



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cuidados paliativos de enfermería en cirrosis hepática

Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciado en Enfermería

Autor:

Cando Cando, Edwin Ricardo

Tutora:

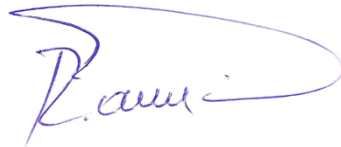
MsC. Verónica Quishpi Lucero

Riobamba, Ecuador. 2026

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Edwin Ricardo Cando Cando con C.I 060461590-6, autor del trabajo de investigación titulado: Cuidados paliativos de enfermería en pacientes con cirrosis hepática, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi total responsabilidad.

Asimismo, otorgo a la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), de manera no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, publicación y reproducción total o parcial, por medio digital o físico; por medio de esta cesión se deja constancia de que el cesionario no tendrá derecho a beneficios económicos. Asumo la responsabilidad por cualquier reivindicación de terceros relacionada con los derechos de autor de la obra, exonerando a la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH) de toda obligación derivada.



Edwin Ricardo Cando Cando
CI. 0604615906

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien subscribe, MSc. Verónica Quishpi Lucero catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: “Cuidados paliativos de enfermería en cirrosis hepática”, bajo la autoría de Edwin Ricardo Cando Cando, con cédula de identidad número 0604615906; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad; en Riobamba a los 18 días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente



MSc. VERÓNICA QUISHPI LUCERO

TUTORA

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo: “Cuidados paliativos de enfermería en cirrosis hepática”, con cédula de identidad número 0604615906 bajo la tutoría de MSc. Verónica Quishpi Lucero; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 06 de enero de 2026.

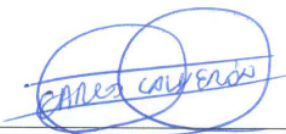
Dr. Leonel Rodríguez Álvarez
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



MSc. Viviana Mera Herrera
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



MSc. Carla Calderón Cabezas
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



CERTIFICADO ANTIPLAGIO

CERTIFICACIÓN

QUE, **EDWIN RICARDO CANDO CANDO** con CC: **0604615906**, estudiante de la Carrera de **ENFERMERÍA, NO VIGENTE**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN CIRROSIS HEPÁTICA**", cumple con el 8%, de acuerdo al reporte del sistema Antiplagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 18 de diciembre de 2025



MSc. VERÓNICA QUISHPI LUCERO
TUTORA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios que me dio la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa, a mis padres Francisco y Mercedes, ustedes han sido siempre el motor que impulsa a lograr mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches largas más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando finalizo mis estudios, les dedico a ustedes este logro querido padres, como una meta más conquistada, a mis hermanos Edison, Joffre, William y Yolanda, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, a mis tíos Agustín y José por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso. Finalmente quiero dedicar esta tesis a mi amiga Blanca y sus hijas Emily y Sofía, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día.

Edwin

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por la paciencia y la perseverancia que me otorgó, permitiéndome llevar a cabo esta investigación con dedicación y pasión. A la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH) por abrirme sus puertas, a las docentes de carrera por impartirnos sus conocimientos actitudes y habilidades para ejercer esta profesión. Y finalmente agradezco a la Máster Verónica Quishpi por su apoyo incondicional en la elaboración de mi proyecto de investigación.

Edwin

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN..... 12

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO..... 16

CAPITULO III. METODOLOGÍA..... 26

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 27

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 36

CONCLUSIONES..... 36

RECOMENDACIONES 38

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40

ANEXOS 47

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA.....	48
TABLA 2. COMPLICACIONES CIRROSIS HEPÁTICA.....	54
TABLA 3. CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA	58

RESUMEN

La cirrosis hepática es la alteración global de la arquitectura interna del hígado que tiene lugar cuando la gran cantidad de tejido hepático normal es sustituido de forma permanente por tejido cicatricial no funcional, produce diversas complicaciones que disminuyen la calidad de vida de la persona que padece. El objetivo del presente trabajo consiste en describir los cuidados paliativos de enfermería en base a las necesidades físicas, psicosociales y espirituales en pacientes con cirrosis hepática. **Método:** se realizó una revisión bibliográfica de 57 documentos consultados en fuentes de información primarias, se emplearon buscadores especializados, entre ellos Google académico, Scirus, SciELO, Redalyc, PubMed y Dialnet. Se incluyeron documentos publicados en el periodo 2020-2025 en idioma español, inglés o portugués, en el caso de ser artículos científicos debían ser de libre acceso, presentar un mínimo de contenido sobre el tema de estudio. **Resultados:** La cirrosis hepática pasa inadvertida tanto para los profesionales de la salud como por el propio individuo afectado, debido a que, esta patología es silente en las fases iniciales. Aspectos como la prevención de caídas, la seguridad en el uso de medicamentos, la higiene de manos y control de las comorbilidades se vuelven universales; a pesar de ello, son intervenciones claves como el seguimiento periódico, la inclusión de varios profesionales como nutricionistas, psicólogos o enfermeros comunitarios, la preparación temprana a las diferentes terapias de sustitución renal, el control de la calidad de agua y líquido de diálisis, el control de infecciones deben considerarse necesarias en cualquier proceso y plan de cuidados en esta población según su necesidad.

Conclusiones: La enfermedad hepática avanzada constituye un problema de salud pública a nivel mundial; todo el personal sanitario, en especial enfermería se enfrenta a un verdadero reto durante la atención de personas con cirrosis debido a la complejidad y posibles complicaciones que conlleva esta patología, por esta razón, debe trabajar en prevenir, identificar y tratar oportunamente.

Palabras clave: atención oportuna, enfermería, enfermedad hepática avanzada, complicaciones.

ABSTRACT

Liver cirrhosis is a progressive and diffuse alteration of the liver's internal architecture, characterized by the irreversible replacement of normal hepatic tissue with nonfunctional scar tissue. This process leads to multiple complications and a deterioration in the quality of life of affected individuals. The aim of the present study was to describe nursing palliative care in patients with liver cirrhosis, considering their physical, psychosocial, and spiritual needs.

Method: A bibliographic review of 57 documents from primary information sources was conducted using specialized databases, including Google Scholar, Scirus, SciELO, Redalyc, PubMed, and Dialnet. Publications from 2020 to 2025 in Spanish, English, and Portuguese were included. Only open-access articles containing relevant information related to the study topic were selected.

Results: Liver cirrhosis is often a silent disease in its early stages, which hinders timely diagnosis. Among the most relevant nursing care interventions identified were fall prevention, medication safety, hand hygiene, and the management of comorbidities. In addition, regular follow-up, the involvement of a multidisciplinary team, early preparation for renal replacement therapies, and infection prevention were highlighted as essential components of an individualized care plan.

Conclusions: Advanced liver disease constitutes a global public health problem and represents a significant challenge for nursing professionals, who play a fundamental role in preventing complications, promoting early detection, and ensuring the timely management of associated conditions.

Keywords: nursing; palliative care; liver cirrhosis; advanced liver disease; complications.



Mario Nicolas Salazar
Ramos



Revised by
Mario N. Salazar
0604069781

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2025, mediante la publicación. “*The morphology of cirrhosis*”, manifiesta que, desde el punto de vista epidemiológico, existe aproximadamente 1.3 millones de muertes por año por cirrosis hepática y las complicaciones alrededor de 4% de la mortalidad a nivel mundial. Además, define la cirrosis hepática como un proceso indefinido que se caracteriza por fibrosis y modificación de la estructura hepática normal en una disposición nodular irregular ⁽¹⁾.

Asimismo, según Andrade Villavicencio DA, en el año 2023, define la cirrosis hepática como una patología crónica de etiología multifactorial, la génesis de la cirrosis hepática se debe a que tejidos epiteliales a nivel hepático comienzan un proceso de cicatrización llamada fibrosis y posteriormente se forma nódulos de regeneración causando alteración en el flujo sanguíneo a través de ella, provocando la hipertensión portal. Cuando el hígado cirrótico no realiza adecuadamente su función, la sangre comienza con un cuadro de intoxicación por las toxinas acumuladas por la inadecuada función de filtración por el hígado, produciendo alteración en múltiples órganos que desencadena en una fase de descompensación del paciente llegando hasta la muerte ⁽²⁾.

Vázquez Navarro ME, en su investigación titulada “*Características clínicas y necesidades paliativas de pacientes con insuficiencia hepática no oncológica atendidos en un servicio de cuidados paliativos*”, en el año 2025, menciona que la fibrosis se debe a la sustitución del tejido hepático dañado por una cicatriz de fibras de colágeno ⁽³⁾. Además, Miño Bernal J, en el año 2022, manifiesta que la fibrosis es un proceso de regeneración como resultado del daño e inflamación crónica causada por citoquinas ⁽⁴⁾.

Can G, en el año 2025, en la investigación realizada sobre: “*Liver diseases: epidemiology, causes, trends and predictions*”, señala que el hígado realiza, funciones de eliminación de toxinas, es decir la filtración, síntesis de proteínas, interviene en los procesos de respuesta inmunológica y el metabolismo. Estas funciones son realizadas por las células hepáticas llamadas hepatocitos que forman la estructura del hígado, además las células no panquimatosas, las células endoteliales sinusoidales, células estrelladas, colangiocitos, células de Kupffer y otros tipos de células inmunitarias ayudan a mantener la homeostasis a nivel hepático ⁽⁵⁾.

En lo que respecta a la epidemiología, Juanola A, en el año 2025. Indica que a nivel global, la hepatitis C es el principal motivo de mortalidad debido a la cirrosis hepática, precedida por el abuso de alcohol, la hepatitis B y las enfermedades hepáticas de origen metabólico, respectivamente. Sin embargo, en Europa, el consumo excesivo de alcohol es la razón más habitual de enfermedad y muerte asociada a la cirrosis hepática, representando el 2,4% de la mortalidad global y causando aproximadamente 2 millones de decesos al año, posicionándose como la undécima causa de muerte en el mundo. En el ámbito de la salud, esta enfermedad tiene un efecto significativo en los adultos de 25 a 49 años ⁽⁶⁾.

Según, Zabala Hoppe Z. En 2024, en el trabajo de investigación titulada: “*Cirrosis hepática: prevalencia, causas y diagnóstico de laboratorio*”, respecto a las etiologías más comunes de la cirrosis hepática, se destaca el abuso de alcohol con un 93%, seguido por la ascitis 66.5 %, la hepatitis viral, incluyendo la hepatitis B que representa el 39% y la hepatitis C 36%, la esteatosis hepática 45%, enfermedades autoinmunes 23%, exceso de hierro 13%, finalmente la obesidad 8 % como factores que influyen en el desarrollo de la cirrosis hepática ⁽⁷⁾.

Asimismo, Danpanichkul P, en 2025: En su artículo titulado: “*Epidemiología mundial de las enfermedades hepáticas relacionadas con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2021*”, especifica que el 57% de los casos de cirrosis hepática son provocados por las infecciones de virus de la hepatitis B o C. Asimismo, el 80% de las muertes por abuso de alcohol ocurrieron en tres países más densamente poblados de América: Estados Unidos con un 36,9%, Brasil con 24,8% y México 18,4%. En el caso de Ecuador, representa la décima posición en causas de muertes por cirrosis y otras enfermedades hepáticas, según los datos del INEC del año 2020, el cual representa un total de 2.314 muertes ⁽⁸⁾.

Es importante señalar que, Solis Alcivar DC, en el año 2020, en la investigación denominada: “*Efectos del alcohol en la aparición de la cirrosis hepática*”, se establece que la cantidad y la duración del abuso del alcohol es el principal factor de riesgo para un daño hepático crónico y el desarrollo de las complicaciones. El consumo diario de 60 a 80 gramos al día durante más de 10 años en el género masculino y 20 gramos al día en las mujeres, origina la enfermedad hepática avanzada en alrededor de 40% de los casos. El género femenino, la obesidad, los factores genéticos y hábito de fumar influyen en el riesgo del desarrollo de la cirrosis hepática ⁽⁹⁾.

En lo que respecta a las complicaciones de la cirrosis, en el estudio realizado por, Peña Ramírez DM, en el año 2025, “*La caracterización de la cirrosis hepática en pacientes internados en un hospital universitario de Colombia*”, menciona que las etapas de la cirrosis son clasificadas en base al desarrollo de las complicaciones como: la hipertensión portal, la ascitis, la ictericia, la encefalopatía hepática y el sangrado por várices esofágicas, estas complicaciones permiten determinar la evolución de la enfermedad en dos estados clínicos, una fase *compensada*, es decir, que conserva una calidad de vida, sin manifestaciones clínicas aparentes. Además, presenta una supervivencia mayor a los 12 años y una fase *descompensada* relacionada con el desarrollo de las complicaciones y tiene una esperanza de vida menor 4 años ⁽¹⁰⁾.

Además, en el estudio realizado por Calderón Gerstein W. En el año 2020, “*Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancaayo, 3250 m s. n. m.)*”. Se evidencia, que se realizaron 11 biopsias hepáticas de pacientes cirróticos en donde se determina que la complicación más común es la ascitis que representa el 71.30% de los casos, la encefalopatía hepática causada por la intoxicación del amoníaco

con 47.20%, hemorragia por várices esofágicas desarrolladas por la hipertensión portal con 43.50%, el síndrome hepatorenal con 8.30% y la complicación más infrecuente, sin embargo potencialmente mortal es la peritonitis bacteriana espontánea, derivada de la ascitis con 5.6% ⁽¹¹⁾.

En un estudio realizado por Naiken A. En el año 2025, se compararon los sistemas de evaluación de Child-Pugh, MELD (Model for end stage Liver Disease) y MELD-Na, para predecir la severidad de la enfermedad hepática en pacientes cirróticos. Se determinó que el sistema Child-Pugh predice la ascitis con más precisión, mientras que MELD y MELD-Na predicen la encefalopatía hepática y síndrome hepatorenal. Sin embargo, ninguno de los sistemas de evaluación es adecuado para predecir las varices esofágicas ⁽¹²⁾.

La Organización mundial de la salud (OMS) con respecto a los cuidados paliativos define como: “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” ⁽¹³⁾.

Asimismo, Sousa L, en el año 2025, de acuerdo al estudio titulado: “*Los Cuidados paliativos en la enfermedad hepática terminal*”, define los cuidados paliativos como: una atención médica especializada y multidisciplinaria que se orienta a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes y sus cuidadores, en cualquier etapa de la enfermedad, independientemente del pronóstico, que involucra otros tratamientos médicos para aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y brindar el apoyo familiar ⁽¹⁴⁾.

Por otra parte, la organización mundial de la salud (OMS), en el año 2020, menciona que el dolor es uno de los síntomas más comunes que presentan los pacientes que requieren cuidados paliativos. El uso de analgésicos opiáceos es indispensable para el tratamiento del dolor asociado con muchas afecciones avanzadas. Por ejemplo, el 80% de los pacientes con sida o cáncer y el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas experimentarán dolor entre moderado e intenso al final de sus vidas ⁽¹³⁾.

La presente investigación sobre la cirrosis hepática, los factores de riesgo, las etiologías, las complicaciones clínicas y los cuidados paliativos, posee gran importancia a nivel científico y en el campo de la salud. Sin embargo, la cirrosis constituye una de las principales etiologías de morbilidad a nivel mundial, siendo una consecuencia de múltiples factores etiológicos mencionadas. Asimismo, el estudio de las complicaciones de la cirrosis hepática es fundamental para mejorar el diagnóstico, la toma de decisiones clínicas y la calidad de vida de los pacientes. Su historia natural de la enfermedad y su conducta irreversible, le convierte en un problema de salud pública que requiere atención integral, continua y cuidados paliativos.

En este contexto, los cuidados paliativos se enfocan en aliviar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual en las etapas finales de la enfermedad. La atención por el personal de enfermería es esencial, a través de la valoración integral, la comunicación empática y el acompañamiento, lo que contribuye a proporcionar un cuidado digno y humanizado. En base a lo expuesto, el objetivo de este estudio es describir los cuidados paliativos de enfermería en base a las necesidades físicas, psicosociales y espirituales en pacientes con cirrosis hepática, que permita fundamentar las causas y las complicaciones, estableciendo los cuidados paliativos de enfermería principales en esta patología.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

La palabra cirrosis proviene del griego *Kippóskitplvos* que *significa* color “amarillo”, desde la época de los griegos y romanos se utilizaba para describir el color característico del hígado afectado por esta enfermedad, además ya se conocía que el hígado sufría una disminución del tamaño y el endurecimiento. En el año 1543, el anatomista Vesalius fue el primero en sugerir una posible relación entre el consumo abusivo de alcohol y el daño hepático ⁽¹⁵⁾.

Según, Juanolá A, en su estudio realizado sobre *“Cirrosis hepática: una enfermedad antigua, un nuevo desafío”*, en el año 2024, con respecto a la fisiopatología de la cirrosis hepática, menciona que la fibrosis hepática es causado por una inflamación crónica del tejido hepático mediada por citocinas, ocasionado por agentes etiológicos como alcohol, virus de la hepatitis, hígado graso no alcohólico, esteatosis hepática y enfermedades autoinmunitarias, que estimula la producción de colágeno y la acumulación de la matriz extracelular, posteriormente la formación de tejido cicatricial y nódulos de regeneración. Por lo tanto, la cirrosis hepática se define como el reemplazo del tejido hepático sano por un tejido cicatrizal, formado por fibras de colágeno que provoca la formación de nódulos de regeneración ⁽¹⁶⁾.

García, en el año 2020, en su investigación titulada: *“Etiología de la cirrosis: los cambios epidemiológicos entre los periodos 1995-2002 y 2010-2017”*. Manifiesta que la cirrosis hepática se clasifica en tres categorías según la puntuación Child-Pugh, lo cual incluye criterios clínicos, como la encefalopatía hepática y la ascitis, y criterios de laboratorio, entre ellos la albúmina sérica, la bilirrubina sérica y el Índice Internacional Normalizado (INR). Child-Pugh A: 5 a 6 puntos, correspondiente a cirrosis compensada; Child-Pugh B: 7 a 9 puntos; Child-Pugh C: 10 a 15 puntos. Las clases B y C se considera como cirrosis descompensada ⁽¹⁷⁾.

