>Ascitis % (n)</u>	
Presente	7.4 (4)
Ausente	92.6 (50)
<u>Tiempo de diagnóstico % (n)</u>	
<5 años:	50 (27)
5-10 años:	38.9 (21)
>10 años:	11.1 (6)

Tabla 3. Correlación entre CLDQ y SF-36 con variables estudiadas

VARIABLES	ESCALAS					Valor χ^2
	CLDQ (n=54)		Valor χ^2	SF-36 (n=54)		
	<135 %(n)	>135 %(n)		<2150 %(n)	>2150 %(n)	
<i>CHILD PUGH A</i>	54.3 (25)	41.7 (21)		50 (23)	50 (23)	
<i>CHILD PUGH B</i>	28.6 (2)	71.4 (5)	0.26	57 (4)	42.9 (3)	0.58
<i>CHILD PUGH C</i>	0 (0)	100 (1)		100 (1)	0 (0)	
<i>ASCITIS</i>	50 (2)	50 (2)	1.00	100 (4)	0 (0)	0.04
<i>SIN ASCITIS</i>	50 (25)	50 (25)		48 (24)	52 (26)	
<i>HIPERTENSION PORTAL</i>	39.4 (13)	60.6 (20)	0.05	45.5 (15)	54.5 (18)	0.23
<i>SIN HIPERTENSION PORTAL</i>	66.7 (14)	33.3 (7)		61.9 (13)	38.1 (8)	
<i>VARICES ESOFAGICAS</i>	38.5 (10)	61.5 (16)	0.10	50 (13)	50 (13)	0.79
<i>SIN VARICES ESOFAGICAS</i>	60.7 (17)	39.3 (11)		53.6 (15)	46.4 (13)	
<i><5 AÑOS DIAGNOSTICO</i>	44.4 (12)	55.6 (15)		48.1 (12)	51.9 (14)	
<i>5-10 AÑOS DIAGNOSTICO</i>	61.9 (13)	38.1 (8)	0.33	66.7 (14)	33.3 (7)	0.08
<i>>10 AÑOS DIAGNOSTICO</i>	33.3 (2)	66.7 (4)		16.7 (1)	85.3 (5)	
<i>ETIOLOGIA -VHC</i>	54.8 (17)	45.2 (14)	0.40	51.6 (16)	48.4 (15)	0.96
<i>ETIOLOGIA-OTRAS</i>	43.5 (10)	56.5 (13)		52.2 (12)	47.8 (11)	

Tabla 4. Correlación entre HAMILTON Y MONTGOMERY ADSBERG con variables estudiadas

