

Scores Maddrey, Meld y Glasgow como predictores de mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica

Maddrey, MELD, and Glasgow Scores as Predictors of Mortality in Patients with Alcoholic Hepatitis

Luis Félix (1), Abel Sánchez (2).

1. Residente de Maestría en Medicina Interna, Hospital Roosevelt de Guatemala.

2. MSc- Gastroenterólogo, Hospital Roosevelt, Guatemala.

Autor Corresponsal: Luis Fernando Félix Silvestre, elixluisfer55@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/2k3t0859>

Aceptado: Agosto 2025

Resumen

El alcoholismo, además de generar múltiples problemas sociales, tiene un impacto significativo en la salud, siendo la hepatitis alcohólica una de sus principales complicaciones. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue comparar los scores MELD, Maddrey y Glasgow como predictores de mortalidad a 30 días en pacientes con hepatitis alcohólica hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna, entre enero y diciembre de 2023. **Material y método:** Estudio diseño analítico observacional retrospectivo realizado en el Hospital Roosevelt que incluyó 187 pacientes adultos diagnosticados con hepatitis alcohólica grave entre enero y diciembre de 2023. Se calcularon los scores MDF, MELD y GAHS al ingreso y se registró la mortalidad hospitalaria y a 30 días. Se construyeron curvas ROC para estimar el área bajo la curva (AUC) de cada score y se calcularon sensibilidad, especificidad y valores predictivos. **Resultados:** La mortalidad global a 30 días fue del 22.5%. El MELD presentó el mejor desempeño (AUC 0.77, punto de corte 21.8, sensibilidad 76.2%, especificidad 70.3%, índice de Youden 0.46). El GAHS alcanzó un AUC de 0.74, con punto de corte 9.14, sensibilidad 80.9%, especificidad 63.5%, Youden 0.44. El Maddrey mostró menor capacidad predictiva (AUC 0.59, corte 28.7, sensibilidad 54.8%, especificidad 66.2%, Youden 0.21). **Conclusiones:** A pesar de que los tres scores demostraron ser útiles para la predicción de mortalidad, el score MELD se destacó por su mayor precisión y practicidad en la evaluación pronóstica de estos pacientes.

Palabras clave: *Hepatitis alcohólica, mortalidad, modelos pronósticos, gravedad de la enfermedad.*

Abstract

Alcoholism, in addition to causing multiple social problems, has a significant impact on health, with alcoholic hepatitis being one of its main complications. **Objective:** The objective of this study was to compare the MELD, Maddrey, and Glasgow scores as predictors of 30-day mortality in patients with alcoholic hepatitis hospitalized in the Department of Internal Medicine between January and December 2023. **Material and method:** A retrospective observational analytical study was conducted at Roosevelt Hospital, including 187 adult patients diagnosed with severe alcoholic hepatitis between January and December 2023. MDF, MELD, and GAHS scores were calculated upon admission, and hospital and 30-day mortality were recorded. ROC curves were constructed to estimate the area under the curve (AUC) for each score, and sensitivity, specificity, and predictive values were calculated. **Results:** Overall, 30-day mortality was 22.5%. MELD performed best (AUC 0.77, cutoff point 21.8, sensitivity 76.2%, specificity 70.3%, Youden index 0.46). GAHS achieved an AUC of 0.74, with a cutoff point of 9.14, sensitivity of 80.9%, specificity of 63.5%, and Youden index of 0.44. Maddrey showed lower predictive capacity (AUC 0.59, cutoff 28.7, sensitivity 54.8%, specificity 66.2%, Youden 0.21). **Conclusions:** Although all three scores proved useful for predicting mortality, the MELD score stood out for its greater accuracy and practicality in the prognostic evaluation of these patients.

Keywords: Alcoholic hepatitis, mortality, prognostic models, disease severity.