Juanola A, et al. En su estudio realizado sobre *“Cirrosis hepática: enfermedad antigua, reto nuevo”*, en el año 2025. Detalla sobre las causas de la cirrosis hepática como, de etiología viral, que incluye la hepatitis B y C, con menos frecuencia la hepatitis A, la hepatitis alcohólica, la enfermedad hepática esteatótica asociada a la disfunción metabólica (EMA), también conocida como enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA), las hepatitis autoinmunes como la colangitis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, hemocromatosis y la enfermedad de Wilson ⁽¹⁶⁾. Además, Battle A, en el año 2025, menciona otras causas de cirrosis hepática como la deficiencia de α -antitripsina y la enfermedad de Bud Chiari que son constituyen etiologías infrecuentes ⁽¹⁸⁾.

Fuentes E, en su artículo titulado: *“Cirrosis hepática y su relación con el consumo excesivo de alcohol en adultos mayores en América Latina”*. En el año 2025, con respecto a la cirrosis por alcoholismo, indica que existe una alta mortalidad, especialmente en pacientes de género masculino de edad avanzada, en países como Angola de África, la prevalencia asciende de 46.6% por cada 100 000 habitantes, Guatemala con un 48.7%, Honduras con un 43%. Por

otro lado, en Ecuador se estima que el nivel de mortalidad oscila alrededor del 20.8%, muy alto en comparación a otros países América latina como, Perú con un 19.2%, Chile con 10.2%, Colombia con 4.5% y Uruguay con 4.2%, siendo la excepción Bolivia que es la más alta con un 40.1%. Son cifras alarmantes las que detallan las autoridades mundiales de salud (19).

En cuanto al metabolismo del alcohol, en su artículo titulado: *“A review: Alcoholic liver disease pathophysiology, current molecular and clinical perspectives”*. En el año 2023, manifiesta que cuando se consume alcohol, su absorción se realiza en el sistema digestivo, básicamente a nivel de estómago e intestinos. Además, manifiesta que menos del 10 % del alcohol absorbido se elimina a través del aliento, el sudor y la orina, Por otro lado, más del 90 % del alcohol que se consume circula por todo el organismo y finalmente llega al hígado, a través de la circulación portal (20).

Además, Gaurav R, et al. Menciona que el alcohol se metaboliza en el hígado, por abundantes enzimas, mediante dos vías: la primera es la vía oxidativa, en el cual el alcohol absorbido se convierte en acetaldehído mediante la enzima alcohol deshidrogenasa, si se consume más alcohol se activa otra enzima llamada citocromo P450 2E1 (CYP2E1), lo que conduce a la producción de más acetaldehído. La segunda es la vía no oxidativa, en donde el alcohol se esterifica con ácidos grasos para formar éster etílico de ácido graso o someterse a transfosforilación para crear fosfatidiletanol mediada por fosfolipasa D. El acetaldehído daña el hígado por inflamación directa, remodelado de la matriz extracelular y fibrogenesis (21).

Según. Mackowiak, en el año 2024. En su artículo titulado *“ Enfermedad hepática asociada al alcohol”*, indica que el diagnóstico de hepatitis alcohólica, se basa en la presentación de las síntomas clínicos, que incluye ictericia, dolor abdominal, específicamente en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómito, fiebre y alteraciones bioquímicas como: bilirrubina sérica mayor a 3 mg/dL, elevación de aspartato aminotransferasa (AST) mayor a 50, pero menor a 400 UI/L y una relación AST/alanina aminotransferasa (AST/ALT) mayor a 1,5 UI/L (22).

Solis Alcivar DC, en el año 2020, en su artículo titulado. *“Efectos del alcohol en la aparición de cirrosis hepática”*, detalla que existe una relación dosis-respuesta entre el alcohol y desarrollo de la cirrosis hepática, es decir, se evidencia una relación directamente proporcional entre el consumo de alcohol y el riesgo de desarrollar cirrosis hepática. Además, menciona que el consumo de 36 a 48 gramos de alcohol al día, se eleva a 5 veces, el riesgo de desarrollar cirrosis hepática en el género masculino y 10 veces en el género femenino. Por tanto, a pesar de los consumos bajos de alcohol por las mujeres son más susceptibles a desarrollar daño hepático causado por los efectos del alcohol (23).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2025, indica que, desde el punto de vista epidemiológico, aproximadamente 254 millones de personas vivían con

infección crónica por el virus de la hepatitis B en el año 2022. Además, menciona que cada año se producen 1,2 millones de nuevas infecciones. Asimismo, en el año 2022, la hepatitis B provocó la defunción de aproximadamente 1,1 millones de personas, principalmente por cirrosis hepática o carcinoma hepatocelular ⁽²⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2023, en el trabajo realizado a cerca del “ *Manejo de la hepatitis virales B y C*”, menciona que la hepatitis B es una infección causada por un virus de ADN, que afecta principalmente el hígado, esta afección es potencialmente mortal debido al desarrollo de hepatitis fulminante, es decir que puede causar insuficiencia hepática aguda grave, lo cual provoca pérdida de la función hepática, en días o semanas, luego se desarrolla la cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular. El periodo de incubación es de 8 a 24 semanas, este virus se transmite de forma horizontal, sexual, parenteral y vertical. La transmisión vertical se realiza mediante la vía transplacentaria, durante el parto y la lactancia materna ⁽²⁵⁾.

Parrales Pincay IG, en el año 2025. En la investigación titulada “ *Hepatitis Viral: Avances y métodos en la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Global*”, menciona que la hepatitis B se transmite mediante diversos mecanismos como, la transmisión horizontal ocurre por contacto sexual sin protección que incluye coito vaginal, oral o anal y por exposición de las mucosas a fluidos corporales infectados como la saliva, secreciones vaginales, semen o sangre, siendo las relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas inyectables las vías predominantes ⁽²⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020. Indica que para evitar la transmisión vertical son esenciales las acciones como: la detección rutinaria en mujeres embarazadas para identificar de manera temprana la infección, la profilaxis antiviral en mujeres con hepatitis B en proceso de gestación, y la vacuna antiviral en recién nacidos para prevenir la transmisión del virus de la madre al recién nacido. La vacuna oportuna contra la hepatitis B en recién nacidos, dentro de las 12 horas y máximo dentro de las 24 horas de vida, reduce de manera significativa el riesgo de transmisión vertical. Además, en recién nacidos de madres positivas, se recomienda administrar inmunoglobulina específica dentro de las 12 horas para dar protección inmediata ⁽²⁷⁾.

Por otro lado, con respecto a la hepatitis C. Sallam en el año 2024, en su artículo denominado: “ *Perspectiva contemporánea sobre el virus de la hepatitis C: Una revisión completa*”, manifiesta que, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2023, se estimó que alrededor de 50 millones de personas vivían con hepatitis C en el mundo. Además, se evidencia que alrededor de 3,26 millones de niños fueron afectados por la hepatitis C crónica. Por esta razón, esta patología constituye una importante carga de salud que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo ⁽²⁸⁾.

Según, Liu J, en el año 2025, en su artículo titulado sobre: “*Patogenia, prevención y avances terapéuticos en las hepatitis B, C y D*”. Menciona que el procedimiento de la prueba para el diagnóstico de la hepatitis C consta de dos pasos. En primer lugar, se utiliza la prueba serológica de ELISA o prueba rápida para detectar la presencia de anticuerpos anti VHC, lo que indica si una persona ha estado infectada con el VHC en el pasado o si actualmente está infectada. Posteriormente, se realizan pruebas de PCR de ácido nucleico para determinar la cantidad o calidad del ARN del VHC, lo que confirma si la persona está actualmente infectada con el VHC ⁽²⁹⁾.

En relación a la prevención de la hepatitis C, Riquelme A, en el año 2023, en el estudio realizado sobre “*Revisión de estrategias internacionales para la prevención del virus hepatitis C*”, menciona que no existe ninguna vacuna eficaz para prevenir la hepatitis C en comparación de la hepatitis B, en este sentido la prevención primaria consiste en eliminar el riesgo de transmisión. Además, menciona las vías de transmisión del VHC, entre estas: el uso de drogas inyectables, las perforaciones corporales, realización de tatuajes en establecimientos no regulados, exposición a procedimientos médicos tales como inyecciones o diálisis, entre otros ⁽³⁰⁾.

Con respecto a la enfermedad hepática por hígado graso no alcohólico (EHGNA), Quishpe B, en el año 2023, en su investigación titulada: “*Esteatosis hepática no alcohólica y su relación con Diabetes Mellitus tipo 2. Revisión bibliográfica*”, define la enfermedad hepática por hígado graso no alcohólico (EHGNA), como una enfermedad metabólica, esta alteración no presenta manifestaciones clínicas, se caracteriza por la acumulación de grasa en los hepatocitos, sin un consumo abusivo de alcohol. La esteatosis hepática puede evolucionar a esteatohepatitis, cirrosis y cáncer hepático ⁽³¹⁾.

Khan A, en el año 2022, en su artículo titulado: “*Prevención de riesgos y promoción de la salud para la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA)*”, destaca como los factores de riesgo para EHGNA, la obesidad, que provoca la acumulación de grasa en el hígado, el sedentarismo, la resistencia a la insulina y la diabetes mellitus tipo 2, que alteran el metabolismo de lípidos y glucosa, la dislipidemia, elevación de triglicéridos y LDL (Low-Density Lipoprotein), reducción de HDL (High Density Lipoprotein), las dietas ricas en azúcares simples, las grasas saturadas, y el síndrome metabólico. Estos factores elevan el riesgo de desarrollar esteatosis hepática y su evolución hacia formas más graves como NASH, fibrosis o cirrosis ⁽³²⁾.

Además, Lujan P, menciona que la evolución de EHGNA presenta cuatro etapas. La primera es la acumulación de grasa hepática, conocida como *hígado graso no alcohólico* (HGNA). La segunda etapa se considera como *Esteatohepatitis no alcohólica* (EHNA), se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa a nivel de los hepatocitos que causa inflamación hepática conocida como *Esteatohepatitis no alcohólica* (EHNA). Luego, la *fibrosis*, se caracteriza por la sustitución de los hepatocitos por fibras de colágeno y otras proteínas de la matriz extracelular. La última etapa es la *cirrosis*, en donde las células hepáticas son

reemplazadas totalmente por fibrosis, lo que conduce a insuficiencia hepática, y puede evolucionar a hepatocarcinoma ⁽³³⁾.

Por otra parte, en relación al tratamiento, Calderón K, en el año 2022, en la investigación realizada a cerca de *“Enfermedad de hígado graso no alcohólico y potenciales efectos de los β -glucanos en su tratamiento”*, las enfermedades metabólicas son tratadas, mediante fármacos como las estatinas, que presentan limitaciones por sus efectos adversos que son leves, pero pueden causar daño hepático. La Enfermedad de hígado graso no alcohólico, no tiene un tratamiento específico, sin embargo, para la prevención se recomienda las medidas dietéticas y la realización de ejercicios físicos. ⁽³⁴⁾

Aguirre Pardo V, en el año 2025, en el estudio desarrollado sobre *“Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de hepatitis autoinmune.”* Define que la Hepatitis Autoinmune es una enfermedad inflamatoria crónica del hígado que afecta a personas de cualquier edad y grupo étnico, existe una prevalencia más elevada en personas con predisposición genética y género femenino. Las manifestaciones clínicas son variables, esta patología en fase aguda, si no es tratada puede evolucionar hasta una hepatitis fulminante. En otro sentido, puede progresar de un modo silencioso en forma de fibrosis, cirrosis o llegar a una insuficiencia hepática aguda ⁽³⁵⁾.

Por otro lado, Según, Hernández D, en su investigación titulada: *“Avances en la inmunogénica de la hepatitis autoinmune”*. En el año 2024. En relación a la evolución clínica de la hepatitis autoinmune (HAI), manifiesta que las formas de presentación son diversas como: asintomática, la subclínica, la insuficiencia hepática aguda y la enfermedad hepática terminal. El diagnóstico oportuno puede retrasar la aparición de complicaciones, este diagnóstico se basa en la aplicación de sistemas de puntuación que usa parámetros como presencia de hallazgos histológicos, autoanticuerpos, concentraciones de inmunoglobulinas totales y ausencia de marcadores de infección por hepatitis virales ⁽³⁶⁾.

Según Jimbo E, en el año 2025, entre las hepatitis autoinmunes, destaca la enfermedad de Wilson, esta patología se caracteriza por ser una enfermedad genética autosómica recesiva, producida por una mutación en el gen TP7B, la edad de presentación varía desde 3 a 55 años, sin embargo, existe pacientes diagnosticados en edades más jóvenes. Se define por la alteración en el metabolismo de cobre, que impide su metabolismo a través de la bilis resultando en una acumulación en los tejidos hepáticos y a nivel cerebral, además menciona que la sintomatología varía desde asintomática hasta los síntomas desencadenados por la alteración hepática, neurológica y/o psiquiátrica ⁽³⁷⁾.

En cuanto al tratamiento, Jimbo E, en el año 2025, en su investigación recomienda: la terapia con D-penicilamina o trientina que facilita la excreción urinaria de cobre, si los pacientes presentan sintomatología, por otro lado para los pacientes que no presentan manifestaciones clínicas se administra terapia con un agente quelante (D-penicilamina, trientina) o zinc en

dosis de mantenimiento, para evitar una acumulación adicional y prevenir que se presenten síntomas en pacientes con esta alteración ⁽³⁷⁾.

Yukio Murakami, en el año 2024, en el trabajo de investigación titulado: *“Hemocromatosis hereditaria: una visión general de la genética y la patogénesis”*, define que la hemocromatosis es un trastorno hereditario que afecta el metabolismo de hierro en el organismo, afecta en los tejidos de órganos vitales como hígado, corazón y páncreas. En el hígado, el exceso de hierro produce estrés oxidativo, es decir provoca un desequilibrio entre los radicales libres y los antioxidantes lo que causa daño hepático, lo cual este daño que puede evolucionar a la fibrosis y la cirrosis hepática ⁽³⁸⁾.

Por otra parte, con respecto a las complicaciones de la cirrosis hepática. Muñoz O, en el año 2021, en su trabajo de investigación realizado sobre: *“Métodos diagnósticos en hipertensión portal”*, indica que la hipertensión portal es un incremento de la presión en el sistema venoso portal, se define por la diferencia de presión entre la vena porta y la vena cava inferior. Los valores normales del gradiente de presión portal, oscila desde 1 y 5 mm Hg. Sin embargo, los valores iguales o superiores a 6 mm Hg, evidencian la presencia de hipertensión portal, que es una complicación que conlleva al desarrollo de las siguientes complicaciones asociadas a esta patología ⁽⁴⁰⁾.

Además, Muñoz O, en el año 2021, menciona que la hipertensión portal es clínicamente significativa cuando el gradiente de presión en la vena hepática (GPVH) es mayor a 10 mm Hg; este incremento de presión en la vena hepática, provoca la formación de colaterales portosistémicas que constituye una vía alternativa para desviar el flujo sanguíneo desde el sistema portal hacia la circulación sistémica y a la vasodilatación esplácica mediada por óxido nítrico, provoca el incremento del flujo sanguíneo portal y reduce el flujo sanguíneo efectivo. Finalmente, este incremento conlleva a presentar las manifestaciones clínicas como, el desarrollo de várices esofágicas, la ascitis y la encefalopatía. En los estadios iniciales, cuando el GPVH se encuentra en el rango de 6-9 mm Hg, no presenta síntomas clínicos, sin embargo, el GPVH mayor a 12 mm Hg, aumenta el riesgo de sangrado por várices esofágicas que es una complicación potencialmente mortal ⁽⁴⁰⁾.

Gao B, en el año 2025, menciona que la hipertensión portal (HP), es un incremento persistente de presión en el sistema venoso portal, una de las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática. La elevación de la resistencia vascular intrahepática o el flujo sanguíneo a través de sinusoides hepáticos, vénulas y venas hepáticas, como consecuencia de una alteración estructural y las fibrosis hepáticas inducidas por la cirrosis, provoca una elevación de la presión venosa portal. La HP desencadena diversas complicaciones graves y potencialmente mortales, como la hemorragia por várices esofágicas y gástricas, la ascitis, el síndrome hepatorenal y la encefalopatía hepática ⁽⁴¹⁾.

Con respecto a la ascitis, González D, en el año 2022. En la investigación realizada a cerca de la *“Ascitis: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento”*, Desde el punto de vista

epidemiológico, menciona que la ascitis presenta una incidencia que va del 5 al 7% por año en los pacientes con cirrosis, es decir, en los 10 años posteriores al diagnóstico, aproximadamente, el 60% desarrollará esta complicación. Además, este autor, define la ascitis como una acumulación de líquido en la cavidad abdominal, provocada como consecuencia de la hipertensión portal y señala que es el evento que causa más descompensación en pacientes cirróticos. ⁽⁴²⁾.

Biggins S, en el año 2021, en su artículo titulado “ *Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la ascitis, la peritonitis bacteriana espontánea y el síndrome hepatorrenal: Guía práctica de 2021 de la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas*”, en relación a la fisiopatología, detalla que la ascitis se produce por la combinación de hipertensión portal, vasodilatación en el territorio esplácnico, lo que provoca un incremento del flujo sanguíneo en esta región y una disminución del volumen arterial efectivo, así como la activación neurohormonal, mediante el sistema renina, angiotensina-aldosterona, activación del sistema nervioso simpático y la hormona antidiurética, este mecanismo neurohormonal provoca la retención de sodio y agua que favorece el desarrollo de la ascitis ⁽⁴³⁾.

González D, en el año 2022, menciona que la ascitis se clasifica en tres grados, según criterios clínicos e imagenológicos. Ascitis *Grado 1*. Ascitis leve, se detecta únicamente por estudios de imagen, debido a que no presenta síntomas clínicos. *Grado 2*. Ascitis moderada, se caracteriza por distensión abdominal clínicamente evidente. *Grado 3*. Ascitis severa, caracterizada por una distensión abdominal marcada o a tensión, detectable a través de un examen físico ⁽⁴²⁾.

Che-To Lai J. En su investigación titulada: “*Tratamiento farmacológico de la ascitis: desafíos y controversias*”, en el año 2025. Con respecto a la implicación clínica de la ascitis, los pacientes cirróticos no presentan manifestaciones clínicas en la ascitis leve, refieren distensión abdominal, molestias o dolor y sensación de plenitud en la ascitis moderada, en la ascitis severa se evidencia matidez movable, lo cual es detectable con 0,5 - 1,5 litros de líquido. Además, menciona que un adelgazamiento de la pared abdominal por distensión de la pared abdominal del líquido ascítico incrementa la probabilidad de formación de las hernias. Además, los pacientes con cirrosis severa presentan disnea por la presión que ejerce el líquido ascítico sobre diafragma ⁽⁴⁴⁾.