VARIABLES	ESCALAS					Valor χ^2
	MONTGOMERY- ADSBERG (n=54)		Valor χ^2	HAMILTON DEP (n=54)		
	CON TDM n(%)	SIN TDM n(%)			CON TDM n(%)	SIN TDM n(%)
<i>CHILD PUGH A</i>	31 (77.4)	15 (32.6)	0.77	34 (73.9)	12 (26.1)	0.82
<i>CHILD PUGH B</i>	5 (71.4)	2 (28.6)		5 (71.4)	2 (28.6)	
<i>CHILD PUGH C</i>	1 (100)	0		1 (100)	0	
<i>ASCITIS</i>	4 (100)	0	0.15	4 (100)	0	0.21
<i>SIN ASCITIS</i>	33 (66)	17 (34)		36 (72)	14 (28)	
<i>HIPERTENSION PORTAL</i>	19 (57.6)	14 (42.4)	<u>0.03</u>	21 (63.6)	12 (36.4)	<u>0.02</u>
<i>SIN HIPERTENSION PORTAL</i>	18 (85.7)	3 (14.3)		19 (90.5)	2 (9.5)	
<i>VARICES ESOFAGICAS</i>	15 (57.7)	11 (42.3)	<u>0.09</u>	16 (61.5)	10 (38.5)	<u>0.04</u>
<i>SIN VARICES ESOFAGICAS</i>	22 (78.6)	6 (21.4)		24 (85.7)	4 (14.3)	
<i><5 AÑOS DIAGNOSTICO</i>	18 (66.7)	9 (33.3)	<u>0.08</u>	21 (77.8)	6 (22.2)	<u>0.003</u>
<i>5-10 AÑOS DIAGNOSTICO</i>	17 (81)	4 (19)		18 (85.7)	3 (14.3)	
<i>>10 AÑOS DIAGNOSTICO</i>	2 (33.3)	4 (66.7)		1 (16.7)	5 (83.3)	
<i>ETIOLOGIA -VHC</i>	22 (71)	9 (29)	0.65	25 (80.6)	6 (19.4)	0.20
<i>ETIOLOGIA-OTRAS</i>	15 (65.2)	8 (34.8)		15 (62.2)	8 (34.8)	
<i>HOMBRE</i>	6 (46.2)	7 (53.8)	<u>0.04</u>	7 (53.8)	6 (46.2)	<u>0.05</u>
<i>MUJER</i>	31 (75.6)	10 (24.4)		33 (80.5)	8 (19.5)	
<i>CLDQ <135</i>	23 (62.2%)	4 (23.5%)	<u>0.008</u>	25 (62.5%)	2 (14.3%)	<u>0.002</u>
<i>CLDQ >135</i>	14 (37.8%)	13 (76.5%)		15 (37.5%)	12 (85.7%)	
<i>SF-36 <2150</i>	26 (70.3%)	2 (11.8%)	<u>0.000</u>	27 (67.5%)	1 (7.1%)	<u>0.000</u>
<i>SF-36 >2150</i>	11 (29.7%)	15 (88.2%)		13 (32.5%)	13 (92.9%)	

Tabla 5. GRADOS DE DEPRESION

CALIDAD DE VIDA	ESCALAS DE DEPRESION							
	MONTGOMERY-ADSBURG				HAMILTON DEP			
	LEVE	MODERADA	SEVERA	Valor χ^2	LEVE	MODERADA	SEVERA	Valor χ^2
CLDQ < 135	12 (50%)	9 (90%)	2 (66.7%)	<u>0.009</u>	10 (52.6%)	11 (64.7%)	4 (100%)	<u>0.005</u>
CLDQ > 135	12 (50%)	1 (10%)	1 (33.3%)		9 (47.4%)	6 (35.3%)	0	
SF-36 < 2150	14 (58.3%)	10 (100%)	2 (66.7%)	<u>0.000</u>	12 (63.2%)	12 (70.6%)	3 (75%)	<u>0.001</u>
SF-36 >2150	10 (41.7%)	0	1 (33.3%)		7 (36.8%)	5 (29.4%)	1 (25%)	

DISCUSION

Los resultados del estudio demuestran que existe una asociación entre la menor CV y la presencia de TDM (CLDQ y TDM, MA P= 0.008, HD p=0.002)(SF-36, MA p<0.000, HD p<0.000) aunque no queda del todo claro cual es la direccionalidad en la que estos se presentan, sin embargo se podría hipotetizar por los resultados obtenidos que el TDM genere una percepción mas negativa de la CV de los pacientes estudiados ya que la significancia estadística entre la CV y las otras variables estudiadas a excepción de la hipertensión portal para CLDQ y ascitis para el SF36 no mostraron significancia estadística por lo que se requieren mas estudios al respecto e incluir una mayor muestra de pacientes; de las variables clínicas estudiadas, la hipertensión portal (MA p=0.03, HD p=0.02), las varices esofágicas (HD p=0.04), tiempo de evolución (HD p=0.003) son factores que además están asociados con la presencia de TDM. Es importante remarcar que los pacientes sin HP tuvieron menor CV mostrando diferencia a lo reportado en la literatura, de este resultado se podría hipotetizar que es probable que la preocupación por las complicaciones de la CH genere un mayor deterioro en la CV de los pacientes. En estudios posteriores se deberá incluir pacientes en estadio descompensado ya que en nuestra muestra solo se incluyeron 8 pacientes con estas características clínicas; así como estudios que evalúen los factores involucrados en la génesis del TDM especialmente relacionados a la calidad de vida; y poder así, evaluar la mejoría subjetiva y objetiva en la CVRS y TDM en respuesta a tratamiento.