Introducción

Las enfermedades crónicas suelen asociarse de inmediato con entidades clásicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o el cáncer. No obstante, un enfoque más amplio permite reconocer que existen condiciones igualmente relevantes cuya génesis está profundamente vinculada a factores sociales y conductuales. El alcoholismo constituye un ejemplo plausible de ello, ya que, más que un hábito individual, representa un fenómeno social y culturalmente aceptado que, a largo plazo, se convierte en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. De acuerdo con estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud, el consumo nocivo de alcohol es el responsable del 3.8% de la mortalidad mundial, 6.2% en hombres y 1.1% en mujeres, además de ocupar el tercer lugar entre los factores de riesgo de morbilidad mundial, todo ello aunado a ser uno de los principales causantes de discapacidad en edades tempranas comprendidas entre los 20-39 años. 1,2

En este escenario, la hepatitis alcohólica (HA) adquiere particular relevancia en el ámbito clínico y social, secundario a que una adecuada atención y detección temprana de las complicaciones asociadas a la enfermedad puede inferir en la mortalidad por dicha

patología. Diversos estudios han mostrado que, en sus formas severas, la mortalidad a 28–90 días puede alcanzar cifras del 30 al 50%. Esta elevada letalidad plantea la necesidad de contar con herramientas confiables que permitan estratificar el riesgo y orientar de manera temprana las decisiones terapéuticas.^{3,4}

En respuesta a esta necesidad se han desarrollado múltiples scores pronósticos, diseñados para estimar la probabilidad de mortalidad a partir de variables clínicas y de laboratorio de uso cotidiano. Entre ellos destacan tres modelos que concentran la mayor evidencia: la Función Discriminante de Maddrey (mDF), empleada desde la década de 1970 para definir la indicación de corticoides; el Model for End-stage Liver Disease (MELD), inicialmente creado para priorizar el trasplante hepático y posteriormente validado en hepatitis alcohólica; y el Glasgow Alcoholic Hepatitis Score (GAHS), concebido como una herramienta específica para esta enfermedad. Cada uno de estos puntajes aporta ventajas y limitaciones, y su comparación resulta fundamental para definir cuál de ellos predice con mayor precisión la mortalidad en distintos escenarios clínicos.⁵

El objetivo del presente trabajo es analizar de manera comparativa la utilidad de los scores de Maddrey, MELD y Glasgow como predictores de mortalidad en pacientes con hepatitis alcohólica. La finalidad última es valorar su aplicabilidad práctica en la estratificación del riesgo y en la toma de decisiones terapéuticas, aportando evidencia que contribuya a optimizar el manejo de esta enfermedad en contextos donde la carga del alcoholismo constituye un desafío creciente para la salud pública.

Material y métodos

Se realizó un estudio analítico observacional retrospectivo en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, Guatemala, entre enero y diciembre de 2023. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico clínico y de laboratorio de hepatitis alcohólica grave, excluyéndose otras etiologías hepáticas, trasplante previo y expedientes incompletos. Se incorporó a toda la población que cumplió criterios en el periodo de estudio.

Para cada paciente se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y de laboratorio necesarios para el cálculo de los scores Maddrey (mDF), MELD y Glasgow (GAHS). Se registró la mortalidad hospitalaria y a 30 días.

La capacidad predictiva de los scores se evaluó mediante curvas ROC, sensibilidad, especificidad, valores predictivos y área bajo la curva (AUC). La supervivencia se analizó con curvas de Kaplan-Meier y log-rank test. El análisis estadístico se realizó con el software Jamovi, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

El estudio fue clasificado como de riesgo mínimo. Se garantizó la confidencialidad de la información mediante codificación de expedientes y se obtuvo consentimiento informado, siguiendo principios éticos de respeto, justicia y equidad.

Resultados

Se incluyeron 187 pacientes con diagnóstico de hepatitis alcohólica. Los hallazgos se presentan en tres apartados: características sociodemográficas, desempeño de los scores pronósticos y desenlace de mortalidad a 30 días.

Tabla 1. Caracterización de la población estudiada

Variables n= 187	f	%
Sexo		
Femenino	97	51.9%
Masculino	90	48.1%
Edad (años)		
20 a 30	24	12.8%
31 a 40	24	12.8%
41 a 50	38	20.3%
51 a 60	48	25.7%
61 a 70	32	17.1%
71 a 80	12	6.4%
81 a 90	8	4.3%
91 a 99	1	0.5%
Procedencia		
Ciudad de Guatemala	187	100%
Otro Departamentos	0	0%
Escolaridad		
Analfabeta	33	17.6%
Primaria	25	13.4%
Básico	45	24.1%
Diversificado	62	33.2%
Universitario	22	11.8%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los pacientes del estudio.

En la cohorte de 187 pacientes, la distribución por sexo fue equilibrada (51.9% mujeres, 48.1% hombres). La mayoría se encontraba en el rango de 51–60 años (25.7%), con una edad media de 53 años. Todos procedían de la Ciudad de Guatemala. En cuanto a escolaridad, predominó el nivel diversificado (33.2%), seguido de básico (24.1%), mientras que el 17.6% eran analfabetas.