En relación al tratamiento. Che-To Lai J, en el año 2025, en su investigación recomienda, la restricción de sodio y líquidos, para reducir la reabsorción renal, se recomienda la diuresis, con fármacos ahorradores de potasio, como la espironolactona o en combinación con diuréticos de ASA, p. ej., furosemida, con dosis ajustadas según el peso del paciente y los electrolitos séricos, así como, la monitorización del balance hídrico que permite evaluar la hidratación, así como prevenir la retención excesiva de líquidos y el mantenimiento de la homeostasis para prevenir complicaciones ⁽⁴⁴⁾.

Posteriormente, en referencia a la peritonitis bacteriana espontánea, Hermida E, en el año 2023. En su investigación a cerca de: *Actualización sobre tratamientos utilizados en peritonitis bacteriana espontánea en pacientes cirrótico*, indica que la peritonitis bacteriana espontánea es una complicación que se da en los pacientes que sufren cirrosis descompensada, es ocasionada por la infección del líquido ascítico por bacterias gram positivas como streptococcus spp, así como enterococcus spp y gram negativas como la escherichia coli y klebsiella pneumoniae, sin evidencia de una fuente de infección intraabdominal ⁽⁴⁵⁾.

Por otra parte, Desai A, en el año 2021, en su artículo titulado “ *Peritonitis bacteriana espontánea persistente: una complicación frecuente en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea y una puntuación alta en el modelo de enfermedad hepática terminal*”, indica que para el diagnóstico de una peritonitis bacteriana espontánea, se debe evaluar el líquido ascítico, el cual confirmará la peritonitis, si el recuento de neutrófilos polimorfonucleares es mayor a 250 células por mm3, este incremento evidencia la respuesta inflamatoria aguda por la infección del líquido ascítico ⁽⁴⁶⁾.

Por otra parte, Higera de la Tijera F, en el año 2023, en su trabajo de investigación realizada sobre: “*Visión actual sobre el diagnóstico y los cuidados integrales en la encefalopatía hepática*”, detalla que la encefalopatía hepática se presenta, aproximadamente en el 50% a 70% de los pacientes cirróticos. Con respecto a la fisiopatología se fundamenta en varias teorías como: la elevación del amonio, la presencia de bacterias en el colon, alteraciones en la circulación portal y en el ciclo de la urea, edema neuronal con disfunción neuronal, presencia de disfunción hepática, elevación de la inflamación sistémica y estrés oxidativo ⁽⁴⁷⁾.

Higuera de la Tijera F. En el año 2023 Et al. Sugiere clasificar la encefalopatía hepática de acuerdo a su gravedad en 2 formas: *encubierta* que incluye la encefalopatía hepática mínima y grado I de la clasificación de West Haven y *manifiesta* comprende desde el grado II de WH. Según, criterios de West Haven se clasifica en *Grado I*, manifestada por pérdida de interés, ansiedad, atención disminuida, alteración en la capacidad de realizar operaciones aritméticas simples, cambios en el ciclo sueño-vigilia y confusión; *Grado II*, presenta letargia o apatía, desorientación en el tiempo, cambios de personalidad, comportamiento inapropiado, dispraxia, asterixis; *Grado III*, presenta somnolencia, estupor, confusión, desorientación en lugar, comportamiento extraño, pobre respuesta a estímulos verbales o táctiles fuerte y *Grado IV* incluye la coma ^(47,48)

Rodríguez Gutiérrez AF, en el año 2024, en el artículo titulado: “*Diagnóstico y tratamiento de la encefalopatía hepática mínima. Una revisión narrativa*”. Con respecto al tratamiento de la encefalopatía hepática se basa en las intervenciones farmacológicas, los fármacos más usados son lactulosa, rifaximina, L-ornitina-L-aspartato (LOLA) y probióticos. La lactulosa tiene un efecto laxante osmótico que acidifica el lumen intestinal y atrapa el amonio, reduce la absorción y favorece su eliminación; la rifaximina es un antibiótico derivado de la rifampicina que modula el microbiota intestinal, disminuye las bacterias productoras de

amonio y toxinas. (LOLA) es un agente reductor amonio y los probióticos restauran la flora intestinal, reducen la inflamación sistémica y la encefalopatía hepática ⁽⁴⁸⁾.

Musa Y, en el año 2025, en su artículo titulado: *“Manejo de la hipertensión portal con recursos limitados: una serie de casos que evalúa terapias alternativas para las varices gástricas”*, explica que las varices gastroesofágicas se caracterizan por la génesis de vasos colaterales debido a un aumento del gradiente de presión en la vena hepática que se considera clínicamente significativo, es decir, que excede los 10 mmHg. Las várices gástricas se observan en el 5-33 % de los casos, sin embargo, las várices esofágicas afectan el 60 % de individuos con cirrosis. La tasa de incidencia anual oscila el 9 %, y la tasa de mortalidad después de una hemorragia varicosa asciende hasta el 25 % ⁽⁴⁹⁾.

Además, Musa Y, menciona que las varices esofágicas se clasifican utilizando la clasificación de Paquet modificada de la siguiente manera: **Grado 0**: No hay varices presentes; **Grado I**: Las varices se extienden justo por encima del nivel de la mucosa; **Grado II**: las varices se proyectan hasta un tercio del diámetro luminal; **Grado III**: se proyectan hasta el 50% del diámetro luminal o están en contacto entre sí. El diagnóstico de las várices esofágicas se realiza mediante endoscopia digestiva alta. Asimismo, las várices gástricas (VG) son un complejo de colaterales vasculares entre la circulación portal y sistémica como consecuencia de un desarrollo de la hipertensión arterial. Las várices gástricas se clasifican según, la clasificación de Sarín en cuatro tipos por su ubicación en el estómago y su relación con las várices esofágicas (GOV1, GOV2, IGV1 e IGV2) ⁽⁴⁹⁾.

Con respecto, al sangrado por varices esofágicas. Padilla Machaca PM, en el año 2025. En su investigación titulada *“Hemorragia digestiva variceal: epidemiología, patogénesis, manejo y profilaxis”*, señala que se debe considerar como hemorragia variceal: sangrado activo de várices esofágicas, estigma de sangrado reciente, coágulo en la varice, signo del pezón o varices esofágicas, sin ninguna otra etiología de hemorragia digestiva. El tratamiento consiste en la ligadura de las varices ⁽⁵⁰⁾.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define los cuidados paliativos como “un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” ⁽⁵¹⁾.

Con respecto a los cuidados paliativos Kim A, Woo, en el año 2025. En su artículo titulado: *“Perspectivas públicas sobre cuidados paliativos y de hospicio: análisis de contenido de redes sociales mediante modelado de temas y análisis de sentimientos multiclase”*.

Menciona que los cuidados paliativos atienden a las necesidades de apoyo físico, psicológico, social y espiritual por un equipo multidisciplinario que incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas para proporcionar un cuidado digno al final de la vida ⁽⁵²⁾.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

Este estudio se enfoca en una investigación documental de tipo revisión bibliográfica, con alcance descriptivo, a través del análisis y la revisión de documentos científicos que se encuentran en las revistas médicas indexadas y en los repositorios. El objetivo es sistematizar los datos obtenidos sobre las etiologías, las complicaciones y cuidados paliativos de enfermería en pacientes con cirrosis hepática.

Se ejecutó un análisis sistemático de documentos que se publicaron en diversas bases de datos electrónicas regionales con repercusión global: Redalyc, Dialnet, Scielo, Elsevier, Google Académico; de la misma manera se consultaron las siguientes páginas web: Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), Asamblea Mundial de la Salud (AMS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), (North American Nursing Diagnosis Association) NANDA(Nursing Interventions Classification) NIC.

Como método de filtrado para la búsqueda respectiva de la información sobre el tema planteado, se utilizaron las siguientes palabras claves: cirrosis hepática, cuidados paliativos de enfermería, etiología, complicaciones junto con boléanos “y”, or, “no”, y “”, ().

Los criterios de inclusión fueron documentos científicos publicados en el idioma español e inglés, en formato de texto completo, sin costo, de acceso libre, fácilmente descargables y que en su contenido tengan datos estadísticos, definiciones, epidemiología, factores de riesgo, estudios de laboratorio, diagnóstico, sintomatologías, tratamiento, actividades de enfermería, publicados en los últimos 5 años en el caso de artículos y 10 años para libros. Asimismo, los criterios de exclusión fueron artículos científicos que no contienen información relevante al tema, no tener acceso a texto completo, por ser inferior al año 2020.

Luego del análisis de los documentos, la muestra seleccionada fue de 57 publicaciones obtenidas de: Scielo 24, Redalyc 8, Dialnet 6, Elsevier 4, Libro digital 1, Organización Panamericana de la Salud 3, Asamblea Mundial de la Salud 1, Organización Mundial de la Salud 3, Ministerio de Salud Pública 3, INEC 1, repositorios universitarios 2, otras revistas 1.

Los documentos seleccionados se encuentran distribuidos en: introducción 14, marco teórico y triangulación 43. En la triangulación (Anexo 1: Tabla 1,2,3) se realizó la determinación etiologías, complicaciones y cuidados paliativos de enfermería en cirrosis hepática. Para las referencias bibliográficas se tomaron en cuenta las normas de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), con normas Vancouver para presentar revisiones de modelo biomédico.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La información analizada evidencia que la cirrosis hepática de origen metabólico representa un problema de salud pública a nivel mundial con variaciones epidemiológicas entre las regiones. Como expone. Fuentes en el año 2025, los países de ingresos intermedios y bajos como Angola, Guatemala y Honduras, presentan prevalencias elevadas, superando el 40% por cada 100 mil habitantes, lo que sugiere la interacción de factores sociales, económicos y culturales que favorecen el consumo excesivo de alcohol.

En el contexto de América Latina, Ecuador presenta una de las cifras más altas con 20.8 % y Bolivia con 40.1% superando a países como Perú, Chile, Colombia y Uruguay, lo que posiciona a estos países dentro de un escenario de alerta sanitaria. Desde una perspectiva fisiopatológica, los hallazgos referidos por Gaurav en el año 2023 permiten comprender la relación entre el metabolismo del alcohol y el daño hepático progresivo. Como se establece que cerca del 90 % del alcohol ingerido llegue al hígado a través de la vena porta explica la enorme susceptibilidad de este órgano a la agresión tóxica, lo que contribuye al desarrollo del daño hepático.

En concordancia con este proceso, Mackowiak en el año 2024, detalla que el diagnóstico de hepatitis alcohólica se fundamenta en las manifestaciones clínicas como: ictericia, dolor en el cuadrante superior derecho y fiebre junto con alteraciones bioquímicas como: bilirrubina sérica elevada, un aumento moderado de AST y una relación AST/ALT mayor a 1.5. Estos criterios confirman la naturaleza inflamatoria aguda inducida por el alcohol y permiten diferenciarla de otras formas de alteración hepática.

Solis Alcivar en el año 2020, menciona que los consumos diarios de alcohol entre 36 y 48 gramos y el incremento de 5 veces el riesgo en el género masculino y 10 veces en femenino, indica que niveles moderados pueden ser perjudiciales y causan daño hepático. Estos datos muestran la necesidad de fortalecer políticas de prevención, educación para la salud y estrategias de intervención temprana.

Finalmente, la elevada tasa de mortalidad se asocia con las conductas del consumo de alcohol como los factores socioeconómicos y culturales, los resultados presentados permiten concluir que la cirrosis de etiología alcohólica es una condición altamente prevenible, en este sentido, la detección temprana, el abordaje oportuno de la dependencia al alcohol y la implementación de políticas integrales son fundamentales para reducir el impacto de esta enfermedad a nivel mundial

Desde el punto de vista epidemiológico, se evidencia que la etiología viral de la hepatitis sigue siendo un objetivo urgente de salud pública a nivel mundial. Las cifras emitidas por la OMS muestran la magnitud del problema. Es decir, millones de personas viven con la hepatitis B y C, enfermedades que causan una alta tasa de mortalidad por sus complicaciones,

como cirrosis y la hepatocarcinoma. Bajo estas circunstancias, es evidente que los modos de transmisión mantienen patrones diferenciados según la región y factores de riesgo.

Parrales en el año 2025 enfatiza que la hepatitis B persiste debido a la transmisión horizontal asociada a prácticas sexuales desprotegidas y al uso de drogas inyectables en zonas de baja o moderada prevalencia, mientras que la transmisión vertical sigue siendo crítica en zonas con alta carga epidemiológica. Además, en el año 2024, Sallam destaca que la hepatitis C afectará a millones de personas, incluidos niños lo que representa una carga sanitaria importante que exige una respuesta más eficaz. La falta de una vacuna para la prevención del VHC como señala Riquelme en el año 2023, establece que la prevención primaria constituye el eje fundamental centrado en reducir el uso de procedimientos invasivos, tatuajes o piercings no regulados y drogas inyectables.

La evidencia manifestada permite concluir que, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, el control de las hepatitis virales depende en gran medida de políticas preventivas articuladas como: educación para la salud y fortalecimiento a nivel del sistema de salud en poblaciones vulnerables.

La evidencia presentada permite concluir que, pese a los avances en el diagnóstico y la terapia, la lucha contra las hepatitis virales depende de las políticas preventivas como: educación sanitaria y fortalecimiento de los sistemas de salud en grupos de población vulnerables.

Los resultados obtenidos por diversos autores demuestran que la enfermedad hepática por hígado graso no alcohólico (EHGNA) constituye una condición metabólica de alta relevancia clínica y creciente prevalencia global. De la misma manera, Quishpe en el año 2023 indica que su carácter asintomático y su origen no asociado al consumo de alcohol constituye un déficit de factores para su diagnóstico oportuno, lo que implica un desafío significativo para los sistemas de salud.

Por su parte, Khan en el año 2022, enfatiza en la interacción multifactorial que favorece su génesis, destacando que la obesidad, la resistencia a la insulina, la diabetes tipo 2 y la dislipidemia conforman un ambiente adecuado para la acumulación lipídica a nivel del tejido hepático y la progresión hacia estadios críticos. Estos factores, en conjunto al sedentarismo y a patrones dietéticos inadecuados, refuerzan la comprensión de la EHGNA como una manifestación del síndrome metabólico, por lo que su abordaje debe ser integral y multidisciplinario.

Asimismo, la descripción evolutiva de la enfermedad realizada por Luján en el año 2021, permite identificar un curso evolutivo que va desde la esteatosis hasta la cirrosis, con riesgo potencial para desarrollar hepatocarcinoma. Esta secuencia patológica evidencia que, aunque el proceso inicia con acumulación de grasa a nivel de los hepatocitos, la inflamación persistente y la fibrosis resultante pueden comprometer la estructura y función hepática de

manera irreversible. En este sentido, subraya la necesidad de fortalecer estrategias de prevención primaria, promover estilos de vida saludables y mejorar los programas de tamizaje en poblaciones de riesgo.

Así, la descripción evolutiva de la enfermedad realizada por Lujan en el año 2021, permite determinar el curso de evolución de la enfermedad que va desde la esteatosis hasta cirrosis hepática con posible riesgo para desarrollar hepatocarcinoma. En primer lugar, esta secuencia del desarrollo de la enfermedad muestra que, aunque el proceso inicia con la acumulación de grasa a nivel las células hepáticas, posteriormente la inflamación persistente y la fibrosis pueden comprometer la estructura y función hepática de manera progresiva e irreversible. Por consiguiente, estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención primaria. Además, resulta fundamental promover estilos de vida saludables y mejorar los programas de tamizaje en poblaciones de riesgo.

Finalmente, la Enfermedad del hígado graso no alcohólico, es un problema de salud pública, asociado a trastornos metabólicos y estilos de vida caracterizadas por deficiencias en el contexto sanitario. De la misma manera, su historia natural de la enfermedad y la facultad para progresar a estadios más críticos, resaltan la importancia de implementar intervenciones oportunas, orientadas a la reducción de factores de riesgo.

El análisis presentado por Aguirre en el año 2025, muestra que la hepatitis autoinmune constituye una patología compleja, cuya conducta clínica varía entre los pacientes. Debido a su naturaleza inflamatoria crónica y su capacidad de afectar a personas de cualquier rango de edad y grupo étnico, se destaca la importancia de reconocer como un trastorno de etiología multifactorial, donde la predisposición genética y el predominio en el género femenino desempeña un rol determinante en su aparición.

De esta manera, el desarrollo clínico de la enfermedad enfatiza la importancia de mantener el alto índice de sospecha, especialmente en pacientes con manifestaciones clínicas inespecíficas, debido a que la detección tardía puede conducir a complicaciones críticas e irreversibles. Asimismo, la evolución asintomática en un número considerable de individuos plantea objetivos significativos para los sistemas de salud que deben fortalecer las estrategias de tamizaje en poblaciones de riesgo y asegurar el acceso a pruebas inmunológicas y los estudios histopatológicos que permitan confirmar el diagnóstico.

En conclusión, la hepatitis autoinmune, debido al comportamiento heterogéneo, destaca la necesidad de implementar intervenciones oportunas, monitoreo continuo y tratamientos individualizados para evitar el desarrollo de complicaciones. Identificar la presentación variable y su impacto sobre la salud hepática es fundamental para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

La información analizada, evidencia que las patologías hepáticas de origen autoinmune representan un conjunto de patologías que comparten características como la evolución

silente, la elevada variabilidad clínica y elevado riesgo de evolucionar a complicaciones severas. Aguirre en el año 2025 y Hernández en el año 2022, concuerdan que las manifestaciones clínicas son amplias, debido a que abarcan desde las formas silentes a potencialmente fulminante que dificultan el diagnóstico. Del mismo modo, estos autores señalan que el diagnóstico precoz, fundamentada en los sistemas diagnósticos estandarizados basados en anticuerpos, inmunoglobulinas y hallazgos histológicos, es importante para retrasar el desarrollo de las complicaciones.

Asimismo, la revisión de Jimbo en el año 2025, sobre la enfermedad de Wilson introduce la importancia del componente genético en ciertas hepatopatías. Esta patología, vinculada a mutaciones en el gen ATP7B, muestra una sintomatología igualmente variable que puede abarcar desde manifestaciones hepáticas hasta neurológicas y psiquiátricas, debido a la acumulación sistémica de cobre. Su amplitud clínica refuerza la necesidad de considerar etiologías hereditarias cuando las presentaciones no son típicas de hepatitis autoinmune clásica.

Por otra parte, Murakami en el año 2024 y Adams en el año 2024 profundizan en la hemocromatosis hereditaria, otra enfermedad autosómica recesiva cuyo curso progresivo se asocia al exceso de hierro en órganos vitales. La evidencia destaca que, pese a ser frecuente en ciertas poblaciones, su diagnóstico suele ser incidental y sus síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, lo que retrasa la intervención. El manejo descrito por Adams subraya que las modificaciones en el estilo de vida, junto con la reducción de la sobrecarga férrica, son esenciales para prevenir la progresión hacia cirrosis o carcinoma hepatocelular.

Finalmente, las enfermedades autoinmunitarias que provocan el desarrollo de la cirrosis hepática, requieren un manejo integral que englobe, en primer lugar, la identificación oportuna, la evaluación de antecedentes familiares. Así mismo, el uso de herramientas diagnósticas y la implementación de estrategias terapéuticas orientadas a evitar el daño hepático. Además, es importante reconocer la patogénesis y la diversidad de manifestaciones clínicas, debido a que esta, contribuye a la reducción del impacto de la enfermedad a largo plazo.

En cuanto a las complicaciones de la cirrosis hepática, la hipertensión portal constituye un determinante esencial en la fisiopatología de las complicaciones causadas por daño hepático crónico. De acuerdo con, Muñoz en el año 2022, la definición se basa en el incremento del GPP, con valores normales que oscilan desde 1 a 5 milímetros de mercurio. La presencia de valores desde 6 milímetros de mercurio determina el inicio del daño hepático, a su vez los valores desde los 10 milímetros de mercurio determinan su carácter clínicamente significativo. Este umbral es esencial, a partir de estos valores se desencadena la formación de colaterales portosistémicos y la vasodilatación esplácnica que incrementan la presión portal y conducen a las manifestaciones clínicas severas como várices esofágicas, ascitis encefalopatía y el carcinoma hepatocelular.

Muñoz en el año 2021, determina que un gradiente de presión en la vena hepática mayores a 12 milímetros de mercurio incrementa, por consiguiente, el riesgo de hemorragia varicosa. Por otro lado, las cifras superiores de 16 a 20 milímetros de mercurio se asocian con una mayor tasa de mortalidad y dificultad en el control del sangrado varicial. Lo que pone de manifiesto la importancia pronóstica del GPVH.

Complementariamente, Gao en el año 2025, reafirma que la hipertensión portal es una complicación inherente a la cirrosis hepática y se origina fundamentalmente por el aumento de la resistencia vascular intrahepática. Este incremento se sustenta en los cambios estructurales y la fibrosis progresiva del parénquima hepático, elementos que generan una obstrucción creciente del flujo portal. Ambos autores coinciden en que la HP no solo constituye un marcador de severidad, sino que también es el principal determinante de las complicaciones más graves de la cirrosis, como el sangrado por várices, la ascitis, el síndrome hepatorenal y la encefalopatía hepática.

La evidencia presentada indica que la hipertensión portal es un proceso dinámico cuyo impacto depende de la magnitud del gradiente de la presión portal. Su detección temprana, la monitorización continua del GPVH y la intervención oportuna permiten modificar el curso clínico y mejorar la supervivencia. Por ello, comprender los mecanismos y umbrales críticos es esencial para optimizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas en pacientes con cirrosis.

Considerando la evidencia, la hipertensión portal es un proceso dinámico, el su desarrollo de las complicaciones depende de la magnitud del gradiente de la presión portal. Su detección oportuna, el control permanente del GPVH y el manejo oportuno permiten modificar la evolución clínica y mejorar la supervivencia. Por esta razón, comprender la génesis de la presión portal y los niveles críticos es fundamental para optimizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas en pacientes con este daño hepático.

La ascitis es una de las complicaciones esenciales en la evolución de la cirrosis hepática, debido a que su desarrollo representa un evento que indica la transición hacia la descompensación clínica en pacientes cirróticos. En este sentido, Gonzales en el año 2022, enfatiza que esta condición es la manifestación clínica que causa más descompensación en pacientes cirróticos. Desde el punto de vista epidemiológico la ascitis presenta una incidencia anual que oscila entre 5 al 7%, es decir, cerca del 60% de los pacientes desarrollaran ascitis dentro de los primeros diez años posteriores al diagnóstico.

Desde la perspectiva fisiopatológica, Beggs en el año 2021, explica que la ascitis es el resultado de una interacción entre la hipertensión, vasodilatación esplácnica y disminución del volumen arterial efectivo. Como consecuencia de estos cambios hemodinámicos, se produce la activación de mecanismos neurohormonales compensatorios que promueven la retención renal de sodio y agua, causando la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal.

Este enfoque integral manifiesta de que la ascitis es un fenómeno sistémico y de etiología multifactorial y no se limita a un simple desequilibrio hídrico.

La clasificación propuesta por González en el año 2022, distingue tres grados de ascitis desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas y los datos imagenológicos, lo cual orienta las decisiones terapéuticas. En este contexto, la ecografía abdominal se mantiene como el método diagnóstico, junto con la paracentesis, lo cual permite evaluar las características del líquido ascítico y descartar complicaciones.

En cuanto al tratamiento, Che-To Lai en el año 2025, resalta la importancia de medidas conservadoras como la restricción de sodio y líquido, junto con el uso adecuado de diuréticos como, la espironolactona sola o junto los diuréticos de ASA con furosemida. El monitoreo estricto del balance hídrico, el peso corporal y los electrolitos es esencial para asegurar la eficacia del tratamiento y prevenir efectos adversos asociados a la terapia diurética.

En conclusión, una adecuada comprensión de la fisiopatología de la enfermedad, el diagnóstico oportuno y manejo integral son determinantes para mejorar la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes cirróticos. Además, la evidencia demuestra que esta patología es una complicación frecuente y con implicaciones clínicas descompensantes significativas en pacientes con cirrosis hepática.

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) constituye una de las complicaciones críticas en pacientes con cirrosis descompensada, constituyendo un evento clínico que marca un deterioro significativo del pronóstico. Por su parte, Hermida en el año 2023, señala que esta infección ocurre en ausencia de una fuente intraabdominal manifiesta y se relaciona estrechamente con alteraciones en la permeabilidad intestinal, cambios en la microbiota, traslocación bacteriana y disfunción inmunológica sistémica. Estos mecanismos fisiopatológicos explican por qué los pacientes cirróticos se encuentran particularmente vulnerables al desarrollo de PBE, la cual se asocia con una elevada mortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente.

Desde el punto de vista diagnóstico, Desai en el año 2021, destaca que el estudio del líquido ascítico es esencial para confirmar la presencia de PBE. El recuento de neutrófilos mayor a 250 células/mm³ constituye el criterio fundamental para establecer el diagnóstico, lo que resalta la importancia de realizar una paracentesis temprana en todo paciente con ascitis y signos clínicos de descompensación o infección.

Como conclusión, se puede manifestar que la peritonitis bacteriana espontánea es una complicación frecuente, con alta tasa de mortalidad y ligada al estado de deficiencia inmunitaria. No obstante, su adecuada comprensión fisiopatológica, junto con el diagnóstico oportuno mediante el análisis del líquido ascítico a través de la paracentesis, resulta fundamental para reducir la mortalidad asociada a esta condición.

Finalmente, la evidencia descrita permite concluir que la peritonitis bacteriana espontánea es una complicación frecuente, potencialmente mortal y ligada al estado de deficiencia inmunitaria de la cirrosis avanzada. Su adecuada comprensión fisiopatológica y el diagnóstico oportuno, a través del análisis del líquido ascítico, resulta fundamental para mejorar la evolución clínica y reducir la tasa mortalidad vinculada a la cirrosis.

La EH es una complicación frecuente en la cirrosis, afectando entre el 50% y 70% de los pacientes, lo que, por consiguiente, evidencia su relevancia clínica. En este sentido, su fisiopatología es compleja y multifactorial, debido a que incluye la elevación del amonio, alteraciones en el microbiota intestinal, cambios en la circulación portal y en el ciclo de la urea, así como procesos como inflamación sistémica, estrés oxidativo y edema neuronal, estos factores en conjunto, contribuyen al deterioro neurológico.

La clasificación basada en los criterios de West Haven permite distinguir entre formas encubiertas y manifiestas, lo cual facilita la identificación de grados de severidad que van desde alteraciones leves del comportamiento hasta el coma. De la misma manera, el manejo requiere un enfoque integral, en el que destaca el adecuado aporte calórico y proteico para prevenir la sarcopenia, por lo tanto, reforzando que la EH demanda una intervención oportuna y multidimensional con el fin de mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

Las varices gastroesofágicas representan una de las complicaciones más relevantes de la hipertensión portal clínicamente significativa, la cual se define por un gradiente de presión venosa hepática superior a 10 mmHg. En este contexto, su elevada frecuencia en pacientes con cirrosis hasta el 60% para várices esofágicas y entre 5% y 33% para varices gástricas, demuestra, por consiguiente, la magnitud del compromiso hemodinámico asociado a la enfermedad hepática avanzada. Además, la incidencia anual aproximadamente el 9% y la alta mortalidad que puede alcanzar el 25% tras un episodio de hemorragia varicosa, resaltan la importancia de un abordaje preventivo riguroso.

Asimismo. La endoscopia digestiva alta es el método de diagnóstico esencial para su identificación, Además la clasificación de Paquet modificada permite valorar el tamaño y la severidad de las várices esofágicas, lo cual constituye un factor fundamental para evaluar el riesgo de sangrado y guiar el manejo clínico y terapéutico. Por otro lado, las várices gástricas, son infrecuentes y la clasificación de Sarín ofrece un instrumento práctico para diferenciarlas su localización y su relación con las várices esofágicas, lo que, a su vez, facilita la toma de decisiones terapéuticas oportunas.

Cómo conclusión, el diagnóstico oportuno y el monitoreo continuo son fundamentales para prevenir sangrados potencialmente mortales y mejorar el pronóstico de los pacientes con várices esofágicas. La evidencia destaca que las varices gastroesofágicas son una manifestación clínica directa y de alto riesgo de muerte por sangrado causada como una complicación de la hipertensión portal,

Con respecto a los cuidados paliativos, los estudios de Sirisunhirun P. En el año 2002 indica que la implementación de programas de ejercicio durante 12 semanas genera beneficios en la calidad de vida, mediante la reducción de fatiga, sin modificar los eventos adversos. Este autor manifiesta que la actividad física, una dieta equilibrada y suplementación vitamínica constituye una estrategia para disminuir el desarrollo de la sarcopenia en pacientes con cirrosis compensada.

Asimismo, la investigación de Senamjit Kaur en el año 2022, manifiesta que el drenaje periódico de líquido ascítico por parte del personal comunitario o cuidadores pueden contribuir al control de manifestaciones clínicas, reducir las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida. Lo anterior pone de manifiesto la importancia de los cuidados basados en la comunidad y la necesidad de capacitar a cuidadores en procedimientos seguros.

En pacientes con cirrosis descompensada, el seguimiento clínico debe abarcar el monitoreo de complicaciones, así como garantizar el cumplimiento de los esquemas de vacunación. Del mismo modo, el asesoramiento nutricional y la educación sobre los signos de alarma, la prevención de las complicaciones y autocuidado forma parte integral en un enfoque centrado en el conocimiento y la participación activa del paciente en su proceso de salud.

Los resultados obtenidos enfatizan que, para evitar la descompensación en los pacientes cirróticos, son fundamentales las intervenciones físicas, nutricionales, educativas y comunitarias, los cuales constituyen un enfoque integral efectivo para mejorar la calidad de vida. Asimismo, las intervenciones realizadas por el personal de enfermería resultan un componente fundamental para la continuidad del cuidado, la detección temprana de las complicaciones y fortalecimiento de la capacidad adaptativa del paciente y la familia.

Los hallazgos analizados evidencian que el apoyo social constituye un componente esencial dentro del cuidado integral de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. En este sentido Ying Zen en el año 2025 enfatiza que las interacciones sociales adecuadas y el fortalecimiento del entorno familiar favorecen la adaptación emocional del paciente. Asimismo, este enfoque resalta la importancia de orientar a la familia en la distribución equitativa de responsabilidades para asegurar el acompañamiento continuo y se prevenga la sobrecarga del cuidador, lo cual influye en la calidad del cuidado.

De un modo complementario, las aportaciones de Amaguaña Supe en el año 2023, refuerzan, asimismo, la relevancia de brindar cuidados oportunos, aliviar el sufrimiento y acompañar al paciente durante el proceso de la enfermedad. Además, este autor enfatiza la necesidad de instruir al usuario y el cuidador en estrategias que promueven el bienestar físico y mental, adoptando un enfoque que respete su mecanismo de afrontamiento. Al ratificar, estas estrategias en lugar de intentar modificar, se fortalece la autonomía del paciente y reduce la ansiedad asociada a la enfermedad.

Asimismo, dentro del plan terapéutico la interacción de prácticas culturales, las creencias religiosas y rituales a nivel familiar constituye un elemento indispensable para garantizar un cuidado humanizado. Por consiguiente, explorar y respetar estas manifestaciones culturales permite que la atención se ajuste con los valores y significados personales del paciente, favoreciendo un proceso de despedida digno y comprensivo. Además, proporciona el confort espiritual y refuerza el sentido de identidad y pertenencia en un momento de la vulnerabilidad.

Desde la perspectiva funcional, la gestión eficiente de los recursos se convierte, por lo tanto, en una prioridad para asegurar el cuidado al final de la vida. Para lograr este cuidado se debe evaluar las necesidades del paciente, coordinar apoyos económicos, orientar sobre alternativas de bajo costo y priorizar las intervenciones de mayor impacto clínico, constituye una estrategia que optimiza los recursos disponibles sin que ello comprometa la calidad de la atención. Este enfoque adquiere particular relevancia en contextos donde la disponibilidad económica es limitada y las necesidades del paciente son múltiples.

Finalmente, facilitar el acceso del paciente y su familia a recursos comunitarios, tales como redes de apoyo emocional, apoyos religiosos y programas sociales, permite, además, ampliar el alcance del cuidado y refuerza la estructura de apoyo fuera del ámbito hospitalario. Asimismo, esta articulación social y económica, genera un entorno de apoyo que favorece al paciente y sus cuidadores.

La información analizada demuestra que el cuidado al final de la vida, exige una visión biopsicosocial y cultural, en la cual, la familia, la comunidad y el equipo de salud actúan como componentes esenciales. En este sentido, el enfoque holístico promueve un acompañamiento digno, orientado a las necesidades reales del paciente, lo que, a su vez, fortalece su calidad de vida y el de su entorno durante una de las etapas finales de su vida.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Los cuidados paliativos basados en las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales constituyen un enfoque integral y humanizado que reconoce a la persona como un ser biopsicosocial y espiritual, cuya dignidad debe ser preservada durante todo el proceso de enfermedad y al final de la vida; al priorizar el control del dolor y de los síntomas, el acompañamiento emocional, el fortalecimiento de las redes familiares y sociales, y la atención a la búsqueda de sentido y trascendencia, este enfoque de cuidado no solo alivia el sufrimiento, sino que mejora de manera significativa la calidad de vida del paciente y su familia, promueve la autonomía y la toma de decisiones informadas, y refuerza el compromiso ético de los profesionales de la salud, especialmente del equipo interdisciplinario y de enfermería, con una atención centrada en la persona, demostrando que cuidar no es solo tratar la enfermedad, sino acompañar con respeto, empatía y compasión hasta el último momento de la vida.
- En la actualidad, las principales etiologías de la cirrosis hepática son por orden de prevalencia, el consumo excesivo de alcohol, la infección crónica por virus de hepatitis B y C, y la enfermedad por hígado graso asociada a trastornos metabólicos. Además, existen otras causas infrecuentes, sin embargo, pero clínicamente significativas, como: la enfermedad de Wilson, la hemocromatosis hereditaria y enfermedades autoinmunes del hígado. Estas condiciones provocan daño progresivo al parénquima hepático, fibrosis y alteraciones en la arquitectura del órgano, lo que finalmente conduce a una pérdida de la función hepática y a la aparición de complicaciones graves que impactan directamente en la morbilidad y mortalidad de los pacientes. El conocimiento a profundidad de estas etiologías es fundamental para la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de la cirrosis hepática.
- El diagnóstico oportuno y tratamiento de las enfermedades hepáticas han avanzado notablemente en la actualidad, sin embargo, muchos pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas, como consecuencia estos pacientes desarrollan complicaciones, tales como ascitis, hemorragia digestiva por várices esofágicas, várices gástricas,

encefalopatía hepática por intoxicación por amoníaco, debido al déficit de la función de filtración por el hígado, la peritonitis bacteriana espontánea como complicación de la ascitis y el carcinoma hepatocelular, todas estas complicaciones son promovidas por la hipertensión arterial.

- Aunque los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hepáticas han sido significativos, no obstante, muchos pacientes continúan siendo diagnosticadas en etapas avanzadas debido a su fase temprana asintomática. Como consecuencia, el diagnóstico suele realizarse cuando ya se han desarrollado complicaciones graves tales como ascitis, hemorragia digestiva por varices esofágicas, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea o carcinoma hepatocelular. Por lo tanto, resulta fundamental fortalecer la detección temprana y las estrategias preventivas para mejorar el pronóstico del paciente.
- El manejo multidisciplinario, que incluya la atención paliativa integral en relación a los aspectos físicos, factores psicosociales y espirituales es esencial para atender de forma integral a los pacientes con enfermedades hepáticas avanzadas. Por lo tanto, la intervención coordinada de diversos profesionales de la salud como hepatólogos, enfermería especializada, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales, permite optimizar el control de las manifestaciones clínicas, reducir el sufrimiento y brindar apoyo tanto al paciente como a su familia. Este enfoque integral contribuye a mejorar la calidad de vida, favorece una mayor supervivencia y un proceso de atención más humanizada y digna.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer la implementación de los cuidados paliativos integrales mediante la formación continua del personal de salud, especialmente del equipo de enfermería, en el abordaje de las dimensiones física, psicológica, social y espiritual del paciente, promoviendo un trabajo interdisciplinario que garantice una atención centrada en la persona. Asimismo, es fundamental desarrollar y aplicar protocolos institucionales que fomenten la participación activa del paciente y su familia en la toma de decisiones informadas, asegurando el respeto a la dignidad, la autonomía y la calidad de vida durante el proceso de enfermedad y al final de la vida.
- Reforzar las estrategias de prevención y detección temprana de la cirrosis hepática mediante programas de educación en salud dirigidos a la población de riesgo, el tamizaje oportuno de hepatitis virales y trastornos metabólicos, y la identificación precoz de causas menos frecuentes, pero clínicamente relevantes. Asimismo, es fundamental capacitar al personal de salud en el reconocimiento de las diferentes etiologías de la cirrosis hepática, con el fin de optimizar el diagnóstico, instaurar tratamientos oportunos y reducir la progresión de la enfermedad, las complicaciones asociadas y la morbilidad de los pacientes.
- Es necesario consolidar y ampliar los programas de detección precoz y seguimiento continuo de las enfermedades hepáticas crónicas, mediante la implementación de protocolos de tamizaje en poblaciones de riesgo y el acceso oportuno a estudios diagnósticos especializados. Asimismo, es fundamental optimizar el manejo integral de los pacientes con enfermedad hepática para prevenir la progresión a estadios avanzados y reducir la incidencia de complicaciones asociadas a la hipertensión portal, tales como ascitis, hemorragia digestiva, encefalopatía hepática, infecciones y carcinoma hepatocelular, contribuyendo así a mejorar el pronóstico, la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes.
- Resulta fundamental consolidar las estrategias de detección temprana de las enfermedades hepáticas mediante programas de tamizaje dirigidos a poblaciones de riesgo, controles clínicos periódicos y educación en salud sobre factores

predisponentes, con el fin de identificar la enfermedad en fases iniciales. Asimismo, es fundamental promover el seguimiento oportuno y el acceso a un manejo integral que permita prevenir la aparición de complicaciones graves, mejorar el pronóstico y elevar la calidad de vida de los pacientes.

- Es esencial establecer modelos de atención multidisciplinaria que integren de manera sistemática los cuidados paliativos en el manejo de pacientes con enfermedades hepáticas avanzadas, considerando los aspectos físicos, psicosociales y espirituales. Asimismo, es fundamental fortalecer la coordinación entre los distintos profesionales de la salud y garantizar la capacitación continua del equipo interdisciplinario, con el fin de optimizar el control de los síntomas, reducir el sufrimiento, brindar apoyo integral al paciente y su familia, y asegurar una atención humanizada, digna y centrada en la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Título del documento [Internet]. Ginebra: WHO; [citado 2025 dic 3]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstreams/2843498c-e62d-4c54-8c65-ce5a2027bb60/download>
2. Andrade Villavicencio DA, Coronel Vera JG, López Cartagenova AL, Maldonado Quezada NE, Martínez Santander CJ. Cirrosis, la nueva problemática que afecta a niños y adolescentes. Revis. med. Aneteo [Internet]. 2023 [citado el 25 de octubre de 2025]; 25 (1): 147-162. Disponible en: <https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/230/229>.
3. Vázquez Navarro ME, Templos Esteban LA, García Valdés P. Características clínicas y necesidades paliativas de pacientes con insuficiencia hepática no oncológica atendidos en un servicio de cuidados paliativos. Med. Et [Internet]. 2024 [citado el 24 de octubre de 2025]; 36(2). 585-610. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/2828/2839>.
4. Miño Bernal J, Edna López M, Jazmín Sandino N, Molano Franco M. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. Repert. Med. Cir [Internet]. 2022 [citado el 25 de octubre de 2025]; 31 (2): 112-122. Disponible en: [file:///Users/usuario/Downloads/3.+Art.+de+Rev.+Cirrosis+hep%C3%A1tica+o+falla+hep%C3%A1tica+cr%C3%B3nica+agudizada+definici%C3%B3n+y+clasificaci%C3%B3n.%20\(11\).pdf](file:///Users/usuario/Downloads/3.+Art.+de+Rev.+Cirrosis+hep%C3%A1tica+o+falla+hep%C3%A1tica+cr%C3%B3nica+agudizada+definici%C3%B3n+y+clasificaci%C3%B3n.%20(11).pdf).
5. Can G, Yuan Y, Haiyuan S, Jinhang G, Xiangxin K, Zhaodi C, Yangkun G, Hua W. Liver diseases: epidemiology, causes, trends and predictions. STTT [Internet]. 2025 [citado el 24 de octubre de 2025]; 10(33): 1-36. Disponible en: <file:///Users/usuario/Downloads/s41392-024-02072-z-1.pdf>.
6. Juanola A, Posea E y Ginés P. Cirrosis hepática: enfermedad antigua, reto nuevo. Med Clin [Internet]. 2024 [citado el 24 de octubre de 2025]; 164: 238-246. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025775324007048>.
7. Zavala Hoppe AN, Jaime Palma EN, Ramos Zambrano PL. Cirrosis hepática: prevalencia, causas y diagnóstico de laboratorio. Journal Scientific MQR Investigar [Internet]. 2024 [citado el 24 de octubre de 2025]; 8(1): 2035-2055. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/987/3741>.
8. Danpanichkul P, Díaz LA, Suparan K, Tothananarungro P, Sirimangklanurak P, Auttapracha T, Blaney H, Sukphutanan B, Yaphutananf, Pang Y, Kongarin S, Idalsoaga F. Epidemiología mundial de las enfermedades hepáticas relacionadas con el alcohol, el cáncer de hígado y los trastornos por consumo de alcohol. CMH [Internet]. 2024 [citado el 24 de octubre de 2025]; 31: 525-547. Disponible en: <https://e-cmh.org/upload/pdf/cmh-2024-0835.pdf>.

9. Solís Alcívar DC, Bermúdez Garcell AJ, Serrano Gámez B, Teruel Ginés R, Castro Maquilón AG. Efectos del alcohol en la aparición de cirrosis hepática. CCM [Internet]. 2020[citado el 24 de octubre de 2025]; 24(2). 761-781 Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm/2020/ccm202t.pdf?utm_source=chatgpt.com
10. Peña Ramírez DM, Lizarazo Correa CO, Vargas Rodríguez LJ. Caracterización de la cirrosis hepática en pacientes internados en un hospital universitario de Colombia. Revista, colomb. Gastroenterol [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025]; 40(1):39-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v40n1/es_2500-7440-rcg-40-01-39.pdf.
11. Calderón Gerstein W, Ascanio Paredes M, Yarinsueca M, Pilar R. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horizmed [Internet]. 2020 [citado el 24 de octubre de 2025]; 20(2): 1-8 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v20n2/1727-558X-hm-20-02-e1186.pdf>.
12. Naik A y Moorthy S. Un análisis comparativo entre la puntuación del Modelo para la Enfermedad Hepática Terminal (MELD), Puntuación del modelo modificado para la enfermedad hepática terminal (MELD Na) y puntuación de Child- Pugh (CPS) para predecir complicaciones en pacientes con cirrosis. The Egyptian Journal of Internal Medicine [Internet]. 2025[citado el 24 de octubre de 2025]; 37(99): 1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s43162-025-00478-x>.
13. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Oct 24]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care_who.int.
14. Sousa L, Marques Silva S, Rego F, Nunes R, Oliveira H. Cuidados paliativos en la enfermedad hepática terminal. Livers [Internet]. 2025 [citado el 11 de Noviem de 2025]; 5(39): 1–13. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-4389/5/3/39>.
15. Vázquez Navarro ME, Templos Esteban LA, García Valdés P. Características clínicas y necesidades paliativas de pacientes con insuficiencia hepática no oncológica atendidos en un servicio de cuidados paliativos. *Med y Ét* [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025];36(2):584-635. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mye/v36n2/2594-2166-mye-36-02-584.pdf>.
16. Juanola A, Pose E, Ginés P. Cirrosis hepática: enfermedad antigua, reto nuevo. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2025[citado el 21 de nov de 2025];164(5):238-246. Disponible en : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775324007048?utm_source=chatgpt.com.
17. García DS, Martínez Artola Y, Poncino DA, Ferreira Rubino M, Escobar R, Khoury M. Etiología de la cirrosis: los cambios epidemiológicos entre los períodos 1995-2002 y 2010-2017. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2020[citado el 24 de

- octubre de 2025];50(3):271-278. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1993/199364397026/199364397026.pdf>.
18. Battle A, Mudd J, Alhenstiel G, Kalo E. Cirrosis hepática: definiciones en evolución y avances recientes en diagnóstico, prevención y tratamiento. *Livers* [Internet]. 2025[citado el 24 de octubre de 2025];5(28):1-53. Disponible en: https://www.mdpi.com/2673-4389/5/3/28?utm_source=chatgpt.com.
 19. Sánchez E, Castro A, Ponce A, Valencia M. Cirrosis hepática y su relación con el consumo excesivo de alcohol en adultos mayores en América Latina. *Arandu-UTIC* [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];12(1):4013-4023. Disponible en: <https://www.uticvirtual.edu.py/revista.ojs/index.php/revistas/article/view/853/1331>.
 20. Waghmare GR, Katekar VA, Deshmukh SP, Deshmukh. A review: Alcoholic liver disease pathophysiology, current molecular and clinical perspectives GSC Biological and Pharmaceutical Sciences (GSCBPS) [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025];25(02): 014–024. Disponible en: https://gsconlinepress.com/journals/gscbps/sites/default/files/GSCBPS-2023-0424.pdf?utm_source=chatgpt.com.
 21. Gaurav R, Katekar V, Deshmukh S. A review: Alcoholic liver disease pathophysiology, current molecular and clinical perspectives [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025];25(02): 014–024. Disponible en: https://gsconlinepress.com/journals/gscbps/sites/default/files/GSCBPS-2023-0424.pdf?utm_source=chatgpt.com.
 22. Mackowiak B, Fu Y, Maccioni L y Gao B. Alcohol associated liver disease. *The Journal of Clinical Investigation* [Internet]. 2024 [citado el 23 de noviembre de 2025];134(3):1-14 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10836812/pdf/jci-134-176345.pdf>.
 23. Solís Alcívar DC, Bermúdez Garcell AJ, Serrano Gámez NB, Teruel Ginés R, Esp. Castro Maquilón AG. Efectos del alcohol en la aparición de cirrosis hepática. *CCM* [Internet]. 2020[citado el 23 de noviembre de 2025]; 24(2): 743-763. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm202t.pdf?utm_source=chatgpt.com.
 24. Organización Mundial de la Salud (OMS), Hepatitis B [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
 25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de Manejo Clínico de Hepatitis Virales B y C. Quito: MSP; 2023. 148 p. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2024/04/Protocolo_de_Manejo_Clinico_de_Hepatitis_Virales_B_y_C_2023.pdf
 26. Parrales Pincay IG, Bravo Pinargote EA, Holguín Santana JE, Loor Zambrano NN. Hepatitis Viral: Avances y métodos en la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento

- Global. Aranduutic [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025]; 12(1): 4404-4420. Disponible en: [file:///Users/usuario/Downloads/Dialnet-HepatitisViral-10343894%20\(3\).pdf](file:///Users/usuario/Downloads/Dialnet-HepatitisViral-10343894%20(3).pdf).
27. World Health Organization. Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/333391>.
 28. Sallam M, Khalil R. Contemporary Insights into Hepatitis C Virus: A Comprehensive Review. Microorganismos [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025]; 22(274): 1-22. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11205832/pdf/microorganisms-12-01035.pdf>.
 29. Liu J, Yuan T, Xue, Liang H. Pathogenesis, prevention, and therapeutic advances in hepatitis B, C, and D [Internet]. 2025[citado el 24 de octubre de 2025]; 22(274): 1-22. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12985-025-02907-3?utm_source=chatgpt.com.
 30. Riquelme Langer V, Contreras N, Campos Vásquez C, García Blanco F, Jürgensen Heinrich C, Maldonado Alcalde S. Revisión de estrategias internacionales para la prevención del Virus Hepatitis C. Rev Conflu [Internet]. 2025 Jul 30 [cited 2025 Nov 25];8: 1-8. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1357/951>.
 31. Quishpe Pullupaxi BS, Silva Tirado MP. Esteatosis hepática no alcohólica y su relación con Diabetes Mellitus tipo 2. Revision bibliográfica. RevCienEcu [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025];5(21):1-27. Disponible en: <https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/113/244>.
 32. Khan A, Ross H, Parra N, Chen S, Chauhan K, Wang M, Yan B, Magagna J, Beiriger J, Shah Y, Shahzad T, Halegoua De Marzio D. Prevención de riesgos y promoción de la salud para la enfermedad del hígado graso no alcohólico *Livers* [Internet]. 2022[citado el 23 de noviembre de 2025];2(4): 264-282. Disponible en: https://www.mdpi.com/2673-4389/2/4/22?utm_source=chatgpt.com.
 33. Lujan Vancells Pau, Viñas Esmel E, Sacanella Meseguer E. Panorama general de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) y el papel del consumo de alimentos azucarados y otros componentes de la dieta en su desarrollo. Nutrients [Internet]. 2021[citado el 23 de noviembre de 2025];13(1): 1-25. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8145877/?utm_source=chatgpt.com.
 34. Katherine Calderon, Adriana Hernandez, Luis F. Osorio, Stephany Lanza1. Enfermedad de hígado graso no alcohólico y potenciales efectos de los β -glucanos en su tratamiento: Una revisión de literatura. Rev Chil Nutr [Internet]. 2022[citado el 23 de noviembre de 2025]; 49(1): 100-107. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v49n1/0717-7518-rchnut-49-01-0100.pdf>.
 35. Aguirre Pardo V, Fajardo Cárdenas C, Hernández Paladines J, Salcedo Vásquez V, Lopez G, Guerrero Espinoza E, Castillo Espinoza P, González Domínguez E. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de hepatitis autoinmune. estudio retrospectivo observacional. Rev Med Vozandes [Internet]. 2024[citado el 23 de noviembre de 2025];35(2): 15 - 22. Disponible en: https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2025/02/01_AO1-2.pdf.
 36. Hernandez D, Castellanos Fernandez MI. Avances en la inmunogenia de la hepatitis autoinmune. Rev. habanera cienc. méd [Internet]. 2024[citado el 23 de noviembre de 2025]; 22(1): 1-10. Disponible en: <https://sciendo.com/docfulltext/revista-habanera-ciencia-medica-2024-1-10>.

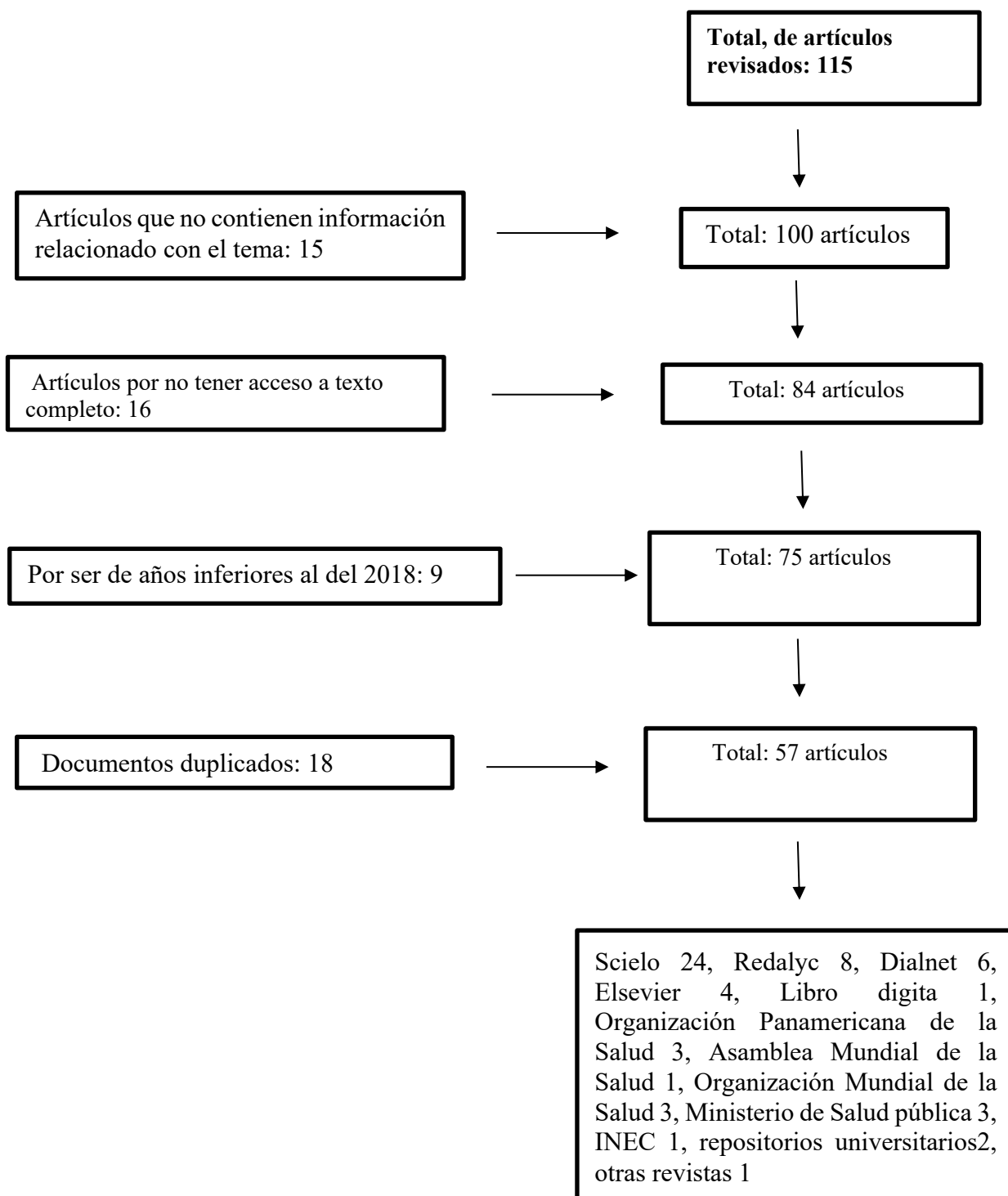
- 2025];21(2): 15 - 22. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1409462?lang=es>.
37. Jimbo SisalimaS , González Dominguez E, Espinoza Alcala D. Enfermedad de wilson, en un contexto de emergencia sanitaria y colapso hospitalario: un reto diagnóstico. reporte de caso. Rev Med Vozandes [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];36(1): 77 – 82. Disponible en: https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2025/07/09_RC.pdf.
 38. Murakami Y. *Hemocromatosis hereditaria: una visión general de la genética y la patogénesis*. Hereditary Genet[Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];13(4): 1 – 2. Disponible en: <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/hereditary-hemochromatosis-a-comprehensive-overview-of-genetics-and-pathogenesis.pdf>.
 39. Adams P. Ryan J. Diagnóstico y tratamiento de la hemocromatosis. Patogénesis Clinical Gastroenterology and Hepatology [Internet]. 2024[citado el 23 de noviembre de 2025];23(9): 1477–1485. Disponible en: <https://www.cghjournal.org/action/showPdf?pii=S1542-3565%2824%2901136-4>.
 40. Muñoz O, Ferrusquía Acosta J, Serna Patiño LM, Cárdenas A. Métodos diagnósticos en hipertensión portal. Rev Colomb Gastroenterol[Internet]. 2021[citado el 23 de noviembre de 2025]; 36(2): 218-226. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v36n2/es_2500-7440-rcg-36-02-218.pdf.
 41. Gao B. Lin Y, Zhang H, Li Y, Gou S, Peiling M, Zhao X, Zhou Y Chen Q, Yuan L, Han Z, Yu C. Revolucionando el diagnóstico de la hipertensión portal: el auge de las técnicas no invasivas en la cirrosis hepática. Front. Med [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025]; 36(2): 218-226. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2025.1647629/full>.
 42. Vidal González D, Moreno Madrigal LG, Pérez López KP, Vera Nungaray SA. Ascitis: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 2022[citado el 23 de noviembre de 2025]; 38(6): 1223-1232.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/mim226j.pdf>.
 43. Biggins S, Angeli P, Garcia Tsao, Ginès P, Ling S, Nadim M, Wong F, Kim R. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la ascitis, la peritonitis bacteriana espontánea y el síndrome hepatorenal: Guía práctica de 2021 de la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas. 2021[citado el 23 de noviembre de 2025]; 74(2): 1014-1048. Disponible en: https://journals.lww.com/hep/fulltext/2021/08000/diagnosis%2C_evaluation%2C_and_management_of_ascites%2C.38.aspx?utm_source=chatgpt.com.
 44. Che-To Lai J, Dai J, Yan Liang, Hung Wong G, Wong V, Fung Yip T. Tratamiento farmacológico desafíos y controversias. Hepatology [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025]; 74(2): 1014-1048. Disponible en: [file:///Users/usuario/Downloads/pharmaceuticals-18-00339%20\(1\).pdf](file:///Users/usuario/Downloads/pharmaceuticals-18-00339%20(1).pdf).
 45. Hermida Carrión EM, Aldás Erazo MR. Actualización sobre tratamientos utilizados en peritonitis bacteriana espontánea en pacientes cirrótico. INSPILIP [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025];7:1–9.Disponible en: <https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/483>.
 46. Desai A, Reau , K Gautham Reddy , Helen S Te , Smruti Mohanty , Satoskar R, DeVoss A , Jensen D. Peritonitis bacteriana espontánea persistente: una complicación frecuente en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea y una puntuación alta en el modelo de enfermedad hepática terminal. Therapeutic

- Advances in Gastroenterology [Internet]. 2020[citado el 23 de noviembre de 2025];5(5): 275–283. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3437533/>.
47. Higuera de la Tijera F, Ruiz Velasco J. Visión actual sobre el diagnóstico y los cuidados integrales en la encefalopatía hepática. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025];88(1): 155–174. Disponible en: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/en-pdf-S0375090623000150>.
 48. Rodríguez Gutiérrez AF. Diagnóstico y tratamiento de la encefalopatía hepática mínima. Una revisión narrativa. Hepatología [Internet]. 2024[citado el 23 de noviembre de 2025];6(1): 13–20. Disponible en: <https://revistahepatologia.org/index.php/hepa/article/view/131/107>.
 49. Musa Y, Tijjani Saleh H, Muhammad Olalekan N, Idowu D, Sadiq Aminu A, Abdullahi Zubairu H and Alhaji Sama'ila A. Manejo de la hipertensión portal con recursos limitados: una serie de casos que evalúa terapias alternativas para las varices gástricas. Journal of Translational Gastroenterology [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];3(3): 171–176. Disponible en: https://www.xiahepublishing.com/2994-8754/JTG-2025-00005?utm_source=chatgpt.com.
 50. Padilla Machaca PM, Padilla Gonzales S, Venturelli Romero MG, Cabrera Cabrejos MC. Hemorragia digestiva variceal: epidemiología, patogénesis, manejo y profilaxis. Reviv de Gastroent del Perú [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];45(3): :273-81. Disponible en: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/2038>.
 51. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Washington (DC): OPS; [citado 2025 dic 3]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
 52. Kim A, Woo K. Public Perspectives on Palliative and Hospice Care: Social Media Content Analysis Using Topic Modeling and Multiclass Sentiment Analysis. J Med Internet Res [Internet]. 2022[citado el 24 de octubre de 2025]. 27: e70836. Disponible en: <https://www.jmir.org/2025/1/e70836/PDF>.
 53. Sirisunhirun P, Bandidnyamanon W, Jrerattakon Y, Muangsomboon K, Pramyothin P, Nimanong S, Tanwandee T, Phunchai Charatcharoenwittaya P, Chainuvati S, Chotiyaputta W. Efecto de un programa de entrenamiento físico en el hogar de 12 semanas sobre la capacidad aeróbica, la masa muscular, la rigidez del hígado y el bazo y la calidad de vida en pacientes cirróticos: un ensayo clínico controlado aleatorizado. BMC Gastroenterology [Internet]. 2022[citado el 24 de octubre de 2025]. 22(66): 1-11. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8845268/>.
 54. Senamjit Kaur, Rodrigo V Motta, Bryony Chapman, Victoria Wharton, Jane D Collier, Francesca Saffioti. Drenajes abdominales paliativos a largo plazo *versus* paracentesis de gran volumen para el tratamiento de la ascitis refractaria en la enfermedad hepática terminal. WJH [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025];16(3): 428-438. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10989306/pdf/WJH-16-428.pdf>.
 55. Aréchiga-Ornelas GE. Espiritualidad en cuidados paliativos. Rev Mex Anestesiología [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025]. 2025; 48 (1): 63-66. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/118375>.

56. Zhang Y, LeYao Xiao, Liu Q, Yi Zhang X, Dan M, Xu Li, Mei Dai, Fei Zhao, YouShu Shen, Jordan Tovera, PingYang. El papel mediador del apoyo social en la autogestión y la calidad de vida en pacientes con cirrosis hepática. **Scientific Reports** [Internet]. 2025[citado el 24 de octubre de 2025]; 15(458): . Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-81943-5>.
57. Amaguaña Supe EL, Andrade Pilamunga JA. Abordajes de enfermería en cirrosis hepática: estrategias de afrontamiento. Rev. Navar. Medica [Internet]. 2022[citado el 24 de octubre de 2025];9(1):37-48 Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/283/140>.

ANEXOS

ALGORITMO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA



ANEXO 2

TABLA 1. ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

AUTOR/AÑO	CATEGORÍA/FACTOR ETIOLÓGICO	RESULTADO	CRITERIO PERSONAL
Fuentes E, 2025	ALCOHOLISMO: - Epidemiología - Edad - Diagnóstico	Según, Fuentes E. Manifiesta que la (OMS), en el año 2025, indica que existe una alta mortalidad por cirrosis hepática relacionada al alcohol, particularmente en pacientes masculinos de edad avanzada, en países como Angola, la prevalencia es de 46.6% por cada 100 000 habitantes, Guatemala con un 48.7%, Honduras con un 43%. Por otro lado, en Ecuador se estima que el nivel de mortalidad es aproximadamente el 20.8%, muy alto en comparación a otros países América latina. Perú con un 19.2%, Chile con 10.2%, Colombia con 4.5%, Uruguay con 4.2%, siendo la excepción Bolivia que es la más alta con un 40.1%, son cifras alarmantes las que detallan las autoridades mundiales de salud ⁽¹⁹⁾ .	Las cifras de mortalidad por cirrosis hepática relacionada con el alcohol muestran diferencias significativas entre países, lo que evidencia que este problema no depende solo del consumo individual, sino también de factores sociales y de salud pública. Los porcentajes elevados, especialmente en naciones como Angola, Guatemala o en países de América Latina como Bolivia y Ecuador, reflejan la falta de programas preventivos eficaces y el limitado acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno. Estos datos evidencian la necesidad urgente de fortalecer las políticas de prevención del alcoholismo y de promover intervenciones tempranas para reducir el impacto de esta enfermedad en la población.
Gaurav R. En 2023	- Metabolismo - Cantidad de alcohol ingerido	En cuanto al metabolismo, Gaurav R, en el año 2023, manifiesta que cuando se consume alcohol, se absorbe en el torrente sanguíneo básicamente a través del estómago y los intestinos. Aproximadamente, menos del 10 % del alcohol absorbido se elimina a través del aliento, el sudor y la orina. Por otro lado, el 90 % del alcohol que se consume circula por todo el cuerpo y finalmente llega al hígado a través de la vena porta ⁽²⁰⁾ .	Además, el metabolismo del alcohol destaca, la enorme carga que esta sustancia impone al hígado. El hecho de que más del 90 % del alcohol ingerido llegue finalmente a este órgano, explica por qué es tan vulnerable a sufrir daño progresivo. Comprender este proceso es fundamental para justificar la importancia de la prevención y la educación sobre los riesgos del consumo excesivo, debido a que el metabolismo hepático limitado convierte al alcohol en un factor de impacto directo y sostenido sobre la salud hepática.
Mackowiak, 2024	- Diagnóstico	Mackowiak, en el año 2024, menciona que el diagnóstico de hepatitis alcohólica, se basa en la presentación clínica, que incluye ictericia y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen y fiebre y alteraciones bioquímicas como: bilirrubina sérica elevada >3 mg/dL, elevación leve del aspartato aminotransferasa (AST) >50 y <400 UI/L y una relación AST/alanina aminotransferasa (AST/ALT) >1,5 ⁽²²⁾ .	En cuanto al diagnóstico de hepatitis alcohólica debe basarse en la evaluación clínica, debido a que los signos como ictericia, dolor en el cuadrante superior derecho y fiebre, junto con alteraciones bioquímicas como elevación de bilirrubina, AST y la relación AST/ALT, permiten identificar de manera temprana la enfermedad.

Solis Alcivar DC, 2020	- Dosis-respuesta	Solis Alcivar DC, en el año 2020, detalla que existe una relación dosis respuesta entre el alcohol y la cirrosis hepática. En un trabajo realizado, se evidencia una relación directamente proporcional entre el consumo de alcohol y el riesgo de padecer cirrosis hepática, un consumo de alcohol de entre 36 a 48 g al día se eleva a 5 veces el riesgo de cirrosis en hombres y 10 veces en mujeres ⁽²³⁾ .	Además, una correcta interpretación de estos hallazgos facilita la intervención oportuna, mejora el pronóstico del paciente y orienta el manejo terapéutico integral. Solís Alcívar, resalta la relación entre la cantidad y la duración del consumo de alcohol con el desarrollo de enfermedades hepáticas avanzadas. Aunque menos del 40 % de los individuos que consumen entre 60-80 g/día de alcohol durante más de 10 años, en hombres o 20 g/día en mujeres, desarrollan enfermedades hepáticas graves, los riesgos aumentan significativamente con el tiempo y la cantidad ingerida. Esto pone de manifiesto la importancia de una intervención temprana, debido a que el daño hepático puede ser prevenido o al menos mitigado con estrategias de educación y políticas de reducción del consumo de alcohol a largo plazo.
La (OMS), 2024,	HEPATITIS VIRAL: Hepatitis B - Epidemiología	La (OMS) en 2024, en cuanto a la epidemiología de hepatitis, estima que 254 millones de personas vivían con infección crónica por el virus de la hepatitis B en 2022, y que cada año se producen 1,2 millones de nuevas infecciones. En 2022, la hepatitis B provocó la muerte de aproximadamente 1,1 millones de personas, principalmente por cirrosis o hepatocarcinoma (cáncer hepático primario) ⁽²⁴⁾ .	Las estadísticas de la OMS evidencian que la hepatitis B sigue siendo un problema de salud pública de gran magnitud a nivel global. La elevada cantidad de personas infectadas crónicamente y la significativa mortalidad asociada a complicaciones como cirrosis y hepatocarcinoma resaltan la urgencia de implementar estrategias preventivas, diagnóstico temprano y acceso a tratamientos eficaces. Es fundamental que los sistemas de salud fortalezcan la educación, la vacunación y los programas de seguimiento clínico para reducir la carga de esta enfermedad
Parrales I, 2025	- Vías de transmisión	Parrales I, en el año 2025. Menciona que la hepatitis B se transmite cuando el virus se propaga de individuos infectados a individuos no inmunes a través de diversos medios. La transmisión horizontal se produce por contacto sexual o superficies mucosas, siendo las relaciones sexuales sin protección y el consumo de drogas inyectables las principales vías en las zonas de prevalencia baja a intermedia y la transmisión vertical, la forma predominante en las regiones de prevalencia alta, se produce de madre a hijo durante el período perinatal. El contacto sexual incluye el coito vaginal, oral o anal sin protección, mientras que, la exposición mucosa implica saliva, secreciones vaginales, semen o sangre ⁽²⁶⁾ .	A cerca de las vías las vías de transmisión de la hepatitis B en 2025, se evidencia la necesidad de enfoques preventivos diferenciados según el contexto epidemiológico. En regiones de baja a media prevalencia, es importante fomentar la educación sexual y la reducción del riesgo asociado al consumo de drogas inyectables, mientras que, en zonas de alta prevalencia, la prevención de la transmisión perinatal se convierte en la estrategia prioritaria.

			Las estrategias de prevención de la transmisión vertical del virus de la hepatitis B, como la detección rutinaria en mujeres embarazadas, la profilaxis antiviral y la vacunación temprana en recién nacidos, son esenciales para reducir significativamente la transmisión materno-infantil.
Sallam, 2024	Hepatitis C - Epidemiología	Sallam, en el año 2024, manifiesta que, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2023, había aproximadamente 50 millones de personas con hepatitis C crónica en todo el mundo, con un estimado de 1 millón de nuevas infecciones cada año. Además, alrededor de 3,26 millones de niños se vieron afectados por la hepatitis C crónica, por este motivo, la hepatitis C constituye una importante carga de salud mundial que afecta a un número importante de personas en todo el mundo ⁽²⁸⁾ .	La administración oportuna de la vacuna contra la hepatitis B dentro de las primeras 12 horas de vida disminuye el riesgo de transmisión, por ende, es fundamental la implementación sistemática de estas medidas en los programas de salud pública, lo que contribuirá a la eliminación de la hepatitis B y la protección de las futuras generaciones
Riquelme A, 2023	- Prevención	Con respecto a la prevención de la hepatitis C, Riquelme A, en el año 2023, menciona que no existe ninguna vacuna eficaz para la hepatitis C en comparación de la hepatitis B, en este sentido la prevención primaria consiste en eliminar el riesgo de transmisión. Además, menciona los medios de transmisión del VHC, entre estas: el uso de drogas inyectables, las perforaciones corporales, realización de tatuajes en establecimientos no regulados, exposición a procedimientos médicos tales como inyecciones o diálisis, entre otros ⁽³⁰⁾ .	La ausencia de una vacuna contra la hepatitis C refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención primaria, enfocándose en la reducción de conductas y entornos de riesgo. Es fundamental promover políticas de control sanitario más estrictas en los procedimientos invasivos como: tatuajes, perforaciones y prácticas médicas, así como intensificar los programas de educación comunitaria dirigidos a poblaciones vulnerables, particularmente a quienes utilizan drogas inyectables. Solo mediante un enfoque preventivo integral, basado en la disminución de la exposición y en la adopción de prácticas seguras, es posible disminuir de forma significativa la transmisión del VHC en ausencia de inmunización específica contra este virus.
Quishpe B, 2023	ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCOHOLICO - Definición	Quishpe B, en el año 2023, define la enfermedad hepática por hígado graso no alcohólico (EHGNA), como una enfermedad metabólica asintomática, se caracteriza por la acumulación de grasa ectópica en los hepatocitos, sin un consumo tóxico de alcohol ⁽³¹⁾ .	La Investigación de Luján P, evidencia la complejidad de la EHGNA y la necesidad urgente de intervenir sobre los factores de riesgo. La evolución de esta patología desde una simple acumulación de grasa hasta etapas avanzadas como fibrosis, cirrosis o hepatocarcinoma muestra la importancia de una detección temprana y de estrategias preventivas efectivas.
Khan A, 2022	- Factores de riesgo	Khan A, en el año 2022, destaca como los factores de riesgo para EHGNA, la <i>obesidad</i> , que provoca la acumulación de grasa en el	Además, el vínculo entre la EHGNA y el síndrome metabólico

		hígado, <i>la resistencia a la insulina y la diabetes mellitus tipo 2</i> , que alteran el metabolismo de lípidos y glucosa. También son fundamentales la <i>dislipidemia, elevación de triglicéridos y LDL, reducción de HDL, el sedentarismo, las dietas ricas en azúcares simples y grasas saturadas, y el síndrome metabólico</i> , la combinación de estos elementos incrementa el riesgo de desarrollar esteatosis hepática y su evolución hacia formas más graves como NASH, fibrosis o cirrosis ⁽³²⁾ .	subraya la necesidad de un abordaje integral, donde la educación sanitaria, el control metabólico y la promoción de estilos de vida saludables son fundamentales para reducir las complicaciones hepáticas. Los factores de riesgo del hígado graso no alcohólico reflejan no solo desafíos individuales de estilo de vida, sino también limitaciones presentes en los hábitos alimentarios y en la actividad física que la sociedad actual promueve. Aunque la obesidad y la resistencia a la insulina son centrales, muchas veces se pasa por alto que estas condiciones están fuertemente influenciadas por entornos que facilitan el sedentarismo y el consumo de alimentos ultraprocesados. Por ello, abordar el NAFLD requiere no solo cambios personales, sino también transformaciones en el entorno que permitan adoptar estilos de vida más saludables. Clasificación de la enfermedad en diferentes tipos, permite un enfoque preciso en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hepática, considerando el componente metabólico y alcohólico, lo cual es fundamental para individualizar las estrategias de manejo y prevención.
Lujan P, 2021	- Clasificación	Lujan P en el año 2021, define la enfermedad hepática por hígado graso no alcohólico (EHGNA), es una enfermedad metabólica adquirida, inducida por estrés metabólico y se caracteriza por la acumulación de grasa en los hepatocitos. Su evolución presenta cuatro etapas. La primera implica la acumulación de grasa hepática, también conocida como <i>hígado graso no alcohólico</i> (HGNA). La segunda etapa, se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa hepática, causa inflamación hepática conocida como <i>Esteatohepatitis no alcohólica</i> (EHNA). La inflamación hepática persistente induce la formación de tejido fibroso hepático, esta etapa se denomina <i>fibrosis</i> y se caracteriza por la activación de las células estrelladas hepáticas y la sustitución de los hepatocitos por colágeno fibrilar y otras proteínas de la matriz extracelular. La última etapa es la <i>cirrosis</i> , en donde los hepatocitos son completamente reemplazados por fibrosis, lo que conduce a insuficiencia hepática, y puede evolucionar a hepatocarcinoma ⁽³³⁾ .	
Aguirre Pardo V, 2025	HEPATISTIS AUTOINUNE - Definición	Aguirre Pardo V, en el año 2025, menciona que la Hepatitis Autoinmune es una enfermedad inflamatoria crónica del hígado que afecta a personas de cualquier edad y grupo étnico, con una prevalencia más elevada en personas con predisposición genética y mujeres. La sintomatología es variable, la enfermedad en fase aguda que si no es tratada puede evolucionar hasta una hepatitis fulminante. En otros casos, puede existir una progresión silenciosa en forma de una fibrosis, cirrosis o llegar a una insuficiencia hepática aguda ⁽³⁵⁾ .	Debido a que las fases iniciales la hepatitis autoinmune no presenta manifestaciones clínicas, el diagnóstico oportuno puede inducir la remisión de la enfermedad y prevenir su evolución a etapas avanzadas. La enfermedad de Wilson muestra la importancia del diagnóstico temprano en las enfermedades metabólicas hereditarias. A pesar de ser un trastorno infrecuente, su progresión puede ser grave y silenciosa, afectando tanto al hígado como al sistema neurológico si no se identifica a tiempo.
Hernández R, 2022	- Tipos	Por otro lado, Hernández R, en 2022, en relación a la evolución clínica de la hepatitis autoinmune manifiesta que las formas de	Además, uno de los principales desafíos en el diagnóstico de la enfermedad de Wilson es la variabilidad de sus manifestaciones,

		presentación son diversas: estas son asintomática, la subclínica, la insuficiencia hepática aguda y la enfermedad hepática terminal. El diagnóstico oportuno puede retrasar la aparición de complicaciones e inducir el estado de remisión de la enfermedad. El diagnóstico se basa en la aplicación de sistemas de puntuación que tienen en cuenta la presencia de hallazgos histológicos, autoanticuerpos, concentraciones de inmunoglobulinas totales y ausencia de marcadores de infección por hepatitis virales ⁽³⁶⁾ .	lo que puede llevar a retrasos diagnósticos y a un tratamiento tardío. Por ello, es fundamental mantener un alto nivel de sospecha en pacientes jóvenes con alteraciones hepáticas inexplicadas o síntomas neurológicos progresivos, ya que una intervención temprana cambia de manera significativa el pronóstico y la calidad de vida.
Según Jimbo E, 2025	Enfermedad de Wilson - Definición - Edad	Según Jimbo E, en 2025, entre las hepatitis autoinmunes, destaca la enfermedad de Wilson, esta patología se caracteriza por ser una enfermedad genética autosómica recesiva, producida por una mutación en el gen TP7B, la edad de presentación varía desde 3 a 55 años, sin embargo, existe pacientes diagnosticados en edades más jóvenes. Se define por la alteración en el metabolismo de cobre, que impide su metabolismo a través de la bilis y su incorporación a la ceruloplasmina, resultando en una acumulación en los tejidos hepáticos y a nivel cerebral, además menciona que la sintomatología varía desde asintomática hasta los síntomas desencadenados por la alteración hepática, neurológica y/o psiquiátrica ⁽³⁷⁾ .	La hemocromatosis hereditaria es una condición cuya relevancia clínica suele subestimarse, principalmente por su evolución silenciosa y la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas iniciales. Los mayores desafíos no se centran en la comprensión de su base genética, sino en la falta de diagnóstico oportuno, lo que permite que la sobrecarga de hierro evolucione hasta generar daño hepático avanzado y complicaciones sistémicas. Por ello, estimo que es fundamental fortalecer las estrategias de detección temprana, especialmente en individuos con antecedentes familiares, debido a que una identificación precoz permite instaurar intervenciones simples pero efectivas que previenen la evolución hacia etapas irreversibles de la enfermedad.
Yukio Murakami, en 2024	Hemocromatosis - Definición - Epidemiología	Yukio Murakami, en el año 2024, define que la hemocromatosis es un trastorno hereditario común en personas de ascendencia del norte de Europa, con una prevalencia de 1 de cada 200 para las mutaciones. Su patogenia se caracteriza por la absorción y el depósito excesivos de hierro en los tejidos de órganos vitales como hígado, corazón y páncreas. En el hígado, el exceso de hierro produce estrés oxidativo, lo que causa daño hepatocelular, fibrosis, la cirrosis y carcinoma hepatocelular ⁽³⁸⁾ .	
Adams P, 2024	- Diagnóstico - Síntomas - Manejo de la hemocromatosis	Adams P, en el año 2024. En relación a los síntomas inespecíficos incluyen fatiga y artralgias en los nudillos, no presentan síntomas en la hemocromatosis temprana, sin embargo, un historial familiar de hemocromatosis puede justificar la realización de pruebas en hermanos con mayor riesgo de padecer esta enfermedad autosómica	

		recesiva. El diagnóstico de hemocromatosis es incidental, por ejemplo, cuando se solicita una prueba de ferritina sérica para detectar la deficiencia de hierro y así investigar la fatiga ⁽³⁹⁾. Así mismo, Adams P, sobre el manejo de la hemocromatosis hereditaria, recomienda reducir la sobrecarga de hierro y prevenir complicaciones. Por otro lado, las modificaciones en el estilo de vida desempeñan un papel fundamental en el manejo de la hemocromatosis hereditaria. Se recomienda evitar la suplementación con hierro, reducir la ingesta de hierro en la dieta y limitar el consumo de alcohol, debido a que el alcohol exacerba la acumulación de hierro en el hígado y el estrés oxidativo. Estas intervenciones, junto con el monitoreo regular de los parámetros de hierro y la función orgánica, constituyen la base de la atención a largo plazo. ⁽³⁹⁾	
--	--	--	--

TABLA 2. COMPLICACIONES CIRROSIS HEPÁTICA

Autor/año	CATEGORÍA/ Complicaciones	Resultado	Criterio personal
Muñoz O, 2021	Hiperextensión portal - Definición - Fisiopatología	Muñoz O, en el año 2021, detalla que la hipertensión portal es un síndrome caracterizado por el incremento en el gradiente de presión portal (PPG), se define por la diferencia de presión entre la vena porta y la vena cava inferior ⁽⁴⁰⁾. Los valores normales del PPG oscila desde 1 y 5 mm Hg. Sin embargo, los valores ≥ 6 mm Hg indican la presencia de hipertensión portal. Además, este autor menciona que la hipertensión portal es clínicamente significativa cuando el gradiente de presión en la vena hepática (GPVH) es mayor a 10 mm Hg; lo cual, provoca la formación de colaterales portosistémicas y a la vasodilatación esplácnica, que conducen al incremento progresivo de la presión portal y, finalmente, a su expresión clínica como: el desarrollo de várices esofágicas, ascitis, encefalopatía y hepatocarcinoma, en los estadios iniciales es silente, en los que la GPVH, se encuentra en el rango de 6-9 mm Hg. El GPVH > 12 mm Hg aumenta el riesgo de sangrado por várices esofágicas. Se ha observado un incremento de la mortalidad cuando existe un aumento en el GVPH por encima de 16 mm Hg y en los sangrados varicosos y un GVPH > 20 mm Hg predice la posibilidad de fallar en el control del sangrado y reduce la supervivencia a 1 año ⁽⁴⁰⁾	La hipertensión portal constituye la complicación más importante de la cirrosis hepática, debido a que a partir de ella se originan diversas alteraciones hemodinámicas y clínicas que condicionan la evolución de la enfermedad. Su presencia provoca el desarrollo de otras complicaciones más graves, como la formación de várices esofágicas, la ascitis, la peritonitis bacteriana espontánea y la encefalopatía hepática, las cuales incrementan la morbilidad y la mortalidad de los pacientes cirróticos. Por ello, la hipertensión portal es considerada un punto crítico en el progreso de la enfermedad hepática crónica y un objetivo fundamental en el manejo clínico integral.
Gao B, 2025	- Complicaciones	Gao B, en el año 2025, menciona que la hipertensión portal (HP), es un incremento persistente de la presión en el sistema venoso portal, una de las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática. El aumento de la resistencia vascular intrahepática, como consecuencia de la remodelación estructural y las fibrosis hepáticas inducidas por la cirrosis, causa una elevación de la presión venosa portal. La HP se asocia con diversas complicaciones graves, como hemorragia por várices esofágicas y gástricas, ascitis, síndrome hepatorenal y encefalopatía hepática ⁽⁴¹⁾.	

González D, 2022	ASCITIS - Definición	González D, en el año 2022. Menciona que la ascitis es la acumulación de líquido en la cavidad abdominal, causada por la hipertensión portal. Además, manifiesta que la ascitis es el evento que causa más descompensación en pacientes cirróticos. Su incidencia es del 5 al 7% por año en cirrosis, es decir, en los 10 años posteriores al diagnóstico, aproximadamente el 60% presentará esta complicación ⁽⁴²⁾ .	La ascitis es una de las complicaciones más determinantes en la evolución de la cirrosis, no solo por su alta frecuencia, sino por su punto de inflexión hacia la descompensación clínica. La evidencia muestra que su incidencia a diez años es notablemente elevada, lo que implica que la mayoría de los pacientes con cirrosis terminarán desarrollando esta complicación. Esto motiva la necesidad de abordajes preventivos más eficaces desde etapas tempranas de la enfermedad hepática La paracentesis diagnóstica debería considerarse un estándar obligatorio en cualquier paciente con ascitis de reciente aparición o al ingreso hospitalario, porque permite identificar oportunamente la peritonitis bacteriana espontánea, y facilita clasificar adecuadamente el tipo de ascitis, además, la rapidez en este paso es fundamental, debido a que la PBE sigue siendo una causa de mortalidad prevenible si se detecta de forma temprana. Finalmente, el tratamiento según el grado de ascitis con restricción de sodio y el uso de diuréticos, en la práctica clínica se debe individualizar estas recomendaciones, ya que muchos pacientes presentan riesgo de hiponatremia, insuficiencia renal o mala adherencia. Por lo tanto, es esencial valorar respuesta del paciente y anticiparse a efectos adversos.
Biggins S, 2021	- Fisiopatología	Biggins S, en el año 2021, con respecto a la fisiopatología menciona que la ascitis se produce por la combinación de hipertensión portal, vasodilatación esplácnica, disminución del volumen arterial efectivo y activación neurohormonal, lo que culmina en retención renal de sodio y agua y filtración del exceso de líquido hacia la cavidad peritoneal, desarrollando esta complicación ⁽⁴³⁾ .	
González D, 2022	- Clasificación - Diagnóstico	González D, en el año 2022, clasifica la ascitis en tres grados, según criterios clínicos e imagenológicos. <i>Grado 1.</i> Ascitis leve, detectada solamente por ultrasonido. <i>Grado 2.</i> Ascitis moderada, manifestada con distensión abdominal. <i>Grado 3.</i> Ascitis severa, se encuentra distensión abdominal marcada o a tensión. Además, este autor menciona que el diagnóstico es la ecografía abdominal y la paracentesis ⁽⁴²⁾ .	
Che-To Lai J, 2025,	- Tratamiento	En relación al tratamiento <i>Che-To Lai J, en el año 2025</i> , en su investigación recomienda, la restricción de sodio y líquidos, para reducir la reabsorción renal de sodio y agua y limitar la acumulación de líquidos, se recomienda una diuresis, con diuréticos ahorradores de potasio, como la espironolactona o en combinación con diuréticos de ASA, p. ej., furosemida, con dosis ajustadas según el peso del paciente y los electrolitos séricos. La monitorización del balance hídrico y el mantenimiento de la homeostasis para prevenir complicaciones ⁽⁴⁴⁾ .	

Hermida Carrión EM, 2023	PERINOTONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA - Definición	Hermida E, en el año 2023, define que la peritonitis bacteriana espontánea es una complicación que se da en los pacientes que sufren cirrosis descompensada, ocasionando una infección por bacterias gram positivas y gram negativas en el líquido ascítico, sin evidencia de una lesión intraabdominal y se asocia con una alta tasa de mortalidad, debido a que existen modificaciones en la permeabilidad y microbiota intestinal, traslocación bacteriana y disfunción inmunológica sistémica ⁽⁴⁵⁾ .	La peritonitis bacteriana espontánea es una de las complicaciones más críticas de la cirrosis descompensada, no solo por su elevada mortalidad, sino por la creciente resistencia bacteriana que dificulta su manejo. Esto evidencia la necesidad de fortalecer el diagnóstico precoz y de adaptar los esquemas terapéuticos según los patrones locales de resistencia, para mejorar los resultados clínicos y reducir recurrencias.
Desai A, 2021	- Diagnóstico	Desai A, en el año 2021, menciona que para el diagnóstico de la peritonitis bacteriana espontánea, se debe estudiar el líquido ascítico, el cual confirmará el diagnóstico, si el recuento de neutrófilos ascíticos es mayor a 250 células por mm3 ⁽⁴⁶⁾ .	
Higera de la Tijera F, 2023	ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA - Definición	Higera de la Tijera F, en el año 2023, detalla que la encefalopatía hepática se presenta aproximadamente en el 50% a 70% de los cirróticos. Con respecto a la fisiopatología se fundamenta en varias teorías como: la elevación del amonio, la presencia de bacterias en el colon, alteraciones en la circulación portal y en el ciclo de la urea, edema neuronal con disfunción neuronal, presencia de disfunción hepática, elevación de la inflamación sistémica y estrés oxidativo ⁽⁴⁷⁾ .	La encefalopatía hepática constituye una de las complicaciones más relevantes de la cirrosis debido a su alta prevalencia y su impacto significativo en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. Su fisiopatología multifactorial, que incluye hiperamonemia, disfunción hepática, alteraciones en la microbiota intestinal, inflamación sistémica y estrés oxidativo, evidencia la necesidad de un enfoque integral tanto en su diagnóstico como en su manejo. La identificación temprana es esencial, debido a que permite intervenir antes de que se presenten deterioros cognitivos severos. Asimismo, es fundamental la atención al estado nutricional, ya que la malnutrición y la sarcopenia no solo contribuyen a la progresión de la encefalopatía hepática, sino que también aumentan el riesgo de complicaciones y de hospitalizaciones recurrentes. Garantizar un aporte calórico y proteico adecuado y promover la preservación de la masa muscular deben ser parte del tratamiento estándar, complementando la terapia farmacológica y la monitorización clínica. En conjunto, esto resalta que la encefalopatía hepática requiere un manejo multidisciplinario, preventivo y personalizado para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes cirróticos.
Rodríguez Gutiérrez AF, 2024; Higera de la Tijera F, 2023	- Clasificación - Tratamiento	Rodríguez A, Higera de la Tijera F. Et al. Con respecto a la clasificación se sugiere clasificar a la encefalopatía hepática, de acuerdo con su gravedad en encubierta (encefalopatía hepática mínima y grado I de West Haven) y manifiesta (a partir del grado II de WH). La encefalopatía, según criterios de West Haven se clasifica en: Sin alteración, sin encefalopatía actual, sin historia previa de EH; <i>Mínima</i> , presenta alteraciones psicométricas o neuropsicológicas sin evidencia clínica de cambios en el estado mental; <i>Grado I</i> , manifiesta pérdida de interés, euforia o ansiedad, atención disminuida, alteración en la capacidad de realizar operaciones aritméticas simples, cambios en el ciclo sueño-vigilia, confusión; <i>Grado II</i> , letargo o apatía, desorientación en tiempo, cambios notorios de personalidad, comportamiento inapropiado, dispraxia, asterixis; Grado III , presenta somnolencia a estupor, confusión, desorientación marcada en lugar, comportamiento extraño, pobre respuesta a estímulos verbales o táctiles fuerte; Grado IV , coma ^(47,48) .	

		Con respecto al tratamiento, Higera de la Tijera F, en el año 2023, en pacientes con encefalopatía hepática debe asegurarse un aporte calórico y proteico suficiente para evitar la malnutrición y la sarcopenia ⁽⁴⁷⁾ .	
Musa Y, 2025	VÁRICES GASTROESOFÁGICAS - Definición	Finalmente, Musa Y, en el año 2025, menciona que las várices gastroesofágicas es la formación de vasos colaterales por un incremento del gradiente de presión en la vena hepática clínicamente significativa, es decir que supera que supera los 10 mmHg. Las várices esofágicas afectan hasta al 60 % de las personas con cirrosis, mientras que las várices gástricas se presentan en el 5-33 % de los casos. La incidencia anual de várices es de alrededor del 9 %, con una tasa de mortalidad de hasta el 25 % tras una hemorragia varicosa.	La clasificación de las várices esofágicas (Paquet modificada) y gástricas (Sarín) debe evaluarse, por su tamaño, morfología y por su riesgo clínico de sangrado. Integrar criterios hemodinámicos, como un gradiente de presión portal >10 mmHg, y signos endoscópicos de alto riesgo permite una valoración más integral del pronóstico y guía de manejo.
Saavedra Chacón MF, 2024	- Clasificación	Además, menciona que las varices esofágicas se clasificaron utilizando la clasificación de Paquet modificada de la siguiente manera: Grado 0: No hay varices presentes; Grado I: Las varices se extienden justo por encima del nivel de la mucosa; Grado II: las varices se proyectan hasta un tercio del diámetro luminal y no pueden comprimirse mediante insuflación de aire; Grado III: Las varices se proyectan hasta el 50% del diámetro luminal o están en contacto entre sí. El diagnóstico de las várices esofágicas se realiza mediante endoscopia digestiva alta. Las várices gástricas (VG) son un complejo de colaterales vasculares entre la circulación portal y sistémica, condición que se desarrolla como resultado de la hipertensión portal. Se encuentran en el 20 % de los pacientes con cirrosis, y son menos frecuentes que las várices esofágicas. Según la clasificación de Sarín, las VG se dividen en cuatro tipos según su ubicación en el estómago y su relación con las várices esofágicas (GOV1, GOV2, IGV1 e IGV2) ⁽⁴⁸⁾ .	

TABLA 3. CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

CUIDADOS PALIATIVOS	AUTOR	RESULTADOS	CRITERIO PERSONAL
NECESIDADES FÍSICAS	Sirisunhirun P, 2022	Sirisunhirun P, en el año 2022, según programa de entrenamiento físico domiciliario de intensidad moderada de 12 semanas en pacientes con cirrosis compensada mejoró significativamente el dominio de fatiga del índice de calidad de vida sin un aumento en los eventos adversos. En personas con cirrosis hepática, la combinación de cambios en la dieta, suplementos vitamínicos y un régimen de ejercicio estructurado puede ayudar a disminuir o incluso revertir las consecuencias de la sarcopenia. El entrenamiento físico y la dieta terapéutica son altamente recomendables para el manejo de la sarcopenia en pacientes cirróticos ⁽⁵³⁾ .	Los aportes, de Sirisunhirun P, reflejan la importancia de promover intervenciones no farmacológicas, como el ejercicio y la nutrición, dentro del abordaje integral del paciente con cirrosis. El fortalecimiento físico y la alimentación adecuada reducen la sarcopenia, además mejoran la autonomía y la calidad de vida del paciente. Es esencial que los programas de cuidados paliativos incluyan planes personalizados de actividad física y orientación nutricional, supervisados por el equipo interdisciplinario, para potenciar los beneficios clínicos y funcionales de estos pacientes.
	Senamjit Kaur, 2022	Senamjit Kaur, en el año 2022. Detalla los enfermero/as comunitarios o cuidadores informales drenan pequeñas cantidades (1-2 L) de líquido ascítico en la comunidad, hasta tres veces por semana. Los drenajes a largo plazo, podrían reducir la hospitalización, mejorar el control de los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud ⁽⁵⁴⁾ .	El drenaje de líquido en un paciente ascítico en el ámbito comunitario representa una alternativa innovadora y humanizada dentro de los cuidados paliativos para pacientes con cirrosis hepática refractaria. Generalmente, estos procedimientos se realizaban solo en entornos hospitalarios, implicando frecuentes ingresos que afectaban la calidad de vida del paciente y aumentaban la carga asistencial. Sin embargo, la evidencia reciente respalda que el manejo domiciliario mediante drenajes permanentes o de larga duración puede disminuir la necesidad de hospitalizaciones y favorecer un mayor confort físico y emocional. Este enfoque comunitario permite al paciente permanecer en su entorno familiar, con un control más oportuno de los síntomas como la distensión abdominal y la disnea, aspectos que repercuten directamente en su bienestar y dignidad. El drenaje domiciliario del líquido ascítico no debe considerarse únicamente una medida técnica, sino una estrategia paliativa integral que combina la atención médica con el acompañamiento humano, promoviendo la autonomía del paciente y optimizando los recursos sanitarios.
	Fabrellas N, 2020	En la fase compensada de la cirrosis hepática de origen alcohólico, el objetivo principal es lograr la abstinencia total. En este proceso, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental al coordinar la atención integral, brindar apoyo emocional y ofrecer orientación continua. Su acompañamiento no se limita únicamente al inicio del tratamiento de la adicción, sino que se extiende durante todo el seguimiento clínico, favoreciendo la adherencia terapéutica y el mantenimiento de una sobriedad sostenida ⁽⁵⁵⁾ . El personal de enfermería debe brindar apoyo en el manejo y seguimiento de las comorbilidades como obesidad, la diabetes	La intervención del profesional de enfermería en la fase compensada de la cirrosis alcohólica es esencial, debido a que no solo aborda el aspecto físico de la enfermedad, sino también el componente emocional y conductual del paciente. El acompañamiento continuo, la educación y el

		mellitus, etc. y sugerir consultas con especialistas cuando sea necesario. Debe prestar atención a aspectos importantes en el seguimiento de pacientes con cirrosis descompensada, particularmente la vigilancia de várices gastroesofágicas y carcinoma hepatocelular, así como la vacunación contra la hepatitis A y B, la neumonía neumocócica y la influenza, El asesoramiento nutricional también es importante para ayudar a los pacientes a mantener un peso corporal ideal y evitar la desnutrición proteico calórica. Incluir educación sobre las complicaciones de la cirrosis, su prevención (cuando sea posible) y la detección temprana mediante síntomas específicos ⁽⁵⁵⁾.	apoyo motivacional que brinda el personal de enfermería son factores determinantes para alcanzar y mantener la abstinencia. Este compromiso profesional refleja la importancia de una atención integral, centrada en la persona, que promueva la responsabilidad del paciente sobre su salud y fortalezca su capacidad para sostener cambios en el estilo de vida. La participación activa del personal de enfermería en el manejo y seguimiento de las comorbilidades es fundamental para garantizar un abordaje integral del paciente con cirrosis hepática. La atención no debe limitarse solamente al control de la cirrosis, sino en el manejo oportuno de condiciones asociadas como la diabetes o la hipertensión, que pueden agravar el pronóstico. La capacidad del profesional de enfermería para coordinar la atención interdisciplinaria y promover la derivación a especialistas cuando sea necesario, demuestra su rol clave en la continuidad del cuidado y en la prevención de complicaciones. La intervención del personal de enfermería en el seguimiento de pacientes con cirrosis descompensada es un componente esencial del cuidado integral. La vigilancia de complicaciones como las várices gastroesofágicas y el carcinoma hepatocelular, junto con la promoción de esquemas de vacunación preventiva, evidencia una práctica basada en la prevención y en la seguridad del paciente. Asimismo, estas acciones reflejan el compromiso de la enfermería con la detección oportuna, la educación sanitaria y la continuidad del cuidado, contribuyendo significativamente a mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes con enfermedad hepática avanzada. La desnutrición/sarcopenia es más evidente en pacientes con cirrosis descompensada que en aquellos compensados. Múltiples restricciones alimentarias, desde dietas hipoproteicas en aquellos con encefalopatía, restricciones severas de sodio en el síndrome ascítico edematoso, hasta la prescripción en la práctica clínica de la dieta denominada “hepatoprotectora”, consiste en una dieta hipograsa, de fácil digestión y que elimina alimentos específicos. La educación sobre las complicaciones de la cirrosis hepática constituye un pilar fundamental dentro del cuidado de enfermería. Brindar información clara y accesible al paciente y su familia favorece la
--	--	---	--

			comprensión de la enfermedad, promueve la adherencia al tratamiento y permite la detección temprana de signos de descompensación. Además, la educación fortalece la autonomía del paciente, fomenta el autocuidado y reduce las hospitalizaciones prevenibles. Desde mi perspectiva, la labor educativa del profesional de enfermería no solo mejora los resultados clínicos, sino que también humaniza la atención, al reconocer la importancia del acompañamiento, la empatía y el apoyo continuo en el proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica como la cirrosis hepática. Cuidados generales: • Valoración continua del dolor y otros síntomas (disnea, náuseas, fatiga, insomnio). • Administración segura y oportuna de medicamentos para el control del dolor y síntomas. • Vigilancia de efectos adversos de los tratamientos. • Atención a la higiene personal y confort del paciente. • Prevención de úlceras por presión y complicaciones por inmovilidad. • Apoyo en la alimentación e hidratación según tolerancia. • Manejo de la eliminación (urinaria e intestinal). • Facilitar el descanso y el sueño. • Uso de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor (posición, masajes, relajación). • Promoción del confort físico y la dignidad del paciente.
NECESIDADES PSICOSOCIALES	Ying Z, 2025	Ying Z, en el año 2025, menciona que el apoyo social y las interacciones sociales son esenciales para que los pacientes combatan con éxito la enfermedad y adopten conductas de autocuidado ⁽⁴⁾ . Además, recomienda orientar a la familia sobre la distribución de responsabilidades para evitar sobrecarga del cuidador principal ⁽⁵⁵⁾ .	El apoyo social y las interacciones humanas son fundamentales en el proceso de afrontamiento de la cirrosis hepática. Más allá del tratamiento médico, el acompañamiento emocional que brindan la familia, los amigos y el equipo de salud permite al paciente sentirse comprendido, valorado y motivado para continuar con su autocuidado.

	Amaguaña Supe EL, 2023	Amaguaña Supe EL, en el año 2023, sugiere proporcionar atención y cuidados directos a pacientes, aliviar el sufrimiento, ofreciendo apoyo emocional y garantizar una atención eficaz. Además, Instruir al usuario y al cuidador en estrategias para promover su propio bienestar físico y mental durante el proceso de la enfermedad y acoger las estrategias de afrontamiento para aliviar la ansiedad del paciente, en lugar de intentar modificarlas ⁽⁵⁵⁾. Explorar y respetar las prácticas, creencias religiosas y rituales culturales del paciente y su familia relacionados con la enfermedad, el dolor, la muerte y el proceso de despedida, integrándolos cuando sean compatibles con el plan terapéutico en el cuidado diario. Esto incluye investigar sobre preferencias alimenticias, objetos simbólicos, oraciones, música, visitas familiares, así como prácticas espirituales o religiosas que proporcionen confort, con el fin de favorecer una atención congruente con los valores culturales del paciente. ⁽⁵⁶⁾ Gestionar de manera eficiente los recursos para garantizar la continuidad del cuidado del paciente en etapa terminal, teniendo en cuenta el uso racional de insumos, medicamentos, equipos y servicios complementarios. Esta actividad incluye evaluar las necesidades reales del paciente para evitar gastos innecesarios, coordinar con trabajo social la identificación de apoyos económicos o subsidios disponibles, orientar a la familia sobre alternativas de bajo costo para la atención domiciliaria como préstamos de ayudas técnicas o programas comunitarios, y priorizar intervenciones que aporten mayor beneficio clínico y bienestar con el menor impacto económico posible ⁽⁵⁶⁾. Identificar y gestionar el acceso del paciente y su familia a recursos comunitarios disponibles como programas de apoyo emocional, servicios de voluntariado, redes de asistencia social, grupos religiosos, organizaciones de ayuda domiciliaria o instituciones de respaldo económico coordinando las derivaciones necesarias y	La orientación a la familia sobre la distribución de responsabilidades es fundamental en el cuidado al final de la vida, debido a que la sobrecarga del cuidador principal constituye uno de los factores de mayor riesgo social, emocional y físico durante esta etapa. Cuando el peso del cuidado recae en un solo cuidador, aumenta la probabilidad de agotamiento, estrés, depresión, alteraciones del sueño y disminución de la calidad del cuidado brindado, sin embargo, una distribución equitativa de tareas como apoyo en la higiene, movilización, alimentación, administración de medicamentos o vigilancia del confort, permite reducir la fatiga acumulada y mejora la capacidad de respuesta del núcleo familiar. Además, el reparto organizado de responsabilidades fomenta la cohesión familiar, facilita la comunicación y asegura que el paciente reciba cuidados continuos y seguros. Cuando una persona con cirrosis percibe que no está sola en su enfermedad, aumenta su adherencia terapéutica, mejora su estado de ánimo y refuerza su esperanza frente a los desafíos físicos y psicológicos que conlleva esta patología. En este sentido, el apoyo social no solo contribuye a la calidad de vida, sino que se convierte en una herramienta terapéutica tan importante como los fármacos o las intervenciones médicas. Brindar atención y cuidados directos a los pacientes con cirrosis hepática representa no solo una labor profesional, sino también un acto profundamente humano. Al aliviar su sufrimiento y ofrecer apoyo emocional, se contribuye a mejorar su calidad de vida y a dignificar cada momento de su proceso. Garantizar una atención eficaz implica empatía, compromiso y sensibilidad ante el dolor ajeno, recordando que detrás de cada diagnóstico hay una persona con miedos, esperanzas y necesidades que merecen ser escuchadas y atendidas con respeto y calidez. Instruir al paciente y al cuidador en estrategias para cuidar su bienestar físico y mental es fundamental, ya que ambos enfrentan un proceso exigente y emocionalmente desgastante. Educarles en autocuidado, manejo del estrés y hábitos saludables no solo fortalece su capacidad para afrontar la enfermedad, sino que también promueve una relación más equilibrada y resiliente. Este acompañamiento contribuye a que el
--	--------------------------------------	--	--

		asegurando que dichos recursos respondan a las necesidades específicas del paciente y su entorno ⁽⁵⁶⁾.	cuidado no sea una carga, sino una oportunidad para mantener la dignidad, la esperanza y la calidad de vida. Aliviar la ansiedad en pacientes con cirrosis requiere un enfoque integral que combine apoyo emocional, educación, técnicas de autocuidado y acompañamiento profesional. Es fundamental escuchar activamente al paciente, validar sus emociones y ofrecer compañía para generar seguridad. Brindar información clara sobre la enfermedad y los cuidados reduce la incertidumbre y el miedo. Las técnicas de relajación, como respiración profunda, meditación y ejercicios leves, ayudan a disminuir la tensión física y mental. Además, el apoyo psicológico profesional, incluyendo terapia individual o grupal, contribuye a manejar la ansiedad de manera efectiva. Mantener rutinas estables y un entorno tranquilo refuerza el bienestar general del paciente y facilita su adaptación al proceso de la enfermedad. Cuidados generales: • Identificación de la red de apoyo familiar y comunitaria. • Involucrar a la familia en el cuidado del paciente. • Orientación al cuidador principal para prevenir sobrecarga. • Respeto a la dinámica y cultura familiar. • Facilitación de la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo de salud. • Gestión de recursos sociales e institucionales disponibles. • Promoción de la permanencia del paciente en su entorno familiar cuando sea posible. • Apoyo ante dificultades económicas relacionadas con la enfermedad. • Prevención del aislamiento social. • Defensa de los derechos del paciente y la familia. • Escucha activa y acompañamiento emocional permanente. • Identificación de ansiedad, miedo, tristeza o depresión. • Brindar información clara y adecuada al nivel de comprensión del paciente. • Fomentar la expresión de emociones y sentimientos. • Apoyo en el afrontamiento del proceso de enfermedad y muerte. • Reducción del estrés mediante técnicas de relajación.
--	--	--	--

			• Apoyo psicológico al paciente y a la familia. • Respeto a los tiempos emocionales del paciente. • Fortalecimiento de la autoestima y sentido de valía personal. • Acompañamiento en el duelo anticipado.
NECESIDADES ESPIRITUALES	Ornelas GE, 2024	Según Aréchiga Ornelas GE, 2024, informar al paciente que el bienestar espiritual es un amortiguador importante contra la desesperanza, la depresión y el deseo de una muerte acelerada. Además, manifiesta que es fundamental ofrecer un acompañamiento compasivo que permita al paciente expresar sus miedos, creencias y necesidades ⁽⁵⁷⁾ .	El bienestar espiritual actúa como un componente fundamental en la estabilidad emocional del paciente y su familia, debido a que, proporciona sentido, propósito y conexión interna. En este contexto, actúa como un amortiguador psicológico capaz de reducir sentimientos de desesperanza, mitigar la intensidad de la depresión y reducir la aparición de pensamientos orientados hacia una muerte anticipada. Fortalecer la dimensión espiritual no solo favorece la facultad de afrontamiento frente al sufrimiento, sino que también contribuye a una adaptación más saludable ante situaciones de enfermedad o vulnerabilidad emocional. Cuidados generales: • Valoración de creencias, valores y prácticas espirituales del paciente. • Respeto a la fe, cultura y cosmovisión del paciente. • Acompañamiento en la búsqueda de sentido y trascendencia. • Facilitar rituales o prácticas espirituales significativas. • Brindar apoyo ante el sufrimiento existencial. • Promover la esperanza realista y la paz interior. • Escucha empática de inquietudes espirituales. • Facilitar el perdón, la reconciliación y el cierre emocional. • Coordinación con líderes espirituales o religiosos si el paciente lo solicita. • Acompañamiento respetuoso en el proceso de muerte.
		Facilitar espacios de dialogo segura donde el paciente pueda expresar los conflictos personales, familiares o espirituales pendientes, promoviendo el diálogo respetuoso entre las partes involucradas. El profesional acompaña de manera empática, valida las emociones, y, cuando el paciente lo solicita, coordina la participación de mediadores familiares, líderes espirituales o	La reconciliación constituye una necesidad espiritual y psicosocial fundamental en pacientes al final de la vida, ya que los conflictos no resueltos pueden intensificar el sufrimiento emocional y aumentar la angustia existencial. Los cuidados paliativos, según los principios de la OMS, buscan aliviar el sufrimiento en todas sus dimensiones, incluyendo la esfera relacional

		consejeros para favorecer procesos de perdón, cierre emocional y reconciliación ⁽⁵⁷⁾. Fomentar un dialogo que ayuden al paciente a identificar fuentes personales de sentido y continuidad como proyectos vitales, vínculos afectivos o legado simbólico facilitando la expresión de deseos, metas alcanzables y mensajes significativos que puedan dejar a sus seres queridos, fortaleciendo así la percepción de continuidad más allá de la enfermedad o la etapa final de vida ⁽⁵⁷⁾.	y espiritual, fomentando la comunicación abierta y el afrontamiento saludable. Facilitar espacios de diálogo seguro permite al paciente explorar sentimientos de culpa, arrepentimiento o necesidades de perdón, lo cual favorece la integración emocional y la construcción de sentido en la etapa terminal. Asimismo, la participación de mediadores familiares o líderes espirituales contribuye a restaurar vínculos, disminuir la carga emocional y promover el cierre vital, lo que se ha asociado con mayor bienestar, paz interior y mejor adaptación del paciente y su familia durante el proceso de fin de vida.
--	--	---	---