CONCLUSION

Debido a la alta prevalencia TDM y baja calidad de vida reportada en nuestro estudio, se recomienda la evaluación multidisciplinaria de los pacientes que presenten CH. Con el objetivo de dar un abordaje mas bio-psico-social y establecer el tratamiento mas adecuado no solo desde el punto de vista farmacológico sino desde el punto de vista psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anthony PP, Ishak KG, Nayak NC, et al. The morphology of cirrhosis. Recommendations on definition, nomenclature, and classification by a working group sponsored by the World Health Organization. *J Clin Pathol.* 1978;31: 395-414.
- 2.- Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática Crónica, México: Secretaria de Salud; 2008.
- 3.- Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and epidemiology of cirrhosis. *Med Clin north Am.* 2009;93:787-99.
- 4.- Berger M. . Quality of life, health status and clinical research. *Med Care* .1989;27(suppl 3):148S–156S.
- 5.- Everhart J. Digestive Diseases in the United States: epidemiology and impact. NIH Publication.1994;94:1447
- 6.- Davis G, Balart L, Schiff E, et al. Assessing health-related quality of life in chronic hepatitis C using the sickness impact profile. *Clin Ther* 1994;16:334–343.
- 7.- Testa M, Simonson D. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med.*1996;334:835–840.
- 8.- Wilson J, Cleary P. Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA.* 1995;273:59–65.
- 9.- McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival. Tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N Engl J Med* .1981;305:982–987
- 10.- Foster GR, Goldin RD, Thomas HC. Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology* 1998;27:209 – 212.
- 11.- Bonkovsky HL, Woolley JM. Reduction in health-related quality of life in chronic hepatitis C and improvement with interferon therapy. The Consensus Interferon Study Group. *Hepatology* 1999; 29:264 –270.
- 12.- Ware JE, Bayliss MS, and the International Hepatitis Interventional Therapy Group. Health-related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. *Hepatology* 1999;30:550–555.
- 13.- Tarter R, Switala J, Arria A. Quality of life before and after orthotopic liver transplantation. *Arch Intern Med* 1991;151:1521–1526.
- 14.- Svirtlih N, Pavic S, Terzic D, et al. Reduced quality of life in patients with chronic viral liver disease assessed by SF12 questionnaire. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2008;17:405-9.
- 15.- Bjornsson E, Verbaan H, Oksanen A, et al. Health-related quality of life in patients with different stages of liver disease induced by hepatitis C. *Scand J Gastroenterol.* 2009;44:878-87.

- 16.- 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.
- 17.- 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.
- 18.- 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.
- 19.- 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.
- 20.- Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771- 6.
- 21.- Ferrer M, Córdoba J, Carín O, et al. Validity of the Spanish version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) as a Standard outcome for quality of life assessment. *Liver Transplant*. 2006;12:95-104.
- 22.- 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.

ANEXOS

1. CLINIMETRÍA DEL ESTUDIO:

<input type="checkbox"/>	NOMBRE:	 15509281	<input type="checkbox"/>		
	ETIOLOGIA:				
	EDAD:				
	Número identificador:	_____			
	Fecha:	____/____/____ Día Mes Año			
	ESCOLARIDAD:		CHILD:		
<hr/> Cuestionario para pacientes con Enfermedad Hepática Crónica (CLDQ-HCV) <hr/>					
	HiPERTENSION PORTAL:	SI	NO		
	ASCITIS	<input type="checkbox"/>			
	VARIcES ESOFAGICAS	<input type="checkbox"/>			
	COMORBILIDADES:				
	ENCEFALOPATIA:	SI	NO		
	TIEMPO DE DX:				
	ESTADO CIVIL:	C	S	D	V
	HIJOS:	SI	NO		



15500381

Este cuestionario es para ver cómo se ha sentido usted en las dos últimas semanas.

Las preguntas se refieren a los síntomas relacionados con su enfermedad del hígado, a cómo le han afectado en sus actividades diarias y cuál ha sido su estado de ánimo.

Por favor, conteste a todas las preguntas y elija **una sola** respuesta para cada una.

1. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido cansado o fatigado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

2. ¿Cuánto dolor o malestar ha tenido durante las dos últimas semanas?

- 1 Muchísimo dolor o malestar
- 2 Mucho dolor o malestar
- 3 Bastante dolor o malestar
- 4 Moderado dolor o malestar
- 5 Algo de dolor o malestar
- 6 Muy poco dolor o malestar
- 7 Ningún dolor o malestar

3. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido limitado para hacer su trabajo diario, (en casa o fuera de casa), a causa de la hepatitis C?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca



15500281

4. Durante las dos últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido para agacharse, inclinarse o levantar pesos?

- 1. Muchísima dificultad
- 2. Mucha dificultad
- 3. Bastante dificultad
- 4. Moderada dificultad
- 5. Algo de dificultad
- 6. Muy poca dificultad
- 7. Ninguna dificultad

5. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido limitado en sus actividades diarias, como por ejemplo, caminar, subir escaleras, llevar la compra o hacer deporte a causa de la hepatitis C?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

6. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado nervioso?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca

7. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido con menos energía?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Casi nunca
- 7. Nunca



15500381

8. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido contento o feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

9. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado usted irritable?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

10. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha resultado difícil conseguir un sueño reparador?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

11. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido cambios en su estado de ánimo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca



115509381

12. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para dormir por la noche?

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

13. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido calambres musculares?

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

14. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que sus síntomas puedan llegar a ser problemas graves?

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

15. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha pensado que podría morir prematuramente a causa de la hepatitis C?

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



15509381

16. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido?

- a Siempre
- b Casi siempre
- c Muchas veces
- d Algunas veces
- e Sólo alguna vez
- f Casi nunca
- g Nunca

17. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que su estado pueda empeorar?

- a Siempre
- b Casi siempre
- c Muchas veces
- d Algunas veces
- e Sólo alguna vez
- f Casi nunca
- g Nunca

18. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para concentrarse?

- a Siempre
- b Casi siempre
- c Muchas veces
- d Algunas veces
- e Sólo alguna vez
- f Casi nunca
- g Nunca

19. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado preocupado por cómo afecta a su familia su hepatitis C?

- a Siempre
- b Casi siempre
- c Muchas veces
- d Algunas veces
- e Sólo alguna vez
- f Casi nunca
- g Nunca



15500381

20. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado la dificultad para encontrar un hígado en el caso de necesitar un trasplante?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

21. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado la posibilidad de contagiar la hepatitis C a sus familiares, amigos o compañeros de trabajo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

22. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado ser menos eficaz en el trabajo a causa de la hepatitis C?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

23. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido incómodo en las reuniones o actos sociales?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

7 / 9



15500381

24. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido tenso o nervioso en sus relaciones sociales a causa de la hepatitis C?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

25. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha notado una disminución del deseo sexual?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

26. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor en las articulaciones?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

27. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido desanimado a causa de la hepatitis C?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

8 / 9



15500381

28. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido frustrado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

29. Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido preocupado por el coste de sus medicamentos?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Casi nunca
- 7 Nunca

Gracias por contestar a estas preguntas

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

ANEXO 3

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

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

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

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 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?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 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?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

- 6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
- 12.- Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
- 1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

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?
- 1 Sí
2 No
- 14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 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?
- 1 Sí
2 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?
- 1 Sí
2 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)?
- 1 Sí
2 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)?
- 1 Sí
2 No
- 19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
2 No

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

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?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

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

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 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)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN 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**?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

© 1993, E. de T.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 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)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

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.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35.- Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36.- Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

ESCALA CHILD-PUGH

Criterio	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dl)	1.0 – 1.9	2.0 – 2.9	> 2.9
Prolongación de tiempo de protrombina(s)	1 – 3	4 – 6	> 6
Albúmina (g/dl)	> 3.5	2.8 – 3.4	< 2.8
Ascitis	ninguna	leve	Moderada o severa
Encefalopatía	ninguna	Grado 1- 2	Grado 3 - 4
Grado de Child-Pugh:	A: 5-6 puntos;	B: 7-9 puntos;	C: 10-15 puntos.