



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

**TEMA**

PREVALENCIA DE CIRROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES  
ALCOHÓLICOS ENTRE 45 A 80 AÑOS EN EL HOSPITAL  
TEODORO MALDONADO CARBO 2018-2020

**AUTORES:**

ANDRADE CHOEZ MARÍA JOSÉ

CEDEÑO MOLINA DIEGO ALEJANDRO

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DE  
TÍTULO MÉDICO

**TUTOR:**

DR. LUIS LEÓN CALDERÓN

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**30 de agosto del 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Cedeño Molina Diego Alejandro**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. León Calderón Luis Alfonso**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.**

**Guayaquil, a los 30 del mes de Agosto del año 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Andrade Choez María José**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. León Calderón Luis Alfonso**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.**

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Cedeño Molina Diego Alejandro**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos entre 45 a 80 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**

**EL AUTOR**

f. Diego Cedeño m.

**Cedeño Molina Diego Alejandro**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Andrade Choez María José**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos entre 45 a 80 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020** previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**

**EL AUTOR**

*María Andrade*

f. \_\_\_\_\_

**Andrade Choez María José**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Cedeño Molina Diego Alejandro**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos entre 45 a 80 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**

**EL AUTOR:**

f.

*Diego Cedeño M.*

**Cedeño Molina Diego Alejandro**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Andrade Choez María José**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos entre 45 a 80 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 del mes de agosto del año 2021**

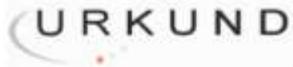
**LA AUTORA:**

*María Andrade*

f. \_\_\_\_\_

**Andrade Choez María José**

# REPORTE URKUND



## Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis P67.docx (D111408526)  
Submitted: 8/18/2021 7:02:00 AM  
Submitted By: luis.jeon05@cu.ucsg.edu.ec  
Significance: 1 %

### Sources included in the report:

Mogro-Defàs\_Hiponatremia como factor relacionado a mortalidad en cirrosis hepatica.docx  
(D100691706)  
<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/alcoholismo-omsmsp>

### Instances where selected sources appear:

2

*José Luis Jeon*  
*JL*  
TUTOR

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a mi madre Lorena Asteria Molina Carrera que me dio la vida para poder llegar a este momento tan importante de mi vida, que me inculco todos los valores y principios con los que me he criado y con los que he logrado salir adelante.

A mi padre, Julio César Cedeño Cárdenas por ser un hombre valeroso, guerrero, que a pesar de las adversidades de la vida no se dio por vencido, que me dio todo para poder lograr formarme y también llegar a este punto, por guiarme, por preocuparse por mi bienestar y darme sus consejos cuando los necesitaba.

A mis primas-hermanas Vivi y Titi, que siempre estuvieron a mi lado y cuidaron de mí en todo momento, que vieron que no me faltara nada y forman parte fundamental de mi vida, les agradezco de todo corazón que me hayan criado como un hermano suyo y me consideren tanto.

A mi prima Marle Elaine Arzube Carrera, que más que una prima fue una hermana, que a pesar de la distancia siempre se preocupó y estuvo pendiente de mí, siempre te recordare hermana.

Agradezco a mis tíos y tías: Karina, Danilo, Chachi y Ana, por darme fuerzas y aliento para poder cumplir todas mis metas motivándome con cada una de sus llamadas, que, aunque estén lejos siempre los tengo presente.

Agradezco también a cada uno de los doctores que fueron parte de mi formación académica.

Y por último a mi compañera de tesis María José Andrade por ser parte de este trabajo y por su amistad brindada.

Diego Alejandro Cedeño Molina.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado para mi madre y mi padre, Lorena y Julio, que gracias a ellos he podido llegar a este momento.

A mis hermanas: Vivi, Titi, Marle, Daniela que siempre me aconsejaron y retaron por mi bienestar.

Y de igual forma este trabajo va dedicado para mi tía Narcisa, mi tío Manuel, que me cuidaron como un hijo más, a mi prima Helen y Debbie que me alegran el día con sus discusiones sin sentidos y que las considero como mis hermanas menores.

A mis abuelos, Asteria, Vicente y Piedad que, aunque no están aquí físicamente, les hubiera alegrado ver a su nieto cumplir una meta más.

A mi familia en general, por confiar y darme fuerzas con cada palabra que me decían.

A mis mejores amigos: César, Alex, Carlos, Bryan R, Bryan Q, Mauricio, Víctor y Génesis porque a pesar del tiempo y la no disponibilidad de tiempo para reunirnos siempre están ahí cuando se los necesita.

Diego Alejandro Cedeño Molina

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento especial es a Dios, gracias a él estoy cumpliendo una meta más, su bondad a sido infinita, siempre me guió a tomar decisiones correctas en mi carrera.

Agradezco a toda mi familia, a mi madre que siempre me dijo no te rindas, tu puedes, gracias a ella por hacerme más fuerte, de igual manera a mis amigos que estuvieron conmigo en todo momento, cuando necesité de su apoyo.

Agradezco de igual manera a los doctores que a lo largo de mi trayectoria universitaria, me brindaron sus conocimientos, su entrega y dedicación.

María José Andrade

## **DEDICATORIA**

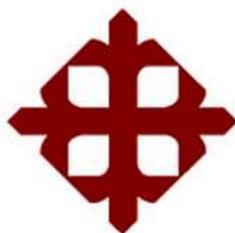
Dedico este trabajo de titulación a Dios que ha sido la base de todo, él estuvo ahí cuando había querido desistir, su misericordia ha sido tan buena conmigo, con su luz me iluminó en cada decisión que tomé.

Dedico este trabajo de titulación a mis padres y hermanos, como no dedicarles ésta meta más de mi vida, si ellos siempre han estado conmigo en mi trayectoria universitaria, me han brindado su apoyo incondicional.

Dedico también este trabajo a una persona luchadora y muy fuerte, que no se ha rendido pese a su enfermedad, a mi tío Edward.

Mención especial a una persona muy especial e importante en mi vida, mi abuela Rosita Loor, sé que ella en sus oraciones, oró por mí.

María José Andrade



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIA MEDICA  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

*Dr. Luis León Calderón*

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Luis Alfonso León Calderón**  
TUTOR

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	<b>XVI</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>XVII</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>2</b>
<b>Capítulo 1</b> .....	<b>4</b>
El Problema .....	4
Objetivos .....	4
Objetivo general .....	4
Objetivos específicos.....	4
Justificación .....	4
<b>Capítulo 2</b> .....	<b>6</b>
<b>Marco teórico</b> .....	<b>6</b>
Cirrosis Hepática.....	6
Definición.....	6
Etiopatogenia.....	6
Manifestaciones clínicas .....	7
Manejo diagnóstico y terapéutico de la cirrosis hepática .....	11
Diagnóstico.....	11
Tratamiento clínico .....	12
Tratamiento quirúrgico.....	13
Pronóstico .....	15
<b>Capítulo 3</b> .....	<b>17</b>
<b>Materiales y métodos</b> .....	<b>17</b>
Tipo de estudio.....	17
Población .....	17
Criterios de inclusión .....	17
Criterios de exclusión .....	17
Variables .....	17
Análisis estadístico.....	18
Operacionalización de variables.....	18
<b>Capítulo 4</b> .....	<b>20</b>
<b>Resultados y Análisis</b> .....	<b>20</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>24</b>

<b>Conclusión</b> .....	<b>25</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>26</b>
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>27</b>

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1 Promedio de edad de los pacientes alcohólicos .....	21
Tabla 2 Características clínicas del examen físico de los pacientes cirróticos. ....	22

## **INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 Prevalencia cirrosis hepática en pacientes alcohólicos. ....	20
Gráfico 2 : Género que se presenta con mayor frecuencia en pacientes alcohólicos. ....	21
Gráfico 3: Antecedentes de consumo de tabaco. ....	22
Gráfico 4 Escala de Child – Pugh. ....	23

## RESUMEN

**Introducción:** La cirrosis hepática es un concepto anatomopatológico que constituye la culminación de un largo proceso que se expresa finalmente con alteración irreversible de la arquitectura del hígado con formación de septos fibrosos añadido a la presencia de nódulos de regeneración. Esta patología es la principal causa de mortalidad por alcohol en Europa, aunque el consumo de alcohol no sea el único factor asociado al desarrollo de cirrosis, se ha comprobado que un consumo de alcohol que sea mayor a 30g/día sobre todo si este hábito se inicia a una edad precoz, aumenta considerablemente el riesgo de cirrosis hepática. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, observacional, retrospectivo. Los datos se extrajeron mediante historias clínicas en el sistema AS400 del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo entre 2018 a 2020. La base de datos y el análisis se realizaron en el programa SPSS V 22 para Windows. **Resultados:** Se estudiaron 390 pacientes, 30.8% padecían de cirrosis hepática, fue predominante el sexo masculino con un 80%, el promedio de edad fue de 68.16 años, 20.3% tabaquismo en población general, dentro del examen físico de los pacientes cirróticos con un 52.5% se encontró ascitis y un 40% hepatomegalia; en la escala de Child-Pugh, se presentó con mayor frecuencia el grado C con 44.2%. **Conclusión:** Entre los pacientes alcohólicos, la prevalencia de cirrosis hepática es de un 30.8%.

**Palabras clave:** Cirrosis hepática, alcohol, ascitis, hepatomegalia, tabaquismo, escala de Child-Pugh.

## ABSTRACT

**Introduction:** Liver cirrhosis is an anatomopathological concept that constitutes the culmination of a long process that is finally expressed with irreversible alteration of the architecture of the liver with the formation of fibrous septa added to the presence of regenerative nodules. This pathology is the main cause of mortality due to alcohol in Europe, although alcohol consumption is not the only factor associated with the development of cirrhosis, it has been proven that an alcohol consumption that is greater than 30g / day, especially if this habit is starts at a young age, considerably increases the risk of liver cirrhosis. **Materials and methods:** Cross-sectional, descriptive, observational, retrospective study. The data were extracted through medical records in the AS400 system of the Hospital Teodoro Maldonado Carbo, period between 2018 and 2020. The database and the analysis were carried out in the SPSS V 22 program for Windows. **Results:** 390 patients were studied, 30.8% suffered from liver cirrhosis, male sex was predominant with 80%, the average age was 68.16 years, 20.3% smoking in the general population, within the physical examination of cirrhotic patients with 52.5% ascites and 40% hepatomegaly; on the Child-Pugh scale, grade C was presented more frequently with 44.2%. **Conclusion:** Among alcoholic patients, the prevalence of liver cirrhosis is 30.8%.

**Key words:** Liver cirrhosis, alcohol, ascites, hepatomegaly, smoking, Child-Pugh scale.

## Introducción

La cirrosis hepática es un concepto anatomopatológico que constituye la culminación de un largo proceso que se expresa finalmente con alteración irreversible de la arquitectura del hígado con formación de septos fibrosos añadido a la presencia de nódulos de regeneración. Esta patología es la principal causa de mortalidad por alcohol en Europa, aunque el consumo de alcohol no sea el único factor asociado al desarrollo de cirrosis, se ha comprobado que un consumo de alcohol que sea mayor a 30g/día sobre todo si este hábito se inicia a una edad precoz, aumenta considerablemente el riesgo de cirrosis hepática (1).

Las principales causas de cirrosis hepática comprenden las infecciones por virus de la hepatitis B y C, en asia y africa ocupan el primer lugar, además de la enfermedad hepática alcohólica y esteatosis hepática no alcohólica, en los países europeos la prevalencia de cirrosis es de 833 de cada 100.000 pacientes, siendo esta enfermedad conjunta a sus complicaciones, sobre todo el cáncer de hígado, causantes del 3.5% de muertes a nivel mundial (2). En un estudio de 108 pacientes cirróticos realizado en Huancayo se encontró que un 63% de los casos fue debido a lesión hepática alcohólica lo que demuestra la importancia de estudiar la asociación del consumo de alcohol con la cirrosis (3). En Estados Unidos la tasa de consumo de alcohol incluye 40 a 60% de la población, y la estadística refleja que en 90% de casos de cirrosis existe ingesta de alcohol, denotando lo relevante de investigar la cirrosis hepática alcohólica en los diferentes medios. En el 2014, Ecuador hizo público por medio del INEC, que la cirrosis hepática ocupaba la 7ma causa de mortalidad en nuestro país con cerca del 12,71% como porcentaje de mortalidad. Según el estudio de Poveda et al, de 151 pacientes alrededor de 37.75% refirieron ser consumidores constantes alcohol y se presentaban a la consulta por presencia de complicaciones (4).

Por lo tanto, a razón de la alta tasa de alcoholismo en nuestro país, determinar la prevalencia de desarrollo de cirrosis en estos pacientes ayudará a tener una

perspectiva real de los pacientes y brindar información que estimule el desarrollo medidas preventivas a los distintos sistemas de salud.

# Capítulo 1

## El Problema

### Planteamiento del problema

Como se han observado en diferentes estudios la principal causa de cirrosis hepática es de consumo de alcohol, en el 2013 Ecuador publicó a través del INEC, que la cirrosis hepática ocupaba la 7ma causa de mortalidad en nuestro país con cerca del 12,71% como razón de mortalidad (2). Por lo tanto, como existe un alto consumo de alcohol en nuestro país, determinar la prevalencia de desarrollo de cirrosis en estos pacientes ayudará a desarrollar medidas preventivas en pacientes que sufren alcoholismo. Por lo tanto, se busca saber la prevalencia en los pacientes alcohólicos que desarrollan cirrosis hepática.

### Objetivos

#### Objetivo general

Determinar la prevalencia cirrosis hepática en pacientes alcohólicos, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020

#### Objetivos específicos

- Conocer el promedio de edad de los pacientes alcohólicos.
- Identificar en que género se presenta con mayor frecuencia los pacientes alcohólicos.
- Medir el porcentaje de pacientes alcohólicos con antecedentes de consumo de tabaco.
- Analizar los hallazgos de examen físico en los pacientes alcohólicos con cirrosis hepática.
- Estimar el grado de severidad más frecuente de los pacientes alcohólicos mediante la escala de Child -Pugh.

### Justificación

Por medio de este trabajo se busca determinar la prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) determino que Ecuador se encuentra en el noveno puesto en América Latina con

mayor consumo de bebidas alcohólicas (19), sabiendo que el consumo de alcohol es una de las principales causas de cirrosis hepática, y, que en el 2014 el INEC expuso que la cirrosis hepática es la 7ma causa de muerte en el Ecuador, creemos pertinentes realizar un estudio acerca de estos temas que van en aumento progresivo cada vez en la sociedad ecuatoriana como un tema de salud pública importante y que se está dejando de lado.

## **Capítulo 2**

### **Marco teórico**

#### **Cirrosis Hepática**

##### **Definición**

Es definido como la última etapa de la alteración progresiva de fibrosis del hígado desencadenado principalmente por el consumo crónico del alcohol caracterizado por la distorsión irreversible del parénquima hepática y formación de nódulos de regeneración. Las etapas que constituyen a la denominada “enfermedad hepática alcohólica” son la esteatosis hepática, donde existe acumulación de grasa en el parénquima hepático; la hepatitis alcohólica, proceso inflamatorio de la arquitectura del hígado, y finalmente la cirrosis alcohólica, en la cual hay un daño hepático determinante (5). El progreso de esta enfermedad hace susceptible de diversas complicaciones a los pacientes que la padecen, reduciendo así la esperanza de vida de forma notoria, acumulando el 80% de pacientes en lista de espera para trasplante hepático entre 2004 a 2013 (6). En 2010 en Estados Unidos se estableció como la octava causa principal de muerte (7). Mientras que en nuestro medio representa el 3% total de muertes y el Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador en el 2012 le adjudica una tasa de mortalidad de 13 por cada 100000 habitantes (8).

##### **Etiopatogenia**

Aunque el desencadenante principal atribuible es el consumo crónico y exagerado de alcohol (>14 bebidas por semana en hombres; >7 bebidas por semana en mayores de 65 años y mujeres; o consumo diario aproximado de 30-50 g de alcohol por 5 años), en el desarrollo de la cirrosis alcohólica juegan en conjunto múltiples factores de tipo genético, ambiental metabólico, genético e inmunológico; entre los cuales tenemos: sexo femenino, obesidad, dieta alta en grasa, infección recurrente de hepatitis B y C, etc. (9).

La alteración hepática comienza por cambios a nivel metabólico, ya que se acumulan triglicéridos por la sobreproducción de glicerol (y su unión a ácidos

grasos libres) y se inhibe la lipólisis como resultado del procesamiento del alcohol en los hepatocitos, por alta producción de NADH que altera el metabolismo de los lípidos liberando ácidos grasos del tejido adiposo que son absorbidos por el hígado lo que exacerba el depósito de grasa en el hígado, además de que aumenta la actividad de la enzima CYP2E1 que es la principal comprometida en la inducción del sistema enzimático de oxidación microsómico, implicando un aumento del estrés oxidativo y la formación de radicales libres del oxígeno, los mismos que interactúan con los ácidos grasos poliinsaturados generando productos finales de peroxidación lipídica y proteica que conducen a la necrosis celular; el fin de este proceso da lugar a la esteatosis hepática (10). Si el consumo de alcohol no es controlado o detenido en esta etapa, conduce a un estado proinflamatorio hepático (cambios inmunológicos) denominado hepatitis alcohólica, en el cual existe acción de interleucinas y neutrófilos atacando directamente a los hepatocitos, activando CD3 y células T a su vez amplificando la expresión de citoquinas inflamatorias. Dentro de este estado, las células de Kupffer se sensibilizan a la señalización inducida por receptores TLR, estas células y los macrófagos infiltrantes activados por el lipopolisacárido se polarizan hacia un denominado fenotipo M1 y producen altos niveles de marcadores como IL-1beta, factor de necrosis tumoral, IL-12, IL-18 e IL-23, continuando la cascada inflamatoria. Al progresar la enfermedad resulta finalmente en el daño severo del tejido hepático por la formación de fibrosis de su tejido y de nódulos regenerativos denominándose como cirrosis alcohólica (11).

### **Manifestaciones clínicas**

Las manifestaciones clínicas inicialmente son de carácter inespecífico. Entre las cuales se encuentran: fatiga, debilidad, anorexia y pérdida de peso. Al avanzar la enfermedad, aparecen más signos y síntomas de descompensación e insuficiencia hepática. Entre estos síntomas se encuentran aparición recurrentes de hematomas, edema de extremidades, fiebre, prurito, diarrea, aumento de perímetro abdominal, amenorrea, impotencia sexual e incluso alteraciones del sueño (12).

El examen físico es de mucha importancia ya que existen numerosos hallazgos descritos, siendo el hígado un órgano implicado en varias de las funciones metabólicas del cuerpo. Los más característicos son:

- **Signos cutáneos:** Los más notorios son la ictericia y la aparición de arañas vasculares. La ictericia, coloración amarilla de la piel y mucosa, se da por el aumento de la bilirrubina sérica por arriba de 2-3 mg/dL. Las arañas vasculares en cambio son angiomas hallados en tronco, cara y extremidades superiores, generados por alteración del metabolismo de hormonas sexuales.
- **Signos en cabeza y cuello:** El “hedor hepático” o “aliento hepático” es uno de los más característicos en los pacientes con cirrosis. Es un olor particular dulce, causado por las concentraciones elevadas de sulfuro de dimetilo producido por la liberación de mercaptanos, muy sugerente de derivación sistémica portal grave. Otro hallazgo más propio del consumo de alcohol visto en paciente con enfermedad alcohólica hepática es el agrandamiento de la parótida que tiende a ser secundario a edema, infiltración grasa y fibrosis de la glándula.
- **Signos en tórax:** En la inspección general torácica de pacientes masculinos con cirrosis, es común encontrar ginecomastia y signos de feminización como pérdida de vello, esto se debe a la mayor aromatización de la androstenediona en estrona, y esta a su vez a estradiol, lo que genera un desbalance hormonal.
- **Signos abdominales:** En la exploración abdominal se puede hallar ascitis, hepatomegalia, “cabeza de medusa” entre otros. Ascitis se le denomina a la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, la cual se hace evidente por la distensión abdominal, evidencia de onda de líquido (oleada ascítica) y ausencia de matidez en flancos a la percusión. Sin embargo, a pesar de ser algo evidente a la inspección de un paciente, es más bien considerada como complicación de la cirrosis. La hepatomegalia es el agrandamiento del hígado. En la cirrosis, el hígado tiene un tamaño variable, puede estar agrandado, tener un tamaño normal o ser pequeño. Cuando está agrandado y palpable, es notorio su consistencia firme y nodular, y es más sugestivo para el diagnóstico de cirrosis. La cabeza de

medusa es la apariencia que toma las venas de la pared abdominal a nivel del ombligo por la circulación colateral ante una presión portal alta sostenida, que surge como complicación de la afectación hepática severa, la vena umbilical (normalmente obliterada) se abre y sangre proveniente del sistema portal en últimas instancias terminan drenando hacia las venas de la pared abdominal, lo que congestiona las mismas dilatándolas, dándoles esta apariencia tan característica.

- **Signos genitourinarios:** Además de la sintomatología mencionada anteriormente, también puede hallarse atrofia testicular a expensas del hipogonadismo.
- **Signos en extremidades:** Entre estos se encuentran el eritema palmar, cambios ungueales, osteoartropatías, espasmos musculares, contractura de Dupuytren, entre otras. El eritema es descrito como un moteado con mayor frecuencia en la región tenar e hipotenar. Los cambios en las uñas incluyen bandas blancas horizontales, debido principalmente a la hipoalbuminemia. Los espasmos musculares también conocidos como “calambres” pueden llegar a ser graves y están relacionados con la reducción del volumen plasmático, disfunción nerviosa y alteraciones del metabolismo. La contractura de Dupuytren es una alteración muscular específica que se da por el engrosamiento y acortamiento de la fascia palmar probablemente causado por el metabolismo oxidativo de la hipoxantina, resultando en deformidades en flexión de los dedos y se presenta en un tercio de los pacientes con cirrosis alcohólica.
- **Signos neurológicos:** Lo más característico son los movimientos de aleteo bilateral y asincrónicos de las manos extendidas y en flexión, denominado asterixis. Es propio de un caso de cirrosis que deriva en encefalopatía hepática, conjunto a varios síntomas neuropsiquiátricos como: desorientación, irritabilidad, apraxia, deficiente capacidad de discernimiento y concentración, somnolencia, alteraciones del sueño (6).

Además del cuadro que puede presentar un paciente con enfermedad hepática alcohólica con cirrosis en desarrollo, una vez que aparezcan algún síntoma

referente a complicaciones, se considera que el paciente se encuentra en un estado descompensado de la historia natural de la enfermedad:

- **Hemorragia digestiva alta “varicosa”:** Asociado a la presencia de varices esofágicas debido a un aumento por encima de 5 mmHg en la vena porta denominada hipertensión portal. El paciente se presenta con hematemesis o melena.
- **Ascitis:** Asociado también a la hipertensión portal, debido a un aumento de la presión de la vena porta y a un bajo nivel de proteínas. El líquido se retiene en la cavidad peritoneal, hasta generar ascitis por su acumulación.
- **Peritonitis bacteriana espontánea:** Es la infección del líquido ascítico presente en el cirrótico sin ubicación de la fuente donde se pudo haber generado. El cuadro se resume en la aparición de fiebre, dolor abdominal adicionado a la distensión, alteración del estado mental y con un resultado positivo de hallazgo de polimorfonucleares en el líquido ascítico y/o cultivo bacteriano positivo del líquido peritoneal.
- **Encefalopatía hepática:** Se define como las anomalías neuropsiquiátricas reversibles que presenta el paciente cirrótico dados por la insuficiencia hepática debido a diferentes neurotoxinas, pero la principal es el amoníaco que se fabrica a nivel del colon donde las distintas bacterias metabolizan proteínas y otros compuestos a base de nitrógeno para producir amoníaco. Una vez producido el amoníaco este entra a nivel de la circulación portal para metabolizarse y eliminarse a nivel de los hepatocitos, pero en la cirrosis hepática hay una disminución a nivel de los hepatocitos que hacen que estos procesos estén alterados y por lo tanto se de esta anomalía (20). Estas anomalías neuropsiquiátricas consisten en las alteraciones del patrón del sueño, asterixis, hiperreflexia osteotendinosa y postura de descerebración. Su manejo consta en la resolución del precipitante que generó la descompensación hepática.
- **Síndrome hepatorenal:** Es el rápido desarrollo de una falla renal en pacientes con enfermedad hepática avanzada como la cirrosis. Es asociado con la hipertensión portal, que causa vasodilatación arterial en la circulación esplácnica dando lugar a cambios hemodinámicos y

disminución de la función renal reflejados como la disminución inicial de la tasa de filtrado renal. Los niveles de creatinina y nitrógeno ureico sanguíneo aumentan, pero se enmascaran por la producción hepática de urea. Lo que se puede traducir clínicamente en anuria, oliguria, alteración del color de la orina u orina turbia, generalmente es de mal pronóstico, y no mejora a menos que haya mejoría de la función hepática o se realice un trasplante (7).

## **Manejo diagnóstico y terapéutico de la cirrosis hepática**

### **Diagnóstico**

Para confirmar el diagnóstico de cirrosis, se requiere de una biopsia y verificación por anatomía patológica. Aun así, dado que es una técnica invasiva, su confirmación por biopsia no es necesaria en presencia de un cuadro clínico compatible con apoyo de hallazgos de laboratorio y radiológicos muy sugestivos (7). Actualmente, están en desarrollo varias pruebas no invasivas para detectar la enfermedad hepática asociada al consumo de alcohol, como el Fibrotest, ELF test, FibroMeter, índice FIB-4 y AshTest (13).

Las anomalías comunes halladas en el laboratorio de estos pacientes consisten en:

- **Función hepática:** Concentraciones elevadas de bilirrubina, enzimas hepáticas, tiempos de protrombina elevado, INR alto.
- **Bioquímica:** Alteraciones hidroelectrolíticas como hiponatremia. Se da por los cambios hemodinámicos y neuro humorales (altos niveles de hormona antidiurética) en el cirrótico, alterando la capacidad del paciente para excretar agua. Hay que enfatizar que la aparición de sintomatología es cuando se encuentra por niveles séricos debajo de 120 mEq/L.
- **Hematológicas:** Trombocitopenia, leucopenia y anemia. La más común es la trombocitopenia. Es causado por la hipertensión portal y la consiguiente esplenomegalia congestiva. Este termina secuestrando gran cantidad de la masa plaquetaria (8).

Los estudios radiológicos (ecografía de abdomen, tomografía computarizada, y resonancia magnética) pueden complementar la sospecha clínica de la cirrosis con información morfológica. Los hallazgos más característicos consisten en la descripción de un hígado de tamaño reducido, de contornos irregulares,

superficie nodular, amplitud de cisuras del hilio portal, liquido peri vesicular, dilatación de vena porta (más de 1.5 cm). Dentro de los patrones radiológicos para clasificar la patología tenemos: patrón de enfermedad grasa del hígado, patrón de cirrosis hepática, patrón de cirrosis con hipertensión portal (HTP), y patrón de hepatopatía crónica inespecífica. La presencia de ascitis y varices también puede ser evidenciado en estas técnicas de imagen, especialmente en pacientes con alto progreso de la enfermedad (8).

En la biopsia hepática que es el método diagnóstico confirmatorio, aunque es poco ortodoxo para la práctica clínica cotidiana, encontramos una clara inflamación de las células hepáticas, cuerpos de Mallory que son sustancia hialina de base alcohólica, concentración de polimorfonucleares, necrosis de células hepáticas y fibrosis pericentral sinusoidal (14).

### **Tratamiento clínico**

El manejo general de la cirrosis busca principalmente tres objetivos importantes:

- Retrasar o revertir la progresión la enfermedad hepática: abstinencia al alcohol, evasión de factores de riesgo modificables y uso de  $\beta$ -bloqueantes no selectivos, como el propanol a dosis inicial de 12mg cada 12 horas y en dosis máxima de 160mg cada 12h.
- Manejo de cuadro agudo:
  - **Espasmos musculares y pérdida de peso:** Opciones de tratamiento incluye sulfato de quinina, suplementos, aminoácidos, zinc y corrección de electrolitos.
  - **Hiponatremia:** Es complicado su manejo ya que va de la mano con el progreso de la enfermedad hepática y no hay datos que demuestren que aumentar sus niveles mejoran la morbi-mortalidad. En casos agudos de hiponatremia leve se debe recurrir a restricción hídrica dependiendo del valor de sodio con o sin ayuda de diuréticos, en hiponatremia moderada reposición con una sola infusión IV de 0.5 ml/kg/h de solución hipertónica (3%) por 20 o 30 minutos haciendo control de natremia cada 2 horas esperando un aumento de 10 mmol/l en 24 horas, en hiponatremia grave se recomienda infusión IV de 1-2 ml/kg/h de solución salina

- hipertónica (3%) por 20 minutos luego medir la natremia y repetir el ciclo hasta que exista aumento de 5 mmol/l.
- **Trombocitopenia / INR elevado:** Estos hallazgos son comunes ya que en estos pacientes la producción hepática de factores de coagulación y anticoagulación. La trombocitopenia requiere reposición solo si el paciente se lo someterá a un procedimiento que genere riesgo moderado o alto de sangrado, o si el valor de plaquetas está por debajo de  $10 \times 10^9/l$  (8).
  - Prevenir, identificar y tratar a tiempo las complicaciones: Que fueron descritas previamente.
    - **Hemorragia varicosa:** Estos pacientes deben ser cribados para varices esofágicas. En caso de estar presentes, tratamiento profiláctico es el uso de betabloqueantes adrenérgicos no selectivos, como propanolol y nadolol, o recurrir a manejo por vía endoscópica.
    - **Peritonitis bacteriana espontánea:** Evitar el uso de inhibidores de bomba de protones, porque estimulan el sobrecrecimiento bacteriano, y realizar cobertura antibiótica adecuada, tomando en cuenta los principales agentes etiológicos: E. Coli, streptococcus pneumoniae, klebsiella pneumoniae.
    - **Encefalopatía hepática:** Evadir sedativos, para evitar disminuir el nivel de consciencia, tratar hipocalcemia e hiponatremia con un adecuado manejo hidroelectrolítico.
    - **Síndrome hepatorenal:** Evitar agentes nefrotóxicos y diuréticos que propicien excreción exagerada (8).

### **Tratamiento quirúrgico**

Dentro de los procedimientos quirúrgicos que se pueden realizar para tratar los síntomas y complicaciones de la cirrosis están los siguientes:

- La ligadura de bandas vía endoscópica que se usa para encontrar el sitio del sangrado se inserta el endoscopio y se usa una banda de goma para atar la parte sangrante de la vena.

- La derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS), es una buena opción para el sangrado que no se controla mediante endoscopia, en el cual se crea una conexión artificial entre las venas porta y las venas hepáticas del hígado permitiendo que la sangre evite los vasos sanguíneos del hígado en su camino de regreso al corazón lo reduce la presión venosa, se coloca un catéter con un stent unido a él que se inserta a través de una vena en el cuello hasta el hígado con ayuda de radiografías, lo cual facilita el paso sanguíneo a través de la vena porta, una vez en su lugar, la derivación permite una conexión directa con el corazón.
- La derivación esplenorrenal ayuda a reducir la presión en el sistema venoso al conectar la vena esplénica a la vena renal.
- La derivación porta-cava reduce la presión en las várices al evitar por completo el hígado, lo cual se hace a través de una derivación que conecta el retorno al corazón desde el cuerpo hacia la vena cava inferior.
  - El manejo quirúrgico altamente invasivo (derivaciones) queda reservado para los pacientes que tiene sangrado variceal recurrente, que no se puede seguir de cerca después de TIPS y que tienen acceso a un trasplante de hígado. Paracentesis: Como ya se ha expuesto la cirrosis grave puede hacer que se acumule líquido en la cavidad peritoneal, la paracentesis permite extraer ese exceso de líquido, mediante punción abdominal con aguja.
- Trasplante de hígado: Tratamiento definitivo y curativo para la cirrosis hepática, considerado como el último recurso utilizado dependiendo de la severidad de la enfermedad cuando los otros métodos fallan y no existen contraindicaciones, durante un trasplante de hígado, un hígado enfermo se reemplaza por un hígado sano de un cadáver o donante vivo. A veces, se puede utilizar una porción del hígado de un donante vivo relacionado. Se necesitarán medicamentos que inhiban el sistema inmunológico y así evitar el rechazo al hígado nuevo (15).

## **Pronóstico**

La cirrosis hepática asociada al alcohol puede ser considerada compensada o descompensada. La enfermedad compensada es la que carece de complicación alguna. Dependiendo de esto, se tiene idea de la sobrevida general que presenta el paciente. El promedio de sobrevida de pacientes compensados es alrededor de 12 años o más. Pacientes que presentan la enfermedad descompensada, es decir, que presentan alguna de las complicaciones mencionadas anteriormente, tienen un promedio de sobrevida de 6 meses o menos. Ahora, existen modelos predictivos que pueden darnos información pronóstica más específica (8).

Uno de los principales es la clasificación Child-Pugh, un sistema puntuado con 6 componentes, que inicialmente se utilizó para predecir la mortalidad asociada a la cirugía, pero en la actualidad nos ayuda determinar el pronóstico de la enfermedad, como también la necesidad de un trasplante de hígado. Cada componente (ascitis, bilirrubina, albumina, tiempo de protrombina, INR, grado de encefalopatía hepática) tiene un puntaje del 1 al 3. La clase A, que corresponde a la enfermedad compensada, tiene un puntaje de 5 a 6; la clase B, con compromiso funcional significativo, tiene un puntaje de 7 a 9; y, por último, la clase C (enfermedad descompensada), tiene un puntaje de 10 a 15. La tasa de sobrevivencia al año y a los dos años son: 100% y 85% para la clase A; 80% y 60% para la clase B; 45% y 35% para la clase C, respectivamente.

El otro modelo usado comúnmente para pronóstico es la escala "Model for End Stage Liver Disease" MELD. Se basa en el uso de niveles de bilirrubina sérica, creatinina y INR. En la actualidad usan además valores de sodio sérico. Su uso también ayuda priorizar pacientes en espera de trasplante hepático. En pacientes descompensados, si su puntaje es de 21 o más, tiende a una sobrevida de 6 meses o menos (8).

Finalmente, está el modelo de la Universidad de Emory, el cual es un modelo para evaluar supervivencia en aquellos pacientes sometidos a TIPS, sus diferentes componentes valorados son: ALT, bilirrubina, encefalopatía pre TIPS no relacionada con hemorragias y sangrado por varices que requieran colocación de TIPS urgente. La puntuación total permite estadificar a los pacientes en bajo riesgo (0 puntos), moderado riesgo (1-3 puntos) y alto riesgo (4-5 puntos) (16).

Estos modelos tienen varias ventajas y desventajas, pero su uso permite tener una predicción real aproximada de la supervivencia del paciente.

## Capítulo 3

### **Materiales y métodos**

#### **Tipo de estudio**

Estudio transversal, descriptivo, observacional, retrospectivo. Los datos se extrajeron mediante historias clínicas en el sistema AS400 del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo entre 2018 a 2020. La base de datos y el análisis se realizaron en el programa SPSS V 22 para Windows.

#### **Población**

Pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo enero 2018 a diciembre 2020 con diagnóstico de consumo crónico de alcohol mediante el sistema AS400 que cumplan los criterios de inclusión y de exclusión.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes atendidos en el área de gastroenterología del Hospital HTMC desde el 2018 a 2020.
- Pacientes con diagnóstico de alcoholismo.
- Pacientes de entre 45 a 80 años.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes menores de 45 años y mayores a 80 años.
- Pacientes no atendidos por el servicio de gastroenterología del Hospital HTMC.

#### **Variables**

Se utilizaron tanto variables demográficas como variables clínicas. Las variables incluidas son: sexo, edad, cirrosis hepática, tabaquismo, hepatomegalia, ascitis, circulación colateral, hemorragia digestiva, escala de Child – Pugh.

## Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron ingresados y tabulados para su análisis estadístico mediante la aplicación IBM SPSS V 22 para Windows.

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se realizó mediante promedios y desviación estándar, y las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

## Operacionalización de variables

<b>Nombre Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Alcoholismo	Ingesta excesiva de alcohol, que define la OMS, que es de 60 gramos al día en hombres, 50 gramos para mujeres.	Categoría Nominal dicotómica	Más de 5 vasos de cervezas en el hombre. Más de 4 vasos de cerveza en la mujer	Si / No
Ascitis	Inflamación abdominal causada por la acumulación de líquido en el abdomen.	Categoría Nominal dicotómica	Examen físico	Si / No
Circulación colateral	Presencia de Venas varicosas que irradian del ombligo en pacientes con cirrosis hepática, marcada hipertensión portal.	Categoría Nominal dicotómica	Examen físico	Si / No
Hepatomegalia	Agrandamiento del hígado	Categoría Nominal dicotómica	Examen físico	Si / No

Cirrosis hepática	Cirrosis hepática se refiere a la cicatrización del hígado que da como resultado una función hepática anormal como consecuencia de una lesión hepática crónica (de largo plazo)	Categoría nominal dicotómica	Exámenes por imágenes Biopsia	Si / No
Genero	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.	Categórica nominal dicotómica	Genero	Masculino Femenino
Edad	Cantidad de años cumplidos hasta la fecha del estudio.	Numérica discreta	Años cumplidos	45-80 años
Consumo de tabaco	Adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos: la nicotina	Categórica nominal dicotómica	Antecedentes de consumo de tabaco	Si / No
Escala de Child - Pugh	Escala que ayuda determinar el pronóstico de la enfermedad, como también la necesidad de un trasplante de hígado	Categórica ordinal	Ascitis Bilirrubina Albumina Tiempo de protombina Encefalopatía	Grado A Grado B Grado C

## Capítulo 4

### Resultados y Análisis

#### OBJETIVO 1

- Determinar la prevalencia cirrosis hepática en pacientes alcohólicos, en el hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020.

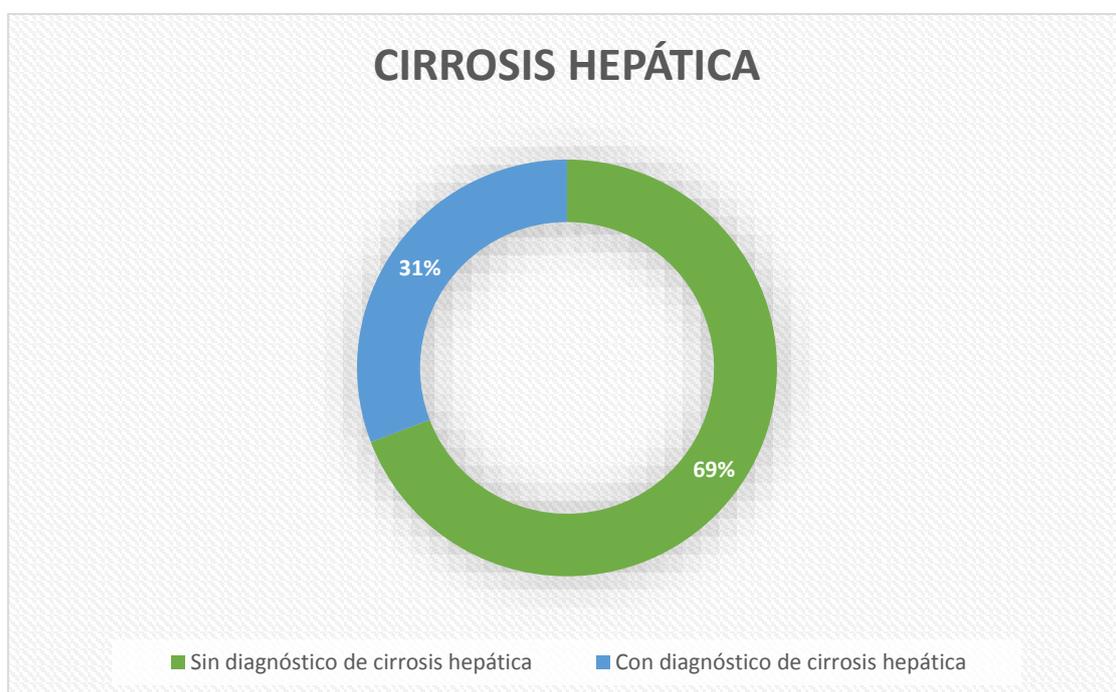


Gráfico 1 Prevalencia cirrosis hepática en pacientes alcohólicos.

**Gráfico 1:** Análisis e interpretación: La muestra constó de 390 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y de exclusión dentro de una población con diagnóstico de alcoholismo crónico atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2018 a 2020, de los cuales 120 pacientes tenían diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica, es decir un 30,8% de la muestra.

## OBJETIVO 2

- Conocer el promedio de edad de los pacientes alcohólicos.

Variable	Edad
Media	68.16
DE	3.12

Tabla 1 Promedio de edad de los pacientes alcohólicos

Tabla 1: Análisis e interpretación: El promedio de edad de los pacientes alcohólicos en la muestra fue de 68.16 años.

## OBJETIVO 3

- Identificar en que género se presenta con mayor frecuencia los pacientes alcohólicos.

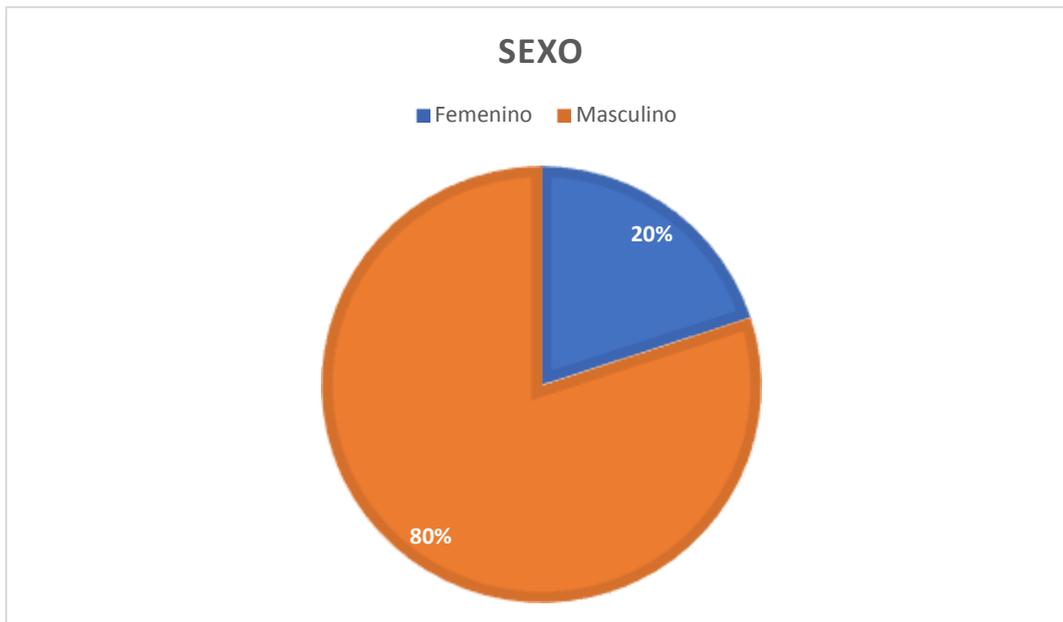


Gráfico 2 : Género que se presenta con mayor frecuencia en pacientes alcohólicos.

**Gráfico 2:** Análisis e interpretación: El sexo masculino fue predominante con un 80% de la muestra.

#### OBJETIVO 4

- Medir el porcentaje de pacientes alcohólicos con antecedentes de consumo de tabaco.

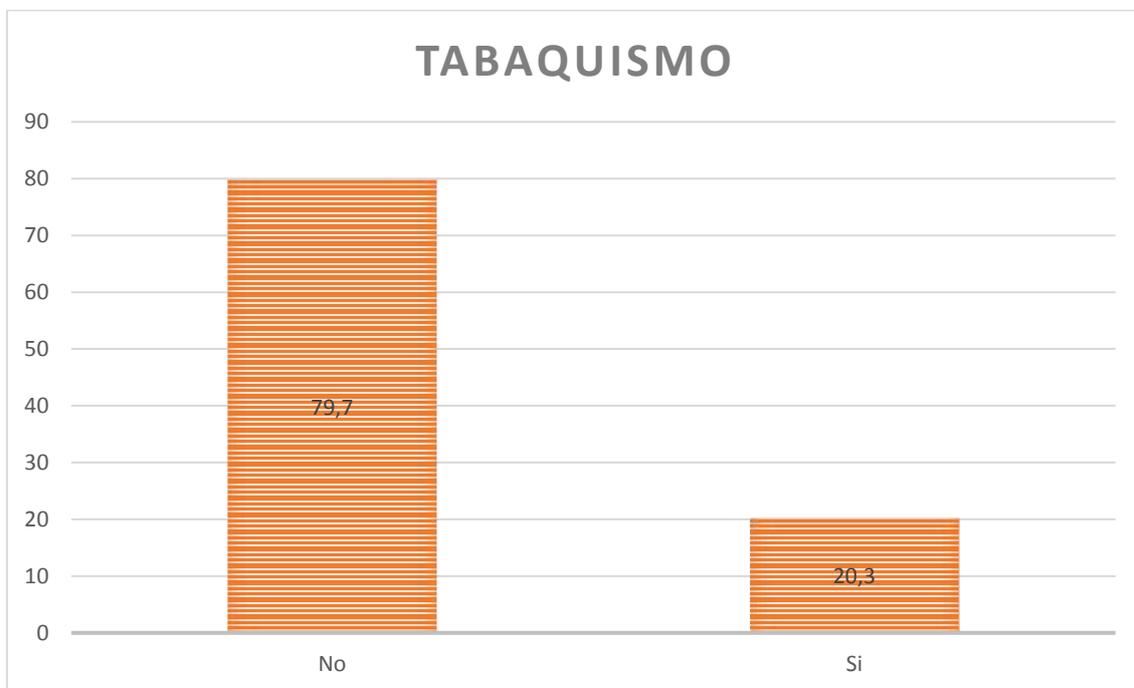


Gráfico 3: Antecedentes de consumo de tabaco.

**Gráfico 3:** Análisis e interpretación: Dentro de los hábitos de los pacientes alcohólicos en el estudio se halló que el 20.3% tiene antecedentes de consumo de tabaco.

#### OBJETIVO 5

- Analizar los hallazgos de examen físico en los pacientes alcohólicos con cirrosis hepática.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Hepatomegalia	48	40
Ascitis	63	52.5
Circulación colateral	13	10.8
Hemorragia digestiva	34	28.3

Tabla 2 Características clínicas del examen físico de los pacientes cirróticos.

Tabla 2: Análisis e interpretación: En cuanto a las características clínicas del examen físico de los pacientes cirróticos se encontró que un 40% tenía hepatomegalia, un 52.5% ascitis, un 10.8% presentaba circulación colateral y el 28.3% había padecido hemorragia digestiva alta.

## OBJETIVO 6

- Estimar el grado de severidad más frecuente de los pacientes alcohólicos mediante la escala de Child -Pugh.

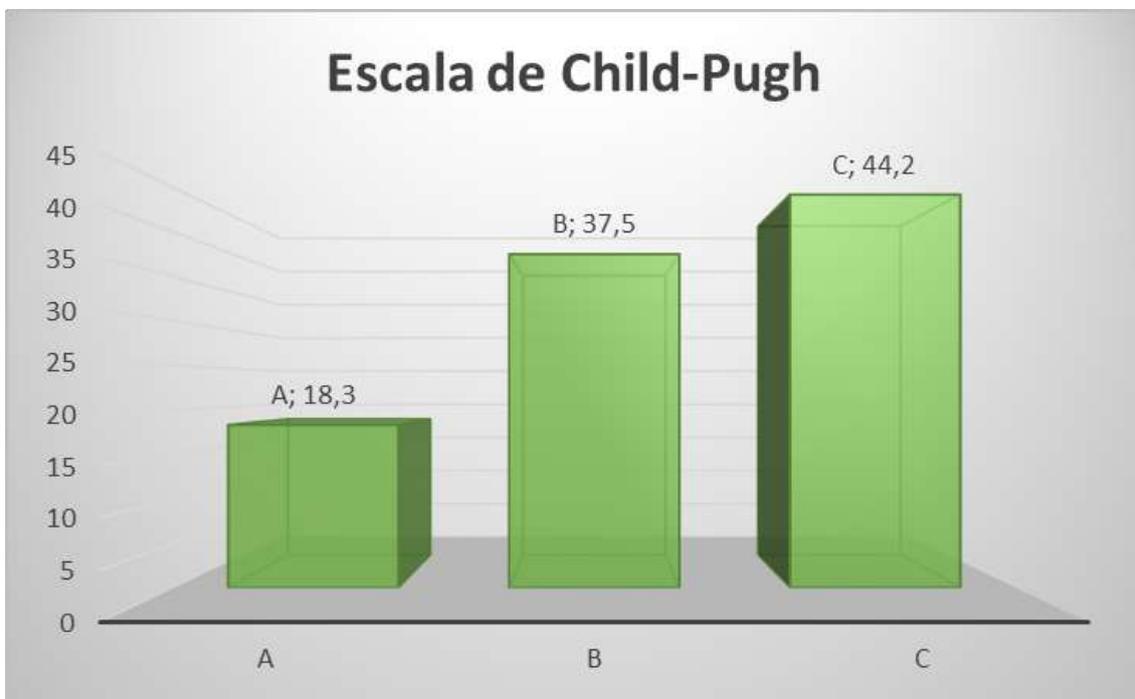


Gráfico 4 Escala de Child – Pugh.

**Gráfico 4:** Análisis e interpretación: Referente a la escala de Child – Pugh resultó un predominio del grado C con 44.2%, seguido del grado B con 37.5% y finalmente el grado A con un porcentaje de 18.3%.

## Discusión

Se analizaron 390 pacientes alcohólicos de los cuales un total de 120 tenían diagnóstico de cirrosis hepática, en la población general se halló al sexo masculino como predominante con 80% de la muestra y un promedio de edad de 68.45 años. El estudio realizado por Aldás Erazo et al en el Distrito Metropolitano de Quito se encontró un 52.05% de los pacientes pertenecientes al sexo masculino y que el mayor número de pacientes se encontraba en el grupo etario de mayores de 65 años (17). Sánchez Gómez et al que realizaron una investigación de pacientes del servicio de gastroenterología de hospitales de tercer nivel de Quito hallaron que un 33.2% de su muestra padecía de cirrosis hepática alcohólica y analizando el examen físico de sus pacientes hallaron un 56.3% de ascitis, un 27.51% de hemorragia digestiva alta y un 9.77% de hepatomegalia (18), a la par de Quijije et al que describieron que el 72% de sus pacientes padecían de ascitis, un 62% de hemorragia digestiva alta, y 68% tenían hepatoesplenomegalia (8). Referente al pronóstico de los pacientes que se estadifica mediante la escala de Child-Pugh, este estudio tuvo como resultado 18.3% en grado A, 37.5% en grado B y 44.2% en grado C; así mismo Flores Poveda et al en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2014 a 2015 hallaron un 15.89% en Child-Pugh grado A, 37.75% en grado B y 46.36% en grado C, denotando estadísticas resultantes similares (4).

## Conclusión

- Por medio de este estudio, se llegó a la conclusión de que la prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos de 45 a 80 años en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de 2018 a 2020, 120 pacientes tenían diagnóstico de cirrosis hepática alcohólica, es decir un 30,8% de la muestra.
- En términos de edad, el promedio fue de 68.45 años demostrando que esta patología se presentó más en el grupo etario de mayores de 65 años. Se halló un evidente predominio en el sexo masculino con un 80% de la muestra.
- Dentro de los pacientes alcohólicos estudiados solo un porcentaje de 20.3% tenía como antecedente el consumo de tabaco.
- En el examen físico de los pacientes estudiados con cirrosis hepática, se encontró que la alteración mas frecuente es la ascitis con un 52%, seguida de hepatomegalia con un 40%, hemorragia digestiva 28.3 % y el 10.8% presentó circulación colateral.
- Finalmente, el grado de severidad más frecuente evaluados mediante la escala de Child -Pugh, fue el grado C con 44.2% de los pacientes alcohólicos con diagnóstico de cirrosis hepática.

## **Recomendaciones**

Se recomienda un estudio prospectivo que permita analizar de manera más detallada los hábitos de los pacientes estudiados, así mismo se recomienda realizar una investigación que considere grupos de pacientes de distintos hospitales para tener una percepción más certera de la cirrosis hepática en la ciudad, además, instaurar nuevas medidas sociales que ayuden a las distintas personas con problemas de alcoholismo crónicos como por ejemplo: aumentar el número de centros de rehabilitación o grupos de ayudas como los “alcohólicos anónimos” para poder prevenir y a su vez tratar de mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Establecer campañas de concientización a nivel escolar, colegio y universidades acerca del alcoholismo para dar a notar los efectos negativos del alcohol en su uso crónico al cuerpo y dar a conocer su principal complicación la cirrosis hepática para educar a que las distintas generaciones se sensibilicen acerca de estos temas y poder ayudar a disminuir tanto el consumo de alcohol en país como la cirrosis hepática.

Instituir diferentes estrategias de salud mental junto a la comunidad dando a conocer las ventajas de la salud mental en los adolescentes, junto con la familia como integridad a nivel de centros de salud de primer nivel de atención para tratar de identificar y prevenir potenciales pacientes con este tipo de hábitos mencionados, ayudado tanto por los médicos del barrio, como por el diferente personal que labora en el establecimiento de salud.

## Referencias

1. Bataller R, Cabezas J, Aller R, Ventura-Cots M, Abad J, Albillos A, et al. Enfermedad hepática por alcohol. Guías de práctica clínica. Documento de consenso auspiciado por la AEEH. Gastroenterología y Hepatología. diciembre de 2019;42(10):657–76.
2. Moon AM, Singal AG, Tapper EB. Contemporary Epidemiology of Chronic Liver Disease and Cirrhosis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. el 1 de noviembre de 2020;18(12):2650–66.
3. Calderón Gerstein W, Ascanio Paredes M, Yarinsueca Mata PR, Calderón Gerstein W, Ascanio Paredes M, Yarinsueca Mata PR. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. abril de 2020 [citado el 24 de noviembre de 2020];20(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-558X2020000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2020000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Flores Poveda KA, Morante Arias JE, Flores Subia DL, Méndez Castro AM. Cirrosis hepática: perfil epidemiológico y calidad de vida. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Período 2014 – 2015. CD. el 4 de octubre de 2019;3(4):82–100.
5. Patel R, Mueller M. Alcoholic Liver Disease. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546632/>
6. Golberg E, Chopra S. Cirrhosis in adults: Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate. 2021; Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=cirrosis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-etiological-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=cirrosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
7. Golberg E, Chopra S. Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis. UpToDate. 2021; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and->

- prognosis?search=cirrosis&source=search\_result&selectedTitle=2~150&usage\_type=default&display\_rank=2
8. Zambrano Campozano CA, Ontaneda Quijije EJ. Tesis. 2017. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33255>
  9. Osna NA, Donohue TM, Jr, Kharbanda KK. Alcoholic Liver Disease: Pathogenesis and Current Management. *Alcohol Res Curr Rev.* 2017;38(2):147.
  10. Orfanidis, N., 2021. Hepatopatía alcohólica - Trastornos hepáticos y biliares - Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/hepatopat%C3%ADa-alcoh%C3%B3lica/hepatopat%C3%ADa-alcoh%C3%B3lica>.
  11. Addolorato G, Abenavoli L, Dallio M, Federico A, Germani G, Gitto S, et al. Alcohol associated liver disease 2020: A clinical practice guideline by the Italian Association for the Study of the Liver (AISF). *Dig Liver Dis.* 1 de abril de 2020;52(4):374-91.
  12. Bernal, V., 2021. Cirrosis Hepática. *Aegastro.es.* [https://www.aegastro.es/documents/pdf/60\\_Cirrosis\\_hepatica.pdf](https://www.aegastro.es/documents/pdf/60_Cirrosis_hepatica.pdf).
  13. Subramaniyan V, Chakravarthi S, Jegasothy R, Seng WY, Fuloria NK, Fuloria S, et al. Alcohol-associated liver disease: A review on its pathophysiology, diagnosis and drug therapy. *Toxicol Rep.* 2021;8:376-85.
  14. Hepatitis alcohólica | ASSCAT <https://asscat-hepatitis.org/hepatitis-no-viricas/hepatitis-alcoholica/>
  15. Winchesterhospital.org. 2021. Surgical Procedures for Cirrhosis | Winchester Hospital. <https://www.winchesterhospital.org/health-library/article?id=19283>.
  16. Jiménez Loaiza, M., 2021. Aplicación del score MELD sodio en pacientes diagnosticados con cirrosis alcohólica del Hospital General Isidro Ayora Loja. *Dspace.unl.edu.ec.* <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/23322>.
  17. Aldás Erazo M. Síndrome depresivo y cirrosis hepática en dos hospitales del Distrito Metropolitano de Quito durante el año 2019.

- Repositorio.puce.edu.ec. 2021  
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17481>
18. Sánchez Gómez P, Sigüencia Sigüenza 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.”. Repositorio.puce.edu.ec. 2021  
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15396>
19. Telégrafo E. La “cultura” de ingesta de alcohol puso al país entre los más bebedores [Internet]. Com.ec. 2018 [citado el 17 de agosto de 2021]. Disponible en:  
<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/alcoholismo-omsmsp>
20. Umaña Bermúdez CA, Rodríguez Nájera GF, Camacho Barquero FA. Encefalopatía hepática: una complicación del paciente hepatópata. Rev Medica Sinerg. 2019;4(11):e292.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cedeño Molina Diego Alejandro**, con C.C: # **0926309915** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos entre 45 a 80 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 30 de **agosto del 2021**

Diego Cedeño m.

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Cedeño Molina Diego Alejandro**

C.C: **0926309915**



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrade Choez María José**, con C.C: # **0928625581** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos entre 45 a 80 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 30 de **agosto del 2021**

*María Andrade*

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Andrade Choez María José**

C.C: **0928625581**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Prevalencia de cirrosis hepática en pacientes alcohólicos entre 45 a 80 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2018-2020.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Cedeño Molina Diego Alejandro Andrade Choez María José		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	León Calderón Luis Alfonso		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>30 de agosto del 2021</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>29</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	ENFERMEDADES, TOXICOLOGÍA, MEDICINA GENERAL		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	CIRROSIS HEPÁTICA, ALCOHOL, ASCITIS, HEPATOMEGALIA, TABAQUISMO, ESCALA DE CHILD-PUGH.		
<b>RESUMEN:</b>	<p>La cirrosis hepática es un concepto anatomopatológico que constituye la culminación de un largo proceso que se expresa finalmente con alteración irreversible de la arquitectura del hígado con formación de septos fibrosos añadido a la presencia de nódulos de regeneración. Esta patología es la principal causa de mortalidad por alcohol en Europa, aunque el consumo de alcohol no sea el único factor asociado al desarrollo de cirrosis, se ha comprobado que un consumo de alcohol que sea mayor a 30g/día sobre todo si este hábito se inicia a una edad precoz, aumenta considerablemente el riesgo de cirrosis hepática. Materiales y métodos: Estudio transversal, descriptivo, observacional, retrospectivo. Los datos se extrajeron mediante historias clínicas en el sistema AS400 del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo entre 2018 a 2020. La base de datos y el análisis se realizaron en el programa SPSS V 22 para Windows. Resultados: Se estudiaron 390 pacientes, 30.8% padecían de cirrosis hepática, fue predominante el sexo masculino con un 80%, el promedio de edad fue de 68.16 años, 20.3% tabaquismo en población general, dentro del examen físico de los pacientes cirróticos con un 52.5% se encontró ascitis y un 40% hepatomegalia; en la escala de Child-Pugh, se presentó con mayor frecuencia el grado C con 44.2%. Conclusión: Entre los pacientes alcohólicos, la prevalencia de cirrosis hepática es de un 30.8%.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>	<b>CON</b>	<b>Teléfono:</b> +593-968502040 +593-983587007	<b>E-mail:</b> alejandro_9296@hotmail.com majitoandrade19@gmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>CON LA</b>	<b>Nombre: Andrés Mauricio Ayon Genkuong</b>	
	<b>DEL</b>	<b>Teléfono: :</b> +593-0997572784	
		<b>E-mail:</b> andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			