



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA”
ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL
GILBERT PONTÓN EN EL PERIODO DE 2012 AL 2016.
TRABAJO DE TESIS PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR
EL GRADO DE MEDICO GENERAL

AUTORES: RODRIGUEZ LOPEZ KARLA VERONICA
SÁNCHEZ PARDO CÉSAR AUGUSTO

TUTORA: DRA. VERÓNICA ARIAS VERA.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2016 – 2017



CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de titulación para optar el título de **MÉDICO** de la facultad de ciencias médicas.

CERTIFICO QUE: He dirigido y revisado el trabajo de titulación de grado presentada por los alumnos. **RODRIGUEZ LOPEZ KARLA VERONICA** y **SÁNCHEZ PARDO CÉSAR AUGUSTO**

Cuyo tema de trabajo de titulación es:

“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA”

ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN EN EL PERIODO DEL 2012 AL 2016

Revisada y corregida que fue el trabajo de titulación, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

DRA. VERÓNICA ARIAS VERA

TUTORA



**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **RODRIGUEZ LOPEZ KARLA VERONICA** con C.I. No. **0918914458** y **SANCHEZ PARDO CESAR AUGUSTO** con C.I. No. **0930059019**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA”** estudio a realizar en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo del **2012 al 2016** es de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

RODRIGUEZ LOPEZ KARLA
C.I. 0918914458

SANCHEZ PARDO CESAR
C.I. 0930059019

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Esta tesis cuya autoría corresponde a los alumnos **RODRIGUEZ LOPEZ KARLA VERONICA y SÁNCHEZ PARDO CÉSAR AUGUSTO**, ha sido aprobada, luego de la defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el título de MÉDICO.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“Perfil Epidemiológico del paciente con Cirrosis Hepática atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016”	
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Rodríguez López Karla Verónica Sánchez Pardo César Augusto	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dra. Verónica Arias Vera.	
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas	
CARRERA:	Carrera de Medicina	
TITULO OBTENIDO:	Médico General	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Mayo, 2017	No. DE PÁGINAS: 65
ÁREAS TEMÁTICAS:	Factores de riesgo, prevalencia, epidemiología.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cirrosis hepática, perfil epidemiológico, factores de riesgo, complicaciones.	
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):		
<p>Introducción. La cirrosis hepática es una de las enfermedades con mayor incidencia de mortalidad en la población mundial, cuyas factores de riesgo contribuyen a desarrollo del problema, y su perfil epidemiológico en nuestro medio, en el Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016, se escogió una muestra de 500 pacientes que presentaron este problema Objetivo: El presente estudio se basa en el estudio del perfil epidemiológico en pacientes con Cirrosis Hepática en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016, incluyendo los factores, manifestaciones clínicas, complicaciones, diagnóstico y tratamiento a seguir. Metodología: Este estudio se basa en el análisis observacional descriptivo, de corta transversal, sobre el perfil epidemiológico de la Cirrosis Hepática. En este incluye el muestreo universal compuesto de 500 pacientes. Para la obtención de la información, se revisaron historias clínicas de los pacientes utilizados en dicha institución y en dicho periodo de estudio 2012 al 2016. Resultados: Se incluyeron 500 personas, de grupo etario de 20 a más de 60 años de edad, con mayor prevalencia en el sexo masculino con el 72% de los casos, de procedencia rural (59%), en su mayoría de raza mestiza (45%), de nivel de instrucción secundaria (46%), en su mayoría casados (42%). Presentando complicaciones de Ascitis en su mayoría (23%), tipo de cirrosis macro nodular (59%). Conclusiones: La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que no distingue sexo, ni edad, ni raza, que existen múltiples factores de riesgo al desarrollo de la patología hepática, los pacientes presenta una serie</p>		

de manifestaciones clínicas y complicaciones que si no siguen un tratamiento y control adecuado puede conducir a la muerte.		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES: Rodríguez López Karla Verónica Sánchez Pardo César Augusto	Teléfono: 0982862382 0959668219	E-mail: karlita_rod2005@hotmail.com cesar150693@hotmail.es
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Dra. Verónica Arias Vera	
	Teléfono: 0980710708	
	E-mail:	

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo en primer lugar a mis padres, que son un ejemplo de superación y han hecho lo posible por mi preparación superior.

A mis docentes y a mi tutora que me guio en la realización de este trabajo de investigación

Y a todos aquellos que han contribuido de uno u otra manera en mi superación y en mi preparación como profesional

Rodríguez López Karla Verónica

DEDICATORIA

A mi Dios que es mi guía primordial por permitirme cada día de vida salir adelante y superarme.

A mis padres, por ser el pilar fundamental de mi existencia. Son el faro de guía en mi educación y ejemplo de vida. Por su incondicional apoyo, perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

A mi tutora Dra. Verónica Arias Vera que me ha guiado con sus conocimientos en la realización de este trabajo de tesis

Sánchez Pardo César Augusto

AGRADECIMIENTO

Me permito extender mi más sincero agradecimiento a la Universidad Estatal de Guayaquil, en la carrera de Medicina, que me acogió durante el desarrollo de mi preparación académica en el transcurso de mis años de estudio de pregrado.

De forma particular agradezco a mi tutora que me dirigió en esta tesis

De la misma forma dejo constancia a todos y cada uno de los docentes, compañeros y amigos que colaboraron para la culminación de mi carrera profesional.

Rodríguez López Karla Verónica

DEDICATORIA

A mis padres, que son mi gran apoyo y guía, con su constancia y ayuda, su amor y protección me permitió continuar mi carrera de formación como profesional.

A mis docentes, autoridades y mi tutora que me han brindado sus conocimientos que me han permitido formarme como el hombre de bien que soy

A todos aquellos pacientes que de alguna u otra forma atraviesan por problemas de salud que pone en riesgo sus vidas, les dedico este presente, que le permita conocer y enfocarse en a ayuda inmediata para prevenir sus problemas de salud a tiempo.

Sánchez Pardo César Augusto

RESUMEN

Introducción. La cirrosis hepática es una de las enfermedades con mayor incidencia de mortalidad en la población mundial, cuyas factores de riesgo contribuyen a desarrollo del problema, y su perfil epidemiológico en nuestro medio, en el Hospital de especialidades Abel Gilbert pontón, durante el periodo de Enero del 2012 a Agosto del 2016, se escogió una muestra de 500 pacientes que presentaron este problema

Objetivo: El presente estudio se basa en el estudio del perfil epidemiológico en pacientes con Cirrosis Hepática en pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016, incluyendo los factores, manifestaciones clínicas, complicaciones, diagnóstico y tratamiento a seguir. **Metodología:** Este estudio se basa en el análisis observacional descriptivo, de corte trasversal, sobre el perfil epidemiológico de la Cirrosis Hepática. En este incluye el muestreo universal compuesto de 500 pacientes. Para la obtención de la información, se revisaron historias clínicas de los pacientes utilizados en dicha institución y en dicho periodo de estudio 2012 al 2016. **Resultados:** Se incluyeron 500 personas, de grupo etario de 20 a más de 60 años de edad, con mayor prevalencia en el sexo masculino con el 72% de los casos, de procedencia rural (59%), en su mayoría de raza mestiza (45%), de nivel de instrucción secundaria (46%), en su mayoría casados (42%). Presentando complicaciones de Ascitis en su mayoría (23%), tipo de cirrosis macro nodular (59%). **Conclusiones:** La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que no distingue sexo, ni edad, ni raza, que existen múltiples factores de riesgo al desarrollo de la patología hepática, los pacientes presentan una serie de manifestaciones clínicas y complicaciones que si no siguen un tratamiento y control adecuado puede conducir a la muerte.

Palabras claves: Cirrosis hepática, perfil epidemiológico, factores de riesgo, complicaciones.

ABSTRACT

Introduction. Hepatic cirrhosis is one of the diseases with the highest incidence of mortality in the world population, whose risk factors contribute to the development of the problem, and its epidemiological profile in our environment, in the Abel Gilbert Ponton specialty Hospital, during the period of January, 2012 to August, 2016, a sample of 500 patients with this problem was selected. **Objective:** This study is based on the study of the epidemiological profile in patients with Hepatic Cirrhosis in patients treated at Abel Gilbert Pontón Hospital during the period from 2012 to 2016, including factors, clinical manifestations, complications, diagnosis and treatment to be followed. **Methodology:** This study is based on the descriptive, cross-sectional, observational analysis of the epidemiological profile of hepatic cirrhosis. This includes universal sampling composed of 500 patients. To obtain the information, clinical records of the patients used in this institution and in the study period 2012 to 2016 were reviewed. **Results:** We included 500 people, aged 20 to more than 60 years, with a higher prevalence in males with 72% of the cases, of rural origin (59%), mostly mestizo (45%), secondary education (46%), mostly married (42%) . Presenting complications of ascites mostly (23%), macro nodular cirrhosis (59%). **Conclusions:** Liver cirrhosis is a chronic disease that does not distinguish sex, neither age nor race, that there are multiple risk factors for the development of hepatic pathology, patients present a series of clinical manifestations and complications that if they do not follow a treatment and proper control can lead to death.

Key words: Hepatic cirrhosis, epidemiological profile, risk factors, complications.

INDICE DE CONTENIDO

CERTIFICADO DEL TUTOR	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	iv
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	v
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xii
INDICE DE CONTENIDO	xiii
 CAPITULO I	 2
EL PROBLEMA.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
 CAPITULO II.....	 8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.1.2 HISTORIA NATURAL.....	8
2.1.3 ETIOLOGÍA	9
2.1.4 FISIOPATOLOGIA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA	10
2.1.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA CIRROSIS HEPÁTICA.....	11
2.6 BASE TEORICA	13
2.6.1 CONCEPTO GENERAL DE LA CIRROSIS HEPÁTICA.....	13
2.6.2 CAUSAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA.....	13
2.6.3 CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA E HISTOLÓGICA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA.....	14
2.6.4 CLASIFICACIÓN DE CHILD-PUGH DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS..	16
2.6.5 FACTORES DE RIESGO	17

2.6.6 PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPÁTICA	21
2.6.7 SIGNOS Y SINTOMAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA.....	23
2.6.8 DIAGNÓSTICO DE LA CIRROSIS	24
2.6.9 TRATAMIENTO.....	29
VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	31
VARIABLE INDEPENDIENTE O DE ESTUDIO.....	31
VARIABLE DEPENDIENTE O DE CARACTERIZACIÓN	31
CAPÍTULO III.....	32
MATERIALES Y MÉTODOS	32
3.4 UNIVERSO O POBLACIÓN EN ESTUDIO	33
3.5 MUESTRA	33
3.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	36
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	36
COMPLICACIONES	36
CAPITULO IV.....	37
CUADRO 2.....	38
CUADRO N°3	39
TABULACIÓN POR PROCEDENCIA.....	39
GRÁFICO N° 2 FRECUENCIA POR PROCEDENCIA.....	40
TABLA N°4.....	40
TABULACIÓN POR RAZA DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO	40
TABLA N° 5.....	41
TABULACIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCION.....	41
TABLA N°6.....	42
TABULACIÓN POR ESTADO CIVIL	42
TABLA N°7.....	43
TABULACIÓN POR MANIFESTACIONES CLINICAS	43
TABLA N°8.....	45
TABULACIÓN POR COMPLICACIONES.....	45
TABLA N° 9.....	46
TABULACIÓN POR FACTORES DE RIESGO.....	46
TABLA N° 10.....	47

TABULACION POR CLASIFICACION DE CHILD-PUGH DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS	47
TABLA 11	48
TABULACIÓN POR FACTORES DE RIESGO.....	48
TABLA N°12.....	50
TABULACIÓN POR PERFIL EPIDEMIÓLOGICO	50
TABLA N°13.....	51
TABULACION POR CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO	51
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXO # 1.....	62
FORMULARIO DE DATOS	62
ANEXO # 2.....	67
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	67
ANEXO # 3.....	68
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	68

INTRODUCCIÓN

La cirrosis es la inflamación intersticial del hígado. Se trata de una enfermedad crónica e irreversible que provoca fibrosis y nódulos de regeneración entre las células del hígado, lo que provoca cambios en la estructura del hígado y en sus funciones, debido a que la circulación sanguínea es bloqueada. Si esta enfermedad se encuentra en estado avanzado puede llegar a desarrollar insuficiencia hepática o cáncer al hígado. Entre las causas más comunes de la cirrosis hepática en América Latina está en primer lugar al hígado graso alcohólico y no alcohólico, entre otras causas esta la presencia del virus de la hepatitis B o de la hepatitis C, enfermedades auto inmunitarias del hígado, enfermedades del hígado graso que se da en personas con obesidad, enfermedades hereditarias metabólicas del hígado, exposición prolongada del consumo de alcohol que provoca la inflamación del hígado. (Alfonso, 2015).

La cirrosis hepática se manifiesta a través de diferentes síntomas que pueden presentar distinta gravedad dependiendo de cada caso. El 25% de los pacientes no suelen presentar síntomas, y es lo que se conoce como cirrosis hepática latente., suele presentarse una serie de sintomatología como: agotamiento, presión o sensación de inflamación, malestar, pérdida de peso, náuseas y vómitos, purito, dolores en la zona del hígado, fiebre, entre otros, que manifiestan el estado de gravedad de la enfermedad. (Giménez, 2012).

Entre las posibles complicaciones que se manifiestan por la presencia de la cirrosis hepática son: hemorragia digestiva variceal, ascitis, encefalopatía hepática

El propósito de este trabajo de investigación es el estudio del perfil epidemiológico del paciente con cirrosis hepática ingresados en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016, mediante un estudio retrospectivo, analítico observacional, y de la información proporcionada por el hospital que permitan ver la evaluación de los pacientes que presentan este problema, factores de riesgo, sintomatología, complicaciones, diagnóstico y tratamiento que permitan reducir el índice de morbilidad y mortalidad asociada a la cirrosis hepática a nivel local.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Tema

“Perfil epidemiológico de la Cirrosis hepática en pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016”

1.2 Contextualización Macro

La cirrosis hepática constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a la alta morbilidad y mortalidad. En algunos países de América Latina, como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa, entre el 5° y 6° lugar como causa de muerte general. En el Perú, la cirrosis hepática con una tasa de mortalidad de 9,48 por 100,000 habitantes, ocupa el 5° lugar, en orden de magnitud entre las defunciones generales, el 2° lugar entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares y es la 2° causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etáreo de 20 a 64 años. Mientras que en Ecuador, existe un incremento sostenido de la cirrosis hepática que aumentó de 28,6 a 64,6 por ciento entre el año 1985 al 2005.

A nivel mundial las causas principales de cirrosis hepática son la Esteatosis Hepática no alcohólica, el consumo excesivo de alcohol, virus de la hepatitis B y C, y enfermedades hepáticas autoinmunes.

