

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Perfil epidemiológico en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024.

AUTOR (ES):

Campos García, Melany Juliana
Samaniego Espinoza, Nayade Alejandra

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

TUTOR:

Suarez Padron, Maydelein

Guayaquil, Ecuador

10 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Samaniego Espinoza, Nayade Alejandra y Campos García, Melany Juliana**, como requerimiento para la obtención del título de **Medico**.

TUTOR (A)

f. _____
Suarez Padrón Maydelein

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, 10 del mes mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Samaniego Espinoza, Nayade Alejandra;**
Campos García Melany Juliana

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Perfil Epidemiológico en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024**, previo a la obtención del título de **Medico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 10 del mes de mayo del año 2025.

Los autores:

f.



Nayade Alejandra
Samaniego Espinoza



**Samaniego Espinoza, Nayade
Alejandra**

f.



MELANY JULIANA
CAMPOS GARCIA

Autenticado electrónicamente con Firmado

Campos García, Melany Juliana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Samaniego Espinoza, Nayade Alejandra;**
Campos García Melany Juliana

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Perfil Epidemiológico en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2025.

Los autores:

f.



Nayade Alejandra
Samaniego Espinoza



**Samaniego Espinoza, Nayade
Alejandra**

f.



MELANY JULIANA
CAMPOS GARCIA

Validar únicamente con FirmaQR

Campos García, Melany Juliana



Perfil Epidemiológico en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024



Nombre del documento: TESIS (4).docx
ID del documento: 420fbe9835be759bd578774d7ad49c127cfd52e
Tamaño del documento original: 715,67 kB

Depositante: Nayade Alejandra Samaniego Espinoza
Fecha de depósito: 3/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de análisis: 3/5/2025

Número de palabras: 8119
Número de caracteres: 52.860

Ubicación de las similitudes en el documento:



TUTOR (A)

f. _____
Suarez Padrón Maydelein

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme dado fuerzas, salud, y vida y ser esa luz en mi camino; anhelo con todo mi corazón nunca alejarme de su mano poderosa. A mi esposo por ser mi apoyo incondicional en cada momento y nunca haberme dejado sola, gracias por tu por celebrar cada uno de mis logros como si fueran tuyos, y por impulsarme a seguir adelante cuando sentía que no podía más. A mis padres por sus oraciones y por haber estado siempre para mí durante toda mi existencia, les agradezco infinitamente por cada abrazo, y por sus palabras de ánimo que me alentaron a alcanzar esta meta; y sobre todo por la paciencia. A mis suegros, por recibirme con tanto cariño en su familia, por su apoyo constante, gracias por su comprensión, su bondad y por ser un pilar más en esta etapa tan significativa de mi vida.

Gracias a todo mi grupo de compañeros de internado, por los buenos y malos momentos, a mis docentes, a mi Alma Mater y a mi Hospital General Guasmo Sur por haberme formado como profesional. Y gracias a mi compañera de tesis por haber compartido este camino conmigo, por todo lo que hemos logrado juntas y a nuestra tutora por guiarnos en cada paso, por su paciencia y dedicación.

Samaniego Espinoza Nayade Alejandra.

Me gustaría agradecer en primer lugar a Dios, ya que sin en el nada de esto sería posible. A mi familia por siempre estar presente en los buenos momentos y más aún en los malos, a mi Papi y Mami por siempre apoyarme en mis decisiones, aunque a veces no sean las mejores, a mi hermana Dayana por siempre ser mi roca y mi luz en los momentos más oscuros, a mi hermano Jared por ser mi motivación cuando quiero dejar todo de lado, a mi tía Jenny por siempre escucharme y ser mi segunda mamá, a mi tío Richard por sostener mi mano mientras recibía la peor noticia de mi vida, a mi mejor amigo Glenn por apoyarme el día en que lo perdí todo y nunca dejarme rendir, a mi mejor amiga Anita por siempre estar presente a pesar de la distancia y el tiempo y por último y no menos importante a mi compañera de tesis Nayade por soportar este largo camino juntas, que sea el primero de más logros por venir.

Campos García Melany Juliana.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, en primer lugar, a Dios, por haberme dado la fuerza, la sabiduría y la vida para recorrer este camino llamado medicina. Sin Su guía y Su amor infinito, este logro no habría sido posible.

Con todo mi cariño, dedico este trabajo a mis padres, por ser el ejemplo de esfuerzo, dedicación y amor incondicional; a mi esposo, por su apoyo constante, su paciencia y por caminar a mi lado en cada etapa de este proceso; a mis hermanos, por su compañía y aliento en los momentos difíciles; a mis abuelos, por sus oraciones, sus palabras sabias y su amor inquebrantable; y a toda mi familia, que de una u otra manera me ha motivado, alentado y acompañado en este largo pero gratificante camino.

Samaniego Espinoza Nayade Alejandra.

Quiero dedicarle mi tesis a dos de las personas más importantes de mi vida que lastimosamente nunca podrán leer este trabajo, a mi mami, Rosario Alexandra por nunca cortar mis alas por más difícil que sea el sueño y a mi abuelo Víctor Arcenio por ser el tipo de persona que aspiro ser en mi futuro, gracias por estar en mi vida, aunque haya sido muy poco el tiempo que Dios nos permitió estar juntos sus enseñanzas y amor durarán por siempre.

Campos García Melany Juliana.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

INDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	XIV
CAPITULO I.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	5
1.3 OBJETIVOS.....	6
1.3.1 Objetivo General:	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	6
1.4 HIPÓTESIS	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 CIRROSIS HEPÁTICA.....	8
2.1.1 DEFINICIÓN	8
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA	8
2.1.3 ETIOLOGÍA	9
2.1.3.1 ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA.....	8
2.1.3.2 HEPATITIS VIRAL CRÓNICA.....	8
2.1.3.3 ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE.....	8
2.1.3.4 ENFERMEDADES METABÓLICAS.....	9
2.1.3.5 MEDICAMENTOS Y TOXINAS.....	10
2.1.4 FISIOPATOLOGÍA	11
2.1.5 CUADRO CLÍNICO	13
2.1.6 DIAGNÓSTICO	14
2.1.7 TRATAMIENTO.....	16
2.1.7.1 ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA.....	15
2.1.7.2 VARICES ESOFÁGICAS.....	16
2.1.7.3 ASCITIS.....	16
2.1.7.4 PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA.....	17
CAPÍTULO III.....	19
MATERIALES Y MÉTODOS	19
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	19
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y PERÍODO DE TIEMPO	19
3.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	19
3.1.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	20

3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	20
3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	20
3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	20
3.3 MÉTODO DE ESTUDIO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	20
3.4 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	21
CAPÍTULO IV	22
ANÁLISIS Y RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	31
CAPÍTULO V.....	33
CONCLUSIÓN	33
RECOMENDACIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

ILUSTRACIÓN 1 LISTA DE FÁRMACOS HEPATOTÓXICOS	11
ILUSTRACIÓN 2 FISIOPATOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA	12
ILUSTRACIÓN 3 COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPÁTICA	13
ILUSTRACIÓN 4 SCORE CHILD PUGH.....	15

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA	14
Tabla 2 SEXO	22
Tabla 3 EDAD.....	23
Tabla 4 PROCEDENCIA	24
Tabla 5 FACTORES DE RIESGO	25
Tabla 6 COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA ..	25
Tabla 7 CLASIFICACIÓN DE CHILD PUGH	26
Tabla 8 MORTALIDAD EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPATICA	27
Tabla 9 TABLA CRUZADA DE LA CLASIFICACIÓN DE CHILD PUGH AL INGRESO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE PRESENTAN ENCEFALOPATIA HEPATICA	28
Tabla 10 PRUEBA DE CHI CUADRADO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA CON CHILD B EN RELACION A LA ENCEFALOPATIA HEPATICA..	29
Tabla 11 TABLA CRUZADA ENTRE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE CONSUMEN ALCOHOL EN RELACION CON LA MORTALIDAD.....	29
Tabla 12 PRUEBA DE ESTIMACIÓN DE RIESGO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE CONSUMEN ALCOHOL EN RELACION CON LA MORTALIDAD	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 SEXO	22
Gráfico 2 EDAD	23
Gráfico 3 PROCEDENCIA	24
Gráfico 4 FACTORES DE RIESGO
Gráfico 5 COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA	26
Gráfico 6 CLASIFICACIÓN DE CHILD PUGH	27
Gráfico 7 MORTALIDAD EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPATICA	28

RESUMEN

Introducción: La cirrosis corresponde a la etapa final de algunas enfermedades hepáticas. En la mayoría de los casos esta se presenta de forma asintomática y se diagnostica cuando los pacientes presentan complicaciones. Se caracteriza por alteraciones y cambios en la morfología del hígado que se debe a los nódulos de regeneración y fibrosis. **Objetivo:** Determinar el perfil epidemiológico en pacientes adultos mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur. **Metodología:** Se obtuvo una población de 1307 pacientes que corresponden al periodo de tiempo del año 2021 – 2024. Lo cual para nuestro estudio de investigación resulto en una muestra de 250 pacientes con cirrosis hepática. **Resultados:** Se obtuvo que la prevalencia es del 19,12% de casos motivo por el cual se considera una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país. De igual forma, se puede observar que el rango de edad más frecuente es en pacientes >65 años con un 47,3%, teniendo a su vez predominancia en el sexo masculino con un 69,4% de los casos. **Conclusión:** Se recomienda realizar nuevos estudios con enfoque prospectivo en Hospital de tercer nivel con una mayor población y un periodo de tiempo más prolongado donde no exista limitación de acceder a las historias clínicas con la finalidad de tener prevalencia e incidencia más exactas en nuestro país.

