

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

TESIS:

**PREVENCIÓN TERCIARIA EN SALUD PARA DISMINUIR LA
MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2019-2021**

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Presentada por:

Mg HERDERT MARTÍN ALBÁN OLAYA

Asesora:

Dra. DORIS CASTAÑEDA ABANTO

Cajamarca, Perú

2022

COPYRIGHT © 2022 by
HERDERT MARTÍN ALBÁN OLAYA
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

**PREVENCIÓN TERCIARIA EN SALUD PARA DISMINUIR LA
MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2019-2021**

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Presentada por:

Mg. HERDERT MARTÍN ALBÁN OLAYA

JURADO EVALUADOR

Dra. Doris Teresa Castañeda Abanto
Asesora

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
Jurado Evaluador

Dra. María Eugenia Urteaga Becerra
Jurado Evaluador

Dra. Bertha Hayddé Torrel Villanueva
Jurado Evaluador

Cajamarca, Perú

2022



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

MENCIÓN: SALUD

Siendo las 10:20 horas, del día 20 de Octubre del año dos mil veintidós, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ**, **Dra. MARÍA EUGENIA URTEAGA BECERRA**, **Dra. BERTHA HAYDEÉ TORREL VILLANUEVA**, y en calidad de Asesora la **Dra. DORIS TERESA CASTAÑEDA ABANTO**, Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **PREVENCIÓN TERCIARIA EN SALUD PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA.2019 -2021**; presentada por el Maestro en Ciencias en Salud Pública **HERDERT MARTÍN ALBÁN OLAYA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBACION con la calificación de DIECIOSIETE (EXCELENTE) la mencionada Tesis; en tal virtud, el Maestro en Ciencias en Salud Pública **HERDERT MARTÍN ALBÁN OLAYA**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 12:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Doris Teresa Castañeda Abanto
Asesora

.....
Dra. Sara Elizabeth Palacios Sanchez
Presidente - Jurado Evaluador

.....
Dra. María Eugenia Urteaga Becerra
Jurado Evaluador

.....
Dra. Bertha Haydeé Torrel Villanueva
Jurado Evaluador

Dedicatoria

A Mi amada esposa Silvia Liliana,
compañera de caminos áridos y gratificantes.

A mis Hijos Lucía, Martín, Mauricio y Silvia;
porque lo que se comienza, se termina.

A mis padres Wilfredo y Trixie y a mis 5 hermanos,
porque me dieron alas y me apoyaron para emprender la bella profesión de la
Medicina.

A Dios que nos invita a ser instrumentos de bien.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Cajamarca, su Unidad de Posgrado en Ciencias de la Salud, que con profesionalismo y dedicación, con su personal docente apoya la investigación y desarrollo de estrategias de mejora en la salud pública para la población de Cajamarca.

A la Dra. Doris Castañeda Abanto, asesora de tesis, por su acompañamiento y esfuerzo para perfeccionar la investigación y mejora del presente protocolo educativo.

A mis pacientes con Cirrosis Hepáticas que con esperanza y resignación se comprometen a seguir un programa educativo para bien personal y familiar. Comprendiendo que los valores de disciplina y responsabilidad son fundamentales para conseguir un tiempo de bienestar.

Al Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), su personal médico, enfermeras, nutricionistas, personal en psicología y estudiantes de residentado médico que comprenden la importancia de prevenir además de curar.

ÍNDICE GENERAL

Descripción	Pg
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice general	vii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
Capítulo I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación	5
1.4 Objetivo de la Investigación	7
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes teóricos de la investigación	9
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Hipótesis de Investigación	35
2.4 Variables	36

Capítulo III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de diseño de estudio	40
3.2 Ámbito de estudio, Población y muestra, Unidad de análisis	42
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	43
3.4 Técnicas o instrumentos de recopilación de información	44
3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos	46
3.6 Aspectos éticos de la investigación	48
Capítulo IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Resultados	50
4.2 Discusion	63
CONCLUSIONES	68
SUGERENCIAS	69
LISTA DE REFERENCIAS	70
APÉNDICES	77

RESUMEN

El presente trabajo intitulado *“PREVENCIÓN TERCIARIA EN SALUD PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2019-2021”*, es una investigación cuasi experimental, con diseño descriptivo observacional de la patología estudiada. Se realizó la aplicación de un protocolo educativo de prevención terciaria en Cirrosis Hepática avanzada, demostrándose la disminución de la morbimortalidad en un seguimiento de tres meses. La Cirrosis hepática es una enfermedad de alta mortalidad, en especial en grados B y C (Child y Pugh), no obstante con el apoyo familiar y el manejo de un protocolo educativo que incluye: la dirección y monitoreo de profesionales de la salud, control de dieta hiposódica, prevención de descompensaciones y complicaciones, y control del volumen urinario, es factible disminuir los reingresos, el número de hospitalizaciones y la mortalidad de los pacientes.

La prueba estadística Mann-Whitney, determinó que la presencia de diferencias significativas ($p < 0,05$) en la comparación entre grupos de pacientes con y sin programas de prevención terciaria en salud respecto a los días de hospitalización de pacientes con cirrosis ($p = 0,034$).

Finalmente, esta investigación encontró una prevalencia de 1.2% de cirrosis hepática de pacientes que ingresaron al HRDC en el periodo 2015-2019, tanto por consultorio externo como por emergencia, con un promedio de 40.2 pacientes por año.

Palabras clave: prevención terciaria, cirrosis hepática, protocolo educativo, salud del paciente

ABSTRACT

The present work entitled “TERTIARY PREVENTION IN HEALTH TO REDUCE THE MORBIDITY AND MORTALITY OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS IN THE REGIONAL TEACHING HOSPITAL OF CAJAMARCA. 2019-2021”, is a quasi-experimental research, with an observational descriptive design of the pathology studied. An educational protocol for tertiary prevention in advanced liver cirrhosis was applied, demonstrating a decrease in morbidity and mortality in a three-month follow-up. Liver cirrhosis is a high-mortality disease, especially in grades B and C (Child and Pugh), despite family support and management of an educational protocol that includes: direction and monitoring of health professionals, control low-sodium diet, prevention of decompensation and complications, and control of urinary volume, it is feasible to reduce readmissions, the number of hospitalizations and patient mortality.

The Mann-Whitney statistical test determined that the presence of significant differences ($p < 0.05$) in the comparison between groups of patients with and without tertiary health prevention programs regarding the days of hospitalization of patients with cirrhosis ($p = 0.034$).

Finally, this research found a prevalence of 1.2% of liver cirrhosis in patients admitted to the HRDC in the 2015-2019 period, both by outpatient clinic and by emergency, with an average of 40.2 patients per year.