En el Perú, la cirrosis hepática con una tasa de mortalidad de 9,48 por 100,000 habitantes, ocupa el 5° lugar, en orden de magnitud entre las defunciones generales, el 2° lugar entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares y es la 2° causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etario de 20 a 64 años. Mientras que en Ecuador, existe un incremento sostenido de la cirrosis hepática que aumentó de 28,6 a 64,6 por ciento entre el año 1985 al 2005.

La cirrosis hepática se considera, en varios países, como una de las 10 principales causas de muerte, con variaciones de su mortalidad durante los años. En Francia se reportó entre 2 000 a 3. 300 casos por cada millón de habitantes. En México se reportaron una tasa de 24.4 casos por cada 100 000 habitantes, ocupando el quinto lugar. (Misael Uribe, 2012).

1.3 Contextualización Meso

La cirrosis y otras enfermedades del hígado aparecen en 15 países de América Latina, incluyendo Ecuador, dentro de las 10 principales causas de muerte. En Ecuador, informes del INEC proporciona datos de mortalidad, que representa el 3% de defunciones con una tasa de mortalidad de 13 por cada 100 000 habitantes.

Su principal etiología es el alcoholismo crónico con el 48,3%, causas sin determinar, 44,1%, viral 2,8% y otras, 4,6%. Es de conocimiento que el alcohol y la hepatitis C son las más frecuentes causas de cirrosis, por lo que su impacto en morbilidad e relevante, considerando que existe maneras de prevenir el desarrollo de esta patología. (Domínguez, 2010).

1.4 Contextualización Micro

En nuestro país la Cirrosis Hepática llegó a ocupar el noveno lugar de mortalidad, existe casos notificados y tasa de incidencia anual debido a factores de riesgo que predisponen al desarrollo de este problema, en la Sierra corresponde a 2309 casos que representa el 37,78%, en la Cota 819 casos que corresponde al 12,19%, en la Amazonia 258 casos que corresponde al 38,92% y en la región insular 6 casos que equivale al 26,46%. (Toca, 2010)

La importancia del estudio radica en la valoración precoz y concienciación de los pacientes en cuanto a la enfermedad ya que dentro de sus complicaciones exista gran porcentaje la morbilidad y mortalidad asociada a este problema, lo que se busca es

reconocer los factores y su perfil epidemiológico, para disminuir estos casos en nuestro medio

El presente investigación está enfocado al estudio en el perfil epidemiológico de pacientes con cirrosis hepáticas ingresados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de 2012 al 2016, el objetivo principal de este trabajo es brindar información adecuada sobre la cirrosis hepática y sobre el perfil epidemiológico actual, por medio de este trabajo brindar información preventiva y de control, para disminuir el índice de morbilidad y mortalidad asociada a este problema a nivel local.

JUSTIFICACIÓN

Este estudio es de interés porque proporcionará información sobre el perfil epidemiológico en pacientes con cirrosis hepáticas atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016, mediante el amplio estudio de las historias clínicas y de la base de datos estadísticos suministrado por el Hospital, además se ampliara el tema por medio de revista médicas actualizadas y páginas de internet, que brindara información sobre la cirrosis hepática y ejercer medidas preventivas con el fin de disminuir el número de casos.

El conocer nuestra realidad en cuanto a etiología y mortalidad permite establecer pautas de manejo, destinar recursos encaminados a disminuir la exposición a factores de riesgo, detectar a tiempo potenciales determinantes de cirrosis, evitar y aprender a manejar las complicaciones frecuentes y evaluar un diagnóstico oportuno para brindar al paciente un tratamiento adecuado que mejore su calidad de vida, es de gran importancia para nuestro trabajo que existan casos registrados y proporcionado por el Hospital para su respectivo estudio, por lo que permite documentar la evolución clínica de los pacientes y cuantificar los resultados que presentan asociado a este problema.

La presente investigación estará a disposición de estudiantes, docentes, profesionales de la salud y otras áreas, tanto para información como para formular o ampliar la investigación concerniente al tema expuesto, el mismo estará disponible en la Biblioteca de la Facultad. La relevancia social de esta investigación radica en el análisis retrospectivo y analítico del problema, y disminuir en gran manera la morbilidad y mortalidad asociada a este problema.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es el perfil epidemiológico de la cirrosis hepática?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de la cirrosis hepática?
- ¿Cuáles son los signos y síntomas de la cirrosis hepática en los pacientes?
- ¿Qué complicaciones se manifiestan ante la presencia de la cirrosis hepática?
- ¿Cómo ejerceremos un diagnóstico adecuado que permita brindar un tratamiento inmediato a los pacientes que presentan esta patología?

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: De la Salud Pública

Área: Gastroenterología

Naturaleza: Descriptiva y observacional

Aspecto: Cirrosis Hepática

Tema de Investigación: Perfil epidemiológico de pacientes con cirrosis hepática

Lugar: Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón.

Periodo: Del 2012 al 2016.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Establece la importancia del estudio del perfil epidemiológico de la cirrosis hepática en pacientes ingresados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el perfil epidemiológico de la cirrosis hepática en pacientes ingresados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016, a través de la información de historias clínicas que permitan obtener datos estadísticos para proponer campañas educativas de prevención de la cirrosis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el perfil epidemiológico de la cirrosis hepática
- Identificar cuáles son los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de la cirrosis hepática
- Reconocer cuales son los principales signos y síntomas de la cirrosis hepática
- Determinar las principales complicaciones que se manifiestan ante la presencia de la cirrosis hepática
- Ejercer un diagnóstico adecuado que permita brindar un tratamiento inmediato a los pacientes que presentan esta patología.
- Proponer campaña educativa de prevención conociendo los factores de riesgo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

La cirrosis hepática constituye el estadio final y común de un número elevado de hepatopatías crónicas de distintas etiologías. A pesar de esta diversidad original se definen, en general, como alteración difusa de la arquitectura del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración.

El primer caso relatado con cirrosis hepática fue el de J. Morgani en 1760 al efectuar la autopsia de un personaje de la sociedad veneciana. En 1819 Laenec describe la enfermedad de un soldado muerto de hemorragias, derrame pleural y ascitis como cirrosis, debido a las granulaciones amarillas que presentaba el hígado a las cuales les atribuyo equívocamente una etiología tumoral. Bright en 1827 señala al alcoholismo como el responsable de una hepatopatía hidropígena y Ackerman y Kretz consideran en 1880 que la lesión comienza a nivel del hepatocito y que la repetición de procesos de regeneración y degeneración consigue alterar la estructura con proliferación además del tejido conectivo. Con algunas variantes estos conceptos se han mantenido a pesar del tiempo transcurrido.

La primera evidencia de que la nutrición adecuada podía mejorar los resultados en el paciente con cirrosis se dio a mediados del siglo XX. (Anaya, 2011)

2.1.2 HISTORIA NATURAL

La cirrosis hepática es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas. Su historia natural se caracteriza por una fase asintomática, denominada cirrosis compensada, de duración variable. En esta fase los pacientes pueden llegar a presentar hipertensión portal y varices esofágicas. A medida que la enfermedad progresa con el desarrollo de mayor hipertensión portal y mayor deterioro de la función hepática aparecen las complicaciones de la denominada cirrosis descompensada, como ascitis, hemorragia por varices, encefalopatía hepática o ictericia.

El desarrollo de cualquiera de estas complicaciones marca la transición de la fase compensada a la descompensada. La progresión de la enfermedad parece que se acelera, con riesgo de muerte con el desarrollo de complicaciones tales como el sangrado, insuficiencia renal, síndrome hepatopulmonar y sepsis. El desarrollo de hepatocarcinoma puede acelerar el curso de la enfermedad tanto en la fase compensada como descompensada. (L. García Bueya, 2012)

2.1.3 ETIOLOGÍA

La cirrosis es la consecuencia de un daño hepático crónico debido a múltiples causas como alcohol, infecciones virales, enfermedades virales, enfermedades autoinmunitarias, daño inducidos por el consumo excesivo de fármacos, colestasis y enfermedades metabólicas.

Cirrosis por el consumo de alcohol: Es la causa más común, el tiempo requerido para que se desarrolle es de 10 años, aunque existe otros factores involucrados como nutricionales, inmunológicos y genéticos. Los factores de riesgo para el desarrollo de la hepatitis alcohólica es el tiempo del consumo de alcohol, género femenino, infección de la hepatitis B y C y la desnutrición.

Cirrosis por hepatitis viral: La hepatitis B y C son las causas muy frecuentes de la cirrosis en el Occidente y la causa principal en África y Asia. Los pacientes adquieren la infección por vial parental, por transfusión sanguínea, procedimientos médicos quirúrgicos e inyecciones de drogas.

Cirrosis criptogénica: Se refiere a la cirrosis en ausencia del alcohol, infección viral, colestasis, enfermedad genética inmunitaria y constituye alrededor del 10% de las causas de cirrosis. Actualmente se conoce algunos casos de la cirrosis criptogénica ocasionado por esteatohepatitis no alcohólica, entidad observada en pacientes obesos y diabéticos.

Enfermedades autoinmunes: entre estas enfermedades se encuentra la hepatitis autoinmune, la colangitis esclerosante primaria y la cirrosis biliar primaria. La HA es una inflamación crónica del hígado, caracterizada por la presencia de

hipergamagloulemia, esencia de algunos anticuerpos circulantes y la existencia en el examen histológico de una inflamación periportal.

Otras causas etiológicas de la cirrosis son: la cirrosis cardiaca, administración prologada de algunos fármacos, y amiodarona entre otros. (Alfredo Rodríguez Magallán, 2010)

2.1.4 FISIOPATOLOGIA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

Debido a la injuria crónica que se produce en el hígado, este problema manifiesta una serie de procesos fisiopatológicos independientes de la etiología que la produce. Se cumplirán cuatro procesos importantes que son

- 1.- Necrosis del hepatocito con pérdida de parénquima e inflamación hepática.
- 2.- Fibrogénesis
- 3.- Regeneración e hiperplasia
- 4.- Alteraciones de la arquitectura vascular.

La fibrosis es iniciada por la activación de las células estrelladas. Estas son activadas por varias citoquinas, receptores, reactivos intermediarios al oxígeno y otras señales parácrinas y autocrinas. La formación de tejido fibroso depende no sólo de la síntesis excesiva de matriz, sino también de los cambios en su remoción. Esto depende del equilibrio entre las enzimas que degradan la matriz y sus inhibidores. El factor transformante del crecimiento b1 que proviene de las células de Kupffer y de las plaquetas, y las prostaglandinas PDGF Y EGF provenientes de las plaquetas, constituye las principales citosinas profirogénica que activan a las células estrelladas hepáticas para que se trasformen en miofibroblastos.

Estas son las principales células que producen la Fibrogénesis con el gran incremento de colágeno y otros compuestos de la matriz extracelular. El proceso inflamatorio también contribuye a la fibrosis mediante la secreción de citosinas. El desarrollo interrumpido de la Fibrogénesis produce septos que conectan entre los espacios portales y los espacios porta de las venas centro lobulillares, produciendo así las alteraciones en la morfología hepática y formando módulos de regeneración. Además, en el espacio de Disse, la

matriz extracelular es reemplazada por colágeno, predominante de tipo 1 y 3 y por fibronectina.

La fibrosis subendotelial produce la pérdida de las fenestraciones endoteliales y las funciones metabólicas del hígado. La formación de depósitos de matriz extracelular y colágeno da como resultado de pseudomenbranas localizadas en el endotelio sinusoidal, conocida como capilarización de las sinusoides. Este proceso dificulta el intercambio de sustancias entre la sangre sinusoidal y el hepatocito, originando isquemia y angiogénesis. Con el proceso fibrogénico, aparece la consecuente formación de neovasos, esta desempeña un papel importante ya que conlleva a la descompensación del paciente, debido a los cambios fisiológicos que se producen por la hipertensión portal y al aumento de la resistencia vascular portal intrahepática y la alteración en la relación entre flujo y resistencia vascular del territorio portal. (HIDALGO, 2013)

2.1.5 PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

La cirrosis hepática constituye un importante problema de salud pública en varios países del mundo, siendo causante de un significativo número de muertes y constituyéndose en una de las principales causas de defunción. Es una enfermedad crónica, caracterizada por destrucción y regeneración de las células parenquimales hepáticas, así como incremento del tejido conectivo, proceso que ocurre en forma desorganizada, causando finalmente distorsión de la arquitectura lobular y vascular del hígado. Esta distorsión de la morfología, es la causante del aspecto nodular de su superficie. (Abel Elías Elizabeth 1, 2011)

La prevalencia de cirrosis hepática es difícil de establecer y varía mucho según el área geográfica. La cirrosis y otras enfermedades del hígado aparecen en 15 países de América Latina, dentro de las 10 principales causas de muerte. En algunos países como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa entre el 5° y 6° lugar, como causa de muerte general.

En el Ecuador, según datos de INEC, la cirrosis y otras enfermedades del hígado constituye la novena causa de muerte, la misma que representa el 3% del total de defunciones, con una tasa de mortalidad de 13 por cada 100 000 habitantes.

A nivel mundial, la causa principal es el consumo crónico de alcohol. Un estudio realizado en Perú indica que esto ocurre en el 26,5% de los casos estudiados.

El perfil epidemiológico de la cirrosis hepática puede permanecer en un estado de compensación, pero cuando sucede lo contrario, se pueden dar ciertas complicaciones. Entre las más frecuentes se puede citar: hemorragia variceal (37,7%) síndrome hepatorenal (30,1%) insuficiencia hepática (24,6%), sangrado digestivo alto no variceal (2,2%) carcinoma hepatocelular (2,7%) y causas extrahepáticas (2,7%). (Domínguez, 2010).

En los países desarrollados la cirrosis hepática es causada por la hepatitis alcohólica y la hepatitis C que son las causas principales de la presencia esta patología, mientras que, en países en vías de desarrollo, la hepatitis alcohólica, hepatitis B y la esteatosis hepática no alcohólica son las principales causas de la cirrosis hepática. Se atribuye que el 90% de las causas de cirrosis hepática en países occidentales son por el abuso de alcohol y por enfermedad por hígado graso no alcohólico. A nivel mundial la cirrosis hepática es causa importante de morbilidad y mortalidad, estimándose 800 000 muertes cada año. (HIDALGO, 2013)

La cirrosis hepática es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. Se estiman 800.000 muertes anuales a nivel mundial. La cirrosis hepática en Europa tiene una prevalencia de alrededor de 250 casos anuales por cada 100.000 personas. En los hombres la prevalencia es dos veces mayor que en las mujeres. Según diferentes estimaciones de los expertos, la prevalencia de la cirrosis en España es de entre 1 y 2% de la población, siendo más frecuente en varones a partir de los 50 años (Giménez, 2012).