Palabras claves: Cirrosis hepática, alcohol, Child Pugh, Factores de riesgo, Morbimortalidad, Consulta externa.

ABSTRACT

Introduction: Cirrhosis corresponds to the final stage of some liver diseases. In most cases, it presents asymptomatic and is diagnosed when patients present complications. It is characterized by alterations and changes in liver morphology due to regeneration nodules and fibrosis. **Objective:** To determine the epidemiological profile in adult patients over 18 years of age with liver cirrhosis seen in the outpatient clinic of the gastroenterology service of the Guasmo Sur General Hospital. **Methodology:** A population of 1,307 patients was obtained corresponding to the time period from 2021 to 2024. Which for our research study resulted in a sample of 250 patients with liver cirrhosis. **Results:** It was found that the prevalence is 19.12% of cases, which is why it is considered one of the main causes of morbidity and mortality in our country. Similarly, it can be observed that the most common age group is patients over 65 years of age, representing 47.3% of cases, with a predominance of males, accounting for 69.4% of cases. **Conclusion:** Further prospective studies are recommended in tertiary care hospitals with a larger population and a longer time period, where access to medical records is not restricted, in order to obtain more accurate prevalence and incidence data in our country.

Keywords: Liver cirrhosis, alcohol, Child-Pugh syndrome, Risk factors, Morbidity and mortality, Outpatient clinic.

INTRODUCCIÓN

Se denomina cirrosis a la etapa terminal de algunas enfermedades que afectan el hígado. En la mayoría de los pacientes con cirrosis hepática esta se presenta de forma asintomática y se diagnostica de forma inoportuna cuando los pacientes presentan complicaciones e incluso la muerte. La cirrosis se caracteriza por alteraciones y cambios en la morfología del hígado que se distingue por presencia de nódulos de regeneración y fibrosis en el parénquima hepático. Es una afectación con muchos casos por lo general se puede presentar en todos los grupos, sin embargo, afecta más al sexo masculino que ya han pasado la edad media (1). La etiología de la cirrosis hepática es multifactorial pero la principal causa a nivel mundial es el consumo alcohol de forma crónica y la enfermedad viral crónica como la hepatitis B y C, mientras que en las causas menos frecuentes se encuentran las enfermedades hepáticas autoinmunes como: hepatitis autoinmune y la cirrosis biliar primaria, tenemos las enfermedades metabólicas (deficiencia de alfa-1-antitripsina, enfermedad de Wilson, Hemocromatosis, fibrosis quística), y también la esteatosis hepática no alcohólica. (1)

La cirrosis comprende dos periodos, durante el primer periodo los pacientes se van a encontrar asintomáticos, este puede durar varios años sin que el enfermo lo note y su descubrimiento puede ser de manera incidental (cirrosis compensada) y en el segundo periodo va a aparecer la clínica principalmente por las complicaciones (2). Las complicaciones más frecuentes en la cirrosis hepática son: ascitis, enfermedad hepatopulmonar, hidrotórax hepático, encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal, hemorragia digestiva alta (HDA), peritonitis bacteriana espontánea, carcinoma hepatocelular, miocardiopatía cirrótica e infecciones.(1)

Por otro lado, se obtiene que la mortalidad en Estados Unidos en pacientes con cirrosis hepática ocupa el octavo puesto a diferencia de los últimos años que a nivel mundial se lo coloca como la décima causa de muerte en el año 2020 según el instituto Nacional de estadísticas y censo del ecuador, donde se observa que el sexo con más prevalencia es el masculino a diferencia el de las mujeres (3). En la mayoría de los casos la principal causa de cirrosis en nuestro país es debido al consumo excesivo de alcohol de forma crónica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el abuso en la ingesta de alcohol puede llegar a causar hasta 3 millones de muertes, principalmente

porque se relaciona con complicaciones como carcinoma hepatocelular, cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares, etc. (3)

Vargas et al, en un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en un hospital de Perú encontraron que el grupo etario que más afecto es a los pacientes mayores de 65 años y con preferencia al sexo masculino. En Ecuador en un estudio de investigación que realizo Caiza el at se puedo observar que los pacientes con cirrosis hepática presentan como principal factor de riesgo el consumo crónico y de forma descontrolada del alcohol, seguido de la enfermedad viral crónica por hepatitis B y C y esteatosis hepática no alcohólica siendo más afectado el sexo masculino que el femenino con una rango de edad mayor a los 60 años (4). Mientras que un estudio realizado por Rubén Muñoz y sus colaboradores en el Hospital Abel Gilbert Pontón con una muestra total de 185 pacientes encontraron una mayor prevalencia en mujeres con un 56,2% principalmente por esteatosis hepática no alcohólica. (2)

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Perfil Epidemiológico en Pacientes Adultos con Cirrosis Hepática Atendidos en la Consulta Externa en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La cirrosis hepática se considera una patología crónica con alta morbimortalidad que se suele asociar con un pronóstico grave por la presencia de complicaciones como insuficiencia hepática, hipertensión portal y carcinoma hepatocelular. Actualmente, en Ecuador se considera un punto importante a considerar para nuestro sistema de salud, debido al gran costo que con lleva su tratamiento al igual que la pérdida de la calidad de vida de los afectados.

Se realizará la siguiente investigación en el Hospital General del Guasmo Sur debido a que no existe suficiente información que nos indique el marco epidemiológico de los pacientes con cirrosis hepáticas que se atendieron en el servicio de consulta externa. Dicho lo anterior, eso nos limita para la planificación de intervenciones de forma específicas que nos ayuden a guiarnos a la prevención, el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de dicha patología. Se tiene como finalidad realizar el siguiente estudio de investigación para identificar los distintos factores de riesgo que se asocian, sus características sociodemográficas, cuadro clínico que se presentan en la población atendida, con la finalidad de prevenir complicaciones y muertes.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General:

- Determinar el perfil epidemiológico en pacientes adultos mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur.

1.3.2 Objetivos específicos

- Estimar la distribución de los pacientes adultos con cirrosis hepática según edad.
- Determinar la distribución de los pacientes adultos con cirrosis hepática según género y según su procedencia.
- Calcular los factores de riesgo más frecuentes asociados a la cirrosis hepática en los pacientes adultos atendidos en la consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur.
- Describir las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática en esta población.
- Determinar la distribución de los pacientes con cirrosis hepática que ingresaron, mediante el score Child Pugh.

1.4 HIPÓTESIS

El perfil epidemiológico de los pacientes adultos mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur está caracterizado por una prevalencia del 38%.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CIRROSIS HEPÁTICA

2.1.1 DEFINICIÓN

Se define como cirrosis a la presencia de daño hepático de forma crónica, acompañado de inflamación, fibrosis hepática difusa que se caracteriza por estructuras normales hepáticas reemplazadas por nódulos hepáticos regenerativos (5). Por lo que, estos cambios pueden dar como resultado dos importantes manifestaciones clínicas, esto se debe por la progresión de fibrosis aumenta las resistencias vasculares por medio de los sinusoides hepáticos, provocando un aumentado en la presión de la vena porta, denominándose hipertensión portal. Por otro lado, la alteración y pérdida de hepatocitos funcionales, que tienen como función la síntesis de proteínas y eliminación de sustancias tóxicas como el amoníaco, terminan desarrollando insuficiencia hepática. (6)

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Hoy en día, se considera a la cirrosis hepática como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, con alrededor de 800 000 muertes por año a nivel mundial. En países de Latinoamérica la cirrosis hepática se encuentra entre el quinto y sexto lugar de causa de muerte general. A su vez, México la presenta como la tercera causa de morbilidad y mortalidad en hombres y la séptima en mujeres. Mientras que, en Chile, se considera como la quinta causa de muerte (7). Además, se describe que la mortalidad por cirrosis hepática está entre los 11.6 a 47.4 por cada 100 000 habitantes, teniendo un promedio de edad entre los 50 a 65 años. Así mismo, en el año 2017, se observó una prevalencia más alta en el sexo masculino con un 60.3% de los casos, a diferencia del sexo femenino (6). Por otro lado, en Ecuador en el año 2013 el INEC informó que la cirrosis hepática se encontraba entre la séptima causa de muerte en nuestro país, alrededor de 12% de casos con mortalidad, siendo una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes después de la HTA y DM. (8)

2.1.3 ETIOLOGÍA

La cirrosis hepática se denomina una patología multifactorial en donde interviene tanto los factores genéticos, ambientales, infecciosos y metabólicos. Las siguientes etiologías de dicha patología son:

2.1.3.1 ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA

Se considera la principal causa para el desarrollo de cirrosis hepática en pacientes >45 años, la cual se asocia por un consumo excesivo y crónico de alcohol, dado que produce toxicidad directa a los hepatocitos, aumentando la producción del estrés oxidativo por medio de las especies reactivas de oxígeno, lo que contribuye al daño hepatocelular por la metabolización que presentan los metabolitos de los acetaldehído a las células hepáticas, desencadenando fibrosis e inflamación (3). Se considera como factor de riesgo principal, por lo cual es importante valorar la cantidad y duración del consumo del alcohol.