Keywords: tertiary prevention, liver cirrhosis, educational protocols, patient health

INTRODUCCIÓN

Dentro de la problemática de la salud pública, la atención de enfermedades crónicas degenerativas no infecciosas está en aumento, constituyen una importante carga de las prestaciones en instituciones de salud por sus frecuentes reingresos, altos costos hospitalarios y afectación a la economía familiar, que requiere organizar programas preventivos de nivel terciario para disminuir su morbimortalidad.

La Cirrosis hepática es una de las enfermedades de mayor prevalencia en los servicios de hospitalización de gastroenterología del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), no se tienen estudios regionales de incidencia, epidemiología, mortalidad y reingresos hospitalarios. Además, el Perú carece de un protocolo educativo de prevención terciaria que disminuya complicaciones y descompensaciones, costos hospitalarios y mortalidad en cirróticos. En este sentido, esta investigación demostró que la aplicación de un protocolo educativo de prevención terciaria en salud es efectiva: disminuyendo complicaciones y descompensaciones que se traducen en una mejora de la morbimortalidad de estos pacientes, lo cual, sirve como un modelo de atención ambulatoria que pueda ser replicado en otras realidades del sistema de salud peruano.

La investigación realizada corresponde a un estudio prospectivo, cuasi-experimental, que compara parámetros de morbimortalidad en cirróticos entre un grupo que cumple con un protocolo educativo de prevención terciaria y otro grupo que recibió la atención usual del sistema de salud en el HRDC.

La tesis está integrada por los siguientes capítulos: el primero corresponde al problema de la enfermedad hepática crónica dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles. El segundo, explica el marco teórico de la enfermedad, la prevención terciaria, la importancia de la familia y las bases científicas de fundamentación de los cambios de los estilos de vida para obtener buenos resultados; se revisa bibliografía nacional e internacional de los temas. En el tercero y cuarto, se evalúan los objetivos y cuadro de operacionalización de variables de la investigación, asimismo, se explica los aspectos éticos respetados durante el estudio; posteriormente se hace la descripción de la metodología , los importantes resultados y discusión de la investigación , así como las principales conclusiones y sugerencias que nos hacen vislumbrar un futuro de mejoras en la atención de los pacientes con cirrosis hepática avanzada, una atención más humana y personalizada .

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema:

La salud es una síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, y el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional, una necesidad que va paralela a la historia humana y en este milenio, un derecho de sociedades organizadas ¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los objetivos de Desarrollo sostenible al 2030 (objetivo 3,4) es buscar reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar de la población ⁹.

Desarrollar un trabajo en prevención terciaria es la búsqueda de la recuperación *ad integrum* de una enfermedad crónica clínicamente manifiesta ³⁸. Las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen el 70% de la mortalidad en países de bajo y medianos ingresos ²⁶.

En el Perú, las enfermedades crónicas no transmisibles digestivas se estudiaron entre 2010- 2015, siendo causa importante de consulta y hospitalización. Así, la Cirrosis Hepática es considerada la principal causa de mortalidad estandarizada (TME) con una tasa 12,2 x 100.000 personas-años y es la principal causa de hospitalización en los servicios de gastroenterología. También, se vio un incremento de Cirrosis Hepática, desde una posición 10 del Ranking de morbilidad en 1986, hasta ser la quinta causa de enfermedad en el 2016, en Perú. Otro aspecto en la Cirrosis Hepática es que es una enfermedad recidivante

y requiere control permanente, así, se observa una alta tasa de readmisión hospitalaria y mortalidad en los tres meses siguientes a la primera admisión de un paciente con cirrosis ²⁵.

En Cajamarca la cirrosis hepática fue la séptima causa de mortalidad en varones durante el 2018, con 3,18% de defunciones y fue la tercera causa de mortalidad en el mismo periodo, cuando se estudia a la población entre los 30 y 59 años, para ambos sexos con 7,81%¹².

Según Farfán¹⁵ la principal causa de cirrosis hepática en Perú es el alto consumo de alcohol, constituyendo una significativa problemática de enfermedad a la salud de la población. El alcohol no solo es la etiología más importante de la cirrosis hepática sino que incrementa 8 veces la mortalidad en los pacientes entre los 35 y 69 años que continúan consumiendo alcohol ³⁵. Según el INEI ²², 2015, el consumo excesivo de alcohol en mayores de 15 años en Perú en los últimos 30 días de realizada la encuesta, fue 21.5% para ambos sexos, siendo mayor en varones con 32.1%; cuando se habla de regiones del país y consumo excesivo de alcohol en la sierra es 17 %. Por ello, investigar e intervenir en el excesivo consumo de alcohol es disminuir la incidencia de cirrosis hepática y disminuir su descompensación y mortalidad, también es disminuir la recurrencia de hospitalización por esta enfermedad e incluso reducir otras asociaciones de enfermedad, como 11 tipos de cánceres, enfermedades pancreáticas, enfermedades gástricas, enfermedades neuro-psiquiátricas, violencia familiar y otros problemas sociales ²⁷.

Otro aspecto de las causas de cirrosis hepática es la fuerte asociación a esteatosis hepática no alcohólica y esteatohepatitis no alcohólica (NASH) ³², la

misma que se relaciona con una creciente epidemia de sobrepeso y obesidad en el Mundo. Según Browning ⁶, el hígado graso o esteatosis hepática afecta al 25 al 30 % de la población en Italia y Estados Unidos. En el Perú, la encuesta nacional de hogares 2006 señala que la prevalencia de sobrepeso fue de 42,5% en adultos y 21.7% en adultos mayores, la obesidad estuvo en 19,8% y 10,6% respectivamente. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENDES) del 2014 la prevalencia de sobrepeso fue 33,8 a nivel nacional siendo 29,8% en la región andina, mientras que la prevalencia de obesidad en el Perú fue 18,3%³⁹. Así mismo, hay investigaciones en el Perú como Tagle ³⁴, entre los años 2001 y 2006 en un estudio con biopsias hepáticas en 50 pacientes, 29 con sobrepeso y 21 con obesidad. Dieciocho tuvieron esteatosis simple y 22 tuvieron Esteatohepatitis No alcohólica (NASH) (44%), de modo que 40 pacientes (80%) en total tuvieron alguna forma de hígado graso. Cinco pacientes (10%) tuvieron cirrosis confirmada por biopsia, y en todos ellos el hallazgo de cirrosis fue totalmente incidental. Un 64% de los pacientes con NASH fueron obesos, como lo fueron los cinco cirróticos de dicha serie.