En países de América Latina como Chile, la cirrosis ocupa el 5° y 6° lugar como causa de muerte en general. La cirrosis y otras enfermedades del hígado aparecen en 15 países de América Latina, incluyendo Ecuador, dentro de las 10 principales causas de muerte. En Ecuador, informes del INEC proporciona datos de mortalidad, que representa el 3% de defunciones con una tasa de mortalidad de 13 por cada 100 000 habitantes. Su principal etiología es el alcoholismo crónico con el 48,3%, causas sin determinar, 44,1%, viral 2,8% y otras, 4,6%. Es de conocimiento que el alcohol y la hepatitis C son

las más frecuentes causas de cirrosis, por lo que su impacto en morbilidad e mortalidad es relevante, considerando que existe maneras de prevenir el desarrollo de esta patología. (Domínguez, 2010).

2.6 BASE TEORICA

2.6.1 CONCEPTO GENERAL DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado consistente en la muerte progresiva del tejido hepático normal y su sustitución por tejido fibroso lo que lleva a:

Incapacidad del hígado para ejercer sus funciones de desintoxicación del organismo o insuficiencia hepática.

Fenómenos de sangrado o coagulopatía

Aumento de presión en la vena porta, que causa acumulación de líquido en el abdomen o ascitis y dilatación peligrosa de las venas del esófago o varices esofágicas, que si se rompen pueden producir una hemorragia digestiva severa.

Alteraciones del cerebro, como somnolencia y desorientación debido a la circulación de amoníaco en sangre o encefalopatía hepática. (info@pulsomed.com, 2016).

2.6.2 CAUSAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

La cirrosis hepática puede ser provocada por múltiples causas. Las más frecuentes es el consumo de alcohol, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C.

Alcohol: Es la causa que conlleva al 60% de la cirrosis. Se calcula que para que se desarrolle es necesario un consumo excesivo de alcohol durante al menos días años, sin embargo, no todos lo que consumen bebidas alcohólicas lo padecen.

Virus de la hepatitis B: Se puede transmitir por contacto sexual, sanguíneo o de madre a hijo durante el embarazo.

Virus de la hepatitis C: Se transmite exclusivamente vía sanguínea.

Cirrosis biliar primaria. Es una enfermedad crónica del hígado, cuyo causante es probablemente una alteración inmunológica.

Cirrosis biliar secundaria: Puede provocarse por cualquier proceso que produzca una obstrucción de los conductos hepáticos, como la litiasis biliar prolongada.

Obstrucción del drenaje venoso del hígado, como ocurre en la insuficiencia cardiaca congestiva.

Fármacos: Por ejemplo, el metotrexate que es utilizado para el tratamiento de ciertos tipos de cáncer.

Cirrosis criptogénica. Es aquella cuya causa es desconocida, lo cual ocurre en el 30 - 40 % del caso.

El proceso por el que el alcohol desencadena la cirrosis es desconocido, aunque se cree que se debe a sucesivos brotes de hepatitis aguda o una estimulación directa de la producción de fibras por el alcohol. En el caso de la cirrosis biliar primaria, es una respuesta inmunológica anómala la que destruye los conductos biliares.

Las consecuencias de la cirrosis se desprenden de la deficiente función hepática que esta patología conlleva. Por una parte, se produce una disminución de la síntesis de proteínas, sobre todo de albúmina, lo que supone un aumento de la presión oncótica del plasma, provocando retención de líquidos y ascitis. (ESALUD.COM, 2016)

2.6.3 CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA E HISTOLÓGICA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

Se basa en el tamaño de los nódulos. Se trata de una subdivisión de tipo morfológico, más que una clasificación la presencia del macro y micro nódulos no se relaciona con alguna etiología particular.

1. Cirrosis micro nodular: Se define por la presencia de nódulos de diámetro inferior a los 3 mm. Afecta en forma difusa al hígado y predomina la necrosis hepatocitaria sobre la regeneración. La etiología más común es el alcohol. Otras causas menos comunes son la hemocromatosis, cirrosis congestiva y cirrosis biliar secundaria.

2. Cirrosis macro nodular. Se define por la presencia de nódulos con diámetro superior a los 3 mm los cuales engloban varios lobulillos hepáticos y separados por bandas gruesas de fibrosis. Reflejan un alto grado de regeneración. Por lo general se asocian a etiología viral.

Clasificación histológica.

Estadio I: Estadio portal, lesiones floridas de los conductos. Se caracteriza por la ausencia de varices esofágicas y de ascitis. Mientras los pacientes permanecen en este estadio, la tasa de mortalidad es inferior al 1% por año. Los pacientes salen de este estadio con una tasa acumulada del 11,4% por año, 7% debido al desarrollo de varices y 4,4% debido al desarrollo de ascitis (con o sin varices).

Estadio II. Estadio periportal, proliferación de los conductillos. Se caracteriza por la presencia de varices esofágicas sin ascitis y sin sangrado. Mientras los pacientes permanecen en este estadio, la tasa de mortalidad es del 3,4% por año. Los pacientes pasan a otro estadio por desarrollar ascitis (6,6% por año) o por presentar hemorragia por varices antes o al tiempo que el desarrollo de ascitis de tasa 4% por año.

Estado III: Estado septal, fibrosis septal y puentes. Se caracteriza por la presencia de ascitis con o sin varices esofágicas en un paciente que nunca ha sangrado. Mientras los pacientes están en este estadio, la tasa de mortalidad es del 20% por año, significativamente más elevada que en los otros estadios. Los pacientes salen de este estadio generalmente por hemorragia por varices

Estadio IV: Estadio de cirrosis, cirrosis con ausencia de conductillos. Se caracteriza por hemorragia digestiva por varices con o sin ascitis. En este estadio la tasa de mortalidad anual es del 57% (alrededor de la mitad de estos fallecimientos ocurren en las 6 semanas posteriores al episodio inicial de sangrado digestivo).

Los estadios 1 y 2 corresponden a pacientes con cirrosis compensada, mientras que los estadios 3 y 4 se refieren a cirrosis descompensada. El hepatocarcinoma puede aparecer en cualquier estadio de cirrosis con una tasa constante del 3% por año. Los estadios más activos ocurren en fases tempranas de la enfermedad, pero los cambios histológicos son irregulares, de manera que pueden todos ser vistos al mismo tiempo. (Armenta, 2015).

2.6.4 CLASIFICACIÓN DE CHILD-PUGH DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS

	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS
ENCEFALOPATÍA	Ausente	Grado 1-2	Grado 3-4 Crónico
ASCITIS	Ausente	Leve/moderada Responde a la diuresis	Tensa
BILIRRUBINA (mg/dl)	< 2	2-3	> 3
ALBÚMINA (g/dl)	> 3.5	2.3-3.5	< 2.8
TP (prolongado unos segundos)	< 4	4-6	> 6
INR	< 1.7	1.7 – 2.3	> 2.3

La clase de cirrosis se basa en la puntuación total:

- ✓ Clase A: puntuación total 5 o 6
- ✓ Clase B: puntuación total 7-9
- ✓ Clase C: puntuación total 10 o más

El pronóstico está directamente relacionado con la puntuación.

INR, cociente normalizado internacional; TP, tiempo de protrombina.

Cirrosis Grado A: Dieta normal. Consumos de proteínas a razón de 1,5 g/kg de peso/día. Se recomienda abstinencia de consumo de alcohol en todos los casos. Ejercicios físicos sin llegar al agotamiento.

Cirrosis Grado B: Dieta hiposódica. Consumo de proteínas a razón de 0,5 a 1.0 g/kg de peso/día, preferiblemente de origen vegetal según existan o no manifestaciones de encefalopatía hepática. Abstinencia total de consumo de alcohol. Reposo relativo.

Cirrosis Grado C: Dieta sin sodio. Consumo de proteínas de 0,0 a 0,5 g/kg de peso/día preferiblemente de origen vegetal según existan o no manifestaciones de encefalopatía hepática. Reposo. (Anaya, 2011)

2.6.5 FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquello que incrementa las probabilidades de contraer una enfermedad o condición. Es posible desarrollar cirrosis con o sin factores de riesgo. Sin embargo, mientras más factores de riesgo tengan, será mayor su probabilidad de desarrollar cirrosis. Entre los principales factores de riesgo están:

Abuso crónico de alcohol. Aunque solo aproximadamente una tercera parte de los alcohólicos crónicos desarrollan cirrosis, entre el 75% y el 80% de los casos de cirrosis se pueden prevenir al eliminar el abuso del alcohol. La cirrosis alcohólica por lo general se desarrolla después de diez o más años de ingerir bebidas alcohólicas en exceso.

La cantidad de consumo de alcohol que produce cirrosis varía ampliamente, con tan pocas como 2-4 bebidas al día provoca daño en algunas personas. En comparación con los hombres, las mujeres parecen ser más vulnerables a desarrollar esta patología en consumos más bajos de alcohol.

Condiciones medicas

Infección crónica con hepatitis B, C, o D.

Algunas infecciones agudas por hepatitis viral se vuelven crónicas, conllevando a inflamación hepática y lesión, que, con el tiempo, avanza a cirrosis. Después de la cirrosis relacionada con el alcohol.

La infección con el virus de hepatitis B probablemente es la causa más común de cirrosis en todo el mundo, aunque su impacto es menos prevalente en EEUU y otros países occidentales.

Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, muestran que 2 billones de personas son inicialmente afectadas con el virus de hepatitis B, aunque en su mayoría se recupera 350 millones permanecen infectados crónicamente y se vuelven portadores del virus.

Otras fuentes expertas declaran que la infección aguda con hepatitis B conlleva a infección crónica aproximadamente en el 5% de las personas. El índice de infección por hepatitis B es más alto entre personas asiáticas e isleñas del Pacífico y es el segundo más alto entre personas de raza negra de origen no hispano.

La infección aguda con hepatitis C se vuelve crónica aproximadamente en el 80% de adultos infectados. Aproximadamente del 20% al 30% de las personas con hepatitis C crónica desarrollarán cirrosis, por lo general en el transcurso de muchos años. El índice de infección por hepatitis C es más alto entre personas de raza negra de origen no hispano.

La hepatitis D infecta a personas que ya están infectadas con hepatitis B.

La hepatitis A aguda y la hepatitis E por lo general no conllevan a hepatitis crónica y así que tienen poco impacto sobre el desarrollo de cirrosis. Sin embargo, puede haber raras excepciones para cualquier regla general.

Esteatohepatitis no alcohólica (nash): En este trastorno, se acumulan células adiposas en el hígado y eventualmente conllevan a cicatrización. Este tipo de hepatitis se asocia con las siguientes condiciones:

- Diabetes
- Obesidad
- Aumento de peso
- Niveles altos de triglicéridos en sangre
- Cardiopatía coronaria
- Derivación intestinal
- Tratamiento a largo plazo con cortico esteroide

Cirrosis biliar secundaria: La obstrucción de los conductos biliares causa que se acumule bilis y dañe al tejido hepático. En adultos, esto puede ocurrir con una condición llamada cirrosis biliar primaria, en la cual los conductos biliares se inflaman, obstruyen, y cicatrizan.

Los conductos biliares también se pueden obstruir debido a una enfermedad llamada colangitis esclerosante primaria. Esto también puede ocurrir como resultado de cálculos biliares, o como una complicación de cirugía de la vesícula biliar si los conductos son accidentalmente atados o lesionados.

Puede deberse a la inflamación del páncreas, llamada pancreatitis. En bebés, los conductos biliares obstruidos podrían ser el resultado de atresia biliar, una condición en la cual los conductos biliares son lesionados o están totalmente ausentes desde el nacimiento.

Congestión hepática: Las condiciones tales como la insuficiencia cardíaca o la pericarditis constrictiva pueden causar congestión dentro del hígado, lo que deriva en cirrosis.

Trastornos hereditarios: Numerosos trastornos hereditarios interfieren con la manera en la que el hígado produce, procesa, y almacena enzimas, proteínas, metales, y otras sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del cuerpo. Estas incluyen:

Hemocromatosis: Trastorno hereditario que hace que el cuerpo absorba y almacene demasiado hierro, el cual se acumula en diversos órganos, incluido el hígado, y causa daño.

Enfermedad de Wilson: trastorno hereditario que deriva en una acumulación excesiva de cobre en el cuerpo, lo que a su vez puede producir daño hepático.

Deficiencia de alfa-1 antitripsina: carencia hereditaria de una proteína producida en el hígado que normalmente funciona para bloquear los efectos destructivos de ciertas enzimas. Esta afección puede ocasionar enfermedad hepática y enfisema.

Galactosemia: trastorno hereditario que se caracteriza por la incapacidad del cuerpo para utilizar el azúcar simple galactosa. Esta afección deriva en una acumulación de galactosa 1-fosfato, lo que daña el hígado, el sistema nervioso central y otros sistemas corporales.

Enfermedades por almacenamiento de glucógeno: grupo de enfermedades hereditarias causadas por la falta de una o más enzimas que provocan el almacenamiento excesivo de glucógeno (un polímero de glucosa) en el hígado, lo que, con el tiempo, deriva en daño hepático.

Fibrosis quística: trastorno genético que puede provocar daño hepático, incluso cirrosis.

Síndrome de Budd-Chiari: condición producida por un coágulo de sangre que bloquea las venas que transportan la sangre desde el hígado hasta la vena cava inferior. La vena cava es la vena de gran tamaño que lleva la sangre desde el lado izquierdo del cuerpo hasta el corazón.

Hepatitis autoinmunitarias: La hepatitis autoinmunitaria es una condición en la que las células inmunitarias confunden las células hepáticas normales con células invasoras y las atacan. Con el tiempo, esta afección deriva en cirrosis.

Edad Este es uno de los principales factores de riesgo al desarrollo de esta patología, si se trata de un paciente de edad avanzada, es más vulnerable a diferencia de pacientes de

menos edad. Esto se debe a que ha tenido más años para exponer a su hígado a virus, toxinas, y condiciones médicas que causan cirrosis.

Otros factores

Los siguientes factores pueden producir daño hepático suficientemente grave como para causar cirrosis:

- Reacciones severas adversas a medicamentos por prescripción, como isoniazida y metotrexato
- Exposición crónica a toxinas ambientales como arsénico
- Excesos severos de vitamina A
- Episodios repetidos de insuficiencia cardiaca con congestión hepática
- La infección parasítica esquistosomiasis. (Alayne Ronnenberg, 2012).

2.6.6 PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

Estos son algunas de las principales complicaciones que pueden derivarse de la cirrosis hepática, como:

Hipotensión portal: La vena porta es una vena muy voluminosa cuya función es la de llevar los nutrientes al hígado para que los metabolice. El incremento de presión en este sistema venoso es lo que se conoce como hipertensión portal. En la cirrosis hepática, este número de presión se debe a que existe una obstrucción del flujo de sangre hacia el hígado debido a las alteraciones que se producen en el paciente cirrótico. La hipertensión portal es la responsable de las principales complicaciones de la cirrosis.

Hemorragia digestiva por varices: Al aumentar la presión en la vena porta, por comunicación con otros vasos sanguíneos, se origina la dilatación de venas e el esófago y el estómago para intentar derivar el flujo de sangre por esos vasos. Estas dilataciones venosas se conocen como varices y clínicamente son mucho más importantes las que se encuentra en el esófago.

Si se produce la rotura de alguna de estas varices, lo que ocurre en dos tercios de los enfermos con cirrosis, se origina un sangrado digestivo que puede exteriorizarse en

forma de vómitos de contenido hemático. Este sangrado es una urgencia que amenaza seriamente la vida del paciente y requiere de atención médica inmediata.

Ascitis: La acumulación excesiva de líquido en la cavidad abdominal es debida a la hipertensión portal y a la disminución de albumina en suero, como consecuencia de la insuficiencia hepática. La ascitis se manifiesta con un

Abdomen prominente. Cuando el líquido que se acumula es bastante, se produce ascitis a tensión donde, además del abultamiento del abdomen puede existir dolor.

En todo paciente con ascitis se debe hacer una punción abdominal para tomar una muestra del líquido para estudiar la causa. El tratamiento suele consistir en la restricción de sal en la dieta, el uso de diuréticos potentes, la infusión de albumina intravenosa o la evacuación del líquido mediante paracentesis.

Peritonitis bacteriana espontánea. Es la infección del líquido de la ascitis. En los cirróticos, los sistemas de defensa bacteriana se encuentran alterados por diversos mecanismos. Esto implicaría la elevada incidencia de infecciones de estos pacientes. Entre estas infecciones, se destaca la peritonitis bacteriana espontánea, que suele manifestarse con dolor abdominal y fiebre. Muchas veces los pacientes apenas presentan síntomas abdominales, y este cuadro se expresaría como un empeoramiento de su enfermedad hepática o con la presencia de una encefalopatía.

Encefalopatía hepática Se produce con el daño de la función del hígado, este deja de filtrar los productos tóxicos de la sangre. De esta manera se produce el aumento en los niveles de sustancias como el amoníaco y otros elementos, que pueden llegar al sistema nervioso central y provocar afecciones graves. A esta lesión cerebral por la afección del funcionamiento del hígado se la conoce como encefalopatía hepática. Esta enfermedad deteriora el funcionamiento cerebral y cursa con confusión mental, somnolencia, temblores e incluso coma. Pese a padecer un problema grave, es totalmente reversible con tratamiento, que consiste en la administración de laxantes como lactulosa y de antibióticos que disminuyan la flora bacteriana productora de amoníaco.

Síndrome hepatorenal: Es una complicación muy grave en los pacientes con cirrosis y ascitis que consiste en un daño agudo del riñón. No se conoce bien la causa de este cuadro, pero se sabe que la peritonitis bacteriana espontánea y el alcoholismo son dos situaciones que favorecen su aparición. El tratamiento definitivo será trasplante hepático. (Jiménez, 2016)

2.6.7 SIGNOS Y SINTOMAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

La cirrosis hepática se manifiesta a través de diferentes síntomas que pueden presentar distintas gravedad dependiendo de cada caso. Hasta en 25% de todos los pacientes no se presenta síntomas, y es lo que se conoce como cirrosis hepática. Existen varios signos y síntomas generales de esta patología.

- Agotamiento
- Presión o sensación de hinchazón
- Malestar
- Pérdida de peso
- Náuseas y vómitos

Otros síntomas característicos de la cirrosis hepática son los signos que muestran en la piel son:

- Telangiectasias o arañas vasculares, que aparecen sobre todo en la parte superior del cuerpo, en el cuello o el rostro. Se manifiestan en forma de módulos vasculares puntiformes de los que salen pequeños capilares como si se tratara de una tela de araña.
- Enrojecimiento de pulgar o eritemas en las palmas de las manos
- Labios y lengua de coloración rojo brillante
- Prurito
- Uñas blancas
- Adelgazamiento de la piel

Estos síntomas no indican necesariamente una cirrosis hepática en alrededor de la mitad de los embarazos se pueden dar las arañas vasculares y edema palmar y estos signos desaparecen en la mayoría de los casos tras el parto.

Otros posibles síntomas de la cirrosis hepática son:

- Dolores en la zona del hígado
- Fiebre
- Presencia de hematomas y hemorragias
- Retención de líquidos en las piernas o edema
- Retención de líquidos en el abdomen o ascitis
- En los hombres puede darse problemas de impotencia
- En las mujeres ocasiona trastornos menstruales.

Signos de la cirrosis hepática

- Ictericia que es la coloración amarilla de la piel y la zona blanca de los ojos
- Trastornos de la coagulación de la sangre
- Presión arterial elevada en la circulación hepática
- Encefalopatía hepática, que se presenta cuando no puede realizar adecuadamente su función de desintoxicación y se acumulan las concentraciones en sangre de sustancias tóxicas para el tejido nervioso. (Giménez, 2012)

2.6.8 DIAGNÓSTICO DE LA CIRROSIS

Para orientar el diagnóstico es necesario realizar una buena exploración física, de forma que podamos encontrar algún problema hepático.

- Signos clínicos

Circulación colateral, arañas vasculares, abdomen globuloso.

- Datos bioquímicos

Plaquetopenia, hipoalbuminemia, TTP prolongados., discreta neutropenia y leucopenia.

- Signos ecográficos

La ecografía abdominal permite observar cambios estructurales y el aumento de tamaño del hígado y del bazo, así como la presencia de ascitis.

- Signos endoscópicos

Para detectar la existencia de varices esofágicas.

La evaluación diagnóstica se basa inicialmente en los datos de la historia clínica y la exploración física junto con pruebas bioquímicas. Todo ello puede completarse con estudios de imagen y en último término, con el diagnóstico histológico.

Pruebas bioquímicas: Las principales pruebas bioquímicas que se utilizan para diagnosticar la cirrosis hepática son la determinación de las concentraciones de bilirrubina, transaminasa, fosfatasa alcalina, GGT, albumina, gammaglobulinas y el tiempo de protrombina. También pueden ser de utilidad otras determinaciones, como el hemograma, los valores de urea y creatinina, el oigrama y la sideremia.

La bilirrubina es un buen marcador de la función hepática y tiene valor pronóstico en la cirrosis hepática. La hiperbilirrubinemia es mixta y valores de 2-3 mg/ dl son signo de insuficiencia hepática, con la excepción de la cirrosis colestásica. (la cirrosis biliar primaria) en que la elevación de bilirrubina es paralela a la de fosfatasa alcalina y hasta valores más elevados no suele haber insuficiencia hepatocelular.

Cuando existe hemólisis asociada puede observarse un aumento de la bilirrubina a expensas de la fracción indirecta, dato que no implica insuficiencia hepatocelular.

Las transaminasas suelen estar poco elevadas, con valores inferiores a 5 veces la cifra normal; un valor normal no excluye el diagnóstico. Al contrario que en la hepatitis crónica, la AST suele estar más elevada que la ALT, y en un paciente no alcohólico un índice de AST/ALT superior a 1 es sugestivo de cirrosis. (Solano, 2011)

La fosfatasa alcalina y la GGT se hallan elevadas en el 60-70 % de casos, pero habitualmente la fosfatasa alcalina no supera las 3 veces el valor normal. Valores más elevados en cirrosis no colestásicas debe hacer sospechar un hepatocarcinoma injertado o una obstrucción biliar. Las elevaciones de GGT y fosfatasa alcalina van paralelas, excepto en las cirrosis de origen alcohólico, en las que si el alcoholismo continúa activo

se pueden ver valores desproporcionadamente elevados de GGT debido a un fenómeno de inducción enzimática por el alcohol. (Solano, 2011)

La hipoalbuminemia es un dato muy común en la cirrosis hepática, reflejo de una síntesis disminuida, aunque en los pacientes con ascitis también puede estar causada por una redistribución en los compartimientos extracelulares, incluyendo la cavidad peritoneal. Valores plasmáticos de albúmina inferiores g/dl en un paciente con cirrosis son un signo de enfermedad evolucionada. La hipergammaglobulinemia es un hallazgo característico de la cirrosis hepática establecida; habitualmente es policlonal y se debe a la producción aumentada de anticuerpos por el paso de antígenos de origen intestinal a la circulación sistémica tras escapar al aclaramiento hepático por colaterales portales. Aunque el tipo de inmunoglobulinas cuyos valores están aumentados puede variar, un aumento de IgA sugiere cirrosis alcohólica, y un aumento de IgM es más propio de la cirrosis biliar primaria. Un aspecto que merece consideración especial es el descenso de la fracción α 1-globulina en la electroforesis proteica, ya que puede ser un signo de déficit de α 1-antitripsina, pues esta proteína representa el 85 % de esta fracción.

El tiempo de protrombina, habitualmente evaluado por el método de Quick, depende no sólo de la concentración plasmática de protrombina, sino también de otros factores de la coagulación sintetizados en el hígado, como los factores y el fibrinógeno. Es una prueba sensible de la función hepática y está alargado en la mayoría de los casos de cirrosis hepática sin que responda a la administración de vitamina K. (Solano, 2011)

Estudios de imagen. Las exploraciones de imagen en el estudio de las enfermedades hepáticas son de utilidad para diagnosticar lesiones focales, pero son poco específicas para la caracterización de lesiones difusas, como pueda ser el caso de la cirrosis.

Ecografía. Ecográficamente, el hígado cirrótico es heterogéneo y suele ser hiperecogénico. Se comprueba una atenuación del ultrasonido, que refleja la presencia de puentes de fibrosis o de grasa; estas observaciones son inespecíficas ya que son comunes también en las hepatitis crónicas. Si ecográficamente la relación entre el diámetro transversal del lóbulo caudado y el del lóbulo derecho es mayor de 0,65 la probabilidad de que el hígado sea cirrótico es alta. Cuando existe hipertensión portal a

veces se observa una vena porta agrandada y, si se completa el estudio con ecografía Doppler, se puede apreciar descenso o inversión del flujo portal. (Solano, 2011)

Tomografía computarizada. La TC tiene un valor limitado en el diagnóstico de la cirrosis, mostrando un hígado poco homogéneo y nodular.

Resonancia magnética. La RM no suele aportar datos con respecto a la estructura del hígado, aunque permite apreciar el flujo portal. Puede ser útil en el diagnóstico de hemocromatosis, dado que el hierro interfiere en la magnetización de los protones y en esta enfermedad el hígado presenta un descenso en la intensidad de la señal en todas las secuencias.

Gammagrafía. Esta técnica con sulfuro coloidal marcado con ^{99m}Tc puede ser de utilidad en el diagnóstico de cirrosis. Es un método simple de valorar el tamaño y la forma del hígado y el bazo, así como la actividad reticuloendotelial. (Solano, 2011)

En el hígado cirrótico la captación es heterogénea y existe mayor captación de contraste en el bazo y la médula ósea que en el propio hígado. También puede observarse hepatomegalia y/o esplenomegalia. Al requerir radiactividad y utilizarse ampliamente la ecografía, que puede dar información sobre el hígado y el bazo, la gammagrafía se utiliza menos que hace unos años.

Otras técnicas de imagen, como la arteriografía, no se deben emplear para el diagnóstico. Si se realiza una arteriografía celíaca por otro motivo, en el hígado cirrótico se observa tortuosidad de las venas intrahepáticas con aspecto en sacacorchos.

De todas formas, la utilidad de las exploraciones por la imagen es limitada y ninguna de ellas por sí sola o en combinación permite establecer el diagnóstico de cirrosis hepática con fiabilidad. (Solano, 2011)

Biopsia hepática. Es el procedimiento de elección para confirmar el diagnóstico de cirrosis; es seguro, asequible, entraña pocos riesgos y es bien aceptado por el paciente.

La aguja de Menghini es la más utilizada para su realización, habitualmente por vía intercostal, y cada día se emplea más la ecografía para guiar la aguja de biopsia sobre la superficie hepática. Hay que tener presente que la cirrosis es una enfermedad difusa que

afecta todo el hígado, pero puede haber variaciones al valorar muestras tisulares pequeñas, lo cual puede dificultar el diagnóstico. En la biopsia de un hígado con cirrosis micronodular suelen apreciarse nódulos y fibrosis, hallazgo que permite establecer el diagnóstico. En las cirrosis macronodulares la aguja de biopsia puede entrar en un gran nódulo y la muestra puede semejar tejido normal. Pequeñas anormalidades pueden sugerir el diagnóstico en ausencia de un patrón histológico completo: la fragmentación del tejido, fibrosis alrededor de la mayor parte de la circunferencia de un fragmento, alteración del patrón de reticulina, displasia hepatocelular, espacios porta anómalos, número excesivo de venas centrales y alteración de la relación entre los espacios porta y las venas centrales. (Solano, 2011)

El riesgo de la biopsia aumenta con las alteraciones de la coagulación, por lo que la vía intercostal no puede utilizarse en pacientes con menos de 100.000 plaquetas/ml o tasas de protrombina inferiores al 60 % si no se corrigen dichas alteraciones con plasma o plaquetas. La hemorragia posbiopsia es la complicación más frecuente de la biopsia percutánea. (Solano, 2011)

Cuando la coagulopatía es grave y está contraindicada la biopsia percutánea puede realizarse una biopsia por vía transyugular, con la que se obtiene tejido hepático en el 80-97 % de los casos. La muestra así obtenida es más pequeña que las que se obtienen por vía intercostal, pero se consigue suficiente tejido para evaluar la estructura hepática en las dos terceras partes de los hígados cirróticos. Con la biopsia hepática, aparte de establecer el diagnóstico de cirrosis, se obtiene información sobre el tipo histológico y la actividad de la enfermedad. Otros datos pueden apoyar ciertas etiologías, como la presencia de grasa (alcoholismo), hepatocitos en vidrio esmerilado (hepatitis B), acumulación notable de hierro (hemocromatosis) o lesión del conductillo biliar (cirrosis biliar). (Solano, 2011)

Laparoscopia. Actualmente la laparoscopia es una técnica poco utilizada para el diagnóstico de cirrosis por ser invasiva y no exenta de complicaciones. Su utilidad reside en aquellos casos en que la biopsia intercostal no ha sido definitiva para el diagnóstico de la enfermedad y existan dudas diagnósticas. En estos casos, que suelen corresponder a cirrosis macronodulares, con la visualización de la superficie del hígado y la realización de una nueva biopsia guiada por laparoscopia se puede llegar al

diagnóstico, disminuyendo el porcentaje de falsos negativos de la biopsia por punción. El diagnóstico de cirrosis por visión laparoscópica se basa en la observación de una superficie hepática difusamente nodular. Otros datos que apoyarían el diagnóstico son el aumento de la consistencia hepática, la presencia de quistes linfáticos, la desaparición del dibujo lobulillar, la visualización de signos de hipertensión portal y la esplenomegalia. (Solano, 2011)

2.6.9 TRATAMIENTO

Aunque esta enfermedad es irreversible, es posible tomar medidas para reducir el daño hepático

- ✓ Dejar el alcohol
- ✓ Limitar el uso de fármacos. AL existir una deficiente función hepática, no se pueden metabolizar y eliminar bien la mayoría de los medicamentos.
- ✓ Evitar otras enfermedades. La lesión del hígado provoca en el organismo una mayor dificultad para combatir las infecciones, lo que las hace más peligrosa para estos pacientes. Es muy importante que las personas que padecen de esta patología eviten el contacto con posibles focos de infección y se vacunen contra la hepatitis virídicas A y B, la gripe y la neumonía neumocócica.
- ✓ Tener una dieta que contenga frutas, verduras y cereales. En ocasiones es necesaria la administración de suplementos vitamínicos. Consumo de alimentos sin sal para evitar la acumulación de líquidos

Tratamiento farmacológico

En general, el paciente con cirrosis no complicada no precisa ningún tratamiento más que la corrección de su dieta, salvo que su cirrosis se deba a una enfermedad que requiera un tratamiento específico.

Para el control de las varices esofágicas, para evitar que se presente una ruptura y produzca un sangrado digestivo, se puede realizar mediante fármacos que reduzcan la presión venosa y técnica quirúrgica que consistan en cerrar estas varices:

- Cuando el paciente no ha sangrado, se realiza la PROFILAXIS PRIMARIA, que consiste en ligadura de las varices (si es que no es muy pequeña) y propanolol.
- Cuando el paciente ha sangrado, se realiza la PROFILAXIS SECUNDARIA que consiste en propanolol y ligadura de varices cada 3 semanas hasta la erradicación de estas, y una VEDA anual para revisión.

La acumulación excesiva de líquido se puede reducir manteniendo una dieta baja en sal y en determinados casos se usa diuréticos.

El tratamiento de la encefalopatía hepática se realiza con laxantes (lactulosa) y antibióticos (rifaximina), para reducir los niveles de amonio en sangre.

Desvío portosistémico intrahepático transyugular

La Derivación Portosistémica Intrahepática Transyugular o TIPS es un procedimiento que utiliza la guía por imágenes para conectar la vena porta a la vena hepática en el hígado. Se coloca un pequeño dispositivo de metal llamado stent para mantener la conexión abierta y permitirle que drene la sangre de vuelta desde el intestino hacia el corazón mientras se evita el hígado. La TIPS pueden reducir con éxito las hemorragias internas en el estómago y el esófago en pacientes con cirrosis.

Trasplante Hepático

En todos los casos, y especialmente, en situación terminal, es posible la realización de un trasplante de hígado. Este es el tratamiento de la cirrosis definitivo.

Generalmente este tipo de tratamiento se indica cuando la enfermedad se encuentra ya está avanzada que el hígado no puede funcionar. La tasa de éxito del trasplante hepático supera actualmente el 90%. El problema se plantea cuando la cirrosis está relacionada con la hepatitis viral, porque esta enfermedad puede reaparecer en el hígado trasplantado. (Jiménez, 2016)

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE O DE ESTUDIO

Perfil epidemiológico de Cirrosis Hepática

VARIABLE DEPENDIENTE O DE CARACTERIZACIÓN

Edad del paciente

Sexo del paciente Femenino o masculino

Procedencia

Raza del paciente

Estado civil del paciente

Nivel de instrucción

Manifestaciones clínicas

Tipos de Cirrosis

Clasificación Child-Pugh

Factores de riesgo

Complicaciones

Métodos de Diagnósticos

Cumplimiento al Tratamiento

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOLOGIA

El presente estudio de investigación tiene un enfoque cualitativo de diseño no experimental, de corte transversal y retrospectivo con la utilización del método de observación analítica, para una amplia información sobre este estudio, para poner la información para el beneficio de la población en general, que es suma importancia conocer sobre el perfil epidemiológico de la cirrosis hepática.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Analítico: Se buscará el perfil epidemiológico de la cirrosis hepática en pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de 2015 al 2016.

Descriptivo: Se describirá la frecuencia del evento y características de la cirrosis hepática.

Transversal. Este estudio que evaluara el perfil epidemiológico, estudiara simultáneamente la exposición a factores de riesgo, complicaciones, signos y síntomas, métodos de diagnósticos como tratamiento que se le brinda a la población en estudio determinada.

3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.

El presente es un estudio de tipo observacional realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, el mismo que brinda atención médica a las personas de escasos recursos económicos, proveyendo tratamiento oportuno a sus problemas de salud, mejorando así su calidad de vida.

Nacional: Ecuador

Zonal: Costa

Provincial: Guayas

Cantonal: Guayaquil

Local: Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Dirección: 29 y Galápagos en el Suburbio de Guayaquil

3.4 UNIVERSO O POBLACIÓN EN ESTUDIO

El universo corresponde a los pacientes que manifestaron cirrosis hepática ingresados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Enero del 2015 a Agosto del 2016.

3.5 MUESTRA

Muestra corresponde a los 100 pacientes que manifestaron cirrosis hepática, durante el periodo comprendido de enero del 2015 a agosto del 2016 que fueron atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Bel Gilbert Pontón. Que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados con cirrosis hepáticas
- Pacientes con cirrosis hepática atendidos dentro de otra institución
- Pacientes con historial completo

3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados con otro tipo de patología
- Pacientes con cirrosis hepática atendidos en otra institución
- Pacientes con historial incompleto.

3.8 VIABILIDAD

Este trabajo de investigación es un estudio viable y de gran relevancia por tener la aprobación de las Autoridades del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, de los representantes de la Universidad de Guayaquil para su ejecución de este trabajo, y de un grupo de médicos especialista en el área de salud de gastroenterología que buscan demostrar el perfil epidemiológico de la cirrosis hepática y su prevalencia en nuestro medio. Este trabajo tiene como objetivo enfocarse en todos los casos atendidos en nuestra institución, y por medio de las historias clínicas que provee el Hospital poder estudiar la evolución de cada paciente, sintomatología, factores de riesgo, sus complicaciones, manifestaciones clínicas, su diagnóstico y tratamiento que se les brinda a los pacientes cirróticos con el fin de mejorar su calidad de vida. El presente trabajo es autofinanciado por los autores.

3.9 MATERIALES

3.9.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

La investigación se realizó a base de la revisión de historias Clínicas de los pacientes con cirrosis hepática, atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de enero del 2015 a agosto de 2016.

Una vez tabulado los resultados, estos fueron realizados en cuadros estadísticos y se planteó inmediatamente el respectivo análisis e interpretación de cada resultado obtenido.

3.9.2 RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS E INSTITUCIONALES

Recursos humanos:

- Médicos internos (Recolector de datos)
- Tutora
- Pacientes

- Autoridades del hospital Especializados Abel Gilbert Pontón.

Recursos físicos

- Historia clínica
- Revistas médicas actualizadas
- Páginas web que permita ampliar el tema.
- Computador
- Hojas, lápiz, impresora
- Base de datos

Recursos institucionales

- Hospital Especializado Abel Gilbert Pontón
- Universidad de Guayaquil

3.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
VARIABLE INDEPENDIENTE CIRROSIS HEPÁTICA	La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado consistente en la muerte progresiva del tejido hepático normal y su sustitución por tejido fibroso	Agotamiento Malestar Pérdida de peso Náuseas y vómitos Telangiectasias Prurito Adelgazamiento de la piel Fiebre Retención de líquidos Ictericia Trastorno de la coagulación sanguínea Pruebas de diagnósticos Examen físico Ecografía Endoscopia Trasplante hepático	Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Por medio de los métodos de diagnósticos determinar la presencia y la gravedad de la cirrosis hepática.	Historia clínica
VARIABLE DEPENDIENTE FACTORES RIESGO	Son aquellos que incrementa las probabilidades de contraer una enfermedad o condición	Abuso crónico de Alcohol Infección crónica por A, B,C y D. Esteatohepatitis no alcohólica Cirrosis hepática Congestión hepática Trastornos hereditario Hepatitis autoinmunitaria Edad	Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no	Historia clínica
COMPLICACIONES	Son los resultados o secuelas que se presentan ante la presencia del problema	Hipertensión portal Hemorragia digestiva por varices Ascitis Peritonitis bacteriana Enteropatía hepática Síndrome hepatorenal	Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no	Historia Clínica
VARIABLE INTERVINIENTE	Son aquellos factores que constituyen un riesgo y alteran el pronóstico	Edad del paciente Sexo Raza Manifestaciones clínica Perfil epidemiológico	Menor-mayor Masculino-femenino Blanca-negra-mestiza Casado-soltero- Unión libre Casos registrados en la Institución	Encuesta

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

FRECUENCIA DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DURANTE EL PERIODO 2012-2016.

Una vez efectuado la revisión de cada Historia Clínica de los pacientes ingresados en el Hospital Especializado Abel Gilbert Pontón durante el periodo del 2012 al 2016, en un total de estudio 500 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecido. Conocer el perfil epidemiológico, factores de riesgo, complicaciones, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

Para efectos de una mejor comprensión de los datos obtenidos del estudio realizado de ha procedido a representarlos en diagramas.

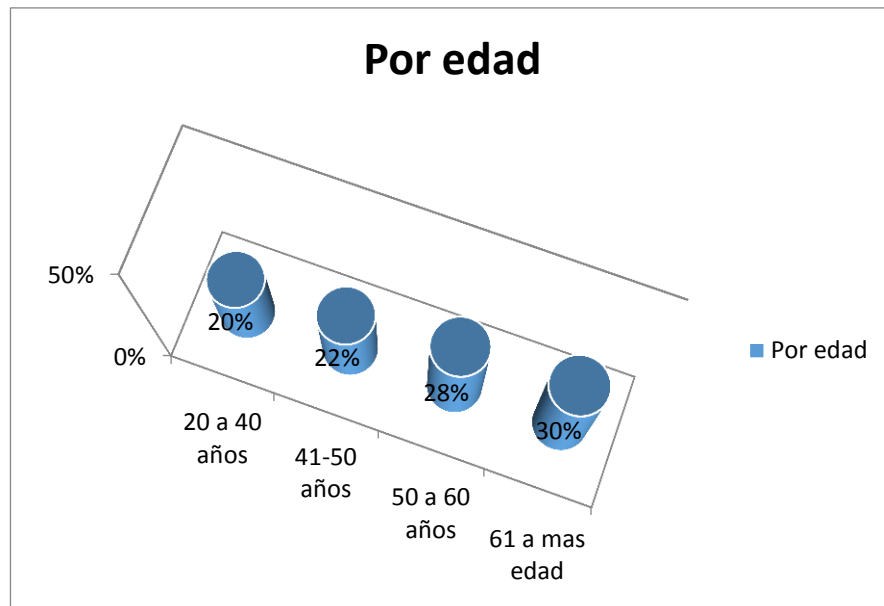
1. CUADRO N°1

TABULACION POR GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-40	98	20%
41-50	110	22%
51-60	144	28%
61 a más edad	148	30%
TOTAL	500	100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto.y Rodríguez López Karla.

GRAFICO N° 1 FRECUENCIA POR EDAD

Análisis: Con respecto a la edad de los pacientes en estudio con diagnóstico de cirrosis hepática, son de 20 a 60 años en adelante, entre estos grupos encontramos, de 20 a 40 años con un 20%, de 41 a 50 años con un 22%, de 51 a 60 años con un 28%, mientras que el grupo con mayor prevalencia se centró en los pacientes de 61 a más edad con un 30%, este estudio revela que la edad es uno de los factores que influye en el desarrollo de este problema constando dentro del perfil epidemiológico de la enfermedad.

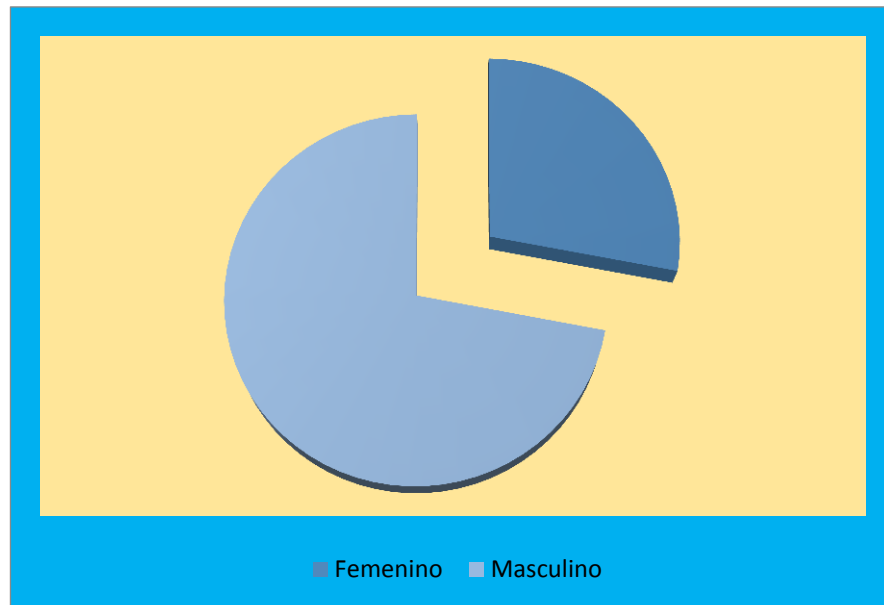
CUADRO 2
TABULACION POR SEXO DEL PACIENTE

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	140	28%
MASCULINO	360	72%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRÁFICO 2
FRECUENCIA POR SEXO DEL PACIENTE



Análisis: En nuestro trabajo podemos observar que el 72% de pacientes con cirrosis hepática es del sexo masculino, donde existió mayor prevalencia en el sexo masculino, mientras que el sexo femenino es del 28%. Este estudio demostró que el sexo del paciente influye en el desarrollo de enfermedades hepáticas, por la relación que existe entre otros factores, como el estilo de vida o el consumo excesivo de alcohol.

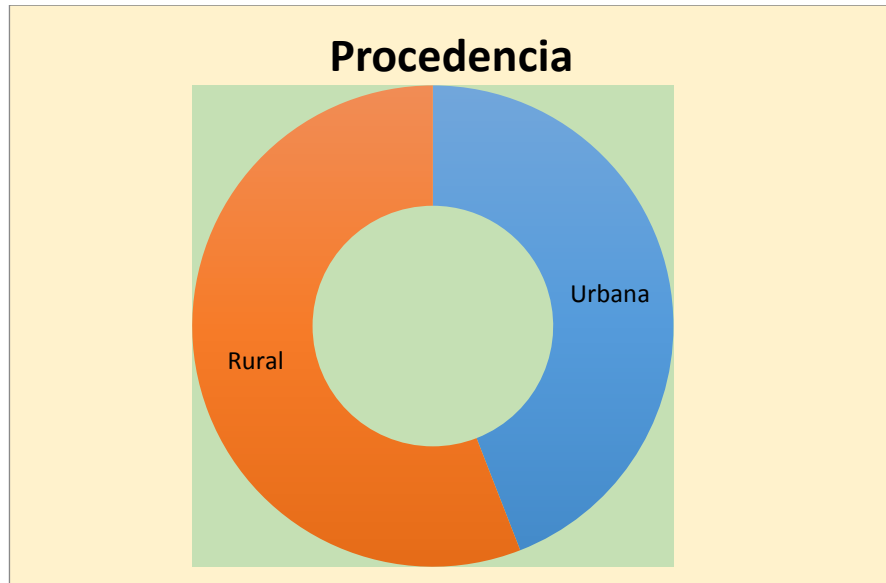
CUADRO N°3

TABULACIÓN POR PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	205	41%
RURAL	295	59%
TOTAL	500	100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRÁFICO N° 2 FRECUENCIA POR PROCEDENCIA

Análisis: Este estudio reveló que la mayor prevalencia de los pacientes en estudios con Cirrosis Hepática, proceden del área rural con un 59%, mientras que los pacientes en estudio del área urbana es del 41%. Esos resultados representan que la procedencia es uno de los factores de riesgo que influye en cuanto a la presencia del problema.

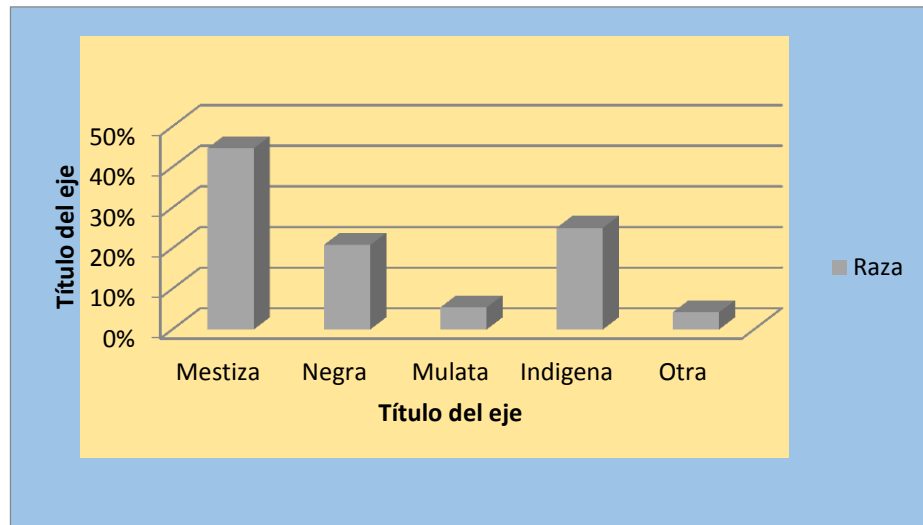
TABLA N°4**TABULACIÓN POR RAZA DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO**

RAZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mestiza	223	44.6%
Negra	104	20.8%
Mulata	27	5.4%
Indígena	125	25%
Otra	21	4.2%
TOTAL	500	100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRAFICO N°4
PREVALENCIA POR RAZA



Análisis: El estudio reveló en cuanto a los pacientes en estudio que el mayor porcentaje se centra en cuanto a la raza es mestiza con el 45%, la raza indígena 25%, ocupa el tercer lugar raza negra 21%, mientras que mulata (5%) y otra raza 4% ocupa los últimos lugares, todo indica que la raza mestiza puede jugar un papel fundamental en la presencia de factores, tomando en cuenta que la mayoría de la población ecuatoriana es mestiza.

TABLA N° 5

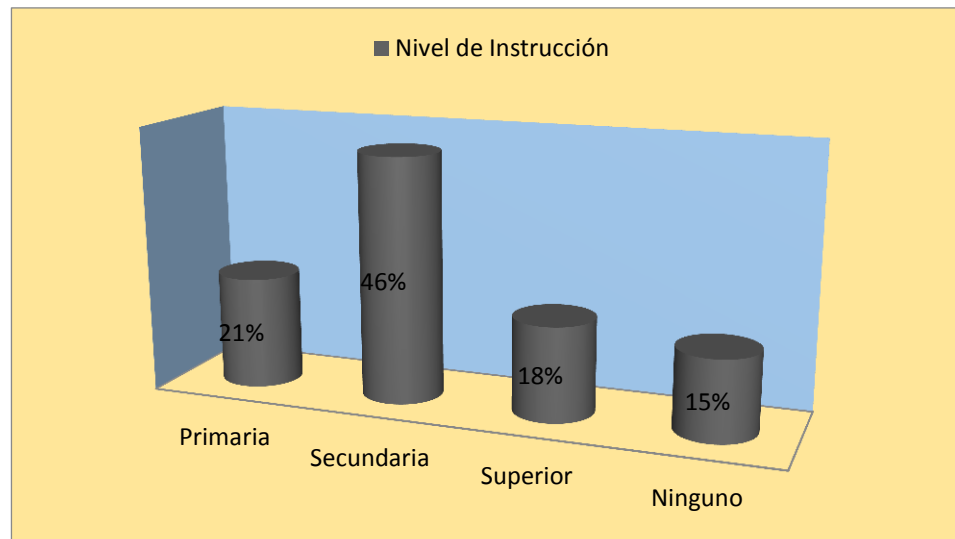
TABULACIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCION

Nivel de Instrucción	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	105	21%
Secundaria	230	46%
Superior	89	17.8%
Ninguno	76	15.2%
TOTAL	500	100%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRÁFICO N° 5 NIVELES DE INSTRUCCIÓN



Análisis: Este análisis reveló que por niveles de instrucción que presentaron este grupo de pacientes en estudio, el grupo con mayor prevalencia se centró en la educación secundaria con un 46% , que han culminado o quedaron en medio sus estudios secundarios, debido a su lugar de procedencia, o su difícil acceso a la educación, seguido de un grupo que han alcanzado culminar solo una educación primaria 21%, mientras que la educación superior ocupa el tercer lugar con un 18% y lo que no han recibido ningún tipo de educación con un 15%, debido a los múltiples factores de riesgo que se pueden presentar al desarrollo del problema.

TABLA N°6

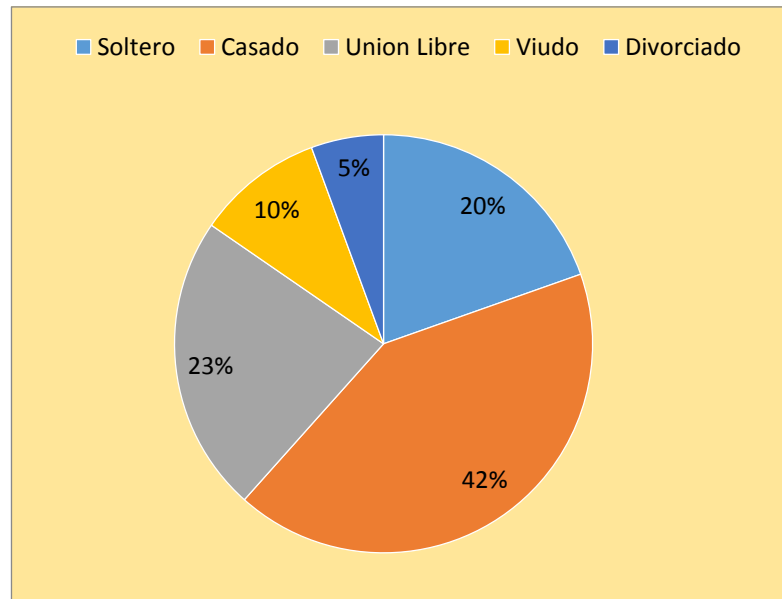
TABULACIÓN POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	98	19,6%
Casado	210	42%
Unión Libre	115	23%
Viudo	49	9,8%
Divorciado	28	5,6%
TOTAL	500	100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRÁFICO N° 6
PREVALENCIA POR ESTADO CIVIL



Análisis: Según este estudio revela que por estado civil, el que tuvo mayor prevalencia fue el grupo de pacientes casados con un 42%, seguido de los pacientes con unión libre con un 23%, el tercer lugar lo ocupa los pacientes solteros con un 20%, los viudos con el 10 % y los divorciados con un 6% ocupan los últimos lugares.

TABLA N°7

TABULACIÓN POR MANIFESTACIONES CLINICAS

SIGNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Astenia	371	74.2%
Pérdida de peso	292	58.4%
Náuseas y vómitos	124	24.8%
Prurito	84	16.8%
Telangiectasias o arañas vasculares	327	65.4%
Dolor en hipocondrio	209	41.8%

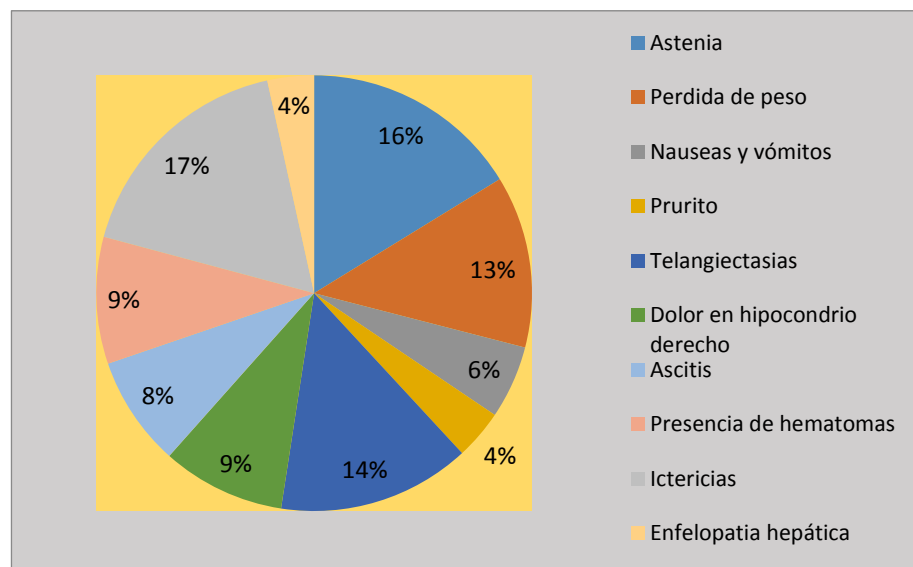
derecho		
Ascitis	187	37.4%
Presencia de hematomas o hemorragias	215	43%
Ictericia	397	79.4%
Encefalopatía hepática	79	15.8%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRÁFICO N°7

MANIFESTACIONES CLINICAS



Análisis: Según el análisis revela que entre las manifestaciones clínicas más comunes que se presentan entre este pequeño grupo de estudio, encontramos que el signo más común y con mayor prevalencia esta la ictericia, el cual lo presentaba el 79.4% de la población en estudio, seguido de la astenia (74.2%), telangiectasias (65.4%) y pérdida de peso (58.4%). A esto le seguían los hematomas y/o las hemorragias con el 43%, el dolor en hipocondrio derecho con el 41.8%, la ascitis con el 37.4%, las náuseas y/o vomito con el 24.8%, el prurito con 16.8% y la encefalopatía hepática que lo presento el 15.8% de la población que ha sido estudiada.

TABLA N°8

TABULACIÓN POR COMPLICACIONES

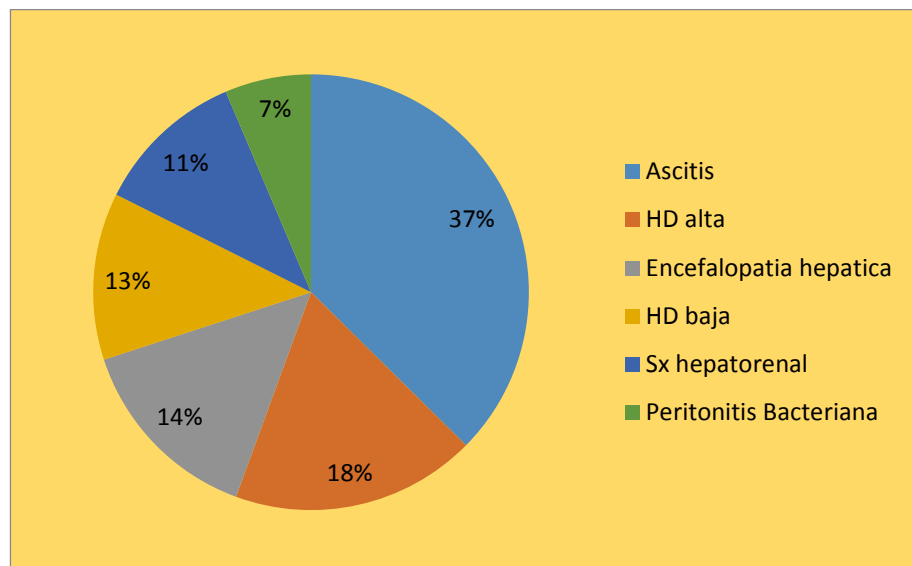
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ascitis	187	37,4%
Hemorragia digestiva alta	91	18,2%
Encefalopatía hepática	72	14,4%
Hemorragia digestiva baja	62	12,4%
Síndrome hepatorenal	56	11,2%
Peritonitis bacteriana espontánea	32	6,4%
TOTAL	500	100%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRAFICO N°8

PREVALENCIA POR COMPLICACION



Análisis: Este estudio reveló que entre las complicaciones debido a la presencia de la cirrosis Hepática, se encuentra la ascitis con mayor prevalencia ente todas las complicaciones desarrolladas por este grupo de pacientes en estudio con un 37.4%, hemorragia digestiva alta 18,2%, encefalopatía hepática con el 14,4%, hemorragia digestiva baja 12,4%, síndrome hepatorenal con el 11,2% y la peritonitis bacteriana con el 6,4%, de todos los casos registrado durante este periodo de estudio.

TABLA N° 9

TABULACIÓN POR FACTORES DE RIESGO

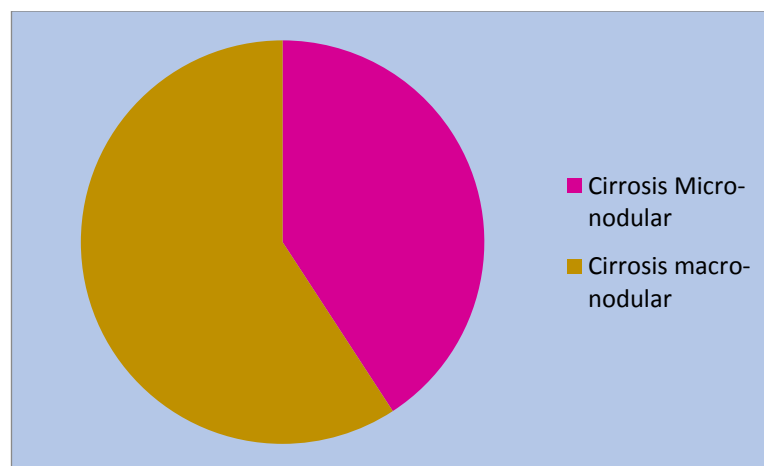
TIPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cirrosis micro-nodular	204	40.8%
Cirrosis macro nodular	296	59.2%
TOTAL	500	100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRAFICO N°9

POR TIPO DE CIRROSIS



Análisis: Los datos revelaron que entre los tipos de cirrosis que presentaron este pequeño grupo de pacientes en estudio de 500, un 59% presento cirrosis macro-nodular, con mayor prevalencia de los casos registrados, mientras que en segundo lugar lo ocupó la cirrosis micro-nodular con un 41%.

TABLA N° 10

TABULACION POR CLASIFICACION DE CHILD-PUGH DE LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS

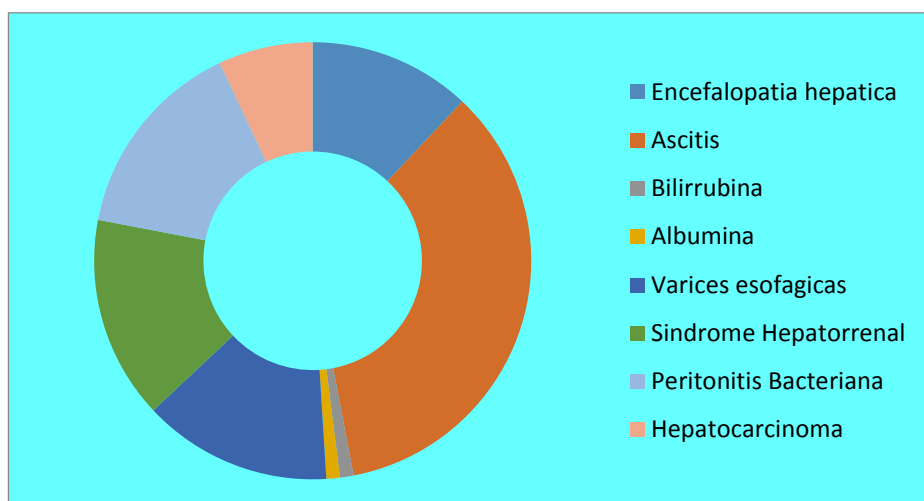
C. CHILD PUGH	GRADOS/ESTADIO	PORCENTAJE
Encefalopatía	Estadio C	12%
Ascitis	Estadio C	35%
Bilirrubina	2-3	1%
Albumina	2.3 – 3.5	1%
Varices esofágicas	Estadio B	14%
Síndrome Hepatorrenal	Estadio B	15%
Peritonitis bacteriana	Estadio C	15%
Hepatocarcinoma	Estadio B	7%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRÁFICO N°10

FRECUENCIA POR CLASIFICACIÓN DE CHILD-PUGH



Análisis. Este estudio reveló que con respecto a la clasificación de Child-Pugh, según su estadio y prevalencia se clasificó en Ascitis en Estadio C con el 35%, tiene la mayor prevalencia de los casos, seguido de Síndrome Hepatorrenal en Estadio B con el 15%, peritonitis bacteriana en Estadio C con el 15%, la encefalopatía hepática en estadio C con el 12%, mientras que las varices esofágicas en estadio B con el 14%, la hepatocarcinoma en estadio B con el 7%, en cuanto al grado de bilirrubina de 2.3 y albumina 2.3 - 3.5 con el 1%.

TABLA 11
TABULACIÓN POR FACTORES DE RIESGO

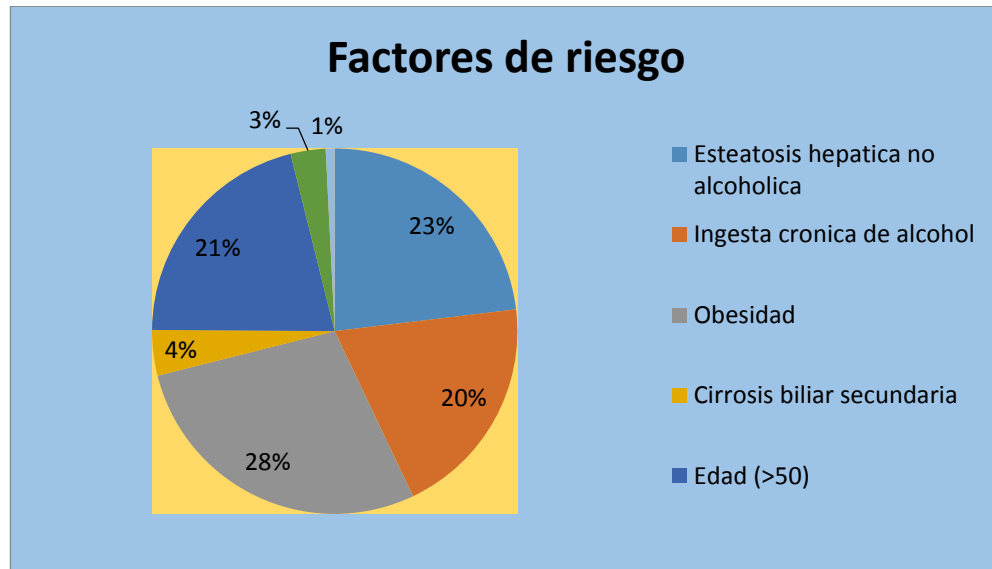
FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esteatosis hepática no alcohólica	321	64,2%
Ingesta crónica de alcohol	276	55,2%
Obesidad	391	78,2%
Cirrosis biliar secundaria	56	11,2%
Edad (>50)	292	58,4%
Hepatitis B y C	43	8,6%
Deficit de alfa 1 antitripsina	11	2,2%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Karla Rodríguez L.

. GRAFICO N° 11

FRECUCENCIA POR FACTORES RIESGO AL DESARROLLO DE LA CIRROSIS DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO



Análisis: Este estudio reveló que en cuanto a los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la cirrosis hepática, en este grupo de pacientes en estudio compuesto por 500 pacientes, encontramos que entre los factores de riesgo en común y con mayor prevalencia están la esteatosis hepática no alcohólica con un 23%, ingesta crónica de alcohol 20%, obesidad 28%, la cirrosis biliar secundaria 4%, la edad también influye en el desarrollo del problema con un 21% siendo este porcentaje pacientes mayores de 50 años, la infección por virus de la hepatitis B y C con un 3%, mientras que los trastornos hereditarios como el déficit alfa 1 antitripsina con un 1%, siendo este un factor de riesgo de menor porcentaje.

TABLA N°12

TABULACIÓN POR PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

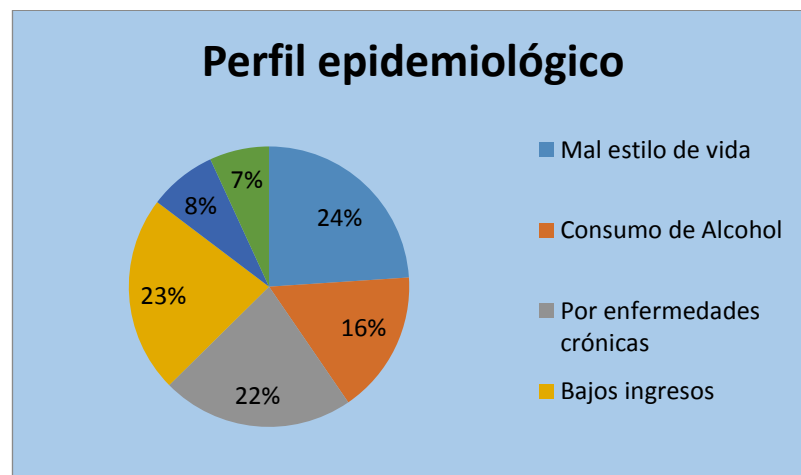
PERFIL EPIDEMIOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mal estilo de vida	401	80,2%
Consumo de Alcohol	276	55,2%
Por enfermedades crónicas	371	74,2%
Bajos ingresos económicos	380	76%
Escaso conocimiento de la enfermedad	131	26,2%
Difícil acceso a los centros de salud	115	23%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Rodríguez López Karla Verónica.

GRAFICO N° 12

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO



Análisis: En cuanto al perfil epidemiológico de la enfermedad la mayor prevalencia se centró en el mal estilo de vida, ejercicio y dieta saludable, teniendo un mal estilo de vida el 80,2% de la población en estudio, seguido de que un 76% de la muestra tiene bajos ingresos económicos, con presencia de enfermedades crónicas asociadas el 74,2%, el 55,2% lo acompaña el consumo

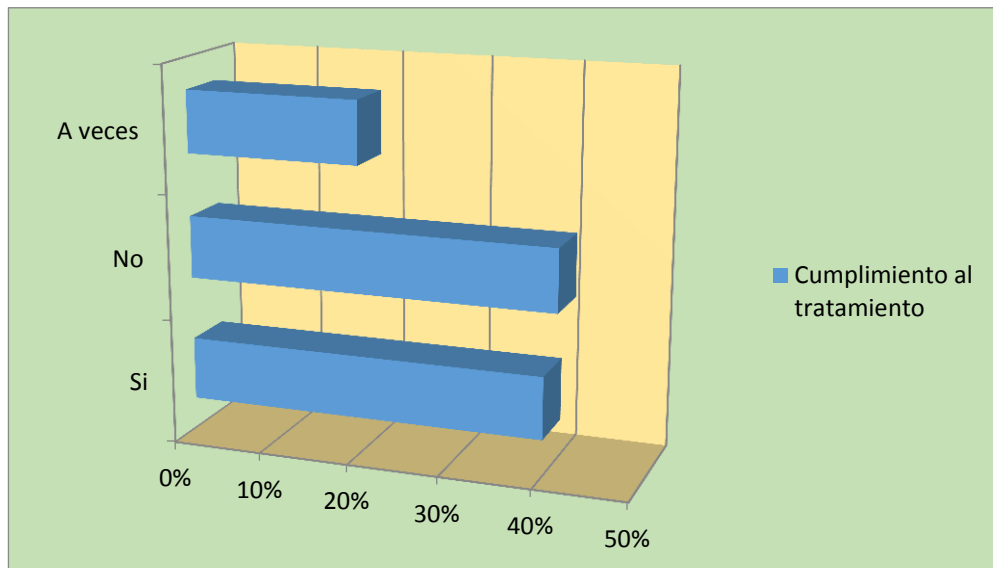
excesivo de alcohol, el escaso conocimiento de la enfermedad 26,2% y el difícil acceso a los centros de salud con un 23%.

TABLA N°13
TABULACION POR CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO

CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	198	39.6%
NO	205	41%
A veces	97	19.4%
TOTAL	500	100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Sánchez Pardo César Augusto y Karla Rodríguez L.

GRAFICO N° 13
FRECUENCIA POR CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO



Análisis: En cuanto al cumplimiento al tratamiento el análisis de resultados mostró que dentro de este grupo de 500 pacientes, con mayor prevalencia se centró a los que no cumplen con el tratamiento con el 41% , por varios factores como bajos ingresos, difícil acceso a los centros hospitalarios, o por otros motivos, mientras los pacientes que si siguen una secuencia de cuidado y cumplimiento tiene un 40%, y el 19% a veces cumplen o siguen una secuencia al tratamiento, este estudio demuestra que la falta de concienciación en cuanto al tratamiento es unos de los factores principales al desarrollo del problema de las posibles complicaciones.

DISCUSIÓN

La Cirrosis hepática es una de las principales causas de morbi-mortalidad en todo el mundo sobre todo en grupo de edad más susceptible de 20 a 60 a más edad, estos pacientes atendidos en el Hospital Especializado Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2012 al 2016. Mediante la revisión de historias clínicas de un grupo de pacientes en estudio se constituyó una muestra de 500 pacientes, durante ese periodo, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Además, se desea proveer información sobre el perfil epidemiológico, factores de riesgo, complicaciones, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

En el primer cuadro con respecto a la edad de los pacientes en estudio con diagnóstico de cirrosis hepática, son de 20 a 60 años en adelante, encontramos que había mayor prevalencia a mayor edad, pero con poca diferencia de porcentaje a partir de los 40 años. El grupo de 20 a 40 años con un 20%, de 41 a 50 años con un 22%, de 51 a 60 años con un 28%, mientras que el grupo con mayor prevalencia se centró en los pacientes de 61 a más edad con un 30%.

También del grupo de estudio un gran porcentaje se centró en el sexo masculino, representando el 72%, mientras que el sexo femenino es del 28%. Este estudio demostró que el sexo paciente influye en el desarrollo de enfermedades hepáticas, por estar más propensos a otros factores, como el estilo de vida o el consumo excesivo de alcohol.

Con respecto a la procedencia el estudio reveló que la mayoría de los pacientes de este estudio proceden del área rural con un 59%, mientras que los pacientes que provienen del área urbana es del 41%. Esos resultados representan que la procedencia es uno de los factores de riesgo que influye en cuanto a la presencia del problema, asociado a la poca información y poco acceso a centros de salud.

Así mismo el análisis reveló con respecto a la raza de los pacientes en estudio que el mayor porcentaje se centra en cuanto a la raza es mestiza con el 45%, la raza indígena 25%, ocupa el tercer lugar raza negra 21%, mientras que mulata (5%) y otra raza 4% ocupa los últimos lugares, todo indica que la raza mestiza puede jugar un papel

fundamental en la presencia de factores, tomando en cuenta que la mayoría de la población ecuatoriana es mestiza.

Este trabajo también confirmo que el nivel de instrucción de estos 500 pacientes escogidos tiene mayor prevalencia en la educación secundaria con un 46% , que han culminado o quedaron en medio sus estudios secundarios, debido a su lugar de procedencia, o su difícil acceso a la educación, seguido de un grupo que han alcanzado culminar solo una educación primaria 21%, mientras que la educación superior ocupa el tercer lugar con un 18% y lo que no han recibido ningún tipo de educación con un 15%, debido a los múltiples factores de riesgo que se pueden presentar al desarrollo del problema, como bajo ingresos económicos, difícil acceso a la educación por el lugar donde viven, área rural, o por problemas sociales que pueden presentar cada paciente.

Por estado civil, el que tuvo mayor prevalencia fue el grupo de pacientes casados con un 42%, ya que ellos puede llevar un estilo de vida sedentario, la ingesta de alimentos que pueden afectar el metabolismo, o el consumo de alcohol, o estar propensos a infecciones que afectan a este órgano creando una relación directa con la presencia o desarrollo de esta enfermedad, seguido de los pacientes con unión libre con un 23%, el tercer lugar lo ocupa los pacientes solteros con un 20%, los viudos con el 10 % y los divorciados con un 6% ocupan los últimos lugares.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, encontramos que el signo más común y con mayor prevalencia esta la ictericia, el cual lo presentaba el 79.4% de la población en estudio, seguido de la astenia (74.2%), telangiectasias (65.4%) y pérdida de peso (58.4%). A esto le seguían los hematomas y/o las hemorragias, sean estas altas o bajas, con el 43%, el dolor en hipocondrio derecho con el 41.8%, la ascitis con el 37.4%, las náuseas y/o vomito con el 24.8%, el prurito con 16.8% y la encefalopatía hepática que lo presento el 15.8% de la población que ha sido estudiada, los cuales fueron ingresados con este diagnóstico como complicación de la enfermedad.

Así mismo este grupo de 500 pacientes desarrollo una serie de complicaciones debido al grado de desarrollo de la enfermedad de las cuales encontramos: ascitis con mayor prevalencia entre todas las complicaciones desarrolladas por este grupo de pacientes en estudio con un 37,4% , hemorragia digestiva alta 18,2%, encefalopatía hepática con el

14,4%, hemorragia digestiva baja 12,4%, síndrome hepatorenal con el 11,2% y la peritonitis bacteriana con el 6,4%, de todos los casos registrado durante este periodo de estudio.

Entre los tipos de cirrosis que presentaron este pequeño grupo de pacientes en estudio de 500, un 59% presento cirrosis macro-nodular, con mayor prevalencia de los casos registrados, mientras que en segundo lugar lo ocupó la cirrosis micro-nodular con un 41%.

También este estudio reveló que con respecto a la clasificación de CHILD-PUGH, según su estadio y prevalencia se clasificó en Ascitis en Estadio C con el 35%, tiene la mayor prevalencia de los casos, seguido de Síndrome Hepatorrenal en Estadio B con el 15%, peritonitis bacteriana en Estadio C con el 15%, la encefalopatía hepática en estadio C con el 12%, mientras que las varices esofágicas en estadio B con el 14%, la hepatocarcinoma en estadio B con el 7%, en cuanto al grado de bilirrubina de 2.3 y albumina 2.3 - 3.5 con el 1%.

Los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la cirrosis hepática, en este grupo de pacientes en estudio compuesto por 500 pacientes, encontramos que entre los factores de riesgo en común y con mayores prevalencia están esteatosis hepática no alcohólica con un 64,2%, ingesta crónica de alcohol 55,2%, obesidad 78,2%, la cirrosis biliar secundaria 11,2%, la edad también influye en el desarrollo del problema con un 58,4% siendo este porcentaje pacientes mayores de 50 años, la infección por virus de la hepatitis B y C con un 8,6%, mientras que los trastornos hereditarios como el déficit alfa 1 antitripsina con un 2,2%, siendo este un factor de riesgo de menor porcentaje.

En cuanto al perfil epidemiológico de la enfermedad la mayor prevalencia se centró en el mal estilo de vida, donde tomamos en cuenta el ejercicio y una dieta saludable, (80,2%) que va asociado la mayoría de veces a un bajo ingreso económico (76%), asociado también a enfermedades crónicas (74,2%) como diabetes, hipertensión arterial, entre otros, y además se relacionó en un porcentaje con el consumo excesivo de alcohol con el 55,2%. Hay que tomar en cuenta que un factor importante también es el escaso

conocimiento sobre la enfermedad, del cual el 26,2% de la población en estudio no tenía información, seguido por el difícil acceso a los centros de salud con un 23%.

Se realizará una serie de métodos de diagnósticos eficaces para la detección precoz del problema, o determinar el tipo y grado de la enfermedad en el paciente y tratar de inmediato a base de un tratamiento adecuado para cada necesidad de los pacientes, con referencia a los exámenes completarlos que se utilizan para el diagnóstico o seguimiento de la cirrosis hepática se maneja en todos los pacientes, el empleo de exámenes hemáticos de igual manera se realiza ecografía de abdomen superior. También se utiliza otros tipos de métodos de exámenes como biometría hemática, química sanguínea, y pruebas para hepatitis

En cuanto al cumplimiento del tratamiento el análisis de resultados mostró que dentro de este grupo de 500 pacientes, con mayor prevalencia se centró a los que no cumplen con un cambio en su estilo de vida en general (dieta, ejercicio, consumo de alcohol...), por varios factores como bajos ingresos económicos, difícil acceso a los centros hospitalarios, o por otros motivos, mientras los pacientes que si siguen una secuencia de cuidado y cumplimiento tiene un 40%, y el 19% a veces cumplen o siguen una secuencia al cambio de su estilo de vida. Este estudio demuestra que la falta de concienciación en cuanto a la importancia de los cambios del estilo de vida que acompañe a su tratamiento es unos de los factores principales al desarrollo del problema de las posibles complicaciones.

CONCLUSIONES

A base de los datos obtenidos en el presente trabajo investigativo se concluye que:

Que, el perfil epidemiológico de la Cirrosis hepática se centra por: sexo masculino, por edad de 40 a 50 años y de 51 a 65 años, dependiendo del estilo de vida que lleva el individuo, siendo la esteatosis hepática no alcohólica (hígado graso) la de mayor prevalencia en nuestra población, seguido del consumo excesivo de alcohol.

Que, si el paciente no realiza un cambio del estilo de vida acompañado de su tratamiento adecuado, puede desarrollar una serie de complicaciones que puede poner en riesgo su vida

Por lo que es necesario que los pacientes se sometan a una serie de exámenes complementarios para establecer un diagnóstico precoz y/o definitivo de los casos. Se manejó exámenes de laboratorio, de igual manera se emplea la realización de ecografías de abdomen superior. También se utiliza otros tipos de exámenes como biometría hemática, química sanguínea, y enzimas hepáticas.

Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que, si se controla los factores de riesgo principales al desarrollo de la cirrosis hepática, se podrá controlar el índice de casos, y disminuir la morbimortalidad asociada a este problema, y buscando como objetivo modificar el perfil epidemiológico con el fin de disminuir los índices de mortalidad en nuestros pacientes, tanto del hospital donde se realizó el estudio como a nivel nacional.

RECOMENDACIONES

Es importante tener en consideración en el estudio del paciente la adecuada historia clínica que nos permitan detectar en forma temprana la aparición de esta patología, evitando así la instauración de posibles complicaciones.

Diversos estudios epidemiológicos, incluyendo este trabajo investigativo, han demostrado la etiología y los factores que influyen en el desarrollo de la cirrosis hepática, tomando en cuenta que estos datos pueden variar dependiendo de cada país y sus costumbres. Por lo tanto es factible educar y concientizar al paciente y a la familia sobre los riesgos del consumo de alcohol, de una mala alimentación, de una falta de conocimiento sobre el tema, y lo importante de buscar ayuda médica temprana, para así disminuir la presencia de la enfermedad.

En lo referente a los exámenes complementarios en caso de duda diagnóstica es preferible el empleo de una biopsia hepática con la finalidad de aclarar el diagnóstico y empezar un tratamiento adecuado, lo mismo que debe ser considerado por las autoridades de salud para que faciliten este tipo de exámenes en pacientes de escasos recursos económicos, así como charlas de prevención y control de la enfermedad para aquellos pacientes que desconocen sobre el problema.

A la vez recomiendo que las autoridades involucradas en trabajos investigativos y de salud, muestren mayor interés en el estudio de enfermedades que están provocando una alta tasa de mortalidad, de tal manera que se involucre a los pacientes y a la población en general en programas de educación y a concientizar sobre los factores de riesgo que predisponen a la presencia de este problema y la manera de mejorar su estilo de vida y el de sus descendientes.

BIBLIOGRAFIA

- Abel Elías Elizabeth 1, a. 2.-J.-P. (2011). Factores de riesgo para cirrosis hepática en la población adulta. *Rev. cuerpo méd. HNAAA*, 77.
- Alayne Ronnenberg, S. (Octubre de 2012). *.cancercarewny.com*. Obtenido de *.cancercarewny.com*:
<https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkiid=122876>
- Alfonso, M. G. (18 de Septiembre de 2015). *Dmedicina.com*. Obtenido de *Dmedicina.com*:
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/urologicas/cirrosis.html>
- Alfredo Rodríguez Magallán, *. H. (2010). Etiología y complicaciones de la cirrosis. *Revista de Gastroenterología Hosp Juarez de México*, 258.
- Anaya, D. C. (Abril de 2011). *HOSPITAL UNIVERSITARIO COMANDANTE MANUEL FAJARDO LA HABANA*. Obtenido de *HOSPITAL UNIVERSITARIO COMANDANTE MANUEL FAJARDO LA HABANA*:
<http://files.sld.cu/cirured/files/2011/04/soprte-nutricional-en-ch.pdf>
- Armenta, D. J. (Febrero de 2015). *galeon.com*. Obtenido de *galeon.com*:
<http://drmarin.galeon.com/cirrosis.htm>
- Domínguez, D. P. (2010). *djbv.ucuenca.edu.ec*. Obtenido de *djbv.ucuenca.edu.ec*:
<http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi287.pdf>
- ESALUD.COM. (14 de Septiembre de 2016). *esalud.com*. Obtenido de *esalud.com*:
<https://www.esalud.com/cirrosis-hepatica/>
- Giménez, D. B. (19 de Marzo de 2012). *Onmeda.es*. Obtenido de *Onmeda.es*:
http://www.onmeda.es/enfermedades/cirrosis_hepatica-sintomas-1347-4.html
- HIDALGO, G. P. (Junio de 2013). *repositorio.puce.edu.ec*. Obtenido de *repositorio.puce.edu.ec*:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7298/11.27.001080.pdf?sequence=4>

info@pulsomed.com. (Noviembre de 2016). *tuotromedico.com*. Obtenido de tuotromedico.com: http://www.tuotromedico.com/temas/cirrosis_hepatica.htm

Jiménez, M. A. (15 de Noviembre de 2016). *webconsultas.com*. Obtenido de webconsultas.com: <http://www.webconsultas.com/cirrosis/complicaciones-de-la-cirrosis-465>

L. García Bueya, F. G. (2012). Cirrosis Hepática. *Medicine .elsevierinstituciones.com*, 626-631.

Misael Uribe, J. M.-B.-R. (2012). Epidemiología, fisiopatología y diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en el cirrótico. *Gaceta Médica de México*, 154.

Solano, C. T. (03 de Noviembre de 2011). *dspace.unl.edu.ec*. Obtenido de dspace.unl.edu.ec: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6624/1/Toledo%20Solano%20Ver%C3%B3nica%20Cecibel%20.pdf>

Toca, M. P. (2010). *dspace.esPOCH.edu.ec*. Obtenido de dspace.esPOCH.edu.ec: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1904/1/94T00083.pdf>

ANEXOS



ANEXO # 1
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

FORMULARIO DE DATOS

Por medio de la presente, intentamos recolectar los datos necesarios para nuestro estudio sobre la Cirrosis Hepática en pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón, con la finalidad de realizar este trabajo investigativo de tesis, de tal manera que permitirá reconocer todo sobre el tema de estudio de dicha patología que afecta nuestro medio.

1) CONTENIDO

N. HC: _____

1) EDAD

2) SEXO

a) Masculino

b) Femenino

3) PROCEDENCIA

1) Rural

2) Urbana

4) RAZA

Mestiza

Negra

Mulata

Indígena

Otra

5) ESTADO CIVIL

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión Libre
- Viudo (a)
- Separado (a)
- Divorciado (a)

6) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Ninguno

7) TIPO DE CIRROSIS

Cirrosis micro nodular

Cirrosis macro nodular

8) MANIFESTACIONES CLINICA QUE PRESENTÓ

- Agotamiento
- Pérdida de peso
- Náuseas y vómitos
- Prurito
- Telangiectasias o arañas vasculares
- Dolores en la zona del hígado
- Retención de líquidos
- Presencia de hematomas o hemorragias
- Ictericia
- Encefalopatía hepática

9 FACTORES DE RIESGO

- Abuso crónico de alcohol
- Infección crónica con Hepatitis B,C,D
- Infección por Hepatitis A y E
- Cirrosis biliar secundaria
- Trastornos Hereditarios
- Galactosemia
- Fibrosis Quística
- Hepatitis inmunitaria
- Edad

10) COMPLICACIONES QUE PRESENTÓ

Hipotensión portal	<input type="checkbox"/>
Hemorragia digestiva por varices	<input type="checkbox"/>
Ascitis	<input type="checkbox"/>
Abdomen prominente	<input type="checkbox"/>
Peritonitis bacteriana	<input type="checkbox"/>
Síndrome Hepatorrenal	<input type="checkbox"/>
Encefalopatía hepática	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>

11) CLASIFICACIÓN POR CHILD-PUGH

		ESTADIO A	ESTADIO B	ESTADIO C
Encefalopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilirrubina	<input type="text"/>			
Albumina	<input type="text"/>			
Varices Esofágicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome Hepatorrenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peritonitis bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatocarcinoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Área geográfica

Estilo de vida

Consumo de alcohol

Por sexo

Por enfermedades crónicas

Bajos ingresos

Escaso conocimiento de la enfermedad

Difícil accesos a los centros de salud

Incumplimiento al tratamiento

13) METODOS DE DIAGNOSTICOS UTILIZADOS

Perfil hepático

Proteinograma

Tiempo de coagulación

Ecografía

Otros

14) CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO

SI

NO

A veces

**ANEXO # 2**

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 CARRERA DE MEDICINA
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

#	Fechas							
	Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1	Revisión y ajustes al proyecto de investigación por el tutor. (Diseño de proyecto de investigación)	X						
2	Trabajo de campo: Recopilación de información.	X						
3	Procesamiento de datos		X					
4	Análisis e interpretación de datos		X	X				
5	Elaboración de informe final				X	X		
6	Entrega del informe final (Subdirección)					X		
7	Sustentación					x		



ANEXO # 3

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS														
PACIENTE				EXAMENES DE LABORATORIO									IMAGEN	OTROS ESTUDIOS
N°	N° HCL	EDAD	SEXO	GGT	TGO	TGP	FOSFATASA ALCALINA	BILIRRUBINA TOTAL	BILIRRUBINA DIRECTA	BILIRRUBINA INDIRECTA	ALBUMINA	TIEMPO DE PROTROMBINA	ECO	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														