Tabla 2 Resultados Score MELD

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	PPV (%)	NPV (%)	Índice Youden	AUC
16.71	92.86%	48.97%	34.51%	95.95%	0.418	0.773
16.75	92.86%	49.66%	34.82%	96%	0.425	0.773
16.77	92.86%	50.34%	35.14%	96.05%	0.432	0.773
17.38	92.86%	51.03%	35.45%	96.1%	0.439	0.773
17.48	92.86%	52.41%	36.11%	96.2%	0.453	0.773
17.97	92.86%	53.1%	36.45%	96.25%	0.460	0.773
18.09	90.48%	53.1%	35.85%	95.06%	0.436	0.773
18.13	90.48%	54.48%	36.54%	95.18%	0.450	0.773
18.32	88.1%	54.48%	35.92%	94.05%	0.426	0.773
18.43	88.1%	55.17%	36.27%	94.12%	0.433	0.773
18.62	88.1%	55.86%	36.63%	94.19%	0.440	0.773
18.65	88.1%	56.55%	37%	94.25%	0.446	0.773
18.73	88.1%	57.24%	37.37%	94.32%	0.453	0.773
18.97	85.71%	57.24%	36.73%	93.26%	0.430	0.773
19.07	85.71%	57.93%	37.11%	93.33%	0.436	0.773
19.25	85.71%	58.62%	37.5%	93.41%	0.443	0.773
19.30	85.71%	59.31%	37.89%	93.48%	0.450	0.773
19.33	83.33%	59.31%	37.23%	92.47%	0.426	0.773
20.30	78.57%	63.45%	38.37%	91.09%	0.420	0.773
20.46	78.57%	64.14%	38.82%	91.18%	0.427	0.773
20.55	78.57%	64.83%	39.29%	91.26%	0.434	0.773
20.58	78.57%	65.52%	39.76%	91.35%	0.441	0.773
20.77	76.19%	65.52%	39.02%	90.48%	0.417	0.773
20.97	76.19%	66.21%	39.51%	90.57%	0.424	0.773
21.04	76.19%	66.9%	40%	90.65%	0.431	0.773
21.43	76.19%	67.59%	40.51%	90.74%	0.438	0.773
21.44	76.19%	68.28%	41.03%	90.83%	0.445	0.773
21.46	76.19%	68.97%	41.56%	90.91%	0.452	0.773
21.77	76.19%	69.66%	42.11%	90.99%	0.458	0.773
21.84	76.19%	70.34%	42.67%	91.07%	0.465	0.773
22.20	73.81%	70.34%	41.89%	90.27%	0.442	0.773
22.28	73.81%	71.03%	42.47%	90.35%	0.448	0.773
22.33	73.81%	71.72%	43.06%	90.43%	0.455	0.773
22.50	71.43%	72.41%	42.86%	89.74%	0.438	0.773

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los pacientes del estudio.

El score MELD mostró un AUC de 0.773. Los puntos de corte entre 16.7 y 22.5 evidenciaron sensibilidades entre 92.9% y 71.4%, con especificidades de 49% a 72%. El índice de Youden alcanzó un máximo de 0.465 en el punto de corte 21.8. Estos resultados confirman un desempeño robusto del MELD para discriminar mortalidad a 30 días.