Esta enfermedad también se asocia a enfermedades infecciosas virales, según Bustíos ⁸ en el Perú, la hepatitis viral aguda por Virus de hepatitis B (VHB) y Virus de hepatitis C (VHC) que tienden a las cronicidad, tienen una incidencia de 15.2% y 11.8% respectivamente, dentro de sus causas.

Otro aspecto es que la mayoría de casos con Cirrosis Hepática acuden a los centros hospitalarios en estadios avanzados (más del 80%), según la clasificación de Child-Pugh acuden en estadio B un 42.3%, y estadio C un 42.5%⁸.

A pesar de la Cirrosis Hepática ser considerada un problema de salud pública que requiere acciones educativas claras para prevenirla, no se dispone de la suficiente información acerca de sus características epidemiológicas y clínicas, a nivel de Perú y menos en regiones como Cajamarca, esta situación limita las posibilidades de intervención de las pautas preventivas y asistenciales más adecuadas en manejo de la cirrosis hepática no complicada, en la realidad peruana, para la eliminación o el control de los principales factores causales de esta enfermedad.

La Cirrosis hepática no es una enfermedad de un solo órgano, sino que sus complicaciones la caracterizan como una enfermedad sistémica con daños en diferentes órganos como: riñón (síndrome hepato-renal), circulatorio (hemorragia variceal), hemático (coagulopatía), gástrico (úlceras, gastritis, gastropatía hipertensiva) neurológico (encefalopatía hepática), respiratoria (síndrome hepato-pulmonar, hipertensión porto- pulmonar), cardíaco (cardiomiopatía), inmune (infecciones recurrentes), entre otros ²⁴ . A pesar de la complejidad y severidad se carece de un programa educativo sostenible que permita al paciente evitar sus constantes hospitalizaciones y riesgo de mortalidad.

En estos tiempos en que la calidad en salud, por un lado busca involucrar al paciente y a la familia¹⁰ y por otro lado, la búsqueda de la productividad agiliza procesos que requieren un tiempo adecuado para examinar pacientes, explicar con detalle las características de la enfermedad y factores de riesgo, es difícil no solo satisfacer la atención de los pacientes ³⁰, sino incidir en la menor morbimortalidad. Por ello, crear espacios de diálogo, didácticos, colectivos,

sustentados en la confianza con el personal de salud , con contenidos técnicos adecuados, independiente de la consulta externa tradicional enfocada en los síntomas que le preocupa el paciente ; tienen más importancia y están en la línea de los derechos de salud que se merece todo paciente. Desde el 2010, de forma oficializada a manera de proyecto piloto en el Hospital Regional de Cajamarca se formó “La Asociación de enfermos con cirrosis hepática” bajo la denominación de “Hepatoamigos”; se atendieron más de 50 pacientes entre los años 2010 y 2018 teniendo buena aceptación entre estos, y presagiando la forma en que se pudiera luego sistematizar el trabajo en una investigación de tipo prospectiva.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo contribuye un protocolo educativo de prevención terciaria en salud a la reducción de la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el 2019-2021?.

1.3. Justificación

A pesar de ser la Cirrosis Hepática una enfermedad mundialmente conocida, con características establecidas en su etiología, evolución y manejo, existe desinformación en el paciente que la padece, en su entorno cercano, inclusive dentro del personal de salud que le asiste. Como toda enfermedad, es dependiente de los determinantes sociales y el modo de vida en que se desarrolla, lo que hace que todo servicio de atención de la salud tenga necesidad de conocer la realidad de toda localidad y así incidir en los factores de riesgo

más importantes de cada región. En Cajamarca no se han efectuado estudios sobre esta enfermedad bajo estos objetivos epidemiológicos.

Siendo la cirrosis hepática una enfermedad crónica generalmente descubierta en estadios tardíos, con alta hospitalización por descompensación debido a la poca adherencia del paciente a un manejo ambulatorio ¹⁸, se hace necesario crear un protocolo educativo de atención del enfermo con cirrosis hepática avanzada (Child B o C) , que en forma ambulatoria, con el apoyo del entorno familiar y el trabajo permanente de personal capacitado del Hospital Regional de Cajamarca, mantenga un seguimiento eficiente para evitar las complicaciones y descompensaciones de los pacientes. Un protocolo educativo de prevención terciaria de este tipo, disminuiría hospitalizaciones, los reingresos, los gastos económicos del estado , los gastos familiares y la consiguiente mortalidad.

Dar validez a un protocolo de atención médica personalizada en equipo, sin costo, de orientación fundamentalmente educativa, que priorice limitar los factores de riesgo (factores desencadenantes de la complicación o descompensación), con temas de alimentación adecuada, estilos de vida saludable, salud mental, usos adecuado de medicamentos, y manejo de afecciones y complicaciones, permite elaborar un manejo en cuidados paliativos, muy similar a otros existentes como los que dispone la Ley N° 30846 “Ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas” con el fin de dar máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores. El citado protocolo atendería las enfermedades crónicas progresivas que generan dependencia y constituyen amenazas para la vida, ha de contener apoyo psicológico, espiritual

y las medidas necesarias, con enfoque intercultural, que demandan los enfermos crónicos y los terminales ¹¹.

Según la Ley de Salud N° 26842, en su artículo 14: “Toda persona tiene el derecho de participar individual o asociadamente en programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva”¹¹. Fortalecer “las asociaciones de enfermos”, no solo tiene contribuciones para los pacientes en su salud, también mejora aspectos económicos, y puede contribuir en el futuro con investigaciones científicas ³⁰. Las modalidades en que la participación de las asociaciones de enfermos genera producción de conocimientos, son muy diversas, dependen fundamentalmente de cada país y de sus marcos institucionales, pero también de las enfermedades y de sus formas de evolución. No existen experiencias exitosas en el campo de las enfermedades hepáticas, pero sí las hay en muchas patologías nefrológicas, neurológicas, cardíacas, dermatológicas, en enfermedades raras, reumatológicas, endocrinas, en discapacitados, entre otras.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la contribución de la Prevención Terciaria en Salud en la disminución de la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019-2021.

1.4.2. Objetivos específicos

- Aplicar un Protocolo educativo de Prevención Terciaria en Salud en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el 2019-2021.
- Comparar la morbimortalidad de pacientes que participan y no participan en la aplicación de un protocolo educativo de prevención de salud terciaria con Cirrosis hepática durante los años 2019-2021.
- Determinar la prevalencia de cirrosis hepática en pacientes del Hospital Regional Docente de Cajamarca por año en los últimos cinco años (2015-2019).
- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con cirrosis hepáticas entre 2015-2019 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes teóricos de la investigación:

Alonso F (2010) ⁴¹. Análisis de la tendencia de la mortalidad por cirrosis hepática en Chile 1990- 2007.

