

<https://doi.org/10.69639/arandu.v11i1.204>

Cuidados de enfermería en paciente con Cirrosis Hepática

Nursing care in a patient with Liver Cirrhosis

MSc. Katherine Xeomara Galarza Medina

kgalarza@umet.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0006-3105-1232>

Universidad Metropolitana del Ecuador (UMET) Matriz Guayaquil

MSc. Evelyn Lissette Baisilla Buñay

evil_beatfull@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-7321-9852>

Investigadora Independiente

MSc. Jennifer Elizabeth Aspiazu Muñoz

<https://orcid.org/0009-0009-9340-1623>

Investigador Independiente

MSc. Heydi Stefania Alvarado Villamar

heydialvarado1293@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5046-3191>

Investigador Independiente

MSc. Ruth Isabel Morales Jaramillo

rimj10@hotmail.es

<https://orcid.org/0009-0001-7930-9769>

Investigador Independiente

Artículo recibido: 15 marzo 2024 - Aceptado para publicación: 26 mayo 2024

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

La cirrosis hepática es una enfermedad terminal que resulta de diversas afecciones crónicas del hígado, alterando su estructura y vascularización normal. Afecta principalmente a hombres adultos y con menor frecuencia en mujeres. Se distinguen dos fases: cirrosis compensada y descompensada, cada una con sus propias características clínicas, complicaciones y pronóstico. El diagnóstico se realiza a través de varias pruebas, incluyendo análisis de sangre, técnicas de imagen diversas y fibroelastografía, entre otras. El Objetivo del estudio: Se centró en aplicar cuidados de enfermería generales en pacientes con cirrosis hepática, enfocándose en las complicaciones potenciales de esta enfermedad. Materiales y métodos: Se trata de un caso clínico real desarrollado en los escenarios de un hospital público (Ministerio de salud pública), de la región costa ecuatoriana, los datos incluyeron anamnesis, la valoración céfalo caudal, exámenes complementarios (radiológicos, ecográficos, laboratorio, entre otros). Con el fin de implementar conocimientos en el campo de formación profesional de un enfermero en el momento de aplicar cuidados generales en estos pacientes paliativos, los datos recopilados se ven apoyados en la

revisión bibliográfica en las bases de datos de Google Académico, Revistas Científicas Scielo y Latindex, entre otros, dentro de los últimos cinco años. Resultados: En conclusión, la cirrosis hepática es una enfermedad compleja. La prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de esta condición son esenciales para mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Palabras claves: cuidados de enfermería, cirrosis hepática, signos y síntomas, factores de riesgos, complicaciones

ABSTRACT

Hepatic cirrhosis is a terminal condition resulting from various chronic liver diseases, altering its normal structure and vascularization. It primarily affects adult males, with less frequency in females. It is characterized by two phases: compensated and decompensated cirrhosis, each with its own clinical features, complications, and prognosis. Diagnosis involves several tests, including blood analysis, various imaging techniques, and fibroelastography, among others. The study aimed to apply general nursing care to patients with hepatic cirrhosis, focusing on potential complications. Materials and methods included a real clinical case from a public hospital in the coastal region of Ecuador, incorporating history-taking, comprehensive physical assessment, and supplementary exams (radiological, ultrasound, laboratory, etc.). Data collection was supported by a literature review from Google Scholar, Scielo, and Latindex databases over the past five years to enhance nursing knowledge in providing palliative care to these patients. In conclusion, hepatic cirrhosis is a complex disease. Prevention, early diagnosis, and proper management are essential to improve outcomes and quality of life for affected patients.

Keywords: nursing care, hepatic cirrhosis, signs and symptoms, risk factors, complications

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado caracterizada por la destrucción progresiva del tejido hepático normal, que es reemplazado por tejido cicatricial. Esta alteración lleva a una desorganización de la estructura hepática y de su vascularización, lo cual compromete la función del hígado. Esta patología es una condición médica grave debido a su alta morbimortalidad, y es un problema significativo de salud pública a nivel mundial (Longoria Oyervidez, , 2021).

Datos Epidemiológicos

A nivel mundial, la cirrosis hepática afecta a millones de personas y es responsable de una cantidad significativa de muertes cada año. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que, en el 2021, la cirrosis y las enfermedades hepáticas crónicas relacionadas entre sí, fueron responsables de aproximadamente 2 millones de muertes, representando alrededor del 3.5% de todas las muertes a nivel global. La prevalencia varía significativamente entre diferentes regiones, influenciada por factores como por ejemplo el consumo de alcohol, infecciones virales como la hepatitis B y C, y otros determinantes sociales y económicos de la salud (Zavala-Hoppe, Cedeño-López, Chiquito-Pionce, & Chávez-Lucas, 2024, pág. 1469).

Factores de Riesgo

- 1. Consumo de Alcohol:** El abuso crónico de alcohol puede llevar a la hepatitis alcohólica y eventualmente a la cirrosis, siendo una de las principales causas de esta enfermedad.
- 2. Hepatitis Viral Crónica:** Las infecciones crónicas por VHB y VHC son causas importantes de cirrosis, poco común pero presentes en la actualidad.
- 3. Enfermedad del Hígado Graso No Alcohólico (EHGNA):** Asociada con el estilo de vida (obesidad, diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico).
- 4. Trastornos Autoinmunes:** Como la hepatitis autoinmune y la cirrosis biliar primaria.
- 5. Trastornos Genéticos:** Tales como la hemocromatosis y la enfermedad de Wilson (Zavala-Hoppe, Cedeño-López, Chiquito-Pionce, & Chávez-Lucas, 2024).

Tipos de Cirrosis

Se puede clasificar en dos fases principales: compensada y descompensada.

- **Cirrosis Compensada:** En esta fase, el hígado todavía puede realizar muchas de sus funciones normales a pesar de su afectación y los síntomas pueden ser mínimos o ausentes.
- **Cirrosis Descompensada:** En esta etapa avanzada, el hígado no puede llevar a cabo sus funciones adecuadamente, llevando a complicaciones graves como varices esofágicas, hemorragias digestivas, encefalopatía hepática, ictericia, ascitis, entre otras (López Gil, y otros, 2024).

Diagnóstico

Implica una combinación de evaluaciones clínicas, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen, incluyen:

- **Pruebas de Laboratorio:** En un análisis de sangre pueden mostrar, niveles de bilirrubinas, alteraciones en las enzimas hepáticas, y factores de coagulación.
- **Técnicas de Imagen:** Ultrasonido, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) son utilizadas para visualizar el hígado y evaluar la presencia de fibrosis u otras complicaciones.
- **Fibroelastografía:** Es una técnica no invasiva que mide la rigidez del hígado y evaluar el grado de fibrosis provocado.
- **Biopsia Hepática:** En algunos casos, es necesaria para confirmar el diagnóstico, evaluar la extensión del daño hepático y clasificar los estadios de cáncer. (López Gil, y otros, La cirrosis hepática, 2024, pág. 12).

Tratamiento

Se centra en abordar la causa subyacente, manejar las complicaciones y prevenir la progresión de la enfermedad, incluyen:

- 1. Tratamiento de la causa subyacente:** Como la abstinencia del alcohol, el tratamiento antiviral para hepatitis B o C, y la gestión de EHGNA a través de cambios en el estilo de vida.
- 2. Manejo de Complicaciones:** Usan de diuréticos para la ascitis, lactulosa para la encefalopatía hepática y betabloqueantes para las varices esofágicas.
- 3. Terapia de Soporte:** Usan suplementación nutricional y tratamiento de infecciones.
- 4. Trasplante Hepático:** En casos de cirrosis descompensada, el trasplante de hígado puede ser la única opción.

En conclusión, la cirrosis hepática es una enfermedad compleja con múltiples factores de riesgo. La prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de esta condición son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta complicación (Díaz Recalde, Palacios Navas, Proaño Valencia, & Bohórquez Garces, 2021).

El objetivo principal de este caso clínico: Se centró en aplicar cuidados de enfermería generales en pacientes con cirrosis hepática, enfocándose en las complicaciones potenciales de esta enfermedad

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un caso clínico real desarrollado en los escenarios de un hospital público (Ministerio de salud pública), de la región costa ecuatoriana, los datos incluyeron anamnesis, la valoración céfalo caudal, exámenes complementarios (radiológicos, ecográficos, laboratorio, entre otros). Con el fin de implementar conocimientos en el campo de formación profesional de un enfermero

en el momento de aplicar cuidados generales en estos pacientes paliativos, los datos recopilados se ven apoyados en la revisión bibliográfica en las bases de datos de Google Académico, Revistas Científicas Scielo, Latindex y otros dentro de los últimos cinco años.

Presentación del caso clínico

Evolución de Ingreso

Femenina de 52 años, al ingreso a Emergencia: Paciente refiere cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por melenas en número de 3/24 horas + hematoquecia, la cual desde hace 24 horas se acompaña de hematemesis en 1 ocasión, tacto rectal positivo motivo por el cual se decidió ingreso hospitalario. Signos vitales TA: 113/62 mmhg; FC: 100 lpm; SPO2: 100 % FR: 19rpm; T°: 36.5 °c.

Antecedentes

APP:

- Hemorragia gastrointestinal
- Anemia posthemorrágica aguda
- **Cirrosis hepática** (diagnosticada hace 2 años); en tratamiento con carvedilol 6.25 mg cada 12 horas, espironolactona 100 mg, Vía oral cada día.
- Diabetes mellitus (diagnosticada hace 3 años), sin tratamiento.

APQ

- Colectomía (hace 5 años)
- Cesáreas: 3

APO

G:4 C:3 A:1

Antecedentes Alérgicos: No refiere

Hábitos:

Alcohol (Bebedor social)

APF: No refiere

Examen Físico último ingreso:

Neurológico: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15.

Piel: Pálida, algo reseca, más tinte icterico, con saturación de oxígeno:100%, Temperatura: 36,5°C.

Cabeza: Normocéfalo, facie pálida edema bpalpebral, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y acomodación, mucosas orales húmedas.

Cuello: Simétrico sin adenopatías.

Respiratorio: Tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, murmullo vesicular conservado, RSCS rítmicos. Fr: 19 rpm y FC:100 lpm.

Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, levemente doloroso en hipogastrio a la palpación.

Genitales: Genitales femeninos, externos normales. Tacto rectal positivo

Extremidades superiores e inferiores: Extremidades simétricas, no edemas, pulsos conservados, prueba de Daniels 5/5. **Peso:**55kg **Talla:** 1.56cm

Tabla 1

Diagnósticos médicos

Dx de ingreso	Dx definitivo
Hemorragia gastrointestinal	Cirrosis Hepática (Child pugh B) + VHC positivo en estudio carga viral
Anemia posthemorrágica aguda	Diabetes Mellitus tipo 2 controlada
Cirrosis hepática	HDA Varicial Gastropatía Hipertensiva severa

Nota: Datos subjetivos de la anamnesis del paciente.

Tabla 2

Tratamiento médico

Exámenes en emergencia	De ingreso
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de laboratorio Leucocitos * 3.55 Neutrofilos% 61.90 Linfocitos% 26.7 Neutrofilos 2.20 Linfocitos * 0.95 Hematíes * 2.51 Hemoglobina * 5.10 Hematocrito * 17.30 VMC* 68.9 HCM * 20.3 Plaquetas * 60 	<p>Plan terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Transfundir 2 unidades de glóbulos rojos concentrados. En espera de TAC Pase a observación clínica Ic a gastroenterología <p>Medidas Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nada por vía oral control de signos vitales cada 6 horas Glicemia capilar cada 8 horas Control de ingresos y egresos estricto - Balance hídrico Posición semifowler Profilaxis de caída Profilaxis de escaras Cambios posturales. Cuidados de enfermería. Cuidados de sondaje vesical <p>Tratamiento</p> <p>Fluidos vía intermitente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cloruro de sodio 1000 ml pasar a 42 ml/h - Oxeotide 5 ampollas en 200 ml de cloruro de sodio al 0.9% pasar a 5 ml/h - Omeprazol 40 mg IV stat - Acido tranexámico 1 gr IV stat y luego 500 mg IV cada 8 horas - Transfundir 2 unidades de glóbulos rojos concentrados - Carvedilol 6.25 mg VO cada 12 horas - Espironolactona 100 mg VO QD <p>Medios de diagnósticos</p>
<p><u>Bioquímica sanguínea</u></p> <p>Glucosa * 178.69 mg/dl</p> <p>Urea 44.03 mg/dl</p> <p>Creatinina 0.77 mg/dl</p> <p>Bilirrubina total * 1.57 mg/dl</p> <p>Bilirrubina directa * 0.68 mg/dl</p> <p>Bilirrubina indirecta 0.89 mg/dl</p> <p>Gamma GT 18.12 u/l</p> <p>TGO(AST) 40.24 u/l</p> <p>TGP (ALT) 22.67 u/l</p> <p>Fosfatasa alcalina 203.62 u/l</p>	

Amilasa 33.49 ua/dl Lipasa * 4.72 u/l Proteínas totales * 6.35 g/dl Albumina * 3.24 g/dl Globulinas 3.11 g/dl Hemostasia Tiempo de protrombina (TP) * 17.80 seg Tiempo de trombolastina (TTP) 34.20seg	-TAC de abdomen sin informe radiológico impresiona liquido libre en cavidad abdominal y derrame pericárdico. (13/05/2024) -Eco de rastreo: hígado pequeño nodular, esplenomegalia, riñones disminuidos de tamaño. liquido libre peri hepático, esplénico y en pelvis en poca cantidad. (13/05/2024)
<u>Electrolitos</u> Sodio 143.70 mmol/l Potasio 4.41 mmol/l Cloro 103.60 mmol/l Calcio ionico 1.31 mmol/l	

Nota: Datos subjetivos de la anamnesis del paciente.

Tabla 3

Tratamiento médico

Exámenes dentro de la estancia hospitalaria	Alteraciones más relevantes
Día 2 de Hospitalización:	Plan terapéutico:
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de laboratorio 	-Seguimiento por gastroenterología (quien indica realizar plantilla para derivación a casa de salud de mayor complejidad por sangrado activo y necesidad de estudio endoscópico con ligadura de várices que al momento no contamos en nuestra institución).
Leuc: 3510, Nt: 70.20%	-Realizar plantilla para traslado.
Linf: 20.3% Hb: 6.40,	-Transfundir 5 concentrados plaquetarios
Hcto: 20.80%	
Plaq: 45000,	
HIV: No Reactivo	Medidas Generales:
Hepatitis B Negativo,	1. Nada por vía oral
Hepatitis C: Positivo.	2. Control de signos vitales cada 6 horas
Dengue IGG e IGM: No Reactivo	3. Glicemia capilar cada 12 horas
TP: 17.90	4. Control de ingresos y egresos estricto - Balance hídrico
TTP: 36.80.	5. Posición semifowler
	6. Profilaxis de caída
	7. Profilaxis de escaras
<u>Bioquímica sanguínea</u>	8. Cambios posturales.
Glucosa * 178.69 mg/dl	9. Cuidados de enfermería.
Urea 44.03 mg/dl	10. Retiro de sondaje vesical

Creatinina 0.77 mg/dl	Tratamiento:
Bilirrubina total * 1.57 mg/dl	Fluidos -Dextrosa al 10% en agua IV a 20 ml/h
Bilirrubina directa * 0.68 mg/dl	-Cloruro de sodio 1000 ml pasar a 42 ml/h - Octeotride 5 ampollas en 200 ml de cloruro de sodio al 0.9% pasar a 10 ml/h
Bilirrubina indirecta 0.89 mg/dl	- Acido tranexámico 500 mg IV cada 8 horas
Gamma GT 18.12 u/l	- Espironolactona 50 mg VO QD
TGO(AST) 40.24 u/l	- Furosemida 20 mg IV 8am y 2pm
TGP (ALT) 22.67 u/l	- Omeprazol 80 mg IV stat y luego 40 mg IV cada 8 horas
Fosfatasa alcalina 203.62 u/l	-Rifaximina 550 mg VO cada 12 horas -Transfundir 2 unidades de glóbulos rojos concentrados
Amilasa 33.49 ua/dl	-Insulina rápida 2UI Sc, si glucosa mayor de 180 mg/d
Lipasa * 4.72 u/l	
Proteinas totales * 6.35 g/dl	
Albumina * 3.24 g/dl	
Globulinas 3.11 g/dl	
Hemostasia	
Tiempo de protrombina (TP) * 17.80 seg	
Tiempo de tromboplastina (TTP)	
34.20seg	
<u>Electrolitos</u>	
Sodio 143.70 mmol/l	
Potasio 4.41 mmol/l	
Cloro 103.60 mmol/l	
Calcio iónico 1.31 mmol/l	

Nota: Datos subjetivos de la anamnesis del paciente

Evolución médica: Día 3 de hospitalización

Paciente con antecedentes ya reportados ha recibido en total 4 UGRCM y 5U de Plaquetas dentro de las 72horas de hospitalización, no se ha reportado episodios de hematoquecia, pendiente realizar control de laboratorios.

Evolución médica: Día 4 de hospitalización

Al momento en guardia se valora paciente en sala de hospitalización que descansa de cubito dorsal, orientado en tiempo/espacio que colabora al interrogatorio, afebril sin facie algica, no hay presencia de signos de sangrado, realiza deposición hoy, no vómitos no diarreas. Con tolerancia oral recibiendo dieta Hipoproteica, al examen físico normal, solo se observa leve ictericia generalizada, se plantea prealta y seguimiento por consulta externa.

Tabla 4

Tratamiento médico

Exámenes al alta médica	
Fecha de Egreso del paciente	Globulinas 4.10
Exámenes de laboratorio	(TP) * 15.60
Leucocitos * 3.24	Tiempo De Tromboplastina (TTP) 38.10
Neutrofilos 1.83	Sodio 142.50 Mmol/L 135 - 145
Linfocitos * 0.99	Potasio 4.28 Mmol/L 3.5 - 5.5
Monocitos * 0.23	Cloro 99.10 Mmol/L 98 - 108
Eosinófilos 0.19	Calcio Iónico 1.2
Basófilos 0.10	Plan terapéutico:
Hematíes 4.17	- Alta medica
Hemoglobina * 10.30	- Se entrega hoja de EPI hepatitis y el día de mañana acudir a tomarse la muestra 6 am
Hematocrito * 32.90	-Seguimiento por gastroenterología por consulta externa
VCM * 78.8 FI 79.5 - 95	- Pendiente transferencia para VEDA
VPM 9.9 FI 8.4 - 12.4	
Plaquetas * 44 10³/UI	Tratamiento:
Plaquetocrito * 0.04 % 0.11 - 0.28	<ul style="list-style-type: none">• Espironolactona 50 mg VO cada día• Furosemida 40 mg VO cada día• Omeprazol 20 mg VO cada día• Propanolol 40 mg VO cada día• Lactulosa 20 mg VO cada día• Metformina 500mg VO cada día
PDW 25.0 9 - 17	
PLCR 45.60	
PLCC 0.30	
Glucosa * 125.92	
Urea 28.05	
Creatinina * 0.85	
Proteinas Totales 7.82	
Albumina * 3.72 G/Dl 3.97 - 5	
INR* 1.37 0	

Nota: Datos subjetivos de la anamnesis del paciente

Evolución médica por consulta externa

Paciente con APP de Cirrosis hepática de causa aparente infección por hepatitis C la misma que se encuentra en estudio de carga viral, ha tenido ingresos previos por HDA, conocida por el servicio de gastroenterología el cual le realiza VEDA reciente 20/05/24 con varices esofágicas grandes con puntos rojos /varices GOV 1/ Gastropatía hipertensiva portal severa/ Gastropatía

erosiva antral paciente que al ingreso tuvo compromiso hemodinámico requirió reanimación con cristaloides y por anemia severa transfusión de CGR + PFC. al momento clínicamente estable sin sangrado activo, viene por control, recibiendo medicación de alta por 2 meses, se envía laboratorios de control y cita en 1mes.

Cuidados de enfermería

Los cuidados generales de enfermería son fundamentales para mejorar los resultados y la calidad de vida de pacientes con cirrosis hepática complicada por hepatitis C y hemorragia digestiva. Es esencial trabajar en equipo para proporcionar un cuidado integral y efectivo con calidad, calidez (Esteve Perdiguier, y otros, 2021). Dentro de los cuidados principales de enfermería se detalla a continuación:

1. Monitorización Continua:

- Vigilar signos vitales bajo prescripción médica (temperatura, frecuencia respiratoria, presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno) e informar cualquier anomalía.
- Observar y controlar signos de hemorragia activa (por ejemplo, hematemesis, melena o hematoquesia).

2. Control de Sangrado:

- Mantener al paciente en posición adecuada (semi-fowler o decúbito lateral izquierdo) para minimizar el riesgo de broncoaspiración.
- Administrar hemoderivados bajo indicaciones médicas, según sea necesario para corregir la anemia y mantener la perfusión tisular adecuada.

3. Manejo de Fluidos:

- Controlar el balance hídrico y electrolítico estrictamente.
- Administrar líquidos intravenosos según evolución médica, depende de las necesidades del paciente para mantener la perfusión renal adecuada y prevenir la deshidratación.

4. Dieta y Nutrición:

- Proporcionar una dieta hiposódica- hiperproteica si es tolerada por el paciente.

5. Medicación:

- Administración de medicamentos según prescripción médica para controlar la hemorragia (por ejemplo, inhibidores de la bomba de protones, agentes vasos activos, entre otros).
- Asegurar la administración adecuada de antivirales para el tratamiento de la hepatitis C, bajo vigilancia médica.

6. Educación y Apoyo al Paciente:

- Educar al paciente y a la familia sobre la enfermedad hepática crónica, la importancia del cumplimiento del tratamiento y las medidas de prevenir complicaciones.
- Proporcionar apoyo emocional y psicológico para manejar el diagnóstico y las dificultades asociadas con la enfermedad.

7. Prevención de Complicaciones:

- Vigilar signos de encefalopatía hepática (confusión, cambios en el estado mental).
- Evaluar y tratar cualquier signo de infección, como la peritonitis bacteriana.

8. Seguimiento y Evaluación:

- Realizar seguimiento y evaluaciones periódicas del estado clínico y respuesta al tratamiento.
- Coordinar con el equipo médico para ajustes en el plan de cuidados según sea necesario, según evolución del paciente (Lahoz Pérez. , y otros, 2024).

CONCLUSIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad que se caracteriza por la fibrosis extensa y la alteración de la arquitectura hepática, lo cual conduce a una disminución de la función hepática. El caso clínico presentado, es una paciente de sexo femenino de 52 años, mostró síntomas clásicos de cirrosis, como ictericia, ascitis y hemorragias digestivas. El diagnóstico se confirmó mediante estudios de imagen y pruebas de laboratorio, que revelaron, hiperlipidemia, alteraciones significativas en las enzimas hepáticas y cambios estructurales en el hígado. Este caso destaca la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado para prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente.

RECOMENDACIONES

1. Manejo Médico Integral:

Es esencial que el paciente reciba un manejo médico integral que incluya el uso de medicamentos para controlar los síntomas y prevenir complicaciones. Además, es crucial monitorizar regularmente las funciones hepáticas y ajustar el tratamiento según sea necesario bajo controles por consulta externa.

2. Modificaciones en el Estilo de Vida:

El paciente debe abstenerse completamente del consumo de alcohol, ya que es una causa principal de daño hepático. Además, una dieta baja en sodio ayudará a manejar la retención de líquidos y la ascitis. Es importante también mantener una nutrición adecuada y evitar el consumo de alimentos que puedan exacerbar la condición hepática (Esteve Perdiguer, y otros, 2021, pág. 3).

3. Seguimiento y Monitorización Regular:

Un seguimiento y monitorización regular con un hepatólogo es esencial para detectar tempranamente cualquier complicación. Las ecografías periódicas y las endoscopias pueden ayudar a identificar varices esofágicas y carcinoma hepatocelular, que son complicaciones comunes de la cirrosis. Además, pruebas de función hepática y análisis de sangre frecuentes pueden indicar la progresión de la enfermedad y la eficacia del tratamiento.

4. Soporte Psicológico y Social:

Es crucial para los pacientes con cirrosis hepática, ya que la enfermedad puede tener un impacto significativo en su calidad de vida. Una participación en grupos de apoyo y la consulta con un terapeuta pueden ayudar a manejar la ansiedad y la depresión. Además, involucrar a la familia en el proceso de tratamiento puede proporcionar un soporte adicional y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

5. Consideración para Trasplante de Hígado:

En casos avanzados de cirrosis donde la función hepática está severamente comprometida y las opciones de tratamiento son limitadas, se debe considerar la evaluación para un trasplante de hígado. Un trasplante de hígado puede ofrecer una oportunidad de curación y mejorar significativamente la esperanza y calidad de vida del paciente (López Gil, y otros, 2024).

REFERENCIAS

- Esteve Perdiguier, A., Cortés Bruna, M., Martín Navarro, P., Ramírez Serrano, Á., Raga Wichi, Á., & Serrano Sánchez, M. (30 de noviembre de 2021). Plan de cuidados de enfermería en paciente con encefalopatía hepática por cirrosis hepática. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11). Recuperado el 20 de 06 de 2024, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210169>
- López Gil, A. M., Reynoso Reynoso, R. E., Cavero Uruñuela, S., Mayor Gómez, C., Palomo Medina, M., & García López, M. E. (2024). La cirrosis hepática. *Revista sanitaria de investigación*, 5(1). Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-cirrosis-hepatica/>
- Díaz Recalde, K. D., Palacios Navas, A. G., Proaño Valencia, D. G., & Bohórquez Garces, J. D. (30 de 10 de 2021). Trasplante de hígado en enfermedad hepática avanzada. A propósito de un caso clínico en el Hospital Clínica San Francisco. *Recimundo*, 5(4). doi: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).oct.2021.214-221](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.214-221)
- Lahoz Pérez, E., Villamor Castillo, S., Navarro Vela, B., Romero Castro, S., López Ucedo, R., & Kithii Mwamisi, V. K. (06 de 01 de 2024). Plan de cuidados de enfermería domiciliario en paciente con cirrosis hepática por alcoholismo crónico. *Revista de Investigación sanitaria*, 4(5). Recuperado el 20 de 06 de 2024, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965691>
- Longoria Oyervidez, M. E. (2021). Proceso de atención nutricia en paciente adulto mayor, con cirrosis hepática descompensada, hospitalizado, con intervención por 12 días.[Caso clínico]. *Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León*, 2. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/26073/>
- Zavala-Hoppe, A. N., Cedeño-López, A. N., Chiquito-Pionce, G. B., & Chávez-Lucas, A. C. (2024). Epidemiología y factores de riesgo en pacientes con cirrosis hepática en Latinoamérica. *MQRInvestigar*, 8(1), 1470. doi: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.1464-1482>