Tabla 3. Resultados Score Maddrey

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	PPV (%)	NPV (%)	Índice Youden	AUC
12.96	76.19%	40%	26.89%	85.29%	0.162	0.599
13.42	76.19%	40.69%	27.12%	85.51%	0.169	0.599
13.83	76.19%	42.07%	27.59%	85.92%	0.183	0.599
13.88	76.19%	42.76%	27.83%	86.11%	0.189	0.599
14.11	76.19%	43.45%	28.07%	86.3%	0.196	0.599
14.52	73.81%	43.45%	27.43%	85.14%	0.173	0.599
16.18	71.43%	44.83%	27.27%	84.42%	0.163	0.599
16.26	71.43%	45.52%	27.52%	84.62%	0.169	0.599
16.69	71.43%	46.21%	27.78%	84.81%	0.176	0.599
16.75	71.43%	46.9%	28.04%	85%	0.183	0.599
16.8	71.43%	47.59%	28.3%	85.19%	0.190	0.599
17.32	71.43%	48.28%	28.57%	85.37%	0.197	0.599
17.56	69.05%	48.28%	27.88%	84.34%	0.173	0.599
17.68	69.05%	48.97%	28.16%	84.52%	0.180	0.599
18.18	69.05%	49.66%	28.43%	84.71%	0.187	0.599
18.34	69.05%	50.34%	28.71%	84.88%	0.194	0.599
18.35	69.05%	51.03%	29%	85.06%	0.201	0.599
18.57	66.67%	51.03%	28.28%	84.09%	0.177	0.599
18.87	66.67%	51.72%	28.57%	84.27%	0.184	0.599
19.59	66.67%	52.41%	28.87%	84.44%	0.191	0.599
19.62	66.67%	53.1%	29.17%	84.62%	0.198	0.599
20.15	66.67%	53.79%	29.47%	84.78%	0.205	0.599
21.4	66.67%	54.48%	29.79%	84.95%	0.211	0.599
21.64	64.29%	54.48%	29.03%	84.04%	0.188	0.599
22.6	64.29%	55.17%	29.35%	84.21%	0.195	0.599
22.62	64.29%	55.86%	29.67%	84.38%	0.201	0.599
23	61.9%	56.55%	29.21%	83.67%	0.185	0.599
23.08	59.52%	57.24%	28.74%	83%	0.168	0.599
23.15	59.52%	57.93%	29.07%	83.17%	0.175	0.599
23.4	59.52%	58.62%	29.41%	83.33%	0.181	0.599

23.58	59.52%	59.31%	29.76%	83.5%	0.188	0.599
24.29	59.52%	60%	30.12%	83.65%	0.195	0.599
24.6	59.52%	60.69%	30.49%	83.81%	0.202	0.599
24.96	59.52%	61.38%	30.86%	83.96%	0.209	0.599
25.14	57.14%	61.38%	30%	83.18%	0.185	0.599
25.38	57.14%	62.07%	30.38%	83.33%	0.192	0.599
25.64	54.76%	62.76%	29.87%	82.73%	0.175	0.599
25.84	54.76%	63.45%	30.26%	82.88%	0.182	0.599
26.76	54.76%	64.14%	30.67%	83.04%	0.189	0.599
27.02	54.76%	64.83%	31.08%	83.19%	0.196	0.599
28.36	54.76%	65.52%	31.51%	83.33%	0.203	0.599
28.7	54.76%	66.21%	31.94%	83.48%	0.210	0.599
28.99	52.38%	66.21%	30.99%	82.76%	0.186	0.599
29.66	50%	66.21%	30%	82.05%	0.162	0.599
30.25	50%	66.9%	30.43%	82.2%	0.169	0.599
30.91	50%	67.59%	30.88%	82.35%	0.176	0.599
31.15	50%	68.28%	31.34%	82.5%	0.183	0.599
32.56	50%	68.97%	31.82%	82.64%	0.190	0.599
32.68	47.62%	68.97%	30.77%	81.97%	0.166	0.599
33.12	47.62%	69.66%	31.25%	82.11%	0.173	0.599

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los pacientes del estudio.

El score Maddrey presentó un AUC de 0.599, con sensibilidades que oscilaron entre 76.2% y 50% y especificidades entre 40% y 69.7%. El índice de Youden más alto fue 0.211 en el punto de corte 21.4, lo que indica una capacidad discriminativa limitada frente a otros modelos

Tabla 4. Resultados Score Glasgow.

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	PPV (%)	NPV (%)	Índice Youden	AUC
8.49	83.33%	56.55%	35.71%	92.13%	0.399	0.747
8.79	80.95%	58.62%	36.17%	91.4%	0.396	0.747
8.91	80.95%	59.31%	36.56%	91.49%	0.403	0.747
8.99	80.95%	60.69%	37.36%	91.67%	0.416	0.747
9	80.95%	61.38%	37.78%	91.75%	0.423	0.747
9.06	80.95%	62.76%	38.64%	91.92%	0.437	0.747
9.14	80.95%	63.45%	39.08%	92%	0.444	0.747
9.24	78.57%	64.14%	38.82%	91.18%	0.427	0.747
9.3	78.57%	65.52%	39.76%	91.35%	0.441	0.747

9.39	76.19%	65.52%	39.02%	90.48%	0.417	0.747
9.49	76.19%	66.21%	39.51%	90.57%	0.424	0.747
9.61	73.81%	66.21%	38.75%	89.72%	0.400	0.747

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los pacientes del estudio.