Hace un estudio ecológico, revisando registros de defunciones entre 1990 y el 2007, se revisaron 44,894 defunciones por cirrosis hepática que constituían el 3,1% de la muerte ocurrida en ese periodo, siendo la etiología más frecuente la asociada al alcohol en un 53,74%. La mortalidad fue 5 veces más frecuente en varones que en mujeres, y se encontró la disminución de la mortalidad en el tiempo probablemente por los avances en el manejo terapéutico igual que se ha visto en el mismo tiempo en el mundo, sin embargo, sugieren que la ingesta de alcohol puede alterar esta tendencia de disminución de la mortalidad que se viene dando.

Bustíos C (2007) ⁸. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud.

Su objetivo fue conocer las características clínicas y epidemiológicas de la cirrosis hepática, en pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, para proponer medidas claras de prevención. Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM entre enero 2001 y junio 2004. Se incluyeron 475 pacientes. El 45.1%

correspondió al sexo femenino, la edad promedio fue 63.4 años (r=26-93). Las causas más frecuentes de cirrosis fueron consumo de alcohol (28%), hepatitis B crónica (15.2%) y hepatitis C crónica (11.8%). Estuvieron en estadio B de Child-Pugh el 42.3%, y estadio C el 42.5%. El principal motivo de hospitalización fue el sangrado digestivo por hipertensión portal, seguido por ascitis y encefalopatía. Las infecciones más frecuentes fueron la urinaria, la neumonía y la peritonitis bacteriana espontánea. Se encontró carcinoma hepatocelular en el 7.9% de casos. Se concluyó que la cirrosis afecta a varones en mayor proporción y son el consumo crónico de alcohol y la enfermedad viral crónica las principales causas. El sangrado digestivo es el principal motivo de hospitalización. La mayoría de casos llega en estadios avanzados de enfermedad. Las infecciones más frecuentes son la urinaria, la neumonía y la PBE. El mayor conocimiento de esta patología nos puede ayudar a establecer medidas preventivas y políticas nacionales que contribuyan a disminuir la prevalencia de esta enfermedad y minimizar sus consecuencias disminuyendo así costos económicos y sociales derivados de esta realidad.

Malpica-Castillo A. (2013) ²⁵. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima.

Desarrolla un estudio con el objetivo de evaluar la mortalidad y reingresos durante tres meses de pacientes admitidos por emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, así como sus características clínicas y epidemiológicas, el estudio de tipo prospectivo se desarrolló entre octubre 2011 y octubre 2012, haciendo un seguimiento a 95 pacientes a través de vía telefónica a los tres meses del alta. Resultados: La edad media fue 59.2 años, con un grupo etario más frecuente entre 50 y 59 años con un 29.1%. La etiología

de la cirrosis más frecuente es alcohólica, con un 45,8%. Hepatitis C, con un 9,3%. Hepatitis B, con un 6,3%. Esteatohepatitis, con un 8,3%. Otras etiologías 11,4%. Y de causa desconocida 18,8%.

El principal motivo de descompensación y hospitalización fue hemorragia digestiva alta con un 29,2%, seguido por Encefalopatía 28,1%. El grado de Child y Pugh fue Grado C: 56,2% y Grado B 37,5%. La mortalidad en el seguimiento de tres meses fue 39,6% y la readmisión fue de un 42,8 %. Concluye: la alta mortalidad y readmisión de estos pacientes en los siguientes tres meses de evaluados.

Acorda L. (2013) ². Comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con cirrosis hepática.

Su objetivo fue determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes cirróticos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se realizó un estudio no experimental, descriptivo y retrospectivo. El llenado de la información, obtenida de las historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión, se hizo en una ficha de datos de todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepáticas del hospital Loayza, del año 2006 al 2010. El tamaño de la muestra fue de 210 pacientes. Resultados: El grupo etario que prevaleció fue el de 60 a 69 años, con el 31,4%. El 57,1% de los pacientes fueron de sexo femenino; y el 42,9%, de sexo masculino. La causa más frecuente de cirrosis hepática fue la ingesta de alcohol, con el 21,9%; como segunda causa probable Esteatohepatitis no Alcohólica (NASH) con el 18,6%; y en tercer lugar, infección por virus de hepatitis B (VHB), con el 12,4%. En la población estudiada predominó el grado A para el score de Child, con el 37,1%. La principal causa de hospitalización fue

hemorragia digestiva alta variceal, con un 28.6 %. La causa más frecuente de infección fue la infección urinaria, con 44.6 %; seguida de la peritonitis bacteriana espontánea, con 24.6%. Cuando se evaluó el score de MELD, la severidad de enfermedad hepática se encontró que el 62.4% tenían un score menor a 14. Se evaluó una posible relación entre el Score de MELD y score Child y se encontró que el 76.8% de los pacientes con Score Child grado C tuvieron un Score de MELD mayor de 14 ($p= 0.00$). Conclusión: La cirrosis hepática afecta más a mujeres que a varones, siendo la ingesta de alcohol la causa más frecuente. El principal motivo de hospitalización fue hemorragia digestiva alta de origen variceal, y la causa más frecuente de infecciones fue la infección del tracto urinario. Más de la mitad de los pacientes tuvieron una o más hospitalizaciones, se halló que el score de Child Pugh se correlaciona y es directamente proporcional a la frecuencia del número de hospitalizaciones. Se encontró que los pacientes con Child C tenían un score de MELD mayor de 14.

Arocutipa G (2017) ⁴. Incidencia y características clínico – epidemiológicas de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2013 – 2016.

Su objetivo fue determinar la incidencia y las características clínico – epidemiológicas de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2013 – 2016. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, incluyó 95 pacientes hospitalizados. Resultados: La mayoría de pacientes tenía menos de 80 años, con predominio de sexo masculino, la obesidad representa 50,5%, la etiología y complicación más frecuente de la es el alcoholismo con el 51,6% y

la ascitis (63,2%), seguido de la encefalopatía (41,1%). El estadio clínico más frecuente es Child Pugh C (47,4%) y MELD 10-19 (55,9%). Conclusión: La incidencia es de 23,7 pacientes por año. Las principales características epidemiológicas la edad promedio 62,65 años, con predominio del sexo masculino, etiología alcohólica y de complicación la ascitis. Los principales hallazgos del laboratorio se relacionan con la patología. El estadio clínico más frecuente es Child Pugh C y un MELD entre 10 - 19.

Tinoco E. (2018)³⁶. Factores asociados al desarrollo de encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo enero-marzo 2018.

Con el objetivo de caracterizar los principales factores precipitantes al desarrollo de encefalopatía hepática en los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, en el periodo enero-marzo 2018. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en 92 pacientes con cirrosis hepática y encefalopatía hepática en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se obtuvieron los datos de las historias clínicas. Resultados: El 63% fueron mujeres, 37% fueron hombres. El 69.6% presentaron una edad mayor a 60 años. La etiología de la cirrosis hepática con mayor frecuencia fue esteatohepatitis no alcohólica (NASH) en el 46.7% de los pacientes, seguido de la etiología alcohólica en el 32.6%. Hubo una mayor frecuencia de Child B (74%) seguido de Child C (26%). Cuando se evaluó el Score Meld, se encontró que el 51% tenían un score mayor a 15. Los factores precipitantes a encefalopatía hepática fueron: Hemorragia digestiva alta (59.8%), infecciones intercurrentes (54.3%), desnutrición crónica (51.1%), hiponatremia (42.4%). La infección intercurrente de mayor frecuencia

fue la Infección del tracto urinario (26%). Presentaron un episodio de infección el 40.2%. Pacientes con un Score Meld mayor a 15, la hiponatremia fue el mayor factor precipitante (74.4%), seguido de la desnutrición crónica (68.1%). Se concluyó una mayor frecuencia de pacientes mujeres. La edad fue por encima de los 60 años, con cirrosis de etiología esteatósica, cuyos principales factores precipitantes de encefalopatía hepática fueron la hemorragia digestiva alta, las infecciones del tracto urinario y en pacientes con mayor severidad de falla hepática (Meld > 15) predominó la hiponatremia y la desnutrición crónica.

Elizagaray (2016)¹³. Educación al paciente con fibromialgia. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados.

El objetivo del trabajo fue analizar la efectividad de la educación al paciente con fibromialgia sobre el dolor, calidad de vida y funcionalidad. La búsqueda de artículos se realizó utilizando bases de datos electrónicas. Los criterios de inclusión fueron: estudios clínicos aleatorizados y controlados (ECA), realizados en pacientes con fibromialgia, donde la intervención terapéutica se basa en la educación al paciente, y publicados en inglés y castellano. Dos revisores independientes analizaron la calidad metodológica utilizando la escala PEDro. Se seleccionaron cinco ECA, de los cuales cuatro presentaron una calidad metodológica buena. En tres de los estudios, la educación al paciente, en combinación con otra intervención basada en ejercicio terapéutico, mejoró los resultados en las variables que evaluaron el dolor y la calidad de vida en comparación con las mismas intervenciones realizadas por separado. Además, un ECA de buena calidad metodológica mostró que la educación al paciente activó vías neurales inhibitorias descendentes del dolor. El análisis cualitativo muestra evidencia fuerte-moderada acerca de que la educación al paciente, en

combinación con otras intervenciones de ejercicio terapéutico, ofrece resultados positivos en las variables de dolor, calidad de vida y funcionalidad. Se concluyó que la educación al paciente por sí sola no ha mostrado ser efectiva sobre el dolor, la calidad de vida ni la funcionalidad en pacientes con fibromialgia. Existe evidencia fuerte de la efectividad de la combinación de educación al paciente con ejercicio y estrategias activas de afrontamiento sobre el dolor, la calidad de vida y la funcionalidad a corto, medio y largo plazo en pacientes con fibromialgia.

Bonilla F (2014) ⁵. Educación Sanitaria al paciente con enfermedad crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad? .

Este estudio tuvo como objetivo conocer la producción científica acerca de la utilidad de la educación sanitaria en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Se recalca que la enfermedad renal crónica se ha convertido en un grave problema sanitario por su elevada incidencia y prevalencia e importante morbimortalidad y coste asistencial. Dada la gravedad del problema, es necesaria una detección precoz de la enfermedad y un tratamiento adecuado de las comorbilidades asociadas. El manejo por parte del paciente (de su tratamiento, dieta, medidas higiénicas, etc.), puede prevenir o reducir esta complicación, para lo cual es fundamental la educación sanitaria. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de PubMed, Scielo, Science Direct y Google Académico. Se incluyeron artículos científicos escritos en inglés y español. Se analizaron los artículos que trataban la educación sanitaria de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en consultas pre-diálisis. Tras el análisis de los 24 artículos seleccionados, se señala que la educación sanitaria ofrece beneficios tangibles al enfermo renal. Entre las variables desarrolladas, cabe destacar la fuerte implicación que la educación tiene en la elección de modalidad

de tratamiento y como se considera un factor asociado a la supervivencia. Además, se relaciona con un 17% menos de riesgo de ingresar en el hospital, un inicio programado de la diálisis, reduce la morbilidad, aumenta los valores de parámetros bioquímicos positivos y da más seguridad al paciente para afrontar el manejo de su enfermedad.

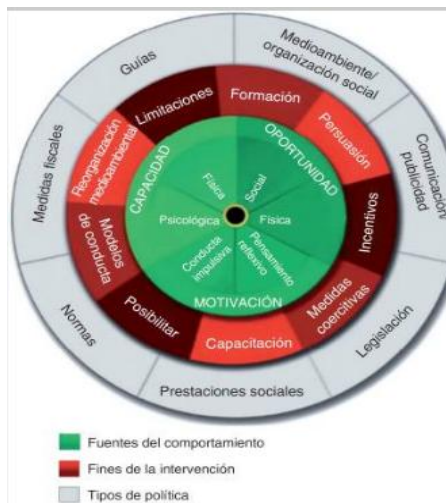
2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Teorías cognitivo conductuales para mejorar el Estilo de Vida:

Los trabajos de intervención en enfermedades crónicas utilizan técnicas de la Medicina conductual y psicología de la salud. Son intervenciones llamadas cognitivo-conductuales, pueden ser individualizadas, logran cambiar estados de ánimos propios de la enfermedad crónica, mejorar la adherencia terapéutica, y la calidad de vida. Se buscan registros de dieta y de conductas de riesgos a través de autoevaluación. Se han usado en enfermedades como hipertensión arterial y diabetes *mellitus*, con buenos resultados en las mejoras de los estados fisiológicos⁴³.

La Escuela Española llama Intervenciones para el cambio de conducta, concibe varias etapas: Pre contemplación (no deseo de cambio), contemplación, preparación para el cambio o determinación, acción o cambio, mantenimiento, recaída. Los procesos implican un trabajo de 6 meses mínimos ⁴⁴.

Intervención Conductual:



Fuente: Actualización APPS 2018 ⁴⁴.

También otra forma de interpretar estas intervenciones conductuales es bajo los conceptos de “oportunidad” atendiendo al medio ambiente, comunicación. También la “motivación” según sea la capacitación y medidas coercitivas. Finalmente “capacidad” según se dirijan con guías, normas elaboradas.

También se aconseja utilizar la reglas de la 5 Aes de la Unidad de servicios preventivos americanos (USPSTF) (abordar, aconsejar, acordar, ayudar, asegurar), Así, preguntar sobre conductas de riesgos y factores que impiden el cambio de conducta, aconsejar de forma específica e individualizada dando información sobre riesgos y beneficios , acordar o pactar sobre objetivos , ayudar a hacer posibles los objetivos con tratamientos farmacológicos adecuados y fijar visitas de seguimiento incluso con apoyo de un familiar y derivación a unidades especializadas ⁴⁴.

Es recomendable un trabajo del personal sanitario individualizado, motivador, impulsando la autoeficacia del paciente, apoyo social, haciendo retroalimentación permanente en cada cita, hacer una evaluación de la metas y avances del seguimiento.

Se hace más complejo el problema de transformación de la conducta, cuando se tiene que incidir en varios factores como dejar el consumo de

alcohol, controlar la alimentación adecuada, manteniendo actividad física, y apoyando el reconocimiento de complicaciones, así como mejorando el estado anímico y apoyando el reconocimiento de signos de alarma o peligro.

2.2.2. Prevención terciaria

Desde que a mediados del siglo XIX surge documentación que respalde la importancia de la educación en salud, el término empezó a tener mayor cabida y a ser formalizado. Con el pasar de los años, la sobrevivencia de las personas con enfermedades crónicas empezó a aumentar, permitiendo que el foco de la administración se centre en esta “educación de los pacientes”. Hoy en día, la prevención mediante la educación de los pacientes es reconocida como una herramienta integral de tratamiento ²⁸.

La OMS define tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria consiste en evitar la adquisición de la enfermedad (por ejemplo, vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). En cuanto a la prevención secundaria, va encaminada a la detección de enfermedades en estadios precoces, y si son ejecutadas las medidas adecuadas, se puede evitar su progresión. Finalmente, la prevención terciaria se enfoca en las medidas dirigidas a evitar complicaciones e invalidez, cuando una enfermedad ya se ha establecido, intentado así, mejorar la calidad de vida del paciente ²⁸.

La educación para la salud en la presente investigación, por tanto, puede ser definida como un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes²⁰ que el (la) paciente cirrótico(a) requiere para mantener

un comportamiento adecuado en bien de su salud. La educación para la salud tiene dos objetivos fundamentales: capacitar a las personas para tomar decisiones informadas que favorezcan la salud y conseguir su participación en el proceso educativo mediante una actitud crítica y una implicación en las decisiones que favorezcan la salud ²⁸.

Los estudios señalan que es importante tener en cuenta que para ser efectivos, los sistemas educativos no formales e informales de educación en salud deben poseer algunas características, como son: 1) un enfoque funcional, es decir, relacionado a problemas concretos del día a día; 2) deben basarse en la motivación de las personas y/o comunidad para participar, por lo que, las técnicas educativas deben ser de fácil comprensión y asimilación, sin que requiera un alto nivel educativo; 3) aprovechar la capacidad propia de aprendizaje de cada persona, promoviendo la participación activa. Todas estas características se cumplen con mayor efectividad al trabajar con un grupo de personas que tienen algo en común, en este caso, su enfermedad, pues no solo reciben información del profesional de la salud, sino que además de otras personas que están pasando por una situación similar ²³.

A pesar de que no existe experiencia previa en educación terciaria en cirróticos que haya sido documentada y publicada, sí la hay en otras enfermedades crónicas. Elizagaray ¹³, demostró que mediante el uso de educación en salud se mejoraron los síntomas y crisis en pacientes con fibromialgia. Por otro lado, Guerra, en Chile, plantea una revisión sistemática de educación en salud para la adherencia al tratamiento en pacientes dializados, dando a notar que se mejora la calidad de vida en estos pacientes ²⁰. En el 2014, Bonilla ⁵ analizó si existe

suficiente evidencia de la utilidad de la Educación sanitaria en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, se revisan 24 publicaciones, concluyendo que la Educación sanitaria se relaciona con un 17% menos de riesgo de ingresar en el hospital, un inicio programado de la diálisis, reduce la morbilidad, aumenta los valores de parámetros bioquímicos positivos y da más seguridad al paciente para afrontar el manejo de su enfermedad. Así, por ejemplo, en el servicio de nefrología del Complejo Asistencial Universitario de León, España, se describe una intervención educacional en pacientes en diálisis para la reducción del fósforo. Se demuestra que las estrategias de educación a pacientes no solo mejoraron su calidad de vida, sino que también son costo-efectivas, ahorrando doscientos euros por paciente al mes, según el estudio. Recalcan que la educación de los pacientes y la alianza terapéutica en el proceso de prescripción, no sólo son eficaces, sino también coste-efectivas; y que la única limitación de las estrategias educacionales es que requieren ser repetitivas y continuas, o su eficacia se verá mermada con el paso del tiempo. Cada día resulta más evidente la necesidad de un abordaje multidisciplinario que implique no solo a médicos y enfermeras, sino que debe incorporar a las unidades de diálisis, a dietistas y nutricionistas, capaces de programar y llevar a cabo estas actividades formativas de modo continuo ³.

2.2.3 Importancia de la familia en la prevención en salud

Para Isabel Louro ⁴⁵ podría considerarse a la familia como un determinante social en la medida que bajo su influencia se generan entornos saludables, se producen mecanismos protectores y de regulación de las funciones relacionadas con la enfermedad las consecuencias y la muerte.

Roca Roger ⁴⁶, establece algunas características de cuidadores familiares, generalmente mujeres y de edad mediana, que les afecta y condiciona ansiedad, migrañas en la población en especial con personas muy dependientes.

Boyle Siguan, evalúa la importancia de la familia en la prevención terciaria en programas de insuficiencia renal sometidos a hemodiálisis, establece el rol de minimizar los signos y síntomas de las complicaciones, restablecer la función, supervisión de medicación, incluye charlas educativas, manejo del bienestar físico y mental y mejoras en su relación familiar ⁴⁷.

De alguna manera también el rol familiar podría entenderse como una actitud de auto manejo ⁴⁸. La familia mejora su apoyo en la medida que rompe barreras existentes, busca equilibrar conflictos existentes y hace una fusión con los objetivos del paciente y los profesionales de la salud que lo atienden. La importancia de los cuidados de la familia son una realidad en los últimos 20 años y constituyen líneas de investigación en cuidados paliativos en VIH, diabetes mellitus, dolor crónico, reumatismo, neumopatías, cardiopatías y enfermedades cerebrovasculares.

Se sugiere mejorar un mismo protocolo de términos médicos para la población atendida, establecer manejo multidisciplinario, establecer elementos de sostenibilidad, costo eficacia, determinar medidas más válidas de autocuidado, promover ampliación de tecnologías de automanejo (internet y redes sociales).

Otro elemento sustancial para tratar en la enfermedad crónica es el efecto desmedido del arsenal terapéutico y acciones indebidas a que se exponen pacientes como los enfermos en cirrosis hepática, a veces tan mal comprendidos

e informados y que generan ansiedad en el enfermo y en la familia ante tanta desinformación, llamada también prevención cuaternaria ⁴⁹.

En los Estados Unidos existe preocupación de los cuidados de pacientes veteranos de la administración pública, por mejorar la calidad de vida de casi 80 000 trabajadores con cirrosis hepática que presentan cada año . Plantean objetivos en los programas de atención como uso adecuado de antibióticos en pacientes con hemorragia digestiva, screening de cáncer de hígado anual, reducir la readmisión de pacientes y disminuir la morbimortalidad a través de cuidados multidisciplinarios que incluyen gastroenterólogos, hepatólogos, médicos de atención primaria, radiólogos y psiquiatras además de intervención con visitas domiciliarias, llamada telefónica y sistemas de monitoreo remoto en casa ⁵².

2.2.4 Teoría del autocuidado.

Dorothea Orem (1991), expone bajo una visión holística del ser humano, que él es capaz con sus ideas, de pensar y reflexionar sobre su estado de salud, guiar sus esfuerzos para la búsqueda de acciones de su cuidado o buscar apoyo en el autocuidado. Orem identifica 14 necesidades humanas y las adecua a sus teorías básicas relacionándolas con la relación enfermera-paciente y las dividió en tres tipos de acciones: de sustituta, ayuda y compañera. Bajo esta perspectiva las satisfacciones de necesidad básica requieren de tener conocimientos tanto del paciente como de la enfermera, manteniendo un nivel de trabajo hospitalario fundamentalmente. Esta teoría tiene influencia de las

teorías de personalidades de Maslow y Erich Fromm, así como la teoría sistémica de Karl Ludwig von Bertalanffy.

Además, Margarita Pereda añade que, la teoría de autocuidado puede ser aplicada en el entorno social por diferentes miembros de la comunidad y colaborar con estas acciones de enfermería, subrayando sobre todo el papel de la educación en la prevención y mejoras de estilos de vida ⁵³.

2.2.5. Cirrosis hepática (CIE 10): K.74

- Definición

Según la OMS la Cirrosis Hepática es una entidad anátomo-patólogo-clínica que se caracteriza histológicamente por la existencia en el hígado de una tríada caracterizada por necrosis hepatocelular, regeneración nodular y fibrosis difusa que conllevan a una alteración del patrón lobulillar y vascular intrahepáticos, y que se expresa clínicamente por una sintomatología variada pero característica. Es una enfermedad crónica e irreversible que aparece en el estadio final de diversas patologías. La lesión celular desencadena un ciclo de inflamación, regeneración y fibrosis, generando una alteración de la circulación intrahepática, hipertensión portal y colestasis ¹.

- Etiología

Dentro de la etiología más frecuente, el consumo excesivo de alcohol (26.8%) ocupa el primer lugar, seguido por las infecciones por virus de la hepatitis B (20.2%) y C (10.1%). Otras causas menos frecuentes incluyen esteatohepatitis no alcohólica (NASH), las enfermedades de depósito (glucogenosis tipo IV, la

deficiencia de alfa-1-antitripsina), enfermedad de Wilson, hemocromatosis crónica, enfermedad biliar (cirrosis biliar primaria, atresia biliar, obstrucciones biliares), uso de ciertas drogas como metildopa, enfermedades congestivas (pericarditis constrictiva, Budd-Chiari), hepatitis autoinmune, criptogénica (idiopática), entre otras ¹⁸.

- **Aspectos epidemiológicos**

La CDC (Centers for Disease Control and Prevention) en 1998 ubicó a la cirrosis hepática como décima causa de muerte en los Estados Unidos. Hacia el 2000, era la doceava causa de muerte, y actualmente es una de las 10 causas de mortalidad en la población económicamente activa (adulta). Se plantea más frecuente en hombres, en una relación 2 a 1 y generalmente en personas adultas mayores ²⁶.

En el Perú, en el año 2000 era la séptima causa de mortalidad global, representaba aproximadamente el 4% de la mortalidad nacional, donde el 70% de estos eran varones. Al igual que en el mundo, la tendencia era aumentar las cifras con la edad, llegando a ser la segunda causa de muerte en pacientes entre los 50 y 64 años. Ya para el 2015, ocupaba el quinto lugar de causa de mortalidad global. El número de muertes por enfermedades del hígado entre el 2010 al 2015 fue de 21 156 (53% del total de muertes por enfermedades digestivas no neoplásicas), y la mayoría por fibrosis y cirrosis del hígado que fueron 15 610 (39,1%) con predominio de varones (62,3%). Hubo un mayor porcentaje de fallecidos de sexo masculino (76,8%). La enfermedad digestiva con más alta tasa de mortalidad estandarizada (TME) fue la fibrosis y cirrosis del hígado (9,0 por 100.000 personas-año), seguido por la enfermedad alcohólica del hígado (2,0

por 100.000 personas-año) e insuficiencia hepática (1,1 por 100.000 personas-año). Las TME por fibrosis y cirrosis del hígado fueron altas durante el período de estudio, con tendencia decreciente (2010: 10,0 y 2015: 9,3) ⁹.

- **Fisiopatología**

La cirrosis está precedida de hepatitis y esteatosis independientemente de la causa. Si la causa es resuelta en estos estadios, es completamente reversible. En cirrosis, un tejido cicatricial reemplaza el parénquima normal. El hígado está conformado por dos clases de células implicadas en la fisiopatología: parenquimatosas (hepatocitos), y las no parenquimatosas (células estrelladas o de Ito y las células de Kupffer). La fibrosis es iniciada por la activación de las células estrelladas, las células de Kupffer, los hepatocitos dañados, e incluso se han incluido a las plaquetas activadas. Las células estrelladas son activadas por diferentes citoquinas y sus receptores, intermediarios reactivos al oxígeno, señales autocrinas y paracrinas. En la etapa inicial de activación, las células estrelladas pierden retinoides y expresan receptores para citoquinas fibrogénicas y proliferativas, como TGF- β 1 (factor de transformación de crecimiento β 1) y factor de crecimiento derivado de plaquetas, ambos potentes mediadores fibrogénicos. Las células inflamatorias causan fibrosis por la secreción de citoquinas. Los colágenos tipo I y III, y la fibronectina reemplazan la matriz normal en el espacio de Disse. Esta fibrosis subendotelial lleva a la pérdida de la función endotelial y desregula la función hepática ³³. Las colagenasas (metaloproteinasas de la matriz extracelular) son capaces de degradar el colágeno, pero son inhibidas por los inhibidores tisulares de metaloproteinasas (TIMPs), los que se encuentran incrementados en la fibrosis hepática. La anatomía patológica de la cirrosis incluye nódulos de regeneración separados

por septos fibrosos, y pérdida de la arquitectura lobular normal dentro de los nódulos, lo que lleva a la disminución del flujo de sangre a través del hígado. La congestión esplénica lleva a hipertensión portal, hiperesplenismo y secuestro aumentado de plaquetas ²⁴.

La hipertensión portal se define como un incremento del gradiente de presión portal (la diferencia entre la presión portal y la presión en la vena cava inferior o en la vena suprahepática). Los valores normales son de 1 a 5 mmHg. El método más utilizado para medir el gradiente de presión portal consiste en la determinación del gradiente de presión en la vena hepática (GPVH) definido como la diferencia entre la presión venosa hepática de enclavamiento (u ocluida) y la presión libre. Existe hipertensión portal cuando el GPVH está elevado. Si la elevación es inferior a 10 mmHg, consideramos que la hipertensión portal es subclínica, mientras que valores del GPVH mayores o iguales a 10 mmHg definen lo que se denomina como “hipertensión portal clínicamente significativa” pues a partir de estos valores pueden aparecer todas las complicaciones de la hipertensión portal. El factor inicial que conduce a la aparición de hipertensión portal en la cirrosis es el aumento de la resistencia vascular hepática. El aumento de la presión portal determina la apertura y desarrollo de una extensa red de colaterales porto sistémicas, cuya finalidad es derivar una proporción significativa del flujo esplácnico hacia la circulación general, sin pasar por el hígado. Ello comporta múltiples consecuencias relevantes, entre las que destaca la formación de varices esofágicas, evento clave en la historia natural de la cirrosis hepática. Por otra parte, el shunt porto sistémico permite que bacterias o productos bacterianos de procedencia intestinal alcancen la circulación general, lo que favorece la liberación de citoquinas que promueven tanto la síntesis de

óxido nítrico (NO), como de prostaciclina (PGI₂) en la circulación extrahepática, donde provocan una intensa vasodilatación y atenúan la respuesta a estímulos vasoconstrictores. Finalmente, a través del shunt circulan péptidos gastrointestinales con poder vasoactivo (por ejemplo, glucagón) que escapan al catabolismo hepático ejerciendo efectos vasodilatadores sistémicos. Éstos y otros mecanismos vinculados a la intervención de péptidos vasodilatadores con efectos paracrinos (VIP, calcitonina, sustancia P) y/o la intervención de endocannabinoides y de un reflejo neuro sensorial que inhibe el tono vascular, se conjugan para inducir un estado de vasodilatación esplácnica. Este fenómeno contribuye a explicar la disfunción circulatoria (circulación hiperdinámica) observada en la cirrosis hepática con hipertensión portal, con repercusiones sobre el pulmón y la circulación renal entre otros tejidos ¹⁶.

- **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo están íntimamente relacionados a las causas más frecuentes de la cirrosis. Se considera entre los principales, ingesta crónica de alcohol, sexo masculino, promiscuidad, transfusiones, drogadicción, factores hereditarios, resistencia a la insulina, obesidad centrípeta, entre otros ⁶.

- **Cuadro clínico**

La historia natural de la enfermedad incluye una inicial fase compensada asintomática, seguida de una fase descompensada. El curso subclínico es habitual. Aproximadamente el 50% de los pacientes son diagnosticados de forma casual. El otro 50% manifiesta su enfermedad al aparecer síntomas o complicaciones de la enfermedad avanzada, es decir sus complicaciones: ascitis, hipertensión portal, encefalopatía, síndrome hepato renal entre otros ¹⁸.

Dentro de los síntomas generales puede encontrarse anorexia, pérdida de peso, febrículas. En piel y anexos puede hallarse signos como arañas vasculares, telangiectasias, uñas frágiles blanquecinas, en vidrio de reloj, con estriaciones longitudinales; piel seca atrófica, hipertrofia parotídea, retracción palmar de Dupuytren. En relación a afecciones endocrinas, puede hallarse atrofia testicular, disminución de la libido, ginecomastia, disminución de vello axilar y púbico, trastorno del ciclo menstrual. También síntomas dispépticos: náuseas, flatulencia, dolor abdominal difuso. La coagulación también se ve alterada, por lo que puede observarse petequias, equimosis, hematomas, epistaxis, hemorragia. Según la evolución, también puede verse hepatomegalia, ictericia, ascitis, edemas en áreas declives, varices gastroesofágicas, encefalopatía hepática ²⁴.

- **Diagnóstico**

El diagnóstico de cirrosis hepática inicia con la historia clínica, tanto la anamnesis como el examen físico contribuyen a la sospecha diagnóstica. Los factores de riesgo asociados refuerzan la posibilidad diagnóstica. Si bien es cierto el diagnóstico definitivo lo da la anatomía patológica mediante una biopsia hepática, existen otros exámenes auxiliares que pueden reforzar el diagnóstico, además de una buena historia clínica, la ecografía ^{33,34}.

- **Exámenes Auxiliares:**

- Hematología: Hemoglobina, leucocitos, plaquetas, tiempo de protrombina.
- Bioquímica: Ionograma, bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, albúmina, creatinina y urea, aclaramiento de creatinina. Cupremia, cupruria y ceruloplasmina, alfa-feto proteína, hierro, transferrina y ferritina. Iones en orina.

- Ecografía: es muy importante , por la presencia de signos de hipertensión portal, patrón parenquimal nodular, borde hepático grueso , cambios del tamaño hepático.
- Tomografía axial computarizada, resonancia magnética, puede proporcionar mejores hallazgos que la ecografía, pero de mayor costo, no siempre asequible a la población.
- Endoscopia digestiva, con presencia de varices esofágicas o gástricas y gastropatía hipertensiva.
- Biopsia hepática. Es el Gold Standard, pero por sus complicaciones son más difícil de aceptar por el paciente.
- Elastografía : evaluando la consistencia hepática , la fibrosis . Para algunos con igual similitud y criterio diagnóstico que la biopsia hepática.

- **Descompensaciones**

Se trata de procesos mórbidos sintomáticos de exacerbación en la historia natural de la Cirrosis hepática, la mayoría incrementan la mortalidad cuando se presentan, la descompensación más frecuente es la hemorragia variceal. También puede darse ascitis, encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal, síndrome hepatopulmonar, hipertensión portopulmonar, peritonitis bacteriana espