



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería

TITULO DEL PROYECTO:

Accionar de enfermería en la prevención de complicaciones
en el adulto con cirrosis hepática

Autor(es):

Evelyn Ximena Palate Supe
Viviana Lizbeth Tene López

Tutor(a):

Msc. María Belén Caibe

Riobamba, Ecuador. 2022

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros, Evelyn Ximena Palate Supe, con cédula de ciudadanía 1805144753 y Viviana Lizbeth Tene Lopez, con cedula de identidad número 0604943068, autoras del trabajo de investigación titulado: “Accionar de enfermería en la prevención de complicaciones en el adulto con cirrosis hepática”, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 15 de junio 2022



Firmado digitalmente por:
**EVELYN
XIMENA**

Evelyn Ximena Palate Supe

C.I:1805144753



Firmado digitalmente por:
**VIVIANA
LIZBETH TENE**

Viviana Lizbeth Tene Lopez

C.I: 0604943068

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación “Accionar de enfermería en la prevención de complicaciones en el adulto con cirrosis hepática”, presentado por Palate Supe Evelyn Ximena, con cédula de identidad número 1805144753, certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendomás nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 15 de junio de2022

MsC. Ivone De Lourdes Santillán Castillo
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
IVONE DE LOURDES
SANTILLAN
CASTILLO

.....

MsC. María Elena Robalino Rivadeneira
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
MARIA ELENA
ROBALINO
RIVADENEIRA

.....

MsC. María Belén Caibe Abril
TUTOR



Firmado electrónicamente por:
MARIA BELEN
CAIBE ABRIL

.....

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación “Accionar de enfermería en la prevención de complicaciones en el adulto con cirrosis hepática”, presentado por Tene Lopez Viviana Lizbeth, con cedula de identidad número 0604943068, certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendomás nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 15 de junio de2022

MsC. Ivone De Lourdes Santillán Castillo
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
**IVONE DE LOURDES
SANTILLAN
CASTILLO**

.....

MsC. María Elena Robalino Rivadeneira
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
**MARIA ELENA
ROBALINO
RIVADENEIRA**

.....

MsC. María Belén Caibe Abril
TUTOR



Firmado electrónicamente por:
**MARIA BELEN
CAIBE ABRIL**

.....

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación “Accionar de enfermería en la prevención de complicaciones en el adulto con cirrosis hepática” por Evelyn Ximena Palate Supe, con cédula de identidad número 1805144753, bajo la tutoría de MsC. María Belén Caibe Abril; 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 15 de junio de 2022

Presidente del Tribunal de Grado
MsC. Ivone De Lourdes Santillán Castillo



Firmado electrónicamente por:

**IVONE DE LOURDES
SANTILLAN
CASTILLO**

.....

Miembro del Tribunal de Grado
MsC. María Elena Robalino Rivadeneira



Firmado electrónicamente por:

**MARIA ELENA
ROBALINO
RIVADENEIRA**

.....

Tutor
MsC. María Belén Caibe Abril



Firmado electrónicamente por:

**MARIA BELEN
CAIBE ABRIL**

.....

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación “Accionar de enfermería en la prevención de complicaciones en el adulto con cirrosis hepática” por Viviana Lizbeth Tene Lopez, con cédula de identidad número 0604943068, bajo la tutoría de MsC. María Belén Caibe Abril; 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 15 de junio de 2022

Presidente del Tribunal de Grado
MsC. Ivone De Lourdes Santillán Castillo



Firmado electrónicamente por:
**IVONE DE LOURDES
SANTILLAN
CASTILLO**

.....

Miembro del Tribunal de Grado
MsC. María Elena Robalino Rivadeneira



Firmado electrónicamente por:
**MARIA ELENA
ROBALINO
RIVADENEIRA**

.....

Tutor
MsC. María Belén Caibe Abril



Firmado electrónicamente por:
**MARIA BELEN
CAIBE ABRIL**

.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 30 de mayo del 2022
Oficio N°154-URKÚND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

MSc. Paola Maricela Machado Herrera
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **MSc. María Belén Caibe Abril**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Titulo del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 138128862	Accionar de enfermería en la prevención de complicaciones en el adulto con cirrosis hepática	Tene López Viviana Lizbeth Palate Supe Evelyn Ximena	2	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.05.30
07:28:18 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes nos supieron guiar con su sabiduría, responsabilidad, apoyo incondicional y dedicación; finalmente a Dios Todo Poderoso que con su infinito amor nos cubrió de bendiciones para culminar todas las metas propuestas en nuestra vida, por llenarnos de fortaleza para superar cada uno de los obstáculos.

A nuestros compañeros de estudio, docentes y amigos, a quienes gracias a su apoyo logramos culminar esta etapa de nuestras vidas.

Evelyn Palate y Viviana Tene

AGRADECIMIENTO

La presente Tesis es un esfuerzo logrado en conjunto, en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, de alguna manera teniendo paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y felicidad.

A Dios por darnos la vida y la sabiduría, por permitirnos sonreír ante cada uno de nuestros logros, que, a pesar de nuestras caídas, hemos aprendido de cada una de ellas con la finalidad de ser mejor personas y crecer de diversas maneras

A la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirnos sus puertas y a la Carrera de Enfermería, a mis maestros, quienes con sus enseñanzas y conocimientos hicieron que podamos crecer día a día como ser humano y profesional.

A nuestras tutoras de práctica MsC. Rosita Vásconez y MsC. Jessica Cárdenas por la paciencia y conocimientos brindados, quienes nos guiarnos y apoyaron en este año lleno de experiencias bonitas.

Por otra parte, queremos agradecer a nuestra tutora y gran colaboradora la MsC. María Belén Caibe por su capacidad de guiarnos con su conocimiento, enseñanza y dedicación la cual ha hecho posible realizar esta investigación.

Evelyn Palate y Viviana Tene

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
RESUMEN.....	
ABSTRACT	
Capítulo I. INTRODUCCIÓN	13
Capítulo II. MARCO TEÓRICO.....	20
Capítulo III. METODOLOGÍA	27
Capítulo III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS	57

RESUMEN

La cirrosis hepática es una enfermedad grave ocasionada por el deterioro y la pérdida de las células y tejidos hepáticos, considerada como una de las principales causas de morbi-mortalidad en los últimos años. Las principales etiologías de la cirrosis que se presentan a nivel mundial con más frecuencia son la infección crónica por virus de hepatitis B y C, ingesta crónica de alcohol, medicamentos hepatotóxicos y la enfermedad por hígado graso no alcohólico; se caracteriza por ser una enfermedad silenciosa también llamada fase compensada por la ausencia de síntomas y la otra fase descompensada por presentar ya complicaciones. Se elaboró un estudio documental y sistemático, con el objetivo de identificar el accionar de enfermería asociadas con los diagnósticos enfermeros frecuentemente, utilizados en la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) aplicando un modelo teórico de enfermería que contribuya del accionar de enfermería, mediante la recopilación de información de varios documentos publicados en bases científicas: Scielo, Pubmed, Elsevier, ProQuest, Google Académico, Guías de prácticas clínica y repositorios de universidades; difundidos entre 2017 y 2022, de los cuales se tomaron 87 artículos para la revisión bibliográfica; para los resultados de la investigación, primero se identificó la coincidencia de autores en cuanto a las complicaciones más frecuentes de la cirrosis hepática, posteriormente se analizó el cuadro clínico de las patologías, así como su tratamiento, luego se indagó sobre los cuidados enfermeros y finalmente se relacionó los criterios de los autores con las intervenciones NIC. Las principales complicaciones cirróticas son: varices esofágicas, ascitis, síndrome hepatorenal, encefalopatía hepática y la desnutrición los cuidados más coincidentes: monitorización de signos vitales, administración de medicación analgésica y antibiótica, vigilar el estado de conciencia, alimentación saludable y equilibrada, apoyo emocional, educación a la paciente y familia para los cuidados del plan de alta.

Palabras clave: atención de enfermería, cirrosis hepática, ascitis, complicaciones hepáticas

ABSTRACT

Liver Cirrhosis is a serious disease caused by liver cells tissues deterioration and loss, which is considered one of the main causes of morbidity and mortality in recent years. The most frequently worldwide etiologies of cirrhosis are, chronic infection by hepatitis B and C virus, chronic alcohol intake, hepatotoxic drugs and non-alcoholic fatty liver disease; it is known for being a silent disease also called compensated phase due to the absence of symptoms and the other decompensated phase because it already presents complications. A documentary and systematic study was elaborated, with the objective of identifying the nursing actions associated with nursing diagnoses frequently used in the NANDA taxonomy (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC (Nursing Outcomes Classification) applying a theoretical nursing model that contributes to nursing actions, by compiling information from several papers published in scientific databases: Scielo, Pubmed, Elsevier, ProQuest, Google Scholar, Clinical Practice Guides and university repositories; distributed within 2017 to 2022, of which 87 articles were taken for the literature review. For the research results, first the coincidence of authors regarding the most frequent complications of liver cirrhosis was identified, then the clinical picture of the pathologies was analyzed, as well as their treatment, then nursing care was inquired and finally the authors' criteria were related to the NIC interventions. The main cirrhotic complications are: esophageal varices, ascites, hepatorenal syndrome, hepatic encephalopathy and malnutrition. The most common care: monitoring of vital signs, administration of analgesic and antibiotic medication, monitoring the state of consciousness, healthy and balanced diet, emotional support, patient and family education for discharge plan care.

Key words: nursing care, liver cirrhosis, ascites, hepatic complications.



Firmado electrónicamente por:
EDISON RAMIRO
DAMIAN ESCUDERO

Reviewed by:
MsC. Edison Damian Escudero

ENGLISH PROFESSOR

C.C.0601890593

Capítulo I. INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad grave ocasionada por el deterioro y la pérdida de las células y tejidos hepáticos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera un proceso de cicatrización profusa caracterizada por el exceso de tejido conectivo y la transformación de la estructura normal en una disposición nodular anormal, específicamente en la etapa final de las enfermedades hepáticas de varios orígenes. ⁽¹⁾

En varios estudios se consideran como una de las principales causas de morbi-mortalidad en los últimos años, se ha evidenciado notablemente un crecimiento sostenido en las edades comprendidas entre los 40 y 60 años, así lo muestra en el artículo descrito por Castellanos “Nutrición y cirrosis hepática”, quien establece que la edad promedio con más prevalencia para el desarrollo de esta enfermedad es desde los 55 años, al igual que Velásquez y colaborador en un estudio realizado en un Hospital de referencia en Paraguay, donde la edad promedio oscila entre los 52 y 67 años de edad en pacientes diagnosticados con cirrosis hepática. ⁽²⁾

A nivel mundial, se evidencia una alta incidencia de defunciones por esta enfermedad, se estima que más de 800.000 muertes se producen en todo el mundo anualmente, datos encontrados en Europa y Estados Unidos con una prevalencia de 250 casos al año por cada 100.000 personas, con predominio de dos veces más en el sexo masculino con relación al sexo femenino, mientras que en España la prevalencia es del 1 al 2% de los habitantes y mayor incidencia en el sexo masculino de 50 años. ⁽³⁾

En América latina se estima que se presentan 125.000 muertes a cada año, en Norteamérica, específicamente en Estados Unidos, aproximadamente de 5,6 millones de personas sufren de esta enfermedad silenciosa, ocupando el séptimo lugar de las causas de defunciones y más afectadas las personas entre 24 y 65 años de edad, de este porcentaje a su vez 27.000 habitantes mueren anualmente. Datos estadísticos extraído de una publicación realizada en México por Campollo, reportó que esta patología incide en la población masculina con el 69.2% en edades comprendidas entre los 40-50 años, mientras que, en países bajos como Chile, se registran 44.894 defunciones

por cirrosis hepática, su incidencia se da en mayor proporción en el sexo masculino con el 83,14%, entre los 52 y 67 años. ^(4,5)

La cirrosis hepática en Ecuador ocupa el séptimo lugar de mortalidad, con una prevalencia del 7 y el 10%, con mayor predominio en los varones, siendo un porcentaje de dos veces mayor que en las mujeres ⁽⁸⁾. Según datos del INEC del año 2019, en el que se registraron un total de 2.400 defunciones por cirrosis hepática equivalente a una tasa de mortalidad de 3.3%; en relación a grupos etarios ocupa el quinto sitio de incidencia en edades comprendidas entre 30 y 64 años, con un total de 995 defunciones que corresponden al 5.2% y en personas de la tercera edad ocupa el octavo puesto con 1.352 defunciones dando el 3.8%; en relación a género en las mujeres ocupa el sexto lugar de mortalidad con 926 casos equivalente al 2.8% en cuanto a la población masculina ocupa el séptimo lugar con 1.474 muertes que representa un 3.6%. Ante esta situación, se puede evidenciar que es una enfermedad progresiva y silenciosa, su diagnóstico es accidental, el paciente acude con sintomatología y clínica avanzada o con otra enfermedad adyacente. ⁽⁶⁾

De ahí que, en la etapa inicial de desarrollo de la enfermedad, los pacientes suelen estar asintomáticos o con diagnóstico de cirrosis compensada, posterior la historia natural de la enfermedad indica un desarrollo progresivo de complicaciones que muestran una clínica de ictericia, hipoalbuminemia, plaquetopenia, alteración del tiempo de protrombina y ascitis. Sin embargo, en estadios tardíos, algunos pacientes padecen sangrados gastrointestinales frecuentes a causa de las varices esofágicas, cambios en el estado mental y encefalopatía hepática dando lugar a la cirrosis descompensada, objeto de estudio de la investigación. ⁽⁷⁾

En cuanto a las principales etiologías la cirrosis que se presentan a nivel mundial con más frecuencia son la infección crónica por virus de hepatitis B y C, ingesta crónica de alcohol, medicamentos hepatotóxicos y la esteatohepatitis no alcohólica. Otro factor asociado son los factores metabólicos como es la obesidad/sobrepeso y diabetes, actualmente siendo factores muy frecuentes con alta prevalencia en la población. ⁽⁸⁾

En relación con los factores causales, en Europa y América del Norte alrededor del 40 al 60 % de casos son causados por el consumo de alcohol y la enfermedad del hígado graso no alcohólico, mientras que el 25 al 30% son causados por los virus de la hepatitis crónica: hepatitis B (VHB) y hepatitis Virus B (VHB) Hepatitis C (VHC).⁽³⁾ Lazarte en su estudio sobre “Enfermedad hepática por alcohol” menciona que el consumo de alcohol en los hombres es superior a 60-80 gramos de bebida alcohólica por día a lo largo de 10 años, mientras que, en la población femenina tienen más probabilidades de desarrollar esta enfermedad a través de un consumo menor. Gómez a su vez, afirma que el alcohol es responsable del 65% del apareamiento de cirrosis diagnosticados en España, con una relación hombre-mujer de 2,5/1 respectivamente, evidenciando que el consumo oscila entre los 40 y 80 g/día.^(3,9)

La alta incidencia de daño hepático está relacionada con el contenido alcohólico y las dosis ingeridas por los pacientes superiores a 80 gramos de alcohol/día durante al menos 5 años y de manera frecuente, produciendo hepatotoxicidad directa por acetaldehído hasta la fibrinogénesis.

Otro de los factores causales es el virus de la hepatitis C y B, proceso vírico transmitiendo de manera vertical en un 98% de los casos, mientras que la transmisión por inyección o contacto sexual se evidencia en un 10% y se espera que alrededor del 20% desarrolle cirrosis después de 5 años. En pacientes con hepatitis C transmitida por inyecciones, alrededor del 20% desarrollan cirrosis después de 10 a 20 años, siendo responsable del 40% de los casos de cirrosis avanzada.⁽¹⁰⁾

Por último, se encuentra la Enfermedad de Wilson, enfermedad de origen hereditario autosómica recesiva ocasionada por la depleción de ceruloplasmina, proteína responsable de transportar de cobre en el plasma sanguíneo necesarios en la sangre para la formación de diversos órganos entre ellos el hígado.⁽¹¹⁾

En relación a la sintomatología inicial, varios estudios demuestran que el 40% de los pacientes se encuentran asintomáticos o presentan síntomas inespecíficos como debilidad, anorexia llevando a la pérdida de peso, fatiga y osteoporosis, por ende es necesario hacer una exploración completa para confirmar el diagnóstico real, es así que, al examen físico se puede encontrar hallazgos de

ictericia, ascitis, atrofia testicular, hedor hepático, ginecomastia, hepatomegalia, eritema palmar, varicocele, esplenomegalia y atrofia testicular; identificando un diagnóstico de cirrosis descompensada avanzada de acuerdo a la sintomatología. ⁽¹⁾

Por consiguiente, la complicación más común es la ascitis con un 60%, producida por un aumento de líquido en la cavidad peritoneal, asociado a un exceso de sodio y agua, esta aparición es un signo inicial de la etapa descompensada en los pacientes cirróticos, produciendo otra sintomatología asociada como; ictericia, náuseas recurrentes, falta de apetito, pérdida de peso, cansancio y agotamiento físico, hematomas, hemorragias, dolor del abdomen, y entre otros problemas de gravedad que comprometen la vida y que pueden llegar a ser mortales. ⁽⁷⁾

Otra complicación son las varices esofágicas (VE); en estadio compensatorio el estadio 1 que no presenta varices y en el 2 si existe la presencia de ramificaciones varicosas. Mientras que en el periodo descompensado se manifiesta el 3 con hemorragia varicosa, 4 no presenta hemorragia, pero se encuentra con ascitis. En el estadio avanzado de la enfermedad se muestra el 5 con presencia de hemorragia varicosa, ascitis, ictericia y encefalopatía hepática y el 6 es identificado por cirrosis descompensada con fallo multiorgánico, aumento gradual de la dilatación de los vasos sanguíneos, el movimiento bacteriano. ⁽¹²⁾

Estas a su vez están asociadas con una alta tasa de mortalidad, con una probabilidad de sangrado hasta del 7% y 12% por año respectivamente. Según la tasa anual de recurrencia del sangrado por varices esofágicas es del 60% y la mortalidad temprana (hasta 6 semanas) por un episodio de sangrado es del 20%. La Hipertensión portal (HP) originada por una presión en entrada de la sangre superior a 10 mmHg, en la vena porta y aumento de la resistencia al flujo sanguíneo en el hígado y los vasos accesorios del sistema portal. ^(20 21)

Por último, la Encefalopatía hepática (EH), disfunción cerebral que resulta de la falla del hígado y/o de los vasos sanguíneos portales, que produce una gama de síntomas psiquiátricos y neurológicas imperceptibles, transitorias y reversibles. ⁽¹⁴⁾

Con tales antecedentes, se debe proporcionar acciones de promoción y prevención, control de las causas para evitar complicaciones que se van desarrollando a medida que la enfermedad progresa y el paciente no toma conciencia de su enfermedad. ⁽¹⁵⁾ Para lograr un cuidado integral por el personal de enfermería es necesario aplicar el proceso de atención de enfermería, proceso sistemático, estructurado permite proporcionar cuidados a través de la valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación, basada en las respuestas humanas a nivel individual, familiar y la sociedad, ante los problemas y dificultades de salud reales y potenciales que se presentan en esta patología.

En este escenario, uno de los fundamentos enfermeros, es la teoría del autocuidado de Orem, que permite planificar el cuidado con amplios estándares de intervenciones científicamente sólidas, enfocadas a las necesidades de autocuidado y la toma de acciones a partir de diagnósticos de enfermería en diferentes grupos y escenarios clínicos. ^(6 -8) Orem en su teoría, considera al hombre como un todo integral, con su entorno dinámico, integrado, funciones biológicas, simbólicas y sociales, que van afectar directamente sobre el estado de salud de la persona, por ende, la función de enfermería con los pacientes es toma de conciencia del estado de salud – enfermedad con pensamiento racional para aprovechar la experiencia, conductas aprendidas, normas culturales, que junto con el cuidado del personal de salud, el apoyo familiar y las personas del entorno contribuirán en la recuperación del paciente. ⁽¹⁸⁾

Por consiguiente, cuando se evidencia el déficit del autocuidado se aplican los fundamentos teóricos: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo con el fin de garantizar la participación activa de la persona para llevar a cabo sus actividades de autocuidado, regulación o rechazo al cuidado terapéutico. ⁽¹⁸⁾ En los pacientes con cirrosis hepática, los objetivos del cuidado de enfermería también abarcan la prevención de las complicaciones mediante la promoción, mantenimiento y la reconstrucción de la salud, proporcionado la capacidad óptima en los papeles anhelados por los pacientes, maximizando el bienestar y promoviendo la satisfacción del paciente.

Asimismo, el autocuidado en la mejora de la salud de la persona es un pilar fundamental en la recuperación de los pacientes, mediante la educación de la salud, promover hábitos saludables, inserción de la familia en el cuidado y lograr la adaptación a nuevos estilos de vida, brindar asistencia en la alimentación, actividad física, autoestima donde se muestra deficiencias asociadas a los factores causales de la enfermedad, que pueden dar lugar a experimentar problemas tanto personales y familiares, constituyendo un reto para enfermería al proporcionar cuidados específicos de atención, cuando lo que se desea es lograr mejorar la calidad de vida del paciente y la familia, disminuir las estancias hospitalarias y menores costes de tratamiento. ⁽¹⁵⁾

No obstante, el problema fundamental es que la cirrosis hepática es una afección de decadencia continua de la salud de la persona, que, al no ser tratada de manera oportuna, provoca severas complicaciones con una posibilidad de supervivencia de 5 años alrededor del 80-86% en la fase compensatoria, mientras que, en la etapa descompensada tienen un mal pronóstico, disminuyendo la tasa de supervivencia a 5 años en un 14 al 35%. Por consiguiente, ante los antecedentes planteados se debe indagar ¿Cuál es el accionar de enfermería en la prevención de complicaciones en el adulto con cirrosis hepática? información que en nuestro país aún es escasa por el grado de complejidad que representa y el diagnóstico en su mayoría se da cuando el paciente ya está en etapa descompensada, es decir, presentar complicaciones graves.

Es por eso que en la revisión bibliográfica se procura identificar las actividades que deberá ejecutar el personal de enfermería que asiste al paciente con diagnóstico de cirrosis hepática en sus dos etapas; compensada y descompensada, a fin de dar a conocer el accionar de enfermería mediante la aplicación de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), identificado las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification), que contribuya a proporcionar una atención más eficiente con resultados satisfactorios para la restauración de la salud, maximizando el bienestar, promoviendo satisfacción y reinserción de un ente saludable y productivo en la sociedad.

De igual manera este estudio permitirá a los profesionales de la salud poseer un medio de información que combina los elementos de atención de calidad de los cuidados y posibilita

estandarizar la comunicación entre los profesionales de salud para dar una atención continuada al paciente con cirrosis hepática.

OBJETIVOS

General

Y Identificar las intervenciones de enfermería relacionadas con los diagnósticos enfermeros mediante el uso de la taxonomía NANDA para el cuidado y la prevención de complicaciones en pacientes adultos con cirrosis hepática.

Específicos

Y Identificar los diagnósticos enfermeros principales utilizados según la NANDA enfocados a las complicaciones más frecuentes en el adulto mayor con cirrosis hepática

Y Definir las acciones de enfermería coherentes a los diagnósticos enfermeros enfatizando la prevención de complicaciones en cirrosis hepática

Y Determinar el modelo teórico de enfermería que capture la contribución del accionar de enfermería en la atención del paciente con seguridad para mejorar los resultados de la salud.

Capítulo II. MARCO TEÓRICO

El hígado es una glándula metabólica del cuerpo humano, cuyas funciones es la síntesis de carbohidratos, grasas y proteínas en el cuerpo para proporcionar energía de las actividades diarias y el correcto proceso de desintoxicación del organismo. Sin embargo, existen causas que pueden afectar su normal funcionamiento y causar daño a la morfología, causando degeneración, fibrosis y tejido cicatricial característica principal de la cirrosis hepática, este suceso ocurre por varios factores como; infecciones virales, toxinas, causas hereditarias y procesos autoinmunes que destruyen órganos y tejidos corporales sanos, ocasionando pérdida de la función de forma gradual e irreversible si no es tratada de manera oportuna. ⁽¹⁹⁾

Por consiguiente, una gran parte del tejido hepático es fibrosa, ocasionando una lesión crónica, formación de quistes o nódulos que provocan la desestructuración lobar hepática, provocando un proceso difuso de remodelación total del tejido que puede llegar a ocupar la mayor parte del hígado.⁽²⁰⁾ En un estudio elaborado por el autor, Miño Bernal considera que, la cirrosis es un estadio avanzado del daño hepático crónico irreversible, particularmente por la destrucción del hepatocito, con el deterioro funcional del hígado. ⁽²⁰⁾

La fibrosis es determinante para la evolución a cirrosis hepática, este suceso se debe a un aumento difuso extracelular como respuesta al daño constante en el hígado, la historia natural de la enfermedad se caracteriza por una fase inicial asintomática (cirrosis compensada), puede permanecer oculta durante años, por ende, su diagnóstico se realiza de manera accidental y en mayor porcentaje se descubre en la fase avanzada, cuando existe un daño irreversible con una fase clínica o sintomatológica que se expande progresivamente (cirrosis descompensada), cabe mencionar que, aún no existe un tratamiento específicos y los cuidados se enfocan en prevenir o retardar las complicaciones de esta etapa. ⁽¹⁹⁾

La lesión hepática se presenta por diferentes causas asociadas a diferentes factores como; el alcoholismo (cirrosis etílica), la hepatitis C crónica, la hepatitis B o infección crónica combinada por el virus de la hepatitis B y hepatitis D, patologías colestásicas crónicas (afección en la bilis).

⁽²²⁾

Otras causas asociadas son las enfermedades metabólicas congénitas del hígado; la hemocromatosis primaria, la de enfermedad de Wilson, colangiopatías crónicas, toxicidad hepática por fármacos (alfa metildopa, metotrexate, amiodarona), errores del metabolismo (enfermedades de depósito del glucógeno, tirosinemia hereditaria, mucopolisacaridosis), aparición de hepatitis autoinmune, por causas infecciosas, (sífilis, esquistosomiasis) y las intoxicaciones (tetracloruro de carbono, dimetilnitrosamina).⁽²⁰⁻²²⁾ Todas estas causas conducen al mismo proceso de fibrosis, ocasionando un deterioro funcional gradual, donde el daño es progresivo, pero en ocasiones de manera rápida o lenta. Por ejemplo, la hepatitis viral y el alcoholismo pueden causar un deterioro más acelerado, originando la degeneración progresiva y necrosis de las células, de esta manera existe la formación de material extracelular en cicatrices fibrosas y la sustitución del parénquima por nódulos regenerativos.⁽²³⁾

Por otra parte, se cree que el mecanismo principal para iniciar la fibrosis es la activación de los astrocitos en el hígado, como primeras fases es el cebado primario o proinflamatorio que surge de un organismo formado por apoptosis, y la intervención de las células de Kupffer, plaquetas, hepatocitos, estrés oxidativo, y endotelio para llegar a la fase dos de proliferación celular y fibrosis acompañado de inflamación. La degradación de la matriz extracelular se produce por la acción de las metaloproteinasas producidas por los astrocitos, causando un desequilibrio en la degradación, es ahí cuando el tejido comienza a ser sustituido por fibrosis.⁽²³⁾

En general, las primeras etapas de la cirrosis pueden presentarse con síntomas imprecisos, dificultando la identificación y diagnóstico preciso de manera oportuna, debido a que se confunde con trastornos digestivos que ha sufrido el paciente durante años y no son conscientes de su condición hasta que aparecen distintos síntomas como la distensión abdominal repentina, la ictericia o el sangrado, demandando un tratamiento especial al ingreso de las unidades asistenciales, debido a una disminución de la fuerza muscular persistente, pérdida de peso y anorexia.⁽²⁴⁾

Las personas que padecen de cirrosis hepática pasan por un período asintomático conocido como cirrosis compensada. En esta etapa, el paciente puede desarrollar hipertensión portal y várices esofágicas. Por lo general, es asintomática, pero en ocasiones pueden presentarse dolor y síntomas peritoneales acompañado de fiebre. A menudo se presenta de forma inespecífica como alteraciones

a nivel mental produciendo una encefalopatía, alteraciones a nivel de los riñones y ausencia de síntomas clínicos de infección intraabdominal. ⁽⁷⁾

En la cirrosis descompensada se presenta con sintomatología de eritema palmar, dispepsia, trastorno neuropsiquiátrico, ictericia, arañas vasculares, frecuentemente ginecomastia bilateral, caída temporal de la libido en los varones, disminución del vello a nivel del pecho y pubis, atrofia de los testículos, entre otras. Mientras que en las femeninas presentan irregularidades en la menstruación, hemorragias espontánea y edemas en varias ocasiones. ⁽²²⁾

Mientras avanza la enfermedad, aumenta la presión portal y empeora la función hepática por lo tanto el paciente desarrolla complicaciones características de la cirrosis descompensada que pueden manifestarse con ascitis, ictericia, hipertensión portal, várices esofágicas que en ocasiones pueden producir hemorragias, encefalopatía hepática, síndrome hepatopulmonar ⁽⁷⁾

En la actualidad se han desarrollado varias pruebas adicionales para diagnosticar la cirrosis, como; la biometría hemática más utilizadas para evaluar los niveles de triglicéridos, colesterol y transaminasas en la sangre, las pruebas para evaluar la función hepática, pruebas de enzimas (transaminasas séricas, fosfatasa alcalina y gamma-glutamiltanspeptidasa), pruebas funcionales sintéticas como son los tiempo de protrombina, la albúmina y bilirrubina sérica, indicando la capacidad de transporte del hígado. ^(25,26)

Por otro lado, se evalúa los electrolitos séricos, para determinar una hiponatremia dilucional, mientras en la cirrosis producida por el alcohol, se observan hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia, sin embargo, se debe tomar en cuenta que, el uso inadecuado de los diuréticos de alto y bajo techo puede ocasionar hipocalcemia o hipercalcemia. ⁽²²⁾ En la valoración de gasometrías arteriales es muy común detectar alcalosis respiratoria originado por la hiperventilación central, combinada con una alcalosis metabólica por la utilización de diuréticos, en los casos muy avanzados puede aparecer acidosis metabólica por la acumulación excesiva del ácido láctico en la sangre. ⁽²²⁾

En referencia a exámenes más específicos tenemos la ecografía abdominal, esta indica la presencia de un hígado con ecogenicidad heterogénea, márgenes aserrados y signos indirectos de hipertensión portal. Se utiliza para determinar la gravedad de la cirrosis, es muy eficaz. ^(25,27) En la

biopsia hepática se muestra la gravedad de la enfermedad, es el mejor método más seguro para diagnosticar, clasificar y predecir el curso de la cirrosis hepática y descartar otras enfermedades, aunque este procedimiento es invasivo, puede provocar complicaciones graves como; dolor, sangrado intraabdominal, hematoma subcapsular, infección y daño no intencional a otros órganos. (25,28)

Por último, se puede realizar una elastografía, técnica nueva, muy sencilla y rápidamente, utiliza ondas de vibración y ultrasonido para enviarlo al tejido hepático (volumen estimado 100 veces más grande que una biopsia), esta velocidad de propagación del ultrasonido se correlaciona con la rigidez del tejido e indirectamente con el estadio de fibrosis hepática. (27)

De igual importancia, la aparición de las complicaciones clínica define al estadio descompensado que disminuye la supervivencia de la persona, entre las más comunes se destacan; las varices gastroesofágicas, ascitis, síndrome hepatorenal, hipertensión portal, encefalopatía hepática, que al no ser tratadas de forma oportuna pueden originar otras complicaciones subyacentes como; la peritonitis bacteriana, sepsis, síndrome hepatopulmonar, cardiomiopatía cirrótica, entre otras.

Las varices esofágicas son las responsables de las hemorragias digestivas, relacionado a un aumentando la presión portal elevando además el flujo en la circulación esplácnica, orinando las várices dilatadas en zonas con menor espesor de pared, la mayoría se presentan en el esófago distal, (20) que puede ocasionar externamente sangrado de las encías, la nariz, aparición de hematomas y en muchas ocasiones de manera interna hemorragias que pueden comprometer la vida del individuo. (19) La circulación hiperdinámica aumenta con el pasar del tiempo provocando aumento del flujo sanguíneo generando la aparición de las varices que a su vez pueden producir hemorragia varicosa producto de la rotura, relacionada a la fuerza de expansión que rebasa la máxima tensión parietal. (29)

En cuanto la ascitis, uno de los factores causales es la hipertensión portal que induce una circulación hiperdinámica, vasodilatación periférica, insuficiencia hepática y retención renal de sodio, esta se manifiesta por la distensión abdominal, disnea y ganancia de peso, el signo más común de la ascitis y el más característico es matidez a la percusión, en cambio la ascitis severa se puede evidenciar la onda ascítica, vascularización colateral abdominal. (30,31)

Asimismo, el síndrome hepatorenal es otra de las complicaciones, este se caracteriza por la insuficiencia renal reversible sin presentar daño en el parénquima del riñón, secundario a la presión sistémica baja y vasoconstricción renal, originando la insuficiencia renal.⁽³⁴⁾ La fisiopatología se debe a una disminución del flujo sanguíneo a nivel de los riñones, de esta manera activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAA), dando como resultado la retención de agua, sodio y la constricción vascular renal, todo este mecanismo se debe a la vasodilatación esplácnica ⁽³²⁾

De igual importancia, se identifica a la encefalopatía como una manifestación clínica de una variedad de anomalías neuropsiquiátricas potencialmente reversibles secundarias a la acumulación de neurotoxinas en el tejido cerebral, proporcional a las funciones de síntesis y almacenamiento del hígado. ⁽³³⁾ En esta patología, el amoniaco se encuentra elevado en los pacientes cirróticos, pudiendo provocar una toxicidad celular, este metabolito provoca daños en la neurotransmisión e induce a un daño astrocitario y edema cerebral apareciendo manifestaciones neurológicas, asociadas a factores propios de la cirrosis como; el estrés oxidativo, hiponatremia, modificación de la barrera hematoencefálica. ⁽³⁴⁾

Por consiguiente, mientras la enfermedad progresa y las complicaciones avanzan se puede observar el desarrollo de problemas nutricionales, como la desnutrición por liberación de citocinas, niveles altos de tnf-alfa, 1-interleucina e 6-interleucina, responsables de la disminución del apetito, además, se evidencia citocinas que tienen un efecto anorexigénico y el hipermetabolismo. ^(8,35)

Por lo tanto la enfermera es considerada un pilar fundamental dentro de}el equipo multidisciplinario de la atención al paciente con cirrosis hepática avanzada, es ella quien brinda una atención integral y seguimiento para satisfacer las necesidades complejas y holísticas de manera eficaz y segura mediante las habilidades con pensamiento crítico con el fin de diagnosticar con precisión, identificar diagnósticos reales y potenciales para realizar intervenciones específicas y lograr los objetivos planteados y deseados. ⁽³⁶⁾

Por esta razón enfermería aplica el proceso enfermero para el cuidado al paciente, es una herramienta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. En la valoración se recoge la información sobre el paciente, familia y comunidad, mediante la aplicación de técnicas de recolección de información, organización y comunicación de los datos y

validación. En la etapa de diagnóstico el sistema utilizado actualmente es la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), son diagnósticos de enfermería para actuar de manera independiente y dar respuesta a los problemas de salud ya sean considerados potenciales o reales. ⁽²⁵⁾

De igual importancia, la planeación permite priorizar los problemas de salud identificados y establecer objetivos centrados en el cuidado para dar solución al problema, en cuanto a la etapa de ejecución se aplica las intervenciones, planteadas identificando la respuesta del paciente. Por último, la evaluación es la comparación del estado de salud del paciente del “antes y después” de las intervenciones de enfermería para determinar si se ha conseguido los objetivos deseados. ⁽³⁷⁾

En cuanto a la taxonomía NANDA-I y NIC en la Revista Latino-América, indican las siguientes etiquetas diagnósticas priorizadas en el paciente cirrótico; desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades, exceso de volumen de líquido, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, déficit de autocuidado para baño, riesgo de caídas, déficit de autocuidado para vestirse. ⁽³⁶⁾

En el diagnóstico desequilibrio nutricional; ingesta inferior a las necesidades, las NIC planteadas corresponde a el control intestinal, alimentación, vigilancia de la hiperglucemia, control de los trastornos de la alimentación. Mientras que las intervenciones planteadas se refieren a control del exceso de volumen de líquido, manejo de la hipervolemia, monitorización de líquidos, manejo de la medicación, control estricto del peso, monitorización neurológica, sondaje vesical. ⁽³⁶⁾

En relación al déficit de autocuidado, las intervenciones de enfermería se relacionan a la ayuda con el autocuidado, prevención de caídas, higiene perineal, baño, cambios de posiciones, fomentar la salud bucal. ⁽³⁶⁾ Dorothea Orem, en su modelo del déficit de Autocuidado, menciona que los seres humanos deben mantener la motivación esencial que les caracteriza a cada uno para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia, además recalca que cada individuo posee un potencial para desarrollar habilidades de prácticas de cuidado e intelectuales. ⁽³⁸⁾

El autocuidado es una función primordial que se practica en cada individuo con el propósito de preservar el estado de salud, la vida, y el bienestar, este corresponde a las necesidades de regulación

de cada individuo en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo, salud, factores del entorno y niveles de consumo de energía. ⁽³⁹⁾

Por otro lado, el diagnóstico potencial es el riesgo de infección, para las intervenciones menciona el control de signos de infección, cuidados de heridas, precauciones circulatorias por riesgo de hemorragia, prevención de úlceras por presión, profilaxis antibiótica, cuidados de la piel, y la monitorización nutricional. ⁽³⁶⁾

En conclusión, las personas con cirrosis hepática avanzada, deben llevar un estilo de vida saludable en la alimentación, un régimen terapéutico y apoyo emocional durante el transcurso de la enfermedad, donde interviene la familia como ente más cercano y como rol asistencial y educador el personal de enfermería. En la fase compensada el autocuidado depende totalmente de la misma persona sus acciones y cuidados que realice va influir en su estado de salud, en esta fase se requiere actividades enfocadas a la promoción primaria de la salud y la prevención de las complicaciones garantizando satisfacer el déficit de conocimiento que esta intimidante relacionado con el déficit de autocuidado.

En la fase descompensada el papel de enfermería se enfoca en realizar un seguimiento minucioso tanto en la parte fisiológica, emocional y el entorno del paciente, se requiere acciones promoción y prevención para educar sobre la importancia del tratamiento farmacológico, monitorización nutricional, control de peso, glicemias, signos y sintomatología clínica que permita identificar de manera oportuna posibles complicaciones y poder actuar de manera inmediata para disminuir el riesgo y proteger la vida. Además, es fundamental la participación activa del paciente con el autocuidado y dependerá de la gravedad de la enfermedad si requiere ayuda de un cuidador para satisfacer las necesidades básicas como; vestirse, caminar, alimentarse, higiene. Sin embargo, el objetivo de enfermería es fomentar la independencia y tratar que el paciente se reintegre a la sociedad, así como, mejorar su estilo de vida y su salud. ^(39,40)

Capítulo III. METODOLOGÍA

El estudio es de tipo documental, descriptivo, cuantitativo y transversal, mediante la revisión completa de artículos científicos de alto impacto, aplicando el método de análisis bibliográfico en el enfoque de identificar el accionar de enfermería en la prevención de complicaciones en adultos con cirrosis hepática.

Para la revisión sistemática de documentos se utilizó fuentes primarias, secundarias y terciarias de sociedades científicas dedicadas a la cirrosis y la prevención de complicaciones, con el objetivo de identificar las intervenciones de Enfermería en relación a los diagnósticos enfermeros para la prevención de complicaciones en pacientes adultos.

Como método de búsqueda avanzada se utilizaron operadores boléanos “AND”, “Y”, “OF”, “O”, terminología científica de búsqueda en español; cirrosis hepática/ cuidados de Enfermería, factores de riesgo, complicaciones hepáticas, medidas preventivas, tratamiento de las complicaciones hepáticas, ascitis, varices esofágicas, hipertensión portal, Síndrome hepatorenal, encefalopatía y terminología en inglés; Prevention of liver cirrhosis, nursing care and liver complications, hepatic cirrhosis, interventions, complications, esta búsqueda se realizó a través de la reconocimiento y el análisis en documentos de índole nacional internacional.

La población de estudio está conformada por artículos científicos publicados en revistas indexadas de gran impacto durante el periodo comprendido entre 2017 y 2021, se tomó en cuenta documentos disponibles de acceso libre y textos completos, relacionados a la cirrosis hepática y los cuidados de enfermería en los diferentes niveles de atención para la prevención de complicaciones en adultos con cirrosis hepática, obteniendo como resultado cerca de 320 documentos en buscadores académicos y científicos como; Biblioteca Virtual en Salud, Google Académico, revista Scielo, Elsevier, Redalyc, Scopus, MedLine, Proquest, Lilacs, Revista Cubana, PubMed. Además, se intervino en las páginas web oficiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS).

En relación a los criterios de inclusión se tomó documentos completos en dialecto inglés y español publicados en los últimos años desde el 2017 al 2022, que guardan relación a la temática de estudio, disponibles y con acceso libre a los investigadores. Se incluirán también, artículos de abordaje metodológico diverso que en su contenido posean introducción, definiciones relacionadas a la temática de estudio, resumen, datos estadísticos, factores de riesgo, signos y síntomas clínicos,

tratamiento clínico, seguimiento, intervenciones de enfermería, teorías del cuidado de enfermería de Dorothea Orem.

Además, se ha considerado guías clínicas de repositorios de algunos países: Guía de la Organización Panamericana de la Salud, Guía clínica de la Asociación Española Gastroenterología, Guía Prioam, Guía de atención del Ministerio de Salud San Salvador, Guía de Atención del Ministerio de Salud Colombia, Protocolo de Clínica Barcelona, toda la información recolectada en repositorios de la Universidad Central del Ecuador, Universidad Técnica de Babahoyo, Universidad Rafael Landívar, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universitat de les Illes Balears, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Nacional del Callao, Universidad Autonomía de ICA.

Para los criterios de exclusión se descartaron textos que no guardan correspondencia con el tema de estudio, presentan duplicidad del contenido, no presentan acceso al texto completo, por ende, se delimitó a un total de 110 resultados, excluyendo 23 artículos que no correspondía a la temática y su contenido es incompleto, se mantienen 87 artículos con datos referentes a la temática, de los cuales se emplearon 18 para la introducción, 28 para el marco teórico y 41 para la triangulación.