El GAHS mostró un AUC de 0.747. En puntos de corte cercanos a 9, la sensibilidad alcanzó 80.9% y la especificidad 63.5%, con un índice de Youden de 0.444. Esto refleja una capacidad predictiva intermedia, menor al MELD, pero superior al Maddrey.

Tabla 5. Mortalidad

Mortalidad a los 30 días	<i>f</i>	%
Fallecido	42	22.5%
No fallecido	145	77.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los pacientes del estudio.

Esta tabla muestra la distribución de los pacientes según el desenlace de mortalidad a los 30 días, evidenciando que 42 pacientes (22,5%) fallecieron y 145 pacientes (77,5%) permanecieron vivos del total del grupo estudiado. (n = 187).

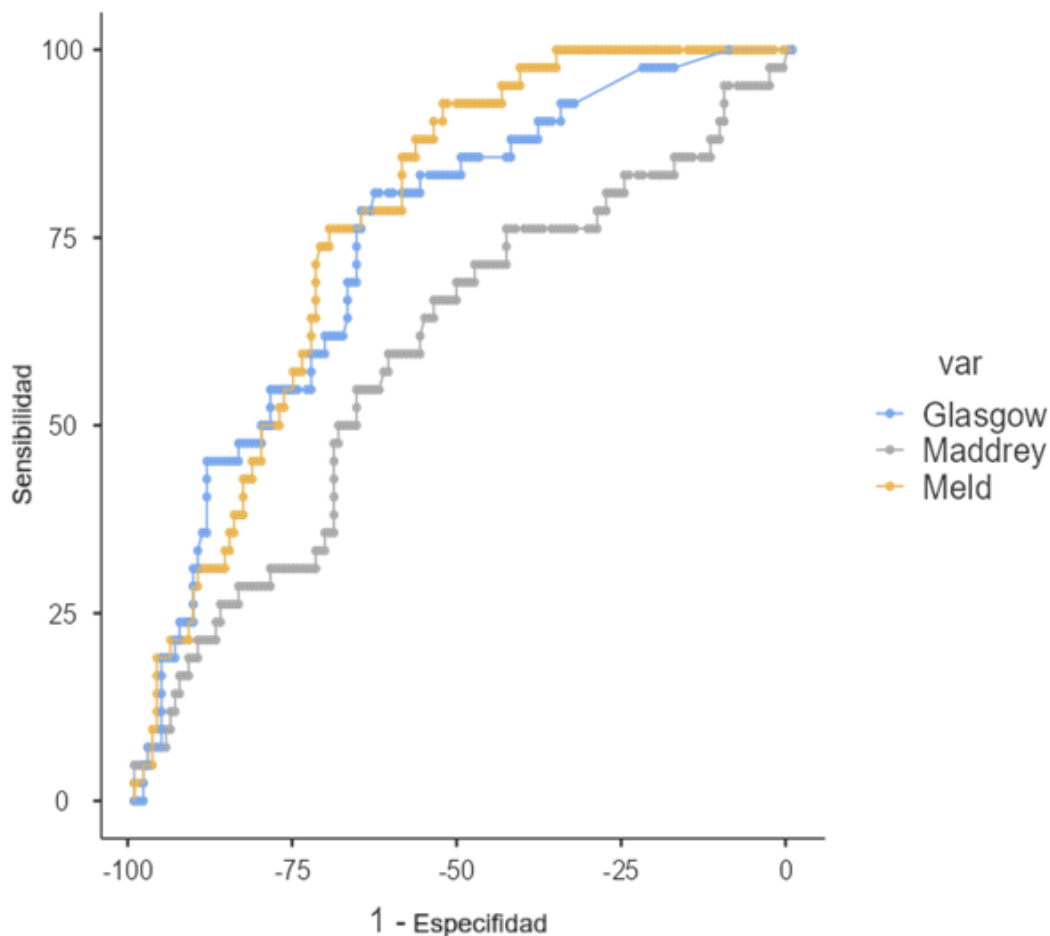
Tabla 6. Resumen de resultados de aplicación curvas ROC en los distintos scores pronósticos

Score	Punto de Corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)	Indices de Youden	AUC
MELD	21.8	76.19%	70.34%	42.67 %	91.07%	0.46	0.77
Maddrey	28.7	54.76%	66.21%	31.94 %	83.48%	0.21	0.59
Glasgow	9.14	80.95%	63.45%	39.08 %	92.00%	0.44	0.74

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los pacientes del estudio.