2.1.3.2 HEPATITIS VIRAL CRÓNICA

La segunda causa más frecuente son las infecciones virales causadas por el virus de la hepatitis B y C, por lo que se crea un estado inflamatorio crónico que genera aumento en la matriz extracelular generando fibrosis hepática. (9)

- **Hepatitis B:** se transmite por medio de fluidos corporales, por la cual es endémica en nuestro país, este induce una respuesta inmunológica alta que genera daño hepático, inflamación y fibrosis. (9)
- **Hepatitis C:** este tipo de virus no causa manifestación alguna por mucho tiempo, por lo cual al mantenerse el paciente asintomático la enfermedad progresa lentamente hasta llegar a la cirrosis y finalmente terminar en carcinoma hepatocelular, por la alta respuesta inflamatoria que causa en el hepatocito. (9)

2.1.3.3 ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE

Se considera alta asociación entre cirrosis y las siguientes enfermedades:

- **Hepatitis autoinmune:** se denomina al daño que ocasiona el sistema inmunológico a los hepatocitos por error, lo que genera inflamación crónica, con aumento de factores de crecimiento resultando en fibrosis y posterior

cirrosis. Se observa principalmente en pacientes en edad jóvenes del sexo femenino. (10)

- **Colangitis biliar primaria:** se caracteriza por daño hacia los conductos biliares por el sistema inmunológico que no los reconoce, por lo que existe una disminución del flujo biliar de forma crónica, es decir colestasis por lo que genera inflamación y fibrosis. (8)
- **Colangitis esclerosante primaria:** se presenta afectación directa de los conductos biliares caracterizado por estenosis, inflamación y fibrosis de los conductos biliares intrahepáticos y extrahepáticos. (7)

2.1.3.4 ENFERMEDADES METABÓLICAS

Se debe a la acumulación de sustancias tóxicas que alteran los procesos metabólicos normales del hígado, entre esas tenemos:

- **Hígado graso no alcohólico y esteatohepatitis no alcohólica:** se caracteriza, por una acumulación de grasa en los hepatocitos, provocando una inflamación descontrolada acompañada de fibrosis. Por lo general se asocian con otras enfermedades como el sobrepeso, obesidad, diabetes tipo II y el síndrome metabólico. (10)
- **Hemocromatosis:** se considera un trastorno genético que se caracteriza por una absorción excesiva de hierro, donde se da la acumulación de dicho hierro en distintos órganos, en especial el hígado, por lo que induce al estrés oxidativo, daño hepatocelular y promueve la producción de la fibrosis. (4)
- **Enfermedad de Wilson:** al igual que la enfermedad anterior, se debe a un trastorno hereditario que se caracteriza por la acumulación de cobre en los hepatocitos, causan aumento del proceso inflamatorio que termina en fibrosis del tejido extracelular. (7)
- **Deficiencia alfa-1 antitripsina:** se caracteriza por una deficiencia de la proteína alfa-1 antitripsina que tiene la función de proteger pulmones e hígado de las enzimas proteolíticas, sin embargo, al no presentar dicha proteína, se da la acumulación de las proteínas que causan daño directo a los hepatocitos. (1)

2.1.3.5 MEDICAMENTOS Y TOXINAS

Existe distintos fármacos que causan daño directo a los hepatocitos de forma crónica, como los siguientes (11):

Tipo de célula afectada	Cuadro clínico-patológico	Ejemplos
Lesión hepatocitos	Hepatitis Aguda Hepatocelular	Paracetamol Halotano Isoniazida Diclofenac Sulfamidas Trazodona Nefazodona Troglitazona
	Hepatitis colestásica/mixta aguda	Amoxicilina/Ac.clavulánico Macrólidos (Eritromicina) Clorpromacina
	Hepatitis Granulomatosa	Difenilhidantoína Alopurinol Sulfamidas Diltiazem
	Hepatitis Crónica	Nitrofurantoina Diclofenac Metidopa Bentazepan
	Esteatosis-Esteatohepatitis	Amiodarona Tetraciclinas Metotrexate Acido Valproico Inhibidores Transcriptasa Inversa Corticoides / Estrógenos Tamoxifeno Antagonistas del calcio
	Adenoma/adenocarcinoma hepático	Anticonceptivos orales Andrógenos
Colangiocito	Colestasis aguda	Anabolizantes Estrógenos
	Colestasis crónica	Clorpromacina
	Colangitis esclerosante	
Célula Endotelial	Enfermedad venooclusiva	Azatioprina
	Dilatación sinusoidal	Acido nicotínico
	Peliosis hepática	Agentes quimioterápicos (ciclofosfamida)
	Síndrome Budd-Chiari	Anticonceptivos orales/anabólicos
Células estrelladas (Ito)	Fibrosis perisinusoidal	Metotrexate Vitamina A

ILUSTRACIÓN 1 LISTA DE FÁRMACOS HEPATOTÓXICOS

2.1.4 FISIOPATOLOGÍA

El estadio final de las hepatopatías se denomina cirrosis en donde se caracteriza por una inflamación crónica del parénquima hepático, progresivo e irreversible con presencia de nódulos de regeneración y fibrosis en el tejido conectivo de forma extenso, se caracteriza por una acumulación de la matriz extracelular en las regiones pericelular y perisinusoidal (9). El principal factor de riesgo es la hepatopatía por

alcohol, en donde este es metabolizado en el estómago, e intestino formando así metabolitos tóxicos como el acetaldehído, la cual ingresan al torrente sanguíneo y a la circulación portal, para poder llegar al hígado y realizar el metabolismo mediante los hepatocitos, que al no tener un exceso consumo de alcohol, activamos la vía microsómica generando así especies reactivas de oxígeno, denominadas ERO, la cual generan la producción de la peroxidación lipídica, la cual da como resultado metabolitos tales como te hidroxí-nonenal y malondialdehído provocando alteración en la respuesta inmune, generando estimulación de los factores de crecimiento que producen aumento en el colágeno tipo I. Por lo que, causan el daño irreversible al hepatocito desarrollándose fibrosis hepática, que al seguir continuando con ese daño al hepatocito podría en unos años dar el desarrollo de hepatocarcinoma. A su vez, el aumento de citocinas y factores de crecimiento que son secretados por las células de Kupffer generan la activación para la fibrogenesis del hígado, por medio de las células estelares hepáticas. (12)

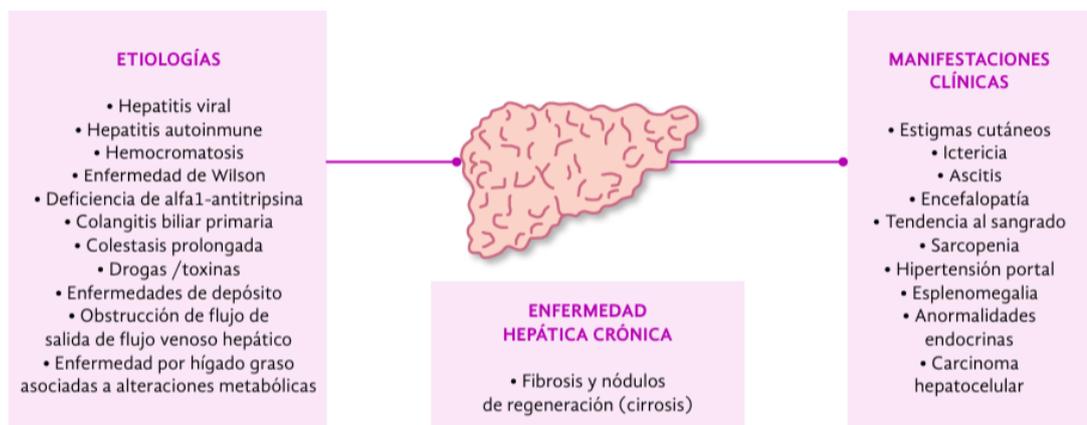


ILUSTRACIÓN 2 FISIOPATOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

Por otro lado, existe otro mecanismo donde el hígado puede generar acumulación de matriz extracelular, en donde la apoptosis de los hepatocitos, liberan señales lipídicas lo que provoca la producción de genes profibrogénicos como los factores de crecimiento, para la activación de las mismas células estelares hepáticas. Si se mantiene esta producción de factores de crecimiento el hígado entra a una etapa crónica donde se sustituye el parénquima hepático por tejido fibrótico o cicatricial, comprometiendo así la parte vascular y la estructura de este, desarrollando los nódulos regenerativos, manteniéndose en una fase compensada (12). Al mantener el estado

inflamatorio por mucho tiempo, causara un aumento en la resistencia del flujo sanguíneo por medio de los sinusoides hepáticos, por lo que aumenta la presión venosa de la porta, provocando un estado de hipertensión portal, que nos conlleva a más complicaciones tales como las várices esofágicas, gástricas y rectales, ascitis y hepatoesplenomegalia. Mientras que, el hepatocito funcional se altera, causa una mala eliminación de las sustancias toxicas como el amonio, que produciendo una insuficiencia hepatocelular que se acompaña con manifestaciones clínicas como ictericias, hemorragias, encefalopatía hepática e incluso la muerte. (2)

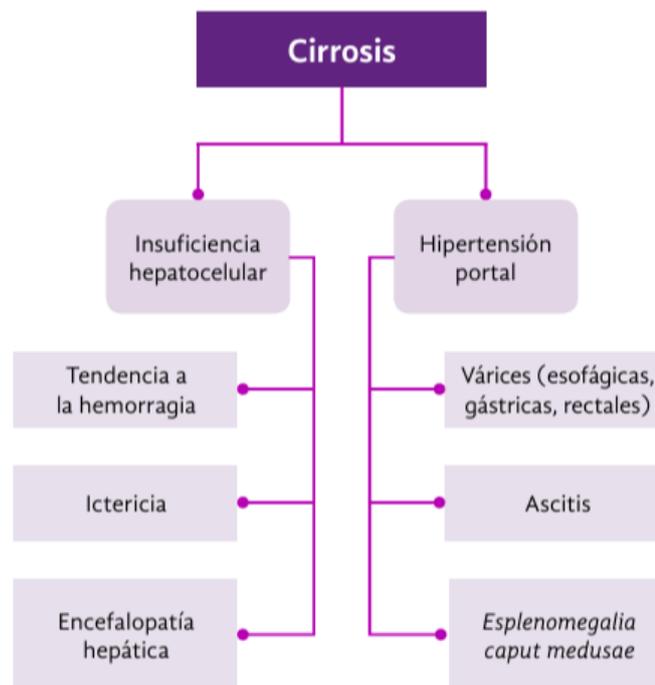


ILUSTRACIÓN 3 COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

2.1.5 CUADRO CLÍNICO

Existen dos fases de la cirrosis hepática, en donde la fase compensada se caracteriza por mantener manifestaciones clínicas latentes, es decir el paciente se encuentra asintomática o se observan síntomas inespecíficos como fatiga, pérdida de apetito, malestar abdominal y nauseas, en donde la mayoría se encuentran diagnosticados de forma accidental, o por seguimiento del virus de la hepatitis crónica. Por otro lado, cuando ya entra en la fase descompensada el paciente presenta múltiples signos y síntomas, tales como (10):

SIGNOS CUTÁNEOS-UNGUEALES	MANIFESTACIONES ABDOMINALES
<ul style="list-style-type: none"> • Arañas vasculares • Ictericia • Eritema palmar • Acropaquia • Telangiectasias • Leuconiquia • Contractura de Dupuytren • Edema en miembros inferiores 	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatomegalia • Esplenomegalia • Ascitis
MANIFESTACIONES ENDOCRINOLÓGICAS	MANIFESTACIONES HEMORRAGICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la libido • Impotencia coeundi • Atrofia testicular • Amenorrea • Ginecomastia 	<ul style="list-style-type: none"> • Epistaxis • Equimosis • Hemorragia de tubo digestivo bajo y alto • Gingivorragias

Tabla 1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

A su vez, a medida que va progresando la enfermedad pueden asociarse a ella complicaciones dado que el hígado pierde la capacidad de realizar sus funciones de desintoxicación, síntesis de proteínas y regulación del metabolismo por lo que puede resultar en encefalopatía hepática por retención del amonio, infecciones debido a la deficiencia de proteínas y la alteración en el sistema inmune, y hepatocarcinoma ya en fases más avanzadas de la enfermedad. (10)

2.1.6 DIAGNÓSTICO

Se realiza principalmente la evaluación por medio de la historia clínica para recolectar los antecedentes de importancia como los factores de riesgo personales y familiares, posterior se realiza la evaluación de las manifestaciones clínicas, signos que se presentan en el examen físico y complicaciones (13). De igual forma, se debe de tratar la causa de la enfermedad, por lo que se necesita enviar exámenes de laboratorio en

caso del virus de la hepatitis, enfermedades autoinmunes del hígado y enfermedades metabólicas hepáticas.

Por otro lado, existen alteraciones que se presentan por el mal funcionamiento del hígado por la falla de los hepatocitos en donde parámetros analíticos nos salen alterados por déficit en su función de síntesis de proteínas y eliminación de sustancias por medio del hígado. Por lo cual se presentan los siguientes exámenes alterados (13):

- Hipoalbuminemia
- Hipocolesterolemia
- Disminución de los factores de coagulación
- Hiper gammaglobulinemia
- Hiperbilirrubinemia
- Híertransaminasemia
- Aumento de la enzima gammaglutamil transpeptidasa

Según los parámetros de laboratorio se puede realizar una estadificación que nos sirve para poder valorar el pronóstico de la enfermedad hepática crónica, es decir la cirrosis hepática. Sin embargo, anteriormente se utilizaba para poder predecir la mortalidad según el riesgo quirúrgico en pacientes con descompensación portal, por lo que actualmente nos ayuda como pronóstico e incluso para valorar la necesidad de un trasplante hepático. Por lo que se utiliza la siguiente tabla (14):

Medición	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (total)	<2	2-3	>3
Albúmina sérica	>3.5	2.8-3.5	<2.8
INR / Tiempo de protrombina	<1.7 / >50	1.71-2.20 / 30 - 50	> 2.20 / <30
Ascitis	Ausente	Suprimida con medicinas	Refractaria
Encefalopatía hepática	Ausente	Grado I-II (o suprimida con medicinas)	Grado III-IV (o refractaria)

Puntos	Clase	Supervivencia al cabo de 1 año	Supervivencia al cabo de 2 años
5-6	A	100%	85%
7-9	B	81%	57%
10-15	C	45%	35%

ILUSTRACIÓN 4 SCORE CHILD PUGH

Por otro lado, el Gold estándar es por medio del examen histológico del hígado, por lo que se debe realizar una punción biopsia hepática siempre y cuando los exámenes de laboratorio como las enzimas hepáticas y la ecografía no sean lo suficiente para poder diagnosticar la cirrosis hepática. A su vez, se debe realizar ecografía abdominal para poder observar cambios estructurales que nos evite utilizar la biopsia de hígado, por lo que se observara un contorno nodular asociado a signos de hipertensión portal, como el aumento del calibre de la vena porta aproximadamente con más 12 mm de diámetro, así mismo la presencia de circulación colateral y aumento del tamaño del bazo (13).

De igual forma, como diagnostico diferencial tenemos la pericarditis constrictiva, insuficiencia cardiaca, el síndrome de Budd-Chiari, infiltración neoplásica masiva hepática, etc. Por lo cual se debe siempre valorar junto a radiografía de tórax, ECG, ultrasonido de hígado, paracentesis diagnostica, etc. (2)

2.1.7 TRATAMIENTO

Se considera a la cirrosis hepática como una patología crónica inflamatoria irreversible, por lo cual el tratamiento es de sostén y se basa en tratar las manifestaciones clínicas y complicaciones. En etapas iniciales se puede evitar o retar la progresión de la cirrosis a etapas avanzadas o descompensada (10). Por lo cual, se debe de evitar el consumo de alcohol y acompañarlo con tratamiento no farmacológico, entre eso la dieta saludable donde se debe disminuir el consumo de sal y proteínas por el riesgo de encefalopatía hepática. De igual forma, la mayoría de los pacientes se encuentra con malnutrición aguda, por lo cual se debe de realizar una buena valoración de calorías. También, es importante administrar complejo B dado que los pacientes presentan un consumo alto de alcohol lo que produce la disminución de dicha vitamina. (12)

2.1.7.1 ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

Se define como una intoxicación cerebral que se caracteriza con una alteración neurológica, afectando principal al sensorio por la acumulación de metabolitos tóxicos que no son eliminados o depurados por el hígado principalmente el amonio. A su vez, la microbiota intestinal aumenta la producción de estos metabolitos, por lo que aumentan en el flujo sanguíneo (10). El tratamiento se basa en:

- **Flumazenil:** es el principal antídoto de las benzodiazepinas por lo que produce una disminución de las sustancias tóxicas, porque utilizan los receptos de las benzodiazepinas, generando un bloqueo de estas. (10)
- **Lactulosa oral:** va dirigido a tratar la producción de la microbiota intestinal, lo que nos ayudara a disminuir el amonio en sangre. (13)
- **Rifaximina:** de igual forma, nos ayuda a modificar la microbiota intestinal, pero no se considera superior que la lactulosa, teniéndola como segunda línea. (7)

2.1.7.2 VARICES ESOFÁGICAS

Por lo general, el 80% de los pacientes presentan ruptura de varices esofágicas por el aumento de presión proveniente de la vena porta, por lo cual su manejo se basa en la prevención del sangrado, tales como:

- **Prevención primaria:** se utiliza betabloqueantes no cardio selectivos como el propanolol 10 mg hasta 40 mg, la cual se debe medir siempre la frecuencia cardiaca para poder ver si es efectivo, si disminuye el 25% de la frecuencia cardiaca significa que nos está dando los resultados esperados. (6)
- **Prevención secundaria:** se utiliza betabloqueantes de largo plazo, en conjunto con tratamiento endoscópico, para la ligadura variceal que se realiza con tratamiento intravenoso con octreotide para poder disminuir la presión venosa portal. Por otro lado, se debe de mantener el uso del betabloqueante para luego realizar sesiones de ligaduras cada 3 semanas, hasta poder eliminarlas por completo. (13)

2.1.7.3 ASCITIS

La hipertensión portal produce un aumento del óxido nítrico, por lo que se genera una retención del sodio a nivel renal, aumentando la vasoconstricción y activando el sistema renina angiotensina aldosterona, activación del sistema simpático generando así producción de hiperflujo (2). Por lo que, el no poder mantener una presión adecuada en el torrente sanguíneo, genera líquido en el tercer espacio, a nivel abdominal. El tratamiento de la ascitis se basa en:

- Restricción de sodio
- Uso de diuréticos con espironolactona 100 mg o furosemida 40 mg
- Antagonista de vasopresina 1 y 2

- Paracentesis, por lo general se usó cuando no responde a tratamiento con diuréticos.