Para la redacción y el análisis de la investigación se ejecutó en dos fases; la primera fue la recolección de artículos, para realizar una lectura crítica, posterior analizarlos y obtener la muestra, redacción de objetivos, introducción, metodología, resultados, conclusiones y recomendaciones. En la segunda fase se elaboró la estructura de la triangulación mediante dos tablas que exponen temas relacionados con el accionar de enfermería para la prevención de complicaciones en adultos con cirrosis hepática, así como el registro de cita, coincidencias y discrepancias entre autores relacionados al tema.

**ALGORITMO DE BÚSQUEDA
BIBLIOGRÁFICA**

5 en Scielo, 10 en Elsevier, 6 Sitios Web, 39 en revista de investigación en salud y 14 repositorios, 6 guías clínicas, 3 tesis,
1 Inec, 1 Protocolo, 1 Manual Básico, 1 libro de hepatología 2021.

Total, de 87

Web total de artículos 41

TRAS APLICAR EL CRITERIO DE SELECCIÓN =87

DESCARTADOS POSTERIOR A LECTURA CRÍTICA=23

TOTAL, DE ARTÍCULOS =87

Capítulo III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Delgado M, Rodríguez A y Fortea J, coinciden que la cirrosis hepática es una sucesión dispersa que se determina por la disminución de los hepatocitos, formación de tabique fibroso y masas degenerativas, alteración de una estructura y anatomía vascular normal. ^(7,41,42)

Mosquera K, Mateo N, indican que la cirrosis hepática es el resultado de múltiples enfermedades que producen hepatitis crónica; esta inflamación es persistente que induce a la distorsión no reversible de la arquitectura del hígado, dando lugar a la fibrosis y degeneración nodular, por una alteración o aumento de la creación de colágeno, tejido conectivo. ^(43,44)

Cruz Z y colaboradores, Ramón E, en el artículo de Invest Medicoquir, con método de estudio descriptivo, señala que las primeras fases se denominan compensada, esto ocurre cuando los pacientes no presentan síntomas ni manifestaciones clínicas. ^(45,46) Mientras que, los autores Delgado M y Escorcía E, manifiestan que esta etapa va depender del grado de hipertensión portal, trombocitopenia, la aparición o no de venas anormales en el trayecto de la garganta hasta el estómago. ^(7,47)

Mientras que, en relación al tema de estudio, Ramon E, Delgado M, García I ,Prieto J, Cruz Z y colaboradores, citado de revista colombiana de Gastroenterología con método de estudio retrospectivo y descriptivo, afirma que en la cirrosis avanzada o descompensada existen fallo de diferentes órganos con una variedad de complicaciones que se traducen en cirrosis clínica y la sintomática del desarrollo de la acumulación de líquido en el abdomen , sangrado de las venas anormales, pérdida de la función del cerebro y presencia de la coloración amarillenta ya sea en la piel o mucosas, los mismos que representan una emergencia médica y requieren cuidados especiales de enfermería para prevenir complicaciones, restablecer el estado de salud del paciente y mejorar su calidad de vida. ^(7,22,45,46,48)

Velásquez S ,Gómez A, del artículo de Elsevier y de la revista virtual de la sociedad Paraguaya , en un estudio observacional y descriptivo, concuerdan que entre las complicaciones de la cirrosis se encuentran; desnutrición, ascitis, varices esofágicas, síndrome hepatorenal y encefalopatía hepática, sin mencionar que, en transcurso del desarrollo de la enfermedad se va evidenciando una pérdida gradual de peso que conlleva a los pacientes a la desnutrición severa, caquexia y en ocasiones a la anorexia. ^(2,3)

Desnutrición y cuidados de enfermería

Ruiz A, cita en su estudio descriptivo, en un estudio realizado en la ciudad de México dio como resultado que la desnutrición ocurre en el 40-90% de la población que padece cirrosis hepática. ⁽¹⁷⁾

Por esta razón, Suarez C, y colaboradores, Teruel R, coinciden en sus estudios descriptivos, que los cuidados al paciente deben estar enfocados al descanso y dieta especial, previniendo la desnutrición por pérdida corporal de grasa magra, debido a que la malnutrición está estrechamente asociada con una combinación de complejidades como aumento del líquido abdominal, venas anormales de la garganta hasta el estómago y síndrome hepatorenal, aumentando la mortalidad por esta enfermedad ^(32,49)

En concordancia, Stirnimann J y colaboradores, en la revista Journal of Clinical Medicine (2019), mencionan que el propósito del tratamiento alimenticio es reponer y compensar el déficit calórico manteniendo un adecuado aporte proteico, además de reponer los micronutrientes frecuentemente deficitarios como la vitamina A, vitamina D, zinc y selenio, en caso de la cirrosis causada por el alcohol se debe reducir el consumo mediante la integración de grupos de apoyos y ayuda psicológica para revertir de manera sustancial los daños y reducir futuras consecuencias. ⁽⁴⁹⁾

En discrepancia, los autores Siguencia N, Arizmendi al igual que el Ministerio de Salud Pública, en el Protocolo de Manejo Nutricional del paciente con cirrosis hepática, mencionan que, en la cirrosis descompensada debe aumentar la ingesta de proteínas para conversar una igualdad de nitrógeno adecuado, pero debe haber reducción de proteínas con un buen régimen debido a que puede exacerbar la condición clínica de estos pacientes. Ante lo descrito los autores, Aspen y Espen recomiendan una ingesta proteica calculada de 1,0 a 1,5 g/kg/día o 25 a 40 kcal/kg/día para evitar el catabolismo muscular y estimular la gluconeogénesis. ^(35,51,52)

En el Manual Básico de nutrición clínica y dietética del Hospital Clínico de Valencia, indican que en la cirrosis compensada el consumo de proteínas es de 1 a 1.2 g / kg / día, mientras que cuando hay complicaciones y se evidencia una ingesta inadecuada o malnutrición se ingiere 1,5g / kg / día, por último en la presencia de encefalopatía I-II se debe iniciar con 0.5 y una vez ya estable el paciente se debe mantener a 1- 1.5g / kg / día y en casos de encefalopatía

III-IV la cantidad de proteínas a consumir sería de 0.5 - 1.2 con soluciones enriquecidas con AACR. ⁽⁵¹⁾

En conclusión, el consumo de proteína varía de acuerdo con el estadio de la enfermedad y las complicaciones de puede tener el paciente, para ello se deberá analizar la sintomatología clínica y el estado nutricional del paciente.^(8,51) Asimismo, Mateo R, en su artículo del repositorio de la UNAC del Callao, menciona que una dieta eficaz para controlar la cirrosis hepática es cuando los alimentos contienen proteínas de fácil digestión, como legumbres, aves, pescado y se debe evitar o limitar alimentos con proteínas difíciles de digerir, como la carne roja a la vez que se ayuda para reducir el nivel de toxinas en el tracto digestivo y además, no se recomienda consumir mariscos crudos por riesgo de causar infecciones graves. ⁽⁴⁴⁾

Por otro lado, Sigüencia N, Mosquera K, Vasquez H, recomiendan una ingesta de hidratos de carbono de 5-6 g/kg/día, limitando la ingesta de glucosa y aumentando la ingesta de alimentos ricos en fibra y sugieren emplear carbohidratos libres de gluten en paciente que presenten intolerancia, debido a que los pacientes cirróticos son intolerantes a la glucosa, dando lugar a la sobreproducción de glucosa y secreción inadecuada de insulina, por ende, los cuidados de enfermería deben estar enfocados a la monitorización de manera frecuente la dieta del paciente, rica en proteínas de fácil digestión, carbohidratos para suplir la glucosa en el cuerpo, evitar alimentos que aumenten las toxinas en el organismo, medidas de higiene alimentaria para prevenir posibles infecciones y control de los niveles de glucosa. ^(35,43,53)

Por consiguiente, uno de los diagnósticos enfermeros es el desequilibrio nutricional relacionado con alteraciones del sistema digestivo para retener los nutrientes que permitan satisfacer las necesidades nutricionales, por ende, las intervenciones de enfermería se basan en la monitorización de la alimentación del paciente, identificar carencias, proporcionar una dieta equilibrada, mantener la higiene de los alimentos, control de peso continuo, coordinar y gestionar el apoyo del departamento de nutrición y dietética con el fin de garantizar un aporte calórico, proteico, vitamínico, implementación de fibra para evitar la desnutrición, estreñimiento y las complicaciones asociadas. Además, se debe proporcionar estrategias de promoción y prevención enfocadas en la parte social y psicológica, la integración de la familia en el cuidado y los grupos de apoyo para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas. ⁽⁸⁶⁾

Fallo hepático y cuidados de enfermería

Solé C, en un artículo de Gastroenterología y Hepatología, en estudio prospectivos menciona que el Fallo Hepático, es un síndrome de reciente identificación, caracterizado por una desproporción aguda de la enfermedad hepática crónica, asociada a daño de diversos órganos y alta mortalidad hasta en el 30% de las personas que han sido hospitalizadas. ⁽⁵⁴⁾

En referencia a los cuidados del paciente, el Ministerio de Salud Pública en el Protocolo de manejo nutricional del paciente con cirrosis hepática descompensada, indica que se debe evitar la sobrealimentación porque los lípidos pueden acumularse en el hígado. Por otro lado, ASPEN recomienda que del 25% al 30% de la suma de calorías en tu régimen provengan los alimentos grasos saludables y se debe evitar consumir alimentos altos en grasa saturadas como snacks, comida chatarra, productos horneados y alimentos procesados. ^(51,52)

Teruel R, Siguencia N, en su enfoque terapéutico, indican que los polifenoles del aceite de oliva inhiben la inflamación al disminuir la producción del factor de necrosis tumoral α , mediante sus propiedades antioxidantes del mismo modo evitando el fallo en el hígado lo que dirige a la esteatohepatitis, cáncer de hígado. ^(32,35)

De igual manera, Arizmendi A, Vásquez H, manifiestan que las vitaminas y minerales son importantes en el paciente cirrótico para cubrir las deficiencias principalmente la vitamina D y Zinc que su carencia puede precipitar la encefalopatía hepática, anorexia, alteraciones en el olfato, sabor y disfunción inmune. Esta deficiencia de micronutrientes detectados en el 60% de los pacientes cirróticos principalmente en la etiología alcohólica, puesto que las vitaminas liposolubles A, D, E, K suelen estar disminuidas por la mala absorción, colestasis intensa y alcoholismo crónico. Además, en los pacientes alcohólicos también pueden tener una deficiencia de vitaminas hidrosolubles como tiamina, vitamina B12 y ácido fólico lo cual recomienda su suplementación. ^(51,53)

Por consiguiente, Zabala R, señala en su estudio longitudinal cuasi experimental, el consumo de frutas frescas, verduras y chocolate negro, ya que son ricos en antioxidantes que ayudan a reducir la presión portal y deben evitarse demasiadas calorías, promoviendo la disfunción hepática, la sobreproducción de dióxido de carbono. ⁽⁵⁵⁾

En lo que se refiere a la fibra está tiene una acción como prebiótico beneficiando el desarrollo de microorganismos benéficos, aumento del tránsito intestinal. Ruiz-Magain A y

colaboradores concluyeron en su investigación que una dieta hiperproteica, rica en fibra y suplementada con AACR, favorece al aumento de la masa del músculo y sobre todo nunca aumenta los valores de amonio o de glucosa ni se relaciona con el crecimiento de la pérdida de la función cerebral. ⁽⁵⁶⁾

En similitud, Macías R, y Ruiz A, en la Revista de Gastroenterología de México, afirman que el uso de la fórmula de AACR (aminoácidos de cadena ramificada) estimula la síntesis de proteínas en el hígado, ayuda a mejorar el estado nutricional y la función del sistema inmunológico, reduce la fatiga física y mental, reduce las complicaciones y la insuficiencia hepática, así como la progresión de la enfermedad, reducción de días de hospitalización y en cuanto a la escala de Child-Pugh score, reduce el puntaje de bilirrubina y mejora la calidad de vida. ^(56,57)

En conclusión, referente al diagnóstico de enfermería se identifica un aumento en el volumen de líquidos en relación a una alteración en la función reguladora del hígado manifestado por ascitis y edema miembros inferiores, donde la enfermera realiza intervenciones para controlar el equilibrio entre el consumo y la eliminación de líquidos, peso diario, administración de líquidos con precaución para evitar sobre cargas, deshidratación o deficiencias nutricionales, exámenes de laboratorio para monitorizar la función hepática y el sistema inmunológico, educar sobre el consumo de una dieta saludable en relación a la evaluación de las preferencias del paciente, rica en vitaminas y minerales evitando los alimentos polisaturados. ^(35,58)

Ascitis y cuidados de enfermería

Delgado M ⁽⁷⁾, citado del artículo de investigación de Dominio de las Ciencias, relata que la ascitis es la complicación más común, aproximadamente el 60% de los pacientes cirróticos pueden desarrollarla dentro de los próximos 10 años. ⁽⁷⁾

Por consiguiente, Aithal GP y colaboradores ⁽⁵⁹⁾ en la revista de la Sociedad Británica de Gastroenterología en colaboración con la Asociación Británica para el Estudio del Hígado consideran que se debe restringir el uso de la sal de 5 a,6.5g, en lo posible una dieta sin sal y evitar las comidas precocinadas, implementar el uso de diuréticos logrando la remoción o disminución del líquido intraperitoneal sin reducir el volumen intravascular, el objetivo que se pretende con el tratamiento farmacológico es asegurar la evacuación urinaria de sodio supere los 78 mmol / día, como tratamiento estándar está la paracentesis siendo un

procedimiento invasivo que sugiere se debe administrar antibióticos como profilaxis para evitar complicaciones infecciosas como una peritonitis. ⁽⁵⁹⁾

Infac ⁽⁶⁰⁾ y Contreras J ⁽⁶¹⁾ en la revista Biomédica, afirman que la mayoría de pacientes con ascitis requieren tratamiento con fármacos, con dosis inicial de furosemida y espironolactona por vía oral de 40:100 mg/día, luego se ajusta según sea necesario hasta 160 mg de furosemida y 400 mg de espironolactona durante el día. ^(60,61). Sin embargo, Rodríguez M ⁽⁶²⁾, argumenta que los diuréticos deben ser utilizados con mucha precaución debido a que pueden producir otras complicaciones, como ejemplo; la espironolactona como medicamento de primera elección puede causar la acumulación de potasio que en grandes cantidades pueden causar arritmias cardíacas. Por otro lado, la furosemida puede causar daño al riñón causando insuficiencia renal. ⁽⁶²⁾

No obstante, la Sociedad Chilena de Gastroenterología ⁽⁶³⁾, sugiere tratar la ascitis según el grado de gravedad, en el caso de la ascitis de grado I se debe tratar con una dieta hiposódica 2g/día y eventualmente con espironolactona 50 mg/día, recalando que este tipo de ascitis hay escaso líquido y se verifica a través de una ecografía. La ascitis grado II se debe manejar con espironolactona si la excreción urinaria es mayor de 10 mEq/ día, si esta es inferior y el BUN es normal, debe combinarse con furosemida (40 mg/día) y espironolactona (100 mg/día). Por último, la ascitis grado III indica la restricción total de sodio y el tratamiento diurético y si el volumen es de 10 litros el tratamiento ideal es la paracentesis. ⁽⁶³⁾

Tanto la Sociedad Chilena de Gastroenterología ⁽⁶³⁾ y el Hospital Universitario Ramón y Cajal ⁽⁶²⁾ citado en la Revista Española de Enfermedades Digestivas recomiendan cuatro medidas generales: los resultados analíticos, el peso, la cantidad de orina y el perímetro abdominal. Mediante las pruebas analíticas se podrá detectar si hay daño o retención de potasio o eliminación excesiva de sodio que también es perjudicial lo cual obligará a disminuir o retirar los diuréticos de igual manera se debe incluir pruebas de la función hepática (albúmina plasmática y protrombina) y función renal (creatinina, electrolitos plasmáticos y excreción urinaria de electrolitos en 24h). ^(62,63)

Aithal GP ⁽⁵⁹⁾ y La Sociedad Chilena de Gastroenterología ⁽⁶³⁾ menciona que hay otros métodos para tratar la ascitis es a través de procedimientos invasivos como la paracentesis que esta consiste en la punción en la pared abdominal y extraer el líquido, posterior a la

extracción de líquido intraabdominal, sin embargo, es necesario administrar expansores plasmáticos como la albúmina para prevenir la disfunción circulatoria, y se debe seguir con tratamiento diurético para prevenir o retrasar al máximo su reaparición.^(59,63)

La Sociedad Chilena de Gastroenterología⁽⁶³⁾ y el Hospital Universitario Ramón y Cajal⁽⁶²⁾, citan en la Revista Española de Enfermedades Digestivas, manifiesta cuidados enfocados a la monitorización del peso frecuente debido a que es muy susceptible de variar de un día a otro, definiendo el diagnóstico como un exceso de líquidos y electrolitos por alteración de mecanismos reguladores del hígado, expresado por edemas, líquido en la cavidad abdominal. Entre los cuidados de enfermería están direccionados al control de ingesta y eliminación, identificar signos de deshidratación o sobrecarga hídrica, control diario de volumen de diuresis que en el paciente con ascitis oscila entre un medio litro y un litro al día, control de signos vitales para prevenir arritmias cardiacas e inestabilidad hemodinámica, control del perímetro abdominal, administración segura de medicamentos y valoración de efectos adverso, garantizar la dieta baja en sodio, análisis de resultados analíticos, identificación de complicaciones respiratorias, por ende es necesario mantener en posición fowler o semifowler para garantizar la expansión pulmonar y medidas necesarias para mejorar la función respiratoria que puede estar comprometida por la ascitis abdominal, lo cual podría desplazar el diafragma, entre las medidas la administración de oxígeno, terapia respiratoria para fortalecimiento de músculos de la respiración.^(62,63)

Varices esofágicas y cuidados de enfermería

Khan AG. citado en las Guías mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología que el 30% de los pacientes cirróticos tienen várices esofágicas, esta tasa aumentó al 90 % después de unos 10 años, siendo una de las complicaciones más temidas por los pacientes por la alta mortalidad. Por consiguiente, Yepes y colaboradores, plantean la profilaxis primaria para evitar el desarrollo de varices en pacientes que aún no lo padecen, realizar seguimientos cada tres años con una endoscopia para examinar el surgimiento de manchas rojas o el aumento de venas varicosas.^(29,64)

Por otro lado, a los pacientes que ya tienen varices, la revista de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, recomienda la administración de fármacos vasoconstrictores espláncnicos, la somatostatina para detener las hemorragias, el uso de β bloqueantes como el propanolol, venodilatadores, vasoconstrictores y vasodilatadores conjuntamente con las

terapias endoscópicas y tratamientos particulares como la sujeción endoscópica de las vrices (LEV) o escleroterapia siendo más efectiva para controlar el sangrado. ⁽⁶⁶⁾

Otro estudio realizado por la Federación Ecuatoriana de Radiología e Imagen (2018) concluyeron que la elastografía esplénica se trata del tratamiento rápido, no ataca, es accesible, económico lo cual se accede a identificar vrices esofágicas, podría ayudar a priorizar a pacientes adecuados para procedimientos endoscópicos o el tratamiento profiláctico para vrices esofágicas. ⁽⁶⁵⁾

En correspondencia, Yépez I, sugiere que las personas que se realizan la sujeción tienen una mínima exposición de padecer sangrado en comparación con las personas que son tratadas por betabloqueantes. En el estudio elaborado por Blanco C y colaboradores, indican que los beta bloqueadores reducen el riesgo de padecer la acumulación de líquido abdominal durante el espasmo portal, así como el peligro de evolucionar la infección del líquido abdominal. ^(64, 65)

En el Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” ⁽⁶⁶⁾ concluyen que el uso del propanolol en pacientes con cirrosis hepática y vrices esofágicas favoreció a la prevención del sangrado digestivo, por su parte Braldes y D'Amico en su estudio realizado señalan que el propanolol por sí solo no es suficiente para la prevención del sangrado de venas varicosas; lo que sugieren la combinación de propanolol con otros fármacos o tratamientos endoscópicos resultando muy efectiva. ⁽⁶⁶⁾

Por consiguiente, el diagnóstico enfermero es la alteración en la volemia del paciente (déficit) y lesión física relacionado con la salida activa líquidos, donde los cuidados al paciente están orientados a la prevención del sangrado a través de la administración de fármacos y las acciones antes, durante y después de las técnicas endoscópicas, control neurológico, nutricional, exámenes de laboratorio y la aplicación de medidas antiembólicas para disminuir el riesgo de desarrollo del trombolismo venoso, administración de líquidos y electrolitos prescritos y el control estricto para evitar una complicación de revote edemas y sobrecarga hídrica.

Hemorragia hepática y cuidados de enfermería

Delgado M, mediante el caso clínico sobre la cirrosis hepática y sus complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil 2017, asegura que la hemorragia hepática está

relacionada con la edad del paciente, el período de mayor susceptibilidad es de 60 a 65 años con una tasa del 64%, siendo el sexo masculino más susceptible con una tasa del 69,08%.⁽⁷⁾

Por tanto, Khan AG (29) y Yepez I⁽⁶⁴⁾ citado en la revista biomédica y en las Guías mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, argumentan que, una vez presentada la hemorragia, los objetivos principales son reanimación hemodinámica, procedimientos en sangrado y complejidades.

Khan AG, Yepez I, y Roccarina D, concuerdan en la revista Biomédica que el procedimiento en sangrados se enfatiza en la utilización de vasoconstrictores (Somatostatina, octreotide y terlipresina) y la sujeción endoscópica. Cabe destacar también, que la hemorragia varicosa aguda es muy frecuente y se asocia con infección bacteriana debida a una translocación intestinal y trastornos de la motilidad, por ende, es fundamental el cuidado mediante el empleo de la antibioticoterapia profiláctica para aumentar la tasa de supervivencia, además la prevención de complicaciones asociadas que causa la muerte; infección pulmonar, insuficiencia renal, pérdida de la función del cerebro, sepsis, y el incremento de la pérdida repentina de la función del hígado sobre una crónica por tal motivo varios estudios confirman el uso de antibióticos preventivos en estas personas.^(29,64,67)

Yepez I, recomienda como profilaxis secundaria a un nuevo episodio de sangrado iniciarse betabloqueantes no selectivos y la sujeción y en casos severos la colocación de fístulas percutáneas del sistema portal (DPPI – TIPS) por las siglas que lleva en inglés.⁽⁶⁴⁾ En similitud, Armador A, describe en la Revista Colombiana de nefrología, la noradrenalina como fármaco seguro, ampliamente disponible y de bajo costo, sin embargo, los efectos colaterales hallados es dolor torácico anormal con ECG y valores enzimáticos normales.⁽⁷⁰⁾

Por efecto, en el diagnóstico de enfermería en primer lugar se orienta a prevenir el riesgo de infección el relacionado a la enfermedad crónica por cirrosis hepática (bacteriana), en el cual, los cuidados deben ser encaminados a controlar el riesgo, uso de técnicas estériles en los procedimientos, mejoramiento del sistema inmune y cuando la hemorragia se produce el diagnóstico está relacionado al déficit de líquidos y riesgo de lesión por riesgo de shock

hipovolémico. La atención al paciente se encamina a la estabilización hemodinámica, control de la hemorragia, reanimación hidroelectrolítica.

En concordancia Guachamin P, colaboradores y Vorobioff J, relatado en la Revista Médica-Científica Cambios HECAM, cuidados exclusivos de enfermería mediante la vigilancia de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura y saturación de oxígeno cada 15 minutos durante 6 horas cuando el sangrado esté presente, luego que pare el sangrado, controlar cada hora durante 6 horas, luego cada 4 horas durante 12 horas, examinar la condición del paciente, comprobar si hay síntomas de una grave pérdida de sangre; estado de conciencia de Glasgow, cianosis, dificultad para respirar y si es necesario la administración de oxígeno, palidez y piel fría, características de la frecuencia cardíaca; taquipnea, pulso débil; signos de hipotensión, mantener en reposo absoluto durante 12 a 48 horas para prevenir episodios recurrentes de hemorragia, colocar en posición de cubito lateral para la prevención de aspiración en el caso de hematemesis, dirigir un segundo catéter periférico grande para transfusión de sangre y suministro de líquidos grandes, extraer muestras para análisis de laboratorio, control de ingesta y excreta estricto. ^(68,69)

Otro de los cuidados específicos de enfermería, es la reanimación hemodinámica del paciente mediante la restauración del volumen intravascular por vía periférica intravenosa para administrar expansores plasmáticos, el objetivo es alcanzar una presión arterial media superior a 70 mm Hg, para asegurar una buena perfusión de los riñones y otros órganos, evitar la sobrecarga de volumen, evitar el riesgo de desangrado, el nivel de hemoglobina debe estar entre 7 a 8 g/dL, para evitar incrementar la presión estática del circuito de la puerta.

^(29,64)

Síndrome hepatorenal y cuidados de enfermería

Ospina JR, en su artículo en la revista de Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología, declara que el síndrome hepatorenal ocurre aproximadamente un 10 % en las personas que poseen cirrosis progresiva o fallo en el hígado agudo. Sin embargo, encontró que el 18% de las personas con cirrosis y

acumulación de líquido abdominal desarrollarán este síndrome después de un año y el 39% después de cinco años. ⁽⁷³⁾

Sola E, en la revista de medicina interna basada en la evidencia, alude que en caso de que el paciente se ha diagnosticado con ascitis se indica retirar y evitar los diuréticos y tratar la ascitis a través de la paracentesis y reposición de albúmina para incrementar la tensión de la insufusión de los riñones y restablecer valores de la creatinina facilitando la evacuación del sodio. Al mismo tiempo se debe comenzar con profilaxis antibiótica (rifaximina o noroxacina) para evitar una peritonitis bacteriana espontánea. ^(13,74)

Por otro lado, Sola E, Ospina L y Ospina JR, coinciden que en la actualidad el mejor tratamiento para el SHR, es el trasplante de hígado para aumentar la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, la asignación de órganos se realiza por el MELD (model for end-stage liver disease) prefiere a las personas en el registro de trasplante, donde se realiza una valoración estricta para identificar información que indican que los pacientes con fallo de los riñones durante el trasplante tienen una mayor mortalidad. ^(13,71,73)

En consiguiente, Armador A, Ospina L y Alcázar R, revelan en la Revista Colombiana de Nefrología las disposiciones usuales para el cuidados de las personas; la colocación de una línea central para monitorear la tensión venosa central, primordialmente en personas que se encuentran con vasopresores y albúmina, así mismo, en administración por fluidos endovenosos con precaución de exceso de líquidos que puede conducir a una ascitis, edemas, incremento de la tensión venosa central y provocar exceso de líquido en los pulmones, al igual que la valoración de medicamentos que está tomando y suspendiendo medicamentos nefrotóxicos como AINE, inhibidores de la ECA, ARA 2 y vasodilatadores. En caso de pérdida grave de sangre, se debe aumentar el volumen plasmático con cristalizadores, albúmina o sangre secundario a una hemorragia, medir los niveles de creatinina y aplicar profilaxis antibiótica. ^(70,71,75)

Encefalopatía hepática y cuidados de enfermería

Giraldo C y colaboradores, en la revista colombiana de Nefrología, aluden que la encefalopatía hepática (EH) es la manifestación clínica de un grupo de trastornos neuropsiquiátricos potencialmente reversible, secundaria a la acumulación de neurotoxinas en el tejido cerebral, correspondientes a las funciones de síntesis y almacenamiento del hígado que se produce del 30-60% de los pacientes con cirrosis. ⁽⁷⁶⁾

El tratamiento apropiado de la enfermedad hepática subyacente es clave para reducir la morbilidad, mortalidad y recurrencia, el objetivo principal es eliminar o corregir los desencadenantes (es decir, sangrado, infección, hipopotasemia, medicación o deshidratación), para reducir los niveles de amoníaco en la sangre y evitar el impacto tóxicos amoníaco en las neuronas y nervios, para ello se utiliza la Rifaximina con eficacia para la reducción de la producción de amonio mediante la eliminación de microorganismos "productores de amoníaco", cambios en el microbiota intestinal y la reducción de endotoxinas y ácidos biliares secundarios. Se debe administrar 400 mg 3 veces al día o 550 mg 2 veces al día por vía oral que debe durar de 7 a 14 días. ⁽⁷⁷⁾

Umaña C, Morcillo, en la Revista Médica Sinergia, mediante una revisión bibliográfica manifiesta el uso de la Lactulosa para metabolizar las bacterias en el colon y produce subproductos que inhibe la absorción de amoníaco, provocando un efecto laxante y bajando el pH de los intestinos, esto reduce la mortalidad, el sangrado por várices y la probabilidad de síndrome hepatorenal y peritonitis bacteriana espontánea. La dosis habitual de lactulosa es de 16,7 g en sobres de 25 ml, administrada inicialmente cada 12 horas, ajustada para que realice de 2-3 deposiciones blandas al día. ^(14,79)

Por esta razón, la Asociación Mexicana Hepatología, recomiendan brindar información a los cuidadores enfermeros y personal de salud en general para reconocer factores precipitantes, signos y síntomas, como la alteración del ciclo vigilia- sueño, desorientación, además estos pacientes deben someterse a un control nutricional y alimentaria añadiendo suplementación nutricional, multivitamínicos y micronutrientes que contribuyan al

mejoramiento nutricional, a sí mismo, debe realizarse una evaluación neurológica en busca de alguna alteración mental, antecedentes de convulsiones, buscando el déficit focal. ⁽⁷⁷⁾

Es aquí, donde la enfermera determina varios diagnósticos; confusión aguda, ansiedad, relacionado al deterioro neurológico por la enfermedad hepática crónica, expresado con una extensa sintomatología, entre ellas las alteraciones de la actividad psicomotora, agitación, alteración del nivel de conciencia, problemas concernientes sueño y la vigilia.

El rol de la profesión de enfermería es de cuidadora, educadora y asesora, con acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud del enfermo, evitar la progresión rápida de la enfermedad, prevenir secuelas, logrando un cuidado holístico y continuado. Dentro de los cuidados la valoración del estado neurológico y orientación mediante la escala de valoración de Glasgow, ejecución de terapia ocupacionales y recreativas para mantener la actividad cerebral y motora del paciente, terapias con ejercicios para mantener la memoria reciente y pasada y nivel de atención, terapia de lenguaje y actividades para recuperar el humor, al igual que es necesario la integración e insertar a la familia para satisfacer las necesidades de afecto, pertenecía y seguridad. ⁽³⁶⁾

Con respecto a la terapia farmacológica estándar recomienda la lactulosa, rifaximina aminoácidos de cadena ramificada, polietilenglicol, l-ornitina l-aspartato y albúmina las mismas que pueden ser empleadas como prevención o tratamiento, para mitigar el daño neurológico y mejorar la encefalopatía se debe utilizar la l-carnitina y el zinc. ⁽⁷⁷⁾

CONCLUSIONES

Mediante el análisis de la evidencia científica los autores coincidieron en que las principales complicaciones de la cirrosis hepáticas son: las varices esofágicas, ascitis, síndrome hepatorenal, hipertensión portal y la encefalopatía hepática, las señales e indicios que aparece son: pérdida de la energía del músculo, pérdida de peso, ictericia, anorexia, debilidad, fatiga, hedor hepático, ginecomastia, hepatomegalia, eritema palmar, varicocele, esplenomegalia y atrofia testicular entre otros.

Los roles fundamentales de enfermería en la atención de pacientes con complicaciones cirróticas están direccionados al rol asistencial y educadora de la salud, aplicando la metodología NANDA NIC y NOC, permite la detección del progreso de la enfermedad, adhesión al tratamiento y recuperación del paciente, estas acciones dependientes e independientes permite brindar un cuidado de calidad en un entorno donde se relaciona los entes actores del proceso; paciente – enfermera, paciente – familia y enfermera - familia.

Para ejecutar el plan de cuidados de enfermería, el profesional enfermero/a tendrá que valorar minuciosamente la sintomatología clínica del paciente característico en la cirrosis hepática, mediante el abordaje integral que corresponde a la parte emocional y social, los cambios físicos pueden provocar otras alteraciones en el paciente, principalmente la baja autoestima, depresión y como consecuencia de ello, un déficit total de autocuidado en varias esferas como; alimentación, ejercicio, higiene, tratamiento, control de la causa. Por eso, es necesario concienciar tanto al paciente y familiares sobre la evolución de la enfermedad que permita controlar la causa, sintomatología y garantizar mejores condiciones de vida y recuperación de su vitalidad.

RECOMENDACIONES

Fomentar medidas de promoción y prevención en los diferentes niveles de atención de salud, con el fin identificar de manera oportuna factores de riesgo que puedan producir complicaciones que afectan al estilo de vida del paciente y la familia, que permitan modificar hábitos inadecuados mediante la ejecución de programas enfocados a la prevención del alcoholismo, drogadicción y prevención de enfermedades como hepatitis viral.

En las etapas avanzadas de la enfermedad se recomienda la actualización de las guías, con un enfoque integral, donde se aborde el accionar de enfermería basado en los diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA NIC y NOC, donde se involucre la participación del paciente y la familia mediante acciones de fomento del autocuidado como lo nuestra la teórica Dorothea Orem a fin de disminuir la tasa de mortalidad en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica GPC de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática Crónica. 2009 [cited 2022 Apr 24];9–10. Available from: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>
2. Velasquez Sebastian, Giralda M. Vista de Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/36/37>
3. Gomez Adela. Cirrosis hepática. Actualización | Farmacia Profesional [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 24]. p. 45–51. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272>
4. Escorcía E, Marrugo W. Vista de Caracterización epidemiológica y clínica de la cirrosis hepática en un centro regional del Caribe colombiano: clínica general del norte. Enero 2012 a marzo 2017 | Biociencias [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2242/1711>
5. OPS/OMS | OPS/OMS alienta a los países de las Américas a actuar para reducir las muertes por hepatitis y mejorar la prevención y el tratamiento [Internet]. [cited 2022 Apr 24]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12334:opso-ms-alienta-paises-america-reducir-muertes-por-hepatitis&Itemid=1926&lang=es
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES GENERALES EN. 2019 [cited 2022 Apr 24]; Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2019/Presentacion_EDG%20_2019.pdf
7. Delgado-López MF, Chamaidan-Moreno JY, Labanda-Jaramillo KL, Delgado-Suárez DP, Echeverría-Gia DG, Matute-Ortiz SG. Estudio de casos sobre la cirrosis hepática y sus complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2017. Dominio de las

- Ciencias [Internet]. 2019 Jan 15 [cited 2022 Apr 24];5(1):759. Available from: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/927/html>
8. Laura, Cisneros E, Dra G, Nayelli C, Flores G, Luis Pérez-Hernández J. Primera Hepatotrilogía 2021 Editores [Internet]. Cisneros Garza Laura Esthela, editor. Mexico: Arquitónica; 2021 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://hepatologia.org.mx/descargas/Libro-Primera-Hepatotriologia.pdf#page=67%20libro>
 9. Lazarte R, Pavez C, Poniachik J. Enfermedad hepática por alcohol. Sección de Gastroenterología, Hepatología Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, [Internet]. 2020 Feb 4 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2020n100003.pdf>
 10. Profesional E, Humana M, Huaroc JI, Asesor S, Santiago M, Orellana C. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS –EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO 2017-2020 [Internet]. [Huancayo]; 2017 [cited 2022 Apr 25]. Available from: [https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1321/HUAROC%20SURIC HAQUI%20JESSICA%20ISABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1321/HUAROC%20SURIC%20HAQUI%20JESSICA%20ISABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 11. Velázquez Abente S, Giral Salomón M, Velázquez Abente S, Giral Salomón M. Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna [Internet]. 2018 Sep 30 [cited 2022 Apr 25];5(2):53–61. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932018000200053&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 12. Alvarado-Tapias E, Guarner Aguilar C. Estadio Compensado y Descompensado de la cirrosis: Implicaciones pronosticas y factores relacionados con la progresion de la enfermedad [Internet]. [Barcelona]: Universidad Autonoma de Barcelona ; 2018 [cited 2022 Apr 24]. Available from: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl_10803_664228/eat1de1.pdf
 13. Sola Elsa, Gines Pere. Síndrome Hepatorrenal | Nefrología al día. 2019 Mar 4 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-sindrome-hepatorrenal-161>
 14. Umaña Carlos Andrés, Rodríguez Geovanna Fabiola, Camacho Fabián Alberto. Vista de Encefalopatía hepática: una complicación del paciente hepatópata | Revista Medica Sinergia.

- Médica Sinergia [Internet]. 2019 Sep 23 [cited 2022 Apr 24];4. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/292/640>
15. Arredondo A, Trujillo Yon, Chiong Martin. Acercamiento al tratamiento del paciente cirrótico [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 24]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000501269
 16. Marlen D, Castellanos Fernández I. Nutrición y cirrosis hepática.
 17. Ruiz-Margáin A, Macías-Rodríguez RU, Ríos-Torres SL, Román-Calleja BM, Méndez-Guerrero O, Rodríguez-Córdova P, et al. Efecto de una dieta rica en proteínas y alta en fibra más la suplementación con aminoácidos de cadena ramificada sobre el estado nutricional de pacientes con cirrosis. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2022 Apr 24];83(1):9–15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090617300605>
 18. Naranjo Hernandez Y, Concepcion Pachecho JA, Rodriguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 24];19. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
 19. Bravo JR, Monar C, Pachecho A, Chunchu J. Manejo Clínico y Terapeutico en pacientes con cirrosis hepática . 2021 Dec 4 [cited 2022 Apr 24];7(4):90–112. Available from: <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/viewFile/2412/5319>
 20. Miño J, Lopez E, Jazmin N, Molano D. Vista de Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. 2021 Aug 10 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1052/1856>
 21. Garcia L. NUEVOS MODELOS EXPERIMENTALES PARA EL ESTUDIO DE MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS EN ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA [Internet]. [Barcelona]: Universidad Autonomoa de Barcelona; 2017 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/457870/tgl1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 22. García Gudiña DI, Ana D, Calás Peña B. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LA CIRROSIS HEPÁTICA [Internet]. [cited 2022 Apr 24]. Available from:

<http://www.morfovvirtual2020.sld.cu/index.php/morfovvirtual/morfovvirtual2020/paper/view/375/340>

23. Sanchez P, Siguencia E. ANÁLISIS DE LAS ETIOLOGÍAS, COMPLICACIONES, MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y SOBREVIDA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE GASTROENTEROLOGÍA DE DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE QUITO DESDE ENERO 2012 A DICIEMBRE 2017 [Internet]. [Quito]: POSGRADO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA; 2018 [cited 2022 Apr 24]. Available from:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15396/TESIS%20S%C3%81NCHEZ%20PAULETTE%20Y%20SIG%C3%9CENCIA%20GABRIEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Mendez J, Valverde S, Landa M. Diagnóstico de la cirrosis hepática | Méndez Feros | Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 24]. Available from:
<http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/646/509>
25. Roca D. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 55 AÑOS CON CIRROSIS HEPÁTICA [Internet]. [Babahoyo]: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO; [cited 2022 Apr 24]. Available from:
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8639/E-UTB-FCS-ENF-000373.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Cabrera AM. Unidad de Gastroenterologia Related papers. 2019 [cited 2022 Apr 25]; Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39881976/15-higado-y-pruebas-hepaticas-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1650980246&Signature=ER5pxGCvmEvJm1cWsjCzEqfb0draR-KwjVcFr3GKwU4V2P5Ff19v4AQEtXeLaG2ynjwzrmqNy8RVili71LETzwDQBELxijAHeAsUqL0LJ1sJsRbLd7GE4HUJSqNCqEI2i6a-fciSOcBEQNixKkn3E~AcBCEnAa26BHPNd0nuQC5PDcwaDj7OiwduenzyDLGfyMPs-Zs5z-GcN-uoyseyyW3R~3Uab6QL6DY9JVumhC4~dFQuACd6CIePKssuSBkXF7undV5enPnKVU3tmsdP9xXgEqxnVBYZXYZMyOPXbsfE3XR7rtkNSIZCiA1peFKzhfRZr-2oLDHvpLiM5x7mIQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSL

27. Bernal V, Bosch J. Cirrosis hepática. 2017 [cited 2022 Apr 24]; Available from: https://www.aegastro.es/documents/pdf/60_Cirrosis_hepatica.pdf
28. Graffigna M, Catoira N, Soutelo J, Azpelicueta A, Berg G, Perel C, et al. Diagnóstico de esteatosis hepática por métodos clínicos, bioquímicos y por imágenes. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2022 Apr 24];54(1):37–46. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0326461016300651>
29. Khan AG, Sarin ISK, le Mair AW. Guías mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología Várices esofágicas. 2018 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/esophageal-varices-spanish-2014.pdf>
30. García-Tsao G. Ascitis. Fisiopatología y tratamiento. 2017 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1992-17-.pdf>
31. Majluf Gómez E. ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON ASCITIS. 2019 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2019/rmc163p.pdf>
32. Teruel R, Bermudez A, Serrano N. Enfoque terapéutico de la cirrosis hepática | Teruel Ginés | *Correo Científico Médico* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3545/1939>
33. González-Regueiro JA, Higuera-de la Tijera MF, Moreno-Alcántar R, Torre A. Fisiopatología y opciones de tratamiento a futuro en la encefalopatía hepática. *Revista de Gastroenterología de México*. 2019 Apr 1;84(2):195–203.
34. García Lezana T. Nuevos modelos experimentales para el estudio de mecanismos fisiopatológicos en enfermedad hepática crónica. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa) [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/457870#page=1>
35. Siguencia N. PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD CON CIRROSIS HEPÁTICA [Internet]. [Babahoyo]; 2021 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9570/E-UTB-FCS-NUT-000228.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Escobar Gimenes F, Gobbo Motta A, Costa dos Santos da Silva P, Fogaça Gobbo A, Atila E, Campos de Carvalho E. Identificación de intervenciones de enfermería asociadas a la

- acuracia de los diagnósticos de enfermería para pacientes con cirrosis hepática. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2017 Sep 21 [cited 2022 May 4];25(0). Available from: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/bs4H4PX55BNqMRmp4VtxXqQ/abstract/?lang=es>
37. Enfermeria Comunitaria. El Proceso de Atención de Enfermería. 2020 [cited 2022 May 4]; Available from: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
 38. Jaen Celi CE. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD [Internet]. [La libertad]; 2017 [cited 2022 May 4]. Available from: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4156/1/UPSE-TEN-2017-0006.pdf>
 39. Naranjo Hernandez Y, Concepcion Pachecho JA, Rodriguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. 2017 [cited 2022 May 4];19(3). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
 40. LLorente Armendariz M, Arlegui Iriarte R. Cirrosis: síntomas y complicaciones: PAE . Electrónica de PortalesMedicos [Internet]. 2019 Apr 29 [cited 2022 May 4]; Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cirrosis-sintomas-y-complicaciones-pae/>
 41. Rodriguez Toribio A, Pérez Martínez C, Martínez Pimienta JJ, Borges Salazar K, Martínez Hernández I. Principales consecuencias del alcoholismo en la salud . Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2018 [cited 2022 May 4];14. Available from: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/rt/printerFriendly/282/html>
 42. Fortea JI, Carrera IG, Puente A, Crespo J. Cirrosis hepática. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2022 Apr 24];13(6):297–307. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300718>
 43. Mosquero Carpio K. PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD CON CIRROSIS HEPATICA. [Internet]. [Babahoyo]; 2021 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10352/E-UTB-FCS-NUT-000257.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

44. Mateo N. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE GERONTO CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA SAN PEDRO DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2017 [Internet]. [Callao]; 2017 [cited 2022 Apr 24]. Available from:
<http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4741/mateo%20montes%20enfermeria%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Cruz Hernández ZD, Samada Suárez M, Hernández Perera JC, Rodríguez Rodríguez H, Pérez González T, Barroso Márquez L. Evolución de los pacientes con cirrosis hepática compensada. Invest Medicoquir [Internet]. 2018 [cited 2022 May 4]; Available from:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2018/cmq181c.pdf>
46. Ramón Botella E. Valoración del volumen hepático mediante Tomografía Computarizada en la predicción de la hipertensión portal clínicamente significativa en pacientes con cirrosis compensada [Internet]. [Madrid]; 2021 [cited 2022 May 4]. Available from:
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/67469/1/T42821.pdf>
47. Escorcía Charris EJ. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE LA CIRROSIS [Internet]. [Barranquilla]: UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA; 2017 [cited 2022 May 4]. Available from:
<https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/10705/1.047.371.408.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
48. Prieto J, Sanchez S, Prieto R, Rojas E, Gonzales L, Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá DC, 2010-2014. revista colombiana de gastroenterología [Internet]. 2017 [cited 2022 May 4];31. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572017000100001
49. Stirnimann J, Stirnimann G. Nutritional Challenges in Patients with Advanced Liver Cirrhosis. Journal of Clinical Medicine 2019, Vol 8, Page 1926 [Internet]. 2019 Nov 9 [cited 2022 Apr 25];8(11):1926. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/11/1926/htm>
50. Martínez D. RELACIÓN ENTRE EL ÁNGULO DE FASE Y OTROS INDICADORES DE MALNUTRICIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA CIRROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CANDIDATOS Y EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE

HEPÁTICO [Internet]. [Monterrey]; 2021 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <http://eprints.uanl.mx/22737/1/1080315657.pdf>

51. Arizmendi A, Francisco J, Valls M, Martínez Costa C. MANUAL BÁSICO DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA. [cited 2022 Apr 24]; Available from: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gefp/images/stories/documentos/4-ATENCION-FARMACEUTICA/Nutricion/Manual_basico_N_clinica_y_Dietetica_Valencia_2019.pdf
52. Ministerio de Salud Publica. PROTOCOLO DE MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/909/ProtocoloManejoNutricionalPacienteCirrosisHepaticaDescompensada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Vasquez H. Manejo nutricional de los pacientes con cirrosis hepática - Hígado Sano [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://www.higadosano.com/manejo-nutricional-de-los-pacientes-con-cirrosis-hepatica/>
54. Solé C, Solà E. Actualización en la insuficiencia hepática aguda sobre crónica. Gastroenterología y Hepatología [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2022 May 4];41(1):43–53. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-actualizacion-insuficiencia-hepatica-aguda-sobre-S0210570517301358>
55. Zavala R. “Efecto de una Terapia Nutricional en pacientes con Cirrosis Hepática en estadios Child-Pugh A-C.” [Internet]. [San Luis Potosi]; 2017 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <http://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4784/Tesis%20Final%20%20Zavala%20Contreras%20Ruth%20Itzel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
56. Ruiz-Margáin A, Méndez-Guerrero O, Román-Calleja BM, González-Rodríguez S, Fernández-del-Rivero G, Rodríguez-Córdova PA, et al. Manejo dietético y suplementación con aminoácidos de cadena ramificada en cirrosis hepática. Revista de Gastroenterología de México. 2018 Oct 1;83(4):424–33.
57. Macías-Rodríguez RU, Ruiz-Margáin A, Román-Calleja BM, Moreno-Tavarez E, Weber-Sangri L, González-Arellano MF, et al. Prescripción de ejercicio en pacientes con cirrosis: recomendaciones para la atención clínica. Revista de Gastroenterología de México. 2019 Jul 1;84(3):326–43.

58. Tipian E, Perez L. "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA EN. 2020 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/781/1/Estefany%20Rocio%20Tipi%c3%a1n%20Mes%c3%adas%20.pdf>
59. Aithal GP, Palaniyappan N, China L, Härmälä S, Macken L, Ryan JM, et al. Directrices sobre el tratamiento de la ascitis en la cirrosis. 2021 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7788190/?report=classic>
60. OSASUN SAILA DEPARTAMENTO DE SALUD. FARMAKOTERAPIA INFORMAZIOA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA. 2017 [cited 2022 Apr 24];25(06). Available from: www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm.
61. Contreras Basulto J. Cirrosis hepática, manejo ambulatorio (II): complicaciones. Medwave [Internet]. 2007 Aug 1 [cited 2022 Apr 24];7(07). Available from: [/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1898](http://link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1898)
62. Rodríguez Gandía MÁ. Tratamiento diurético en la ascitis del paciente cirrótico. 2017 [cited 2022 Apr 24]; Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082017001100017
63. Weitz JC, Berger Z, Sabah S, Silva H, Riquelme A. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 24]. Available from: http://sociedadgastro.cl/gastroweb/documentos/2020/Libro-Diagnostico-y-Tratamiento-de-las-Enfermedades-Digestivas-2017_2.pdf
64. Yepez I, Marin Juan I. Manejo de várices esofágicas en pacientes con cirrosis: tamización, profilaxis y tratamiento del sangrado agudo. CIENCIAS BIOMÉDICAS [Internet]. [cited 2022 Apr 24];2019. Available from: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/2969/2504>
65. Blanco C, Pelaes M, Hernandez A. GUÍA CLÍNICA V Abordaje y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto variceal asociada a hipertensión portal en pacientes con cirrosis Todos los Derechos de Autor Reservados. Available from: www.amegendoscopia.org.mx
66. Yaniel Martínez Lorenzo FI, Hidalgo Ávila MI, Antonio Galbán González III J, Martínez Sarmiento AI, Sinal Montalvo D v, Jiménez Rodríguez DV. Relación clínico-evolutiva de

pacientes con cirrosis hepática y várices esofágicas tratados con propranolol para la prevención de la hemorragia digestiva. 2019 [cited 2022 Apr 24];22. Available from: <http://www.revmediciego.sld.cu>

67. Roccarina D, Best LMJ, Freeman SC, Roberts D, Cooper NJ, Sutton AJ, et al. Prevención primaria de la hemorragia por várices en personas con várices esofágicas debido a cirrosis hepática: un metanálisis en red. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2021 Apr 6 [cited 2022 Apr 24];2021(4). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013121.pub2/full>
68. Guachamin P, Diaz S, Vasquez B, Churo V. Vista de Cuidados de Enfermería en pacientes con hemorragia digestiva que ingresan a la Unidad Técnica de Gastroenterología | *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM* [Internet]. [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/520/355>
69. Vorobioff J. Sangrado variceal en el paciente cirrótico. *Tratamiento médico* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://actagastro.org/sangrado-variceal-en-el-paciente-cirrotico-tratamiento-medico/>
70. Armador A, Vargas L, Hernandez G, Sanabria D. síndrome hepatorenal: revisión de la literatura | *Revista Colombiana de Nefrología*. 2022 [cited 2022 Apr 24]; Available from: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/539/926>
71. Ospina LLG, Laverde JLG, Tapia JAA. Hiponatremia y síndrome hepatorenal. *RECIMUNDO* [Internet]. 2020 Jul 11 [cited 2022 Apr 25];4(3):102–17. Available from: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/854>
72. López-Hernández MA. Insuficiencia renal aguda en cirrosis hepática. *Medicina interna de México* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 25];35(1):94–103. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000100094&lng=es&nrm=iso&tlng=es
73. Ospina JR, Restrepo JC. Síndrome hepatorenal: fisiopatología, diagnóstico y manejo. 2018 [cited 2022 Apr 25]; Available from: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/83/82>
74. *Medicina Interna Basada en la Evidencia. Cirrosis hepática - Enfermedades del hígado - Enfermedades - Medicina Interna Basada en la Evidencia* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.II.7.12>.

75. Alcázar Arroyo R, Ortega Suárez F, Santamaría Olmo R, Fernández Fernández Servicio de Nefrología Fundación Jiménez Díaz Madrid España B, Mariano Rodríguez Portillo J. Edición para la Formación Médica Continuada en Nefrología e Hipertensión Arterial de la Revista Nefrología. 2021 [cited 2022 Apr 25]; Available from: www.revistanefrologia.com
76. Giraldo Ocampo CC, Jiménez Bejarano MF, Torres Saltarín JJ. síndrome hepatorenal en insuficiencia hepática aguda sobre crónica: a propósito de un caso | Revista Colombiana de Nefrología. *Revista Colombiana de Nefrología* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 4];8. Available from: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/532/859>
77. Coronel-Castillo CE, Contreras-Carmona J, Frati-Munari AC, Uribe M, Méndez-Sánchez N. Eficacia de la rifaximina en los diferentes escenarios clínicos de la encefalopatía hepática. *Revista de Gastroenterología de México*. 2020 Jan 1;85(1):56–68.
78. Dra Judith Flores Calderón Dra Laura Esthela Cisneros Garza Coeditores José Antonio Chávez Barrera Rodrigo Vázquez Frias E. Complicaciones de la cirrosis hepática en pediatría [Internet]. 1st ed. 2021 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://hepatologia.org.mx/libros/CirrosisPediaticaDigital.pdf#page=72>
79. Morcillo Muñoz AF, Morcillo Muñoz JA, Rodríguez Pantoja DA. Encefalopatía Hepática: Diagnóstico Y Tratamiento En 2019. 2020 Apr [cited 2022 Apr 25]; Available from: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812020000100104
80. Gutiérrez C, Lares M, Sandoval J. Aminoácidos de cadena ramificada: implicaciones en la salud. 2020 Feb 22 [cited 2022 Apr 25];9. Available from: <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.2.e224>
81. Plauth M, Bernal W, Dasarathy S, Merli M, Plank LD, Schütz T, et al. Guía ESPEN sobre nutrición clínica en enfermedades hepáticas. [cited 2022 Apr 25]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6686849/?report=classic>
82. Fukui H, Saito H. (PDF) Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la cirrosis hepática 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 25]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/303709554_Evidence-based_clinical_practice_guidelines_for_liver_cirrhosis_2019
83. An J, Cai D, Chen G, Chen H, Chen X, Dong L, et al. Directrices chinas sobre el tratamiento de la ascitis y sus complicaciones relacionadas en la cirrosis. *Hepatology International*

- [Internet]. 2019 Jan 15 [cited 2022 Apr 25];13(1):1–21. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12072-018-09923-2>
84. Bes DF, Fernández MC, Malla I, Repetto HA, Buamscha D, López S, et al. Manejo de la ascitis secundaria a cirrosis en el paciente pediátrico: Revisión y recomendaciones. Parte 1: Fisiopatología, evaluación diagnóstica, criterios de hospitalización, tratamiento, manejo nutricional. Archivos argentinos de pediatría [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2022 Apr 25];115(4):385–90. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752017000400017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 85. Raúl BS, Jorge A, Xavier H, Javier R, María José A, Ricardo C, et al. Elastografía Esplénica como predictor de várices esofágicas. 2018;11(2).
 86. Navarro J, Sora E. Nutrición en la cirrosis hepática | RAPD Online | SAPD [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://www.sapd.es/revista/2019/39/1/01>
 87. Mendez I, Navarro N, Torres A. IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA | Científica. 2020 Jan [cited 2022 Apr 25]; Available from: <http://redcien.com/index.php/redcien/article/view/46/44>

ANEXOS

Anexo 1.

Tabla 1. Tratamiento de las complicaciones según autores

Autores	Categorías analizadas	Resultados obtenidos	Aporte del estudiante
Suarez C, Morillo F, Algarroba F ⁽⁵²⁾	Cuidados del paciente en la alimentación	<p>Cirrosis descompensada</p> <p>Ruiz A ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ cita en su estudio descriptivo, en un estudio realizado en la ciudad de México dio como resultado que la desnutrición ocurre en el 40-90% de la población que padece cirrosis hepática. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾</p> <p>En los pacientes con CH descompensada la nutrición enteral se debe iniciar en un periodo de 24 a 48 horas en caso de presentar Encefalopatía hepática se debe calcular el gasto energético total con el fin de evitar en su totalidad ,la restricción proteica ya que esta complicación aumenta el catabolismo muscular, esta restricción proteica se debe hacer de manera temporal de 0.6-0.8g/Kg/día, en cuanto a los hidratos de carbono debe ser de manera moderada, no</p>	Cabe destacar que la función del hígado en estos tipos de pacientes se encuentra deteriorado por aquello las recomendaciones que establecen estas guías y artículos deberían monitorizar el peso diariamente, enfocarse en la tolerancia y adaptación de un nuevo estilo alimentario del paciente, principalmente basarse en la educación sobre los beneficios de cada dieta que proponen estos artículos tanto

		<p>más de 5 a 6 g/kg/día de glucosa o de 45 % a 65 % de carbohidratos, por ende se debe realizar un monitoreo frecuente de la glucosa; con respecto a las grasas evitar la sobrealimentación debido a que los lípidos pueden acularse en el hígado, en caso de pacientes por cirrosis por alcohol se debe suplementar enzimas pancreáticas.</p>	<p>al paciente como a la familia para evitar fracasos en el tratamiento nutricional</p>
<p>Borraz S, Civera M, Ferriols F, Fons J, Forcano S, Gabaldón J. ⁽⁵¹⁾</p>		<p>Cirrosis compensada</p> <p>A menudo sugieren fórmulas con mayores cantidades de proteína estándar, hiperproteica o energía en la cirrosis sin complicaciones. También mencionan la administración de vitaminas liposolubles que suelen hallarse disminuidos en varios sucesos, en caso de los pacientes alcohólicos implementar las vitaminas hidrosolubles como como la tiamina, la vitamina B12 y el ácido fólico</p>	

<p>Ruiz-Margáin. Méndez- Guerrero, BM Román-Calleja, S. González- Rodríguez. ⁽⁵⁶⁾</p>		<p>Insuficiencia hepática</p> <p>Estos autores aprueban el uso de la fórmula de AACR (aminoácidos de cadena ramificada) estimulación en la síntesis de proteínas en el hígado, ayuda a mejorar el estado nutricional y a la función del sistema inmunológico, reduce la fatiga física y mental, reduce las complicaciones y reduce la insuficiencia hepática. Progresión, reducción de días de hospitalización, en cuanto a la escala de Child-Pugh score reduce el puntaje de bilirrubina y mejora la calidad de vida.</p>	
<p>Gutiérrez C; Lares M; Sandoval J; Hernández S. ⁽⁸⁰⁾</p>		<p>Ascitis</p> <p>Este estudio añade que la utilización de AACR (aminoácidos de cadena ramificada) reduce los riesgos en desarrollar carcinoma hepatocelular además reduce significativamente la incidencia de edema y ascitis debido que complementa la síntesis de albúmina</p>	
<p>Zavala Contreras, R. I. (2017). ⁽⁵⁵⁾</p>		<p>Se sugiere alimentos como frutas frescas, verduras y chocolate negro, ya que son ricos en antioxidantes que</p>	

		ayudan a reducir la presión portal y deben evitarse demasiadas calorías, ya que promueven la disfunción hepática, la sobreproducción de dióxido de carbono, y deben controlarse y ajustarse individualmente	
Mateo P ⁽⁴⁴⁾		En el Hospital Nacional dos de mayo menciona que una buena dieta es eficaz para controlar la cirrosis hepática por eso se debe alimentar con comida que contengan proteínas de fácil digestión, como legumbres, aves, pescado, evitando o limitando alimentos con proteínas difíciles de digerir, como la carne roja, para reducir el nivel de toxinas en el tracto digestivo por ende no consumir crustáceos inmaduros, ya que pueden causar contagios peligrosos.	
Plauth M, Bernal W. ⁽⁸¹⁾		<p>Ascitis</p> <p>En pacientes con ascitis se debe evitar alimentos enlatados o procesados, debido a que la mayoría se conservan con sodio.</p> <p>Encefalopatía hepática</p>	

		<p>Como único tratamiento nutricional se enfoca en la hidratación y la corrección del desequilibrio electrolítico.</p>	
<p>Borraz S, Civera M, Ferriols F, Fons J, Forcano S, Gabaldón J. ⁽⁵¹⁾ Aithal G, Palaniyappan N⁽⁵⁹⁾</p>		<p>Ascitis Con relación a la ascitis consideran que se debe restringir el uso de la sal de 5 a,6.5g es decir llevar una dieta sin sal y evitar las comidas precocinadas</p>	

<p>Aithal G, Palaniyappan N (59)</p> <p>Hiroshi Fukui, Hidetsugu Saito. (82)</p> <p>An J, Cai D, Chen G, (83)</p> <p>Fernández MC, Malla I, Repetto HA (84)</p>	<p>Tratamiento farmacológico en la Ascitis</p>	<p>Este autor sugieren el uso de fármacos diuréticos como la espironolactona y la furosemida logrando la remoción o disminución del líquido intraperitoneal sin reducir el volumen intravascular, el objetivo del método por asegurar que la evacuación urinaria de sodio supere los 78 milimoles al día, como tratamiento estándar está la paracentesis siendo un procedimiento invasivo, el cual, sugiere que se debe administrar antibióticos como profilaxis para evitar complicaciones infecciosas como una peritonitis.</p> <p>La administración de albúmina en estos pacientes ayuda a aumentar los efectos diuréticos y sobre todo previene la alteración circulatoria inducida por la paracentesis</p> <p>La hiponatremia isovolémica o hipervolémica es muy frecuente en pacientes con ascitis lo que sugieren administrar el cloruro de sodio al 3% o 5% por ende se debe controlar el volumen de orina, los signos vitales y electrolitos</p>	<p>Se pone énfasis en la prevención de complicaciones mediante la administración de la albúmina que mantiene el volumen intravascular actuando como dilatador de volumen en situaciones limitadas y los otros fármacos como vasoactivos y hemostáticos que posee un efecto muy favorable en el pronóstico, de otra forma también se debe la administración de antibióticos para que actúe como profilaxis y para evitar que se presente complicaciones infecciones.</p>
---	---	---	---

<p>Raúl BS, Jorge A, Xavier H. ⁽⁸⁵⁾</p> <p>Roccarina D, Best LMJ, Freeman SC. ⁽⁵⁷⁾</p> <p>Yaniel Martínez Lorenzo FI, Hidalgo Ávila MI,</p>	<p>Tratamiento de las Varices esofágicas</p>	<p>En su investigación concluyen que el uso del propranolol en pacientes con cirrosis hepática y várices esofágicas favoreció a la prevención del sangrado digestivo, por su parte Braldes y D'Amico en su estudio realizado en el Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” señalan que el propranolol por sí solo no es suficiente para la prevención del sangrado de las venas varicosas; lo que sugieren una combinación de propranolol con otros fármacos o tratamientos endoscópicos resultando muy efectiva.</p> <p>Según la Guías mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología los fármacos que pueden utilizar son los Vasoconstrictores esplácnicos en la que se destaca la somatostatina para detener las hemorragias, el uso de β bloqueantes como el propranolol, venodilatadores, vasoconstrictores y vasodilatadores, así también menciona las terapias endoscópicas como son la tratamientos particulares como es la sujeción endoscópica de las venas</p>	
---	---	--	--

<p>Antonio Galbán. (66)</p> <p>(SHR)</p> <p>Armador A, Vargas L, Hernández G, (70)</p>		<p>varicosas (LEV) o escleroterapia siendo más efectiva para controlar el sangrado</p> <p>Otro estudio realizado por la Federación Ecuatoriana de Radiología e Imagen (2018) concluyeron que la elastografía esplénica es un tratamiento rápido, accesible, económico que accede a identificar várices esofágicas. lo cual podría ayudar a priorizar a pacientes adecuados para procedimientos endoscópicos o el tratamiento profiláctico para várices esofágicas.</p> <p>Síndrome hepatorenal (SHR)</p> <p>En la prevención estos autores enfatizan más en los compuestos vasoactivos, infusiones de albúmina humana, agentes antimicrobianos como rifaximina o norfloxacino, y nutrición enteral específica que contiene el precursor antioxidante glutatión N-acetilcisteína, entre otros. (70)</p> <p>En sus investigaciones estos autores coinciden debido a que</p>	
		<p>sugieren el uso de vasoconstrictores como los similares de vasopresina, noradrenalina, octreótido y midodrina con</p>	

<p>Armador A, Vargas L, Hernández G,⁽⁷⁰⁾ Sola Elsa, Gines Pere (13) Ospina JR, Restrepo JC.⁽⁷³⁾</p>	<p>albúmina el fundamento de introducir vasoconstrictores es la vasodilatación de la arteria esplénica, mientras que la albúmina mejora más el volumen de manera efectiva la sangre circulante y mejora la contractilidad del corazón. Además señala que los pacientes con síndrome hepatorenal se encuentran en espera de un trasplante de hígado mientras tanto deben estar bajo cuidados intensivos o intermedios donde se debe monitorizar la presión venosa central, principalmente en pacientes con vasoconstrictores y albúmina así mismo debe prestarse atención ante nuevas complicaciones como infecciones bacterianas y hemorragias digestivas, debe realizarse la administración de fluidos con precaución debido a que puede conducir a una ascitis, edema, incremento de la tensión venosa central y exceso de líquido en los pulmones</p>	
	<p>Encefalopatía hepática</p> <p>Se debe proporcionar un tratamiento específico como la utilización de la lactulosa o lactosa y sobre todo antibióticos como neomicina, metronidazol o rifaximina, por otra parte,</p>	

<p>Coronel-Castillo CE, Contreras- Carmona J, ⁽⁷⁷⁾ Flores C, Cisneros G. ⁽⁷⁸⁾</p>		<p>si la encefalopatía hepática es grave sugieren el trasplante hepático, sin embargo, otros estudios demuestran que la combinación de lactulosa y rifaximina son una buena alternativa como una profilaxis superior.</p> <p>La Asociación Mexicana Hepatología recomiendan brindar información a los cuidadores para reconocer factores precipitantes, signos y síntomas, como la alteración del ciclo vigilia- sueño, desorientación, además estos pacientes deben someterse a un control nutricional y alimentaria añadiendo suplementación nutricional, multivitamínicos y micronutrientes que contribuyan al mejoramiento nutricional, a sí mismo, debe realizarse una evaluación neurológica en busca de alguna alteración mental, antecedentes de convulsiones buscando el déficit focal</p>	
---	--	---	--

Anexo 2.

Cuadro 1. Complicaciones de las cirrosis hepáticas más frecuentes cuidados de Enfermería según autores y NIC

Complicaciones más frecuentes	Medidas preventivas según autores	Intervenciones y acciones según la NIC
<p>Desnutrición, Sarcopenia, pérdida de peso, edemas, alteración del metabolismo, disgeusia, anorexia (86)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Uso de una colación nocturna -Suplementación con fórmulas de AACR -Utilización de dietas hiperproteicas e hipocalóricas - Monitorizar la cantidad y niveles de glucosa frecuentemente -Monitorizar el peso Evitar el consumo de alcohol (87) 	<p>NIC: Asesoramiento Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. -Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos. -Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. <p>NIC: Monitorización nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pesar al paciente. -Monitorizar la ingesta calórica y dietética. -Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (p. ej., colesterol, albúmina sérica, transferrina, prealbúmina, en orina de 24 horas, BUN, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, <p>NIC: Manejo de la hiperglucemia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar la glucemia

		<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea. -Administrar insulina, -Mantener una vía i.v., si lo requiere el caso. -Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en la orina, según indicación. <p>NIC: Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar apoyo emocional al paciente/familia, según se precise. -Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada. -Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación.
<p>Ascitis (edema, distensión abdominal, dolor abdominal, disnea, fatiga). ^(30,31)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso racional de diuréticos - Evitar el uso de AINES - Restricción de sodio - Control de ingesta y excreta - medir el perímetro abdominal 	<p>NIC: Manejo de la medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. -Vigilar los niveles séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede. -Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. <p>NIC: Manejo de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pesar a diario y controlar la evolución.

	<ul style="list-style-type: none"> - profilaxis antibiótica ⁽⁵⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar un registro preciso de entradas y salidas. -Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera. -Administrar los diuréticos prescritos, según corresponda. -Restringir la ingesta de agua libre en presencia de hiponatremia dilucional con un nivel sérico de Na inferior a 130 mEq/l. -Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolaridad urinaria). <p>NIC: Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. -Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. -Utilizar los antibióticos con sensatez.
<p>Varices esofágicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Hematemesis, melenas, disnea,palidez,) (19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento del tratamiento farmacológico con beta bloqueadores - Profilaxis antibiótica - Vigilar el estado la consciencia - Control de las constantes vitales 	<p>NIC: Prevención de shock</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comprobar las respuestas precoces de compensación del shock -Controlar los signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica -Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos -Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos. -Controlar la pulsioximetría. <p>NIC: Disminución de la hemorragia: digestiva</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Administración de soluciones I.V y paquetes globulares ⁽²⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente -Vigilar los signos de shock hipovolémico -Monitorizar los estudios de coagulación y el hemograma completo conrecuento leucocitario y fórmula. -Mantener la presión del balón de la sonda nasogástrica, -Instruir al paciente y/o a la familia sobre los procedimientos (endoscopia,esclerosis y cirugía), si es preciso. -Instruir al paciente y/o a la familia sobre la necesidad de trans- <ul style="list-style-type: none"> - fusión de sangre, si es apropiado.
<p>Síndrome hepatorenal hipervolemia hiponatremia hipotensión arterial ascitis, varices esofágicas, ictericia ⁽³²⁾</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento farmacológico (administración de vasoconstrictores y albúmina) - Suspender los medicamentos nefrotóxicos (AINES.IECA) - Profilaxis antibiótica - Monitorizar los niveles de creatinina - control de la presión de venosa 	<p>Nic: Manejo de electrolitos: hiponatremia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Controlar la función renal (niveles de BUN y creatinina). -Controlar entradas y salidas. -Observar si se producen pérdidas renales de sodio (oliguria). -Administrar expansores del plasma con precaución y sólo en presencia de hipovolemia. -Evitar la administración excesiva de líquidos i.v. hipotónicos, especialmente en presencia de SIADH.

	central ⁽⁷⁰⁾	
Encefalopatía Hepática cambios de humor (euforia o depresión) desorientación, comportamiento inapropiado somnolencia confusión e inconsciencia ⁽³⁶⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar un soporte nutricional adecuado - Administración de la fórmula de AACR (aminoácidos de cadena ramificada) - Administración de medicación - Evitar la deshidratación - Evitar las anomalías electrolíticas - Proporcionar un entorno seguro - Precauciones para prevenir caídas en pacientes desorientados ⁽¹⁴⁾ 	NIC: Monitorización neurológica <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el nivel de consciencia. - Comprobar el nivel de orientación. - Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones. - Comprobar el estado respiratorio: gasometría arterial, pulsioximetría, profundidad, patrón, frecuencia y esfuerzo.