En la comparación de hallazgos, MELD alcanzó el mejor desempeño (AUC 0.77, Youden 0.46), seguido del GAHS (AUC 0.74, Youden 0.44) y en último lugar Maddrey (AUC 0.59, Youden 0.21). Esto confirma al MELD como el score más preciso y útil en la predicción de mortalidad en esta cohorte.

Gráfica .1 Curva ROC combinada de todos los scores.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los pacientes del estudio.

La comparación de las curvas ROC mostró un desempeño superior del MELD (AUC 0.77) frente al GAHS (AUC 0.74) y al Maddrey/mDF (AUC 0.59). En sus puntos de corte óptimos, MELD (21.8) alcanzó sensibilidad 76.19% y especificidad 70.34%; GAHS (9.14) sensibilidad 80.95% y especificidad 63.45%; y mDF (28.7) sensibilidad 54.76% y especificidad 66.21%, confirmando la mayor capacidad discriminativa de MELD para mortalidad a 30 días.

Discusión

La comprensión de los determinantes clínicos y pronósticos en pacientes con Hepatitis Alcohólica constituye un eje fundamental para optimizar la toma de decisiones terapéuticas y la planificación de intervenciones médicas. Los hallazgos obtenidos en este estudio no solo reflejan la complejidad intrínseca de la enfermedad, sino que también permiten situar los resultados en un contexto comparativo en la población

guatemalteca frente a la literatura previa, evidenciado los patrones consistentes y discrepancias que invitan a una reflexión crítica sobre la práctica clínica actual y cuál de las opciones disponibles resulta más benéfica para nuestras poblaciones.

En este estudio, realizado en el Hospital Roosevelt, se incluyeron 187 pacientes, con una mortalidad global a 30 días del 22.5%. Evaluando las características de la población se evidenció un ligero predominio femenino (51.9%), aunque la literatura internacional señala mayor prevalencia en hombres. Estudios recientes en Estados Unidos reportan que la mortalidad por HA aumentó un 11.1% anual en mujeres jóvenes de 25 a 34 años.[6] En contraste, un estudio argentino reportó que el 92.7% de los pacientes eran hombres, con una mortalidad del 22% a 28 días. [7] Estos resultados sugieren que, aunque los varones concentran la mayor carga de enfermedad, las mujeres presentan una vulnerabilidad creciente asociada tanto a factores sociales como biológicos. [8]

En este sentido, diversos estudios han demostrado que las mujeres metabolizan el alcohol de manera distinta y desarrollan hepatopatía con consumos iguales o menores que los hombres, lo que se explica por diferencias en receptores hormonales y composición corporal. [9,10] Estos resultados refuerzan la necesidad de incluir el sexo como variable relevante en la estratificación del riesgo. En cuanto a la edad media de los pacientes en nuestra cohorte fue de 53 años con rango de 26–91 años, consistente con reportes multicéntricos que ubican el diagnóstico de HA entre los 45 y 65 años¹². En cuanto a procedencia, todos los pacientes provenían de la Ciudad de Guatemala, lo que impidió analizar diferencias urbano-rurales; sin embargo, la literatura señala que las conductas individuales y el acceso a servicios de salud influyen más en la evolución que el lugar de residencia en sí.[11]

Respecto a escolaridad, más del 55% de los pacientes tenía nivel básico o inferior, lo que refleja una condición de vulnerabilidad social. Este hallazgo coincide con estudios europeos y latinoamericanos que relacionan bajo nivel educativo con mayor riesgo de consumo problemático, diagnóstico tardío y desenlaces desfavorables.[14,15] La detección tardía de la enfermedad y las oportunidades perdidas en el seguimiento clínico han sido señaladas como factores que aumentan la mortalidad relacionada con el alcohol en países como el Reino Unido, [16] mientras que estudios recientes resaltan los desafíos pronósticos en la práctica clínica diaria. [17]

En cuanto al desempeño de los scores pronósticos, el MELD se consolidó como el más preciso, con un AUC de 0.77, punto de corte de 21.8, sensibilidad del 76.2%, especificidad del 70.3%, VPP del 42.7%, VPN del 91.1% e índice de Youden de 0.46. Estos resultados concuerdan con estudios globales que demuestran la superioridad del MELD frente a otros modelos en la predicción de mortalidad a corto plazo en HA. [5]

Además, análisis recientes evidencian que el MELD actualizado mantiene un valor pronóstico significativo y puede optimizar la eficiencia en ensayos clínicos. [18,19]

El score de Maddrey (mDF), ampliamente utilizado para seleccionar candidatos a corticoides, mostró en esta cohorte un AUC de 0.59, con sensibilidad de hasta 76.2% y especificidad de 69.7%, y un índice de Youden máximo de 0.21 en el punto de corte de 28.7. Estos hallazgos reflejan su limitada capacidad discriminativa y coinciden con lo reportado en estudios poblacionales, que advierten su tendencia a sobrestimar la mortalidad. [20]

Por su parte, el Glasgow Alcoholic Hepatitis Score (GAHS) obtuvo un AUC de 0.74, con un punto de corte de 9.14, sensibilidad del 80.9%, especificidad del 63.5%, VPP del 39.1%, VPN del 92.0% e índice de Youden de 0.44. Aunque su capacidad predictiva fue intermedia, inferior al MELD, la literatura respalda su utilidad como modelo complementario en la estratificación del riesgo.[21]

En conjunto, la comparación confirma que el MELD presenta la mayor capacidad discriminativa, seguido del GAHS y, en último lugar, el mDF. La aplicación sistemática del MELD desde el ingreso hospitalario permitiría identificar tempranamente a los pacientes de mayor riesgo, optimizar el uso de recursos, intensificar el monitoreo y considerar terapias específicas como corticosteroides o evaluación para trasplante hepático. En la cohorte estudiada, la mortalidad a 30 días fue de 22.5%, indicando que, pese al manejo intrahospitalario, aproximadamente uno de cada cuatro pacientes progresa a complicaciones que pueden conducir al fallecimiento, subrayando la relevancia de una estratificación temprana y precisa del riesgo. .[22]

No obstante, este estudio presenta limitaciones: su diseño observacional retrospectivo impide establecer causalidad, la muestra se restringe a un único hospital urbano y solo se evaluó la mortalidad a corto plazo. Sin embargo, la sistematización de datos y el análisis comparativo de los scores aportan evidencia valiosa para la práctica clínica en nuestro contexto.

En Guatemala, si bien existen datos sobre mortalidad por cirrosis alcohólica y consumo de alcohol, no se han validado formalmente estos scores en la población local, lo que evidencia una brecha importante. Estudios futuros que adapten estas herramientas al contexto epidemiológico y clínico nacional permitirían una predicción de riesgo más precisa, mejorarían la atención temprana y fortalecerían estrategias de salud pública en pacientes con hepatitis alcohólica.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos de manera explícita que no existen conflictos de intereses que pudieran condicionar este manuscrito.