2.1.7.4 PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA

Es la principal complicación de ascitis, la cual se caracteriza por una infección en ausencia de foco infeccioso intraabdominal. Por lo general, se asocia a gérmenes anaerobios gram negativos, la cual se da por el mecanismo de permeabilidad del intestino junto con ella la salida de bacterias del intestino por medio de la pared intestinal hacia el tercer espacio (12). El diagnóstico se realiza con la paracentesis en donde se observa:

- >250 de polimorfonucleares/cc
- Glucosa de <50 mg/dl
- Proteína >10 g/L
- LDH elevada más del nivel de LDH plasmática

Por lo general, el manejo se realiza con antibióticos tales como cefotaxima 2 g cada 8 horas x 5 días o ceftriaxona 1g cada hora x 5 días. A su vez, la respuesta al tratamiento se realiza por medio del recuento de polimorfonucleares a las 48 horas y la evolución clínica (14). Por lo cual, si el paciente presenta menor 25% polimorfonucleares o un deterioro clínico nos indica que el paciente no responde al tratamiento colocado. (2)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y PERÍODO DE TIEMPO

Se realizó un estudio observacional dado que no realizamos manipulación de las variables durante la investigación, es descriptivo porque solo estamos utilizando medidas de frecuencia central más datos de prevalencia, retrospectivo porque el análisis de datos se realizó por medio de las historias clínicas y transversal dado que solo se revisaron las historias clínicas una vez durante la investigación.

3.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.2.1 POBLACIÓN

Pacientes adultos mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

3.1.2.2 MUESTRA

Se obtuvo una población de 1307 pacientes que corresponden al periodo de tiempo del año 2021 – 2024, por medio el cálculo de muestra para una población, que se ajustó a un nivel de confianza del 95% $Z=1,96$, además de un error de estimación máximo de 5% y una probabilidad de ocurrencia del evento del 50%. Lo cual para nuestro estudio de investigación resultó en una muestra de 250 pacientes con cirrosis hepática.

$$\text{Tamaño de muestra: } \frac{Z^2 p (1-p)}{e^2}$$

- **Z:** es el puntaje de z que depende según el nivel de confianza
- **p:** probabilidad que existe en presentar éxito o fracaso
- **e:** es el margen de error

3.1.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos estadísticos se utilizó como principal instrumento Microsoft Excel con el objetivo de organizar, filtrar y distribuir la información que se encontró en las historias clínicas correspondientes. Por otro lado, se realizó un análisis estadístico en el programa IBM SPSS con versión 29.0.2.0. para poder realizar medidas de frecuencia tanto en tablas como en gráficos para observar los resultados obtenidos de nuestros objetivos específicos ya mencionados. Así mismo, se utilizaron para las variables dicotómicas tablas cruzadas, chi cuadrado y estimación de riesgo.

3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática.
- Pacientes de ambos sexos con edad mayor o igual 18 años.
- Pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo Sur en el área de gastroenterología
- Pacientes atendidos en el periodo 2021 – 2024

3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con historia clínica que presenten información incompleta.
- Pacientes con otras enfermedades hepáticas crónicas
- Pacientes que no cuentan con endoscopia digestiva alta.

3.3 MÉTODO DE ESTUDIO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

El método utilizado para la recolección de información fue por medio de las historias clínicas de los pacientes adultos mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Posteriormente se determina la frecuencia en sexo, edad, manifestaciones clínicas, clasificación y complicaciones más frecuentes.

3.4 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	Resultado
Edad	Años cumplidos	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● 18 -39 ● 40 – 50 ● 51 – 65 ● >65 años
Sexo	Características biológicas y cromosómicas	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Femenino ● Masculino
Complicaciones	Dato consignado en la historia clínica	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Ascitis ● Varices Esofágicas ● Encefalopatía hepática ● Síndrome hepatorenal ● Sin complicaciones
Procedencia	Dato consignado en la historia clínica	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> ● Guayas ● Manabí ● Santa Elena ● Esmeraldas ● Pichincha ● Otros
Factores de Riesgo	Dato consignado en la historia clínica	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Obesidad ● Infección por VHB y VHC. ● Consumo de alcohol
Mortalidad	Tasa de muertes producidas en una población	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● SI ● NO
Child Pugh score	Evalúa la gravedad de la enfermedad hepática crónica.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Clase A ● Clase B ● Clase C

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Como resultados se obtuvo que la prevalencia en pacientes adultos mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

$$P: \frac{250}{1307} \times 100$$

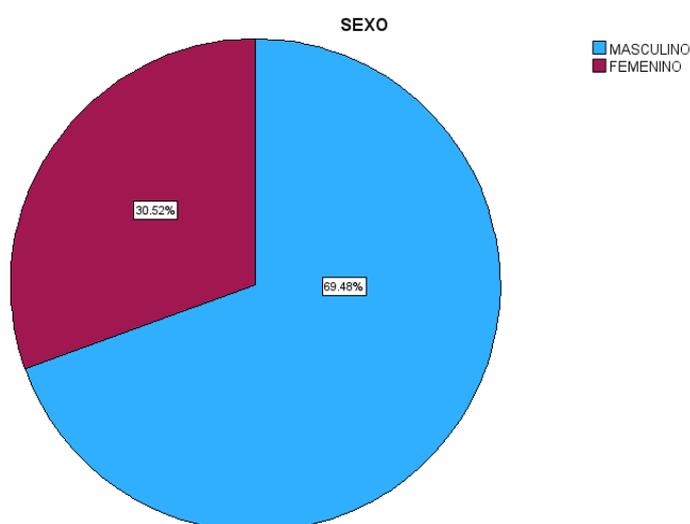
$$P: 19,12\%$$

Tabla 2 SEXO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
VÁLIDO	MASCULINO	173	69.4%
	FEMENINO	77	30.5%
	Total	250	100%

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Gráfico 1 SEXO



Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

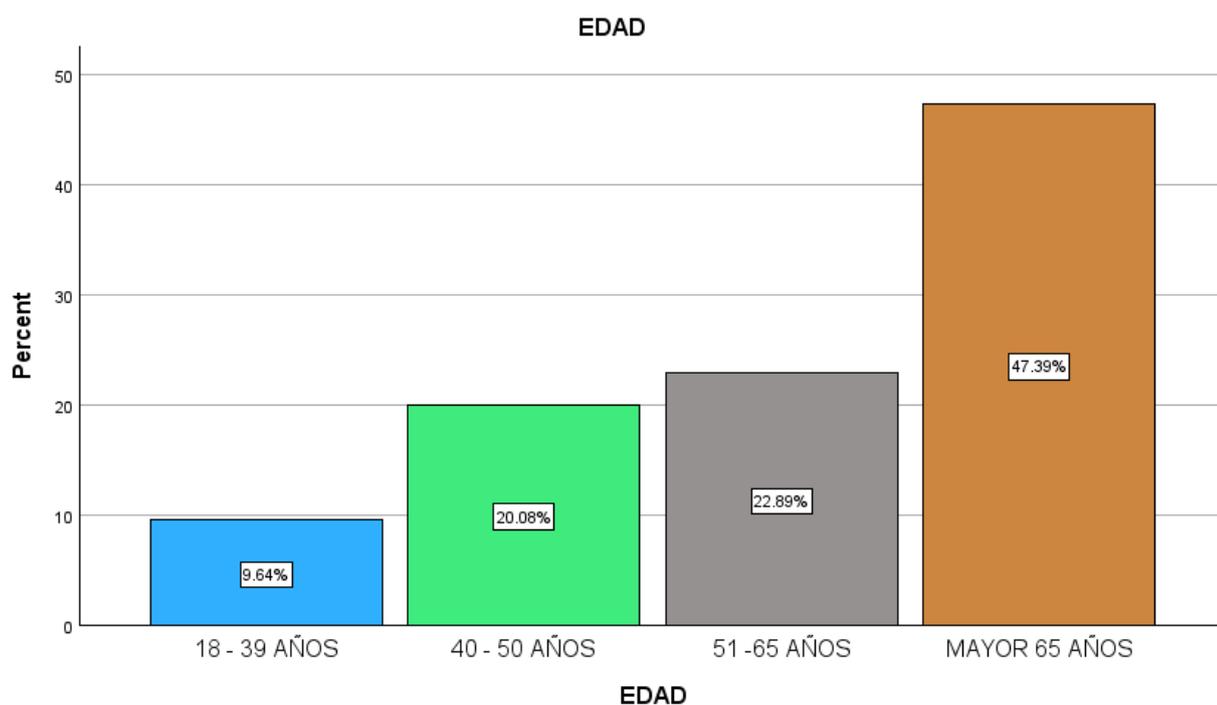
Análisis: Así mismo, se observa que el sexo más frecuente es el masculino con un 69,48% de los casos que padecieron cirrosis hepática, a diferencia del sexo femenino con un 30,52%.

Tabla 3 EDAD

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	18 - 39 AÑOS	24	9.6%
	40 - 50 AÑOS	50	20.0%
	51 -65 AÑOS	57	22.8%
	MAYOR 65 AÑOS	119	47.3%
	Total	250	100.0%

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Gráfico 2 EDAD



Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

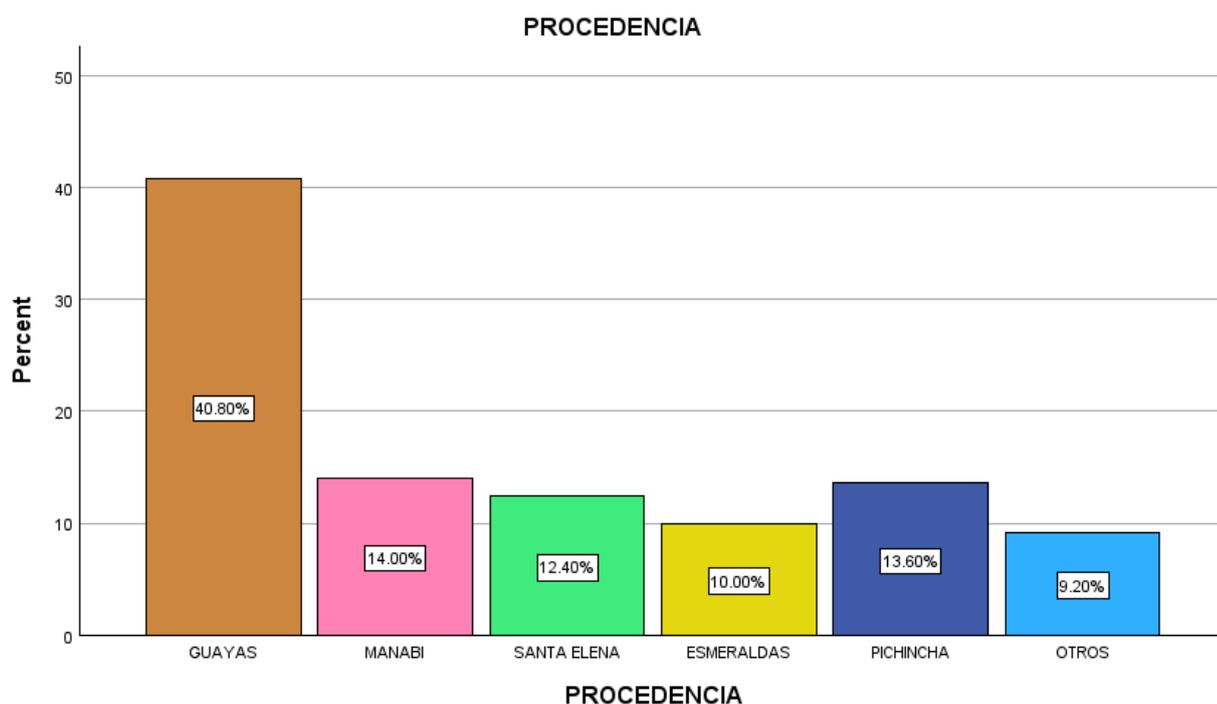
Análisis: En nuestro estudio de investigación se obtuvo que el rango de edad más frecuente en pacientes con cirrosis hepática es en > 65 años con un 47,39%, seguido de los 51 – 65 años con un 22,89%, de los 40 – 50 años con un 20,08% y entre los 18 – 39 años con un 9,64%.

Tabla 4 PROCEDENCIA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	GUAYAS	102	40.8%
	MANABI	35	14.0%
	SANTA ELENA	31	12.4%
	ESMERALDAS	25	10.0%
	PICHINCHA	34	13.6%
	OTROS	23	9.2%
	Total	250	100%

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Gráfico 3 PROCEDENCIA



Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Análisis: Por otro lado, el lugar de procedencia que más casos de cirrosis hepática presento es el Guayas con un 40,80%, seguido de la provincia de Manabí con un 14%, Pichincha 13.60%, Santa Elena 12.40%, Esmeraldas con un 10% y otras provincias con un 9.20%.

Tabla 5 FACTORES DE RIESGO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	HIGADO GRASO	77	30.8%
	INFECCION POR VHC Y VHB	42	16.8%
	CONSUMO DE ALCOHOL	131	52.4%
	Total	250	100.0%

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

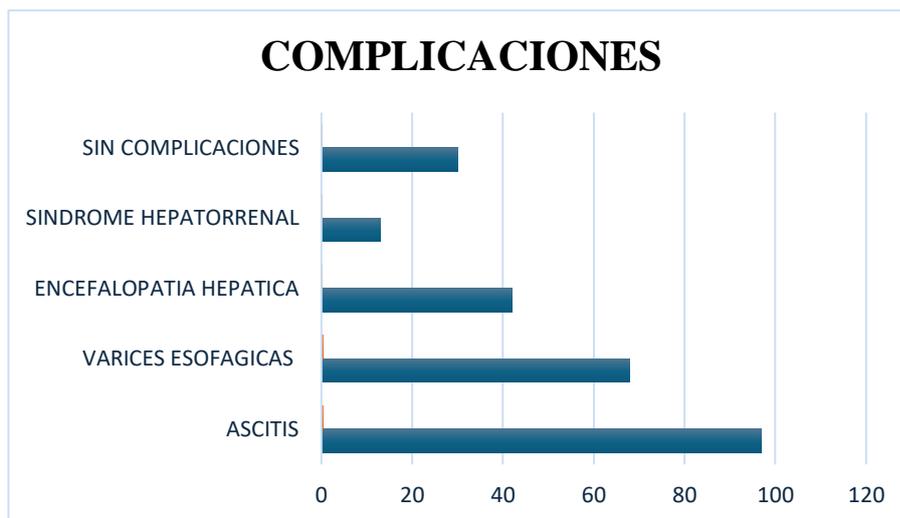
Análisis: A su vez, se obtuvo como resultado que el factor de riesgo más frecuente en pacientes con cirrosis hepática con un 52,40% de los casos es el consumo de alcohol, seguido de la infección por el virus de hepatitis B y C con un 16,80%, hipertensión con un 16%, síndrome metabólico con un 7,60% y diabetes con un 7,20% de los casos.

Tabla 6 COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	ASCITIS	97	38.8%
	VARICES ESOFAGICAS	68	27.2%
	ENCEFALOPATIA HEPATICA	42	16.8%
	SINDROME HEPATORENAL	13	5.2%
	SIN COMPLICACIONES	30	12.0%
	Total	250	100.0%

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Gráfico 4 COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA



Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

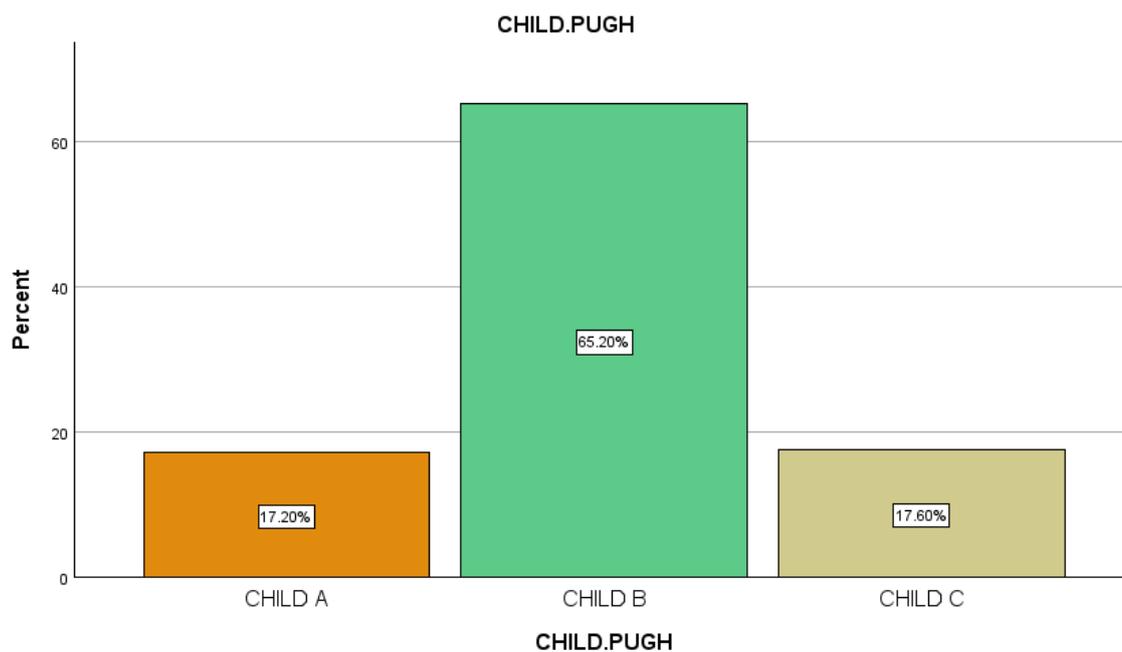
Análisis: Mientras tanto, en el análisis de las complicaciones más frecuentes en pacientes que padecen de cirrosis hepática tenemos que un 38,80% presentan ascitis, el 27,20% varices esofágicas, 16,80% encefalopatía hepática, 5,20% síndrome hepatorenal y solo el 12% no presentan complicaciones dado que se encuentran en su fase compensada.

Tabla 7 CLASIFICACIÓN DE CHILD PUGH

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO CHILD A	43	17.2%
CHILD B	163	65.2%
CHILD C	44	17.6%
Total	250	100%

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Gráfico 5 CLASIFICACIÓN DE CHILD PUGH



Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

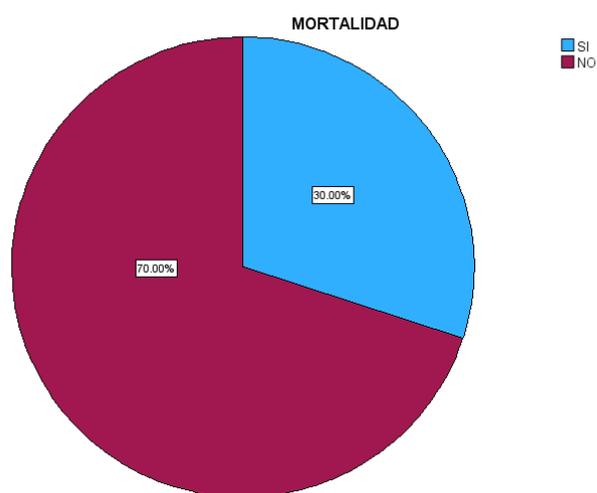
Análisis: Por otro parte, se obtuvo en nuestra investigación que el 65,20% de los pacientes con cirrosis se clasifican para el ingreso con un Child B, mientras que el 17,60% con un Child C y el 17,20% con un Child A.

Tabla 8 MORTALIDAD EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPATICA

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	SI	75	30.0%
	NO	175	70.0%
	Total	250	100%

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Gráfico 6 MORTALIDAD EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPATICA



Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Análisis: Dicho lo anterior, se pudo observar que el 30% de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Hospital General del Guasmo ingresaron en una fase descompensada de cirrosis por lo cual murieron, mientras el 70% se mantienen compensados.

Tabla 9 TABLA CRUZADA DE LA CLASIFICACIÓN DE CHILD PUGH AL INGRESO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE PRESENTAN ASCITIS.

		ASCITIS		Total	
		SI	NO		
CHILD B	SI	RECuento	150	45	195
		% CON ASCITIS	75.8%	86.5%	78.0%
	NO	RECuento	48	7	55
		% SIN ASCITIS	24.2%	13.5%	22.0%
TOTAL	RECuento	198	52	250	
	% TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Análisis: Como se observa en la Tabla 9, el 75,8% de los pacientes con cirrosis hepática que se encuentran con una clasificación al ingreso de Child B su complicación más frecuente fue la ascitis, mientras que las otras clasificaciones Child A y C solo el 24.2% presentaron dicha complicación.

Tabla 10 PRUEBA DE CHI CUADRADO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA CON CHILD B EN RELACION A LA ASCITIS.

PRUEBA DE CHI CUADRADO			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.789 ^a	1	.095
Razón de verosimilitud	3.039	1	.081
Asociación lineal por lineal	2.778	1	.096
N de casos válidos	250		

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Análisis: Como se observa en la tabla 10, se obtuvo que la significación asintótica bilateral es de 0,095 por lo que no existe asociación entre ambas variables, es decir, que son variables independientes una de la otra. Esto nos da como resultado que los pacientes con cirrosis hepática que al ingreso presentan clasificación Child B, no siempre presentan como complicación principal la ascitis.

Tabla 11 TABLA CRUZADA ENTRE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE CONSUMEN ALCOHOL EN RELACION CON LA MORTALIDAD

		ALCOHOL		Total	
		SI	NO		
MORTALIDAD	SI	RECuento	57	18	75
		% CON ALCOHOL	28.1%	38.3%	30.0%
	NO	RECuento	146	29	175
		% SIN ALCOHOL	71.9%	61.7%	70.0%
Total	RECuento	203	47	250	
	% TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Análisis: Se obtuvo como resultado que los pacientes con cirrosis hepática que consumen alcohol el 28,1% de los pacientes tuvieron como resultado la muerte a diferencia, de los pacientes que no consumen alcohol.

Tabla 12 PRUEBA DE ESTIMACIÓN DE RIESGO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA QUE CONSUMEN ALCOHOL EN RELACION CON LA MORTALIDAD

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
RAZÓN DE VENTAJAS PARA MORTALIDAD (SI/ NO)	5.629	3.824	10.221
PARA COHORTE ALCOHOL = SI	1.911	.789	1.051
PARA COHORTE ALCOHOL = NO	0.448	.359	1.441
N DE CASOS VÁLIDOS	250		

Fuente: Elaborado por Melany Campos y Alejandra Samaniego en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

Análisis: Como se puede observar en la tabla 12, los pacientes con cirrosis hepática que consumen alcohol tienen 5 veces más riesgo de mortalidad a diferencia de los pacientes que no consumen alcohol.

DISCUSIÓN

El siguiente estudio de investigación se realizó con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024, dado que se considera una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país, generando así un impacto alto en el sistema de salud. Se obtuvo que la prevalencia de nuestro estudio es del 19,12% datos que se asemejan al estudio de Flores, Poveda con una prevalencia de 24.5% realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2014 – 2015 (15), mientras tanto en el estudio de Vargas, Paredes se obtuvo una prevalencia del 39% cifras mucho más elevadas que se realizó en el Hospital Regional Docente de Trujillo en Perú (3). Por otro lado, tenemos que el rango de edad más frecuente en nuestro estudio es en pacientes >65 años con un 47,3% datos similares en el estudio de Flores, Poveda que se obtuvo un rango de edad entre los 63 – 77 años con un 47,02% (15), a su vez el estudio de Guevara, Moreira donde se puede observar que afecta más a los >70 años con un 80% (1). Datos similares con el estudio de Muñoz, Cedeño donde se observa en >60 años una prevalencia del 49,2% (2) y en el estudio de Vargas, Paredes afecta en >65 años un 45,8% de los casos. (3)

A su vez, se puede observar en nuestro estudio que el sexo más predominante en pacientes con cirrosis hepática es el masculino con un 69,4% de los casos datos similares al estudio de Flores, Poveda con una prevalencia en el sexo masculino del 60,93% (15) y el estudio de Vargas, Paredes con 52,9% afectando más a hombres (3). Mientras que, se encontraron datos diferentes en el estudio de Guevara, Moreira donde se observa una predominancia en el sexo femenino con un 58,4% (1), igual que el estudio de Muñoz, Cedeño con un 56,2% afectando al sexo femenino (2). Por otro lado, en nuestro estudio se obtuvo que la procedencia con más prevalencia de cirrosis hepática es el Guayas con un 40,8% datos semejantes al estudio de Flores, Poveda donde se obtuvo 29,3% en el Guayas (15). De igual forma, tenemos que en nuestro estudio el principal factor de riesgo es el consumo de alcohol con un 52,4%, datos similares al estudio de Guevara, Moreira con un 68% en consumo de alcohol mientras que con un 22% infección por el VHB y VHC encontrándose como segundo factor de riesgo (1), el estudio de Vargas, Paredes con un 44,3% para el consumo de alcohol (3)

al igual que Flores, Poveda con datos del 37,7% (15) y el estudio de Muñoz, Cedeño con un 16,8% siendo el tercer factor de riesgo más frecuente. (2)

Así mismo, se observa en nuestro estudio que la complicación más frecuente en pacientes con cirrosis es la ascitis con un 38,8% de los casos, datos que son similares al estudio de Flores, Poveda donde se observa que la principal complicación es la ascitis con un 39,7% y la encefalopatía hepática con un 12,58% en segundo lugar (15), de igual forma, se observa en el estudio de Muñoz, Cedeño en primer lugar se encuentra las varices esofágicas con un 79,5%, y la ascitis con un 33,1% en tercer puesto (2), mientras que el estudio de Guevara, Moreira se observa que la ascitis es la primera complicación con un 35% y la encefalopatía hepática con un 8% en quinto puesto (1), datos no similares al estudio de Vargas, Paredes con un 4,1% con encefalopatía hepática encontrándose en cuarto lugar (3). Por otro lado, al clasificar a los pacientes con cirrosis hepática al ingreso se obtiene en nuestro estudio que el 65,2% presenta un Child B, por lo que se contrasta con el estudio de Flores, Poveda donde más frecuente es el Child C con un 46,06% dado que los pacientes ya vienen con estadios más avanzados de la enfermedad, teniendo a los pacientes Child B en segundo lugar con un 37,75% (15). Por otro lado, el estudio de Muñoz, Cedeño los pacientes con cirrosis hepáticas presentaban más frecuente el Child B con un 49,2% siendo similar a nuestro estudio, a diferencia del Child C que era de un 35,6%. (2)

Por otra parte, se puede observar que en nuestro estudio la tasa de mortalidad es del 30% en pacientes adultos con cirrosis hepática esto se debe por lo que la mayoría de los pacientes que ingresaron se encuentran con un Child Pugh C es decir, están descompensados por lo que se produce la muerte en la mayoría de ellos, datos similares al estudio de Flores, Poveda donde se observa un 52,6% de los casos dado que en dicho estudio la mayoría era Child C con etapas más avanzadas de la enfermedad (15). Mientras que, en el estudio de Vargas, Paredes se puede observar una mortalidad del 15% por lo que, los pacientes eran de diagnóstico reciente, encontrándose con cirrosis hepática compensada (3). Además, al realizar un análisis de tablas cruzadas entre la clasificación de Child Pugh en relación con la ascitis se obtuvo que el 75,8% de los casos presentan dicha complicación al tener un Child B, datos que no son similares al estudio de Muñoz, Cedeño donde se obtuvo que solo 19,4% de los pacientes con un Child B presentaban varices esofágicas, siendo la complicación más frecuente con un 79,6% de los casos. (2)

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN

- Se obtuvo que la prevalencia en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024 es del 19,12% de casos, motivo por el cual se considera una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país.
- De igual forma, se puede observar que el rango de edad más frecuente es en pacientes >65 años con un 47,3%, teniendo a su vez predominancia en el sexo masculino con un 69,4% de los casos. Así mismo, lo que más resalta es la procedencia de los pacientes con cirrosis hepática, siendo el Guayas con un 40,8%.
- Por otro lado, se obtuvo que el factor de riesgo más frecuente es el consumo de alcohol con un 52,4% por la fácil accesibilidad a dicha sustancia de forma descontrolada en nuestro país.
- La complicación más prevalente en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática es la ascitis con un 38,8%, seguida de las varices esofágicas con un 27,20%, la encefalopatía hepática con un 16,80%, el síndrome hepatorenal con un 5,20% y solo el 12% no presentaron complicaciones.
- El 65,20% de los pacientes con cirrosis se clasifican para el ingreso con un Child B, mientras que el 17,60% con un Child C y el 17,20% con un Child A.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar nuevos estudios con enfoque prospectivo en Hospital de tercer nivel con una mayor población y un periodo de tiempo más prolongado donde no exista limitación de acceder a las historias clínicas con la finalidad de tener prevalencia e incidencia más exactas en nuestro país.
- También, se deben realizar guías prácticas donde nos ayude a poder diagnosticar de forma oportuna para tener un mejor control de dichos pacientes y evitar complicaciones a futuro que puedan generar el aumento de la tasa de mortalidad en nuestro país.
- Se recomienda tener controles mensuales en pacientes con cirrosis hepática descompensada que tengan mal apego al tratamiento y con alto índice de complicaciones para poder abarcar mejor dicha patología. Mientras que en pacientes con cirrosis compensada realizar controles cada seis meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreira DNG, Vera JED, Veloz JMS. Cirrosis hepática causas y complicaciones en mayores de 40 años de edad. RECIAMUC. 9 de febrero de 2021;5(1):63-9.
2. Cedeño RGM, Ballesteros PEM, López WFS, Sani VP, Chica GR, Cedeño PKM. Complicaciones de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil. 2021;2(3):22-9.
3. Vargas Paredes JC, Urbina Anticona LE. Perfil epidemiológico de pacientes adultos con cirrosis hepática atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 11 de agosto de 2021 [citado 13 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/17221>
4. Poaquiza FMC, Pérez EAG. Prevalencia de la cirrosis hepática en pacientes alcohólicos en Ecuador. Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS. 27 de junio de 2023;5(4):661-72.
5. Calderón Gerstein W, Ascanio Paredes M, Yarinsueca Mata PR. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horizonte Médico (Lima) [Internet]. abril de 2020 [citado 13 de marzo de 2025];20(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2020000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. Revista de Gastroenterología del Perú. julio de 2007;27(3):238-45.
7. Fortea JI, Carrera IG, Puente A, Crespo J. Cirrosis hepática. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 1 de abril de 2020;13(6):297-307.
8. Liu YB, Chen MK. Epidemiology of liver cirrhosis and associated complications: Current knowledge and future directions. World Journal of Gastroenterology. 7 de noviembre de 2022;28(41):5910-30.
9. Flores-García NC, Dirac M, Han H, Kershenobich-Stalnikowitz D, Flores-García NC, Dirac M, et al. La carga de la enfermedad por cirrosis hepática en México. Gaceta médica de México. diciembre de 2023;159(6):509-16.
10. Bravo Coello JR, Pacheco Moreira VA, Monar Goyes MC, Chunchu Romero JC. Manejo clínico y terapéutico en pacientes con cirrosis hepática. Dominio de las Ciencias. 2021;7(Extra 4):104.
11. Tejada Cifuentes F. Hepatotoxicidad por Fármacos. Revista Clínica de Medicina de Familia. octubre de 2010;3(3):177-91.
12. Martínez-Castillo M, Altamirano-Mendoza I, Sánchez-Valle S, García-Islas L, Sánchez-Barragán M, Hernández-Santillán M, et al. Desregulación inmunológica y fisiopatología del consumo de alcohol y la enfermedad hepática alcohólica. Revista de Gastroenterología de México. 1 de abril de 2023;88(2):136-54.

13. Lucendo Jiménez L, Rayón Moreno L, Clemente Sánchez A, Rincón Rodríguez D. Protocolo diagnóstico de la cirrosis. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 1 de junio de 2020;13(12):699-702.
14. Escala de Child-Pugh [Internet]. Facultad de Medicina. [citado 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/escala-de-child-pugh/>
15. Flores K. (PDF) Cirrosis hepática: perfil epidemiológico y calidad de vida. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Período 2014 – 2015. ResearchGate [Internet]. 22 de octubre de 2024 [citado 25 de marzo de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337436056_Cirrosis_hepatica_perfil_epidemiologico_y_calidad_de_vida_Hospital_Teodoro_Maldonado_Carbo_Periodo_2014_-_2015

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Samaniego Espinoza, Nayade Alejandra**, con C.C: #1310574254 y **Campos García Melany Juliana**, con C.C: # 0952666477 autor/a del trabajo de titulación: **Perfil Epidemiológico en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **10 de mayo de 2025**

Los autores:

f.



Nayade Alejandra
Samaniego Espinoza
Time Stamping
Security Data

**Samaniego Espinoza, Nayade
Alejandra**

f.



MELANY JULIANA
CAMPOS GARCIA
AUTOR/A DIGITALMENTE CON FIRMANA

Campos García, Melany Juliana



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Perfil Epidemiológico en pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024.		
AUTOR(ES)	Nayade Alejandra Samaniego Espinoza y Melany Juliana Campos García.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Maydelein Suarez Padrón.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de mayo del 2025	No. DE PÁGINAS:	42
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Cirrosis Hepática, Medicina Interna.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cirrosis hepática, alcohol, Child Pugh, Factores de riesgo, Morbimortalidad, Consulta externa.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La cirrosis corresponde a la etapa final de algunas enfermedades hepáticas. En la mayoría de los casos esta se presenta de forma asintomática y se diagnostica cuando los pacientes presentan complicaciones. Se caracteriza por alteraciones y cambios en la morfología del hígado que se debe a los nódulos de regeneración y fibrosis. Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico en pacientes adultos mayores de 18 años con cirrosis hepática atendidos en la consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital General Guasmo Sur. Metodología: Se obtuvo una población de 1307 pacientes que corresponden al periodo de tiempo del año 2021 – 2024. Lo cual para nuestro estudio de investigación resulto en una muestra de 250 pacientes con cirrosis hepática. Resultados: Se obtuvo que la prevalencia es del 19,12% de casos motivo por el cual se considera una de las principales causas de morbilidad en nuestro país. De igual forma, se puede observar que el rango de edad más frecuente es en pacientes >65 años con un 47,3%, teniendo a su vez predominancia en el sexo masculino con un 69,4% de los casos. Conclusión: Se recomienda realizar nuevos estudios con enfoque prospectivo en Hospital de tercer nivel con una mayor población y un periodo de tiempo más prolongado donde no exista limitación de acceder a las historias clínicas con la finalidad de tener prevalencia e incidencia más exactas en nuestro país.</p>		
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 988471610 +593 968234617	E-mail: nayade.samaniego@cu.ucsg.edu.ec melany.campos@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio Teléfono: +593982742221 E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			