Referencias bibliográficas

1. Boza Díaz D, Núñez Chaves A, Antúnez Oliva JA. Alcoholismo en adolescencia: visión Latinoamericana. *Rev Medica Sinerg.* 2021;6(12):e743. doi:10.31434/rms.v6i12.743
2. Peñuela-Velásquez LA, Mendoza-Múzquiz PL, Martínez-Saldaña DE, Parra-Bolaños N. Consumo de alcohol en adolescentes: estrategias derivadas de la neuroeducación para la prevención y promoción de hábitos saludables. *Estud y Perspect Rev Científica y Académica.* 2024;4(2):1370-1383. doi:10.61384/r.c.a..v4i2.291
3. Cabezas J, Cuadrado A, Rodríguez JC, Fernández SA, Crespo J. Enfermedad hepática relacionada con el alcohol. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* 2024;14(6):294-304. doi:10.1016/j.med.2024.03.011
4. Hosseini N, Shor J, Szabo G. Alcoholic Hepatitis: A Review. *Alcohol Alcohol.* 2019;54(4):408-416. doi:10.1093/alcalc/agz036
5. Morales-Arráez D, Ventura-Cots M, Altamirano J, et al. The MELD Score Is Superior to the Maddrey Discriminant Function Score to Predict Short-Term Mortality in Alcohol-Associated Hepatitis: A Global Study. *Am J Gastroenterol.* 2022;117(2):301-310. doi:10.14309/ajg.0000000000001596
6. Ilyas F, Ali H, Patel P, Basuli D, Giammarino A, Satapathy SK. Rising alcohol-associated liver disease-related mortality rates in the United States from 1999 to 2022. *Hepatol Commun.* 2023;7(7). doi:10.1097/HC9.000000000000180
7. Gerling NA, Garate C, Furlong O, Izcovich A, Tortosa FG, Dans CG. Análisis de criterios diagnósticos y escores pronósticos en pacientes internados con presunción de hepatitis alcohólica. Escores pronósticos en hepatitis alcohólica. *Acta Gastroenterológica Latinoam.* 2019;49(1):14-21.
8. Gonzales Y. *Utilidad del score de Glasgow y score ABIC como predictores de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática alcohólica descompensada en el Hospital Santa Rosa, 2020-2023.* 2020-2023 [tesis de grado]. Universidad Ricardo Palma; 2024. <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/24697e7a-c610-45ce-bca9-94afd1d59c4e/content>
9. Bizzaro D, Becchetti C, Trapani S, et al. Influence of sex in alcohol-related liver disease: Pre-clinical and clinical settings. *United Eur Gastroenterol J.* 2023;11(2):218-227. doi:10.1002/ueg2.12370
10. Baweja S, Mittal A, Thangariyal S, Subudhi PD, Gautam S, Kaul R. Unveiling the effect of estrogen receptors in alcoholic liver disease: A novel outlook. *Liver Res.* 2023;7(4):333-341. doi:10.1016/j.livres.2023.10.002
11. Dixon M, Chartier K. Alcohol use patterns among urban and rural residents: demographic and social influences. *Alcohol Res.* 2016;38(1):69-77.
12. Wakil A, Mohamed M, Tafesh Z, et al. Trends in hospitalization for alcoholic hepatitis from 2011 to 2017: A USA nationwide study. *World J Gastroenterol.* 2022;28(34):5036-

5046. doi:10.3748/wjg.v28.i34.5036

13. Tubío AF, Cobo JCR, Villajos LT, Martín-Mateos R. Enfermedad hepática inducida por alcohol. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2020;13(4):182-190. doi:10.1016/j.med.2020.02.002
14. Stroffolini T, Sagnelli E, Sagnelli C, et al. The association between education level and chronic liver disease of any etiology. *Eur J Intern Med*. 2020;75:55-59. doi:10.1016/j.ejim.2020.01.008
15. Askgaard G, Fleming KM, Crooks C, et al. Socioeconomic inequalities in the incidence of alcohol-related liver disease: a nationwide Danish study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;8:100172. doi:10.1016/j.lanepe.2021.100172
16. Subhani M, Elleray R, Bethea J, Morling JR, Ryder SD. Alcohol-related liver disease mortality and missed opportunities in secondary care: A United Kingdom retrospective observational study. *Drug Alcohol Rev*. 2022;41(6):1331-1340. doi:10.1111/dar.13482
17. Ramírez-Mejía MM, Morales-Galicia AE, Méndez-Sánchez N. Prognostic challenges in alcoholic hepatitis: From scoring systems to clinical predictors. *World J Hepatol*. 2025;17(5). doi:10.4254/wjh.v17.i5.105769
18. Miño Bernal JF, López Morales E, Sandino NJ, Molano Franco D. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. *Rev Repert Med y Cirugía*. 2022;31(2):112-122. doi:10.31260/RepertMedCir.01217372.1052
19. Al-Karaghoul M, Ventura-Cots M, Wong YJ, et al. Relationship between updated MELD and prognosis in alcohol-associated hepatitis: Opportunities for more efficient trial design. *Hepatol Commun*. 2024;8(8). doi:10.1097/HC9.0000000000000495
20. Pang JX, Ross E, Borman MA, et al. Risk Factors for Mortality in Patients with Alcoholic Hepatitis and Assessment of Prognostic Models: A Population-Based Study. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2015;29(3):131-138. doi:10.1155/2015/814827
21. Kim HY, Kim CW, Kim TY, et al. Assessment of scoring systems for acute-on-chronic liver failure at predicting short-term mortality in patients with alcoholic hepatitis. *World J Gastroenterol*. 2016;22(41):9205. doi:10.3748/wjg.v22.i41.9205
22. Božin T, Rob Z, Lucijanić M, Čmarec Buhin L, Grgurević I. Comparison of prognostic scores for alcoholic hepatitis: a retrospective study. *Croat Med J*. 2021;62(1):17-24. doi:10.3325/cmj.2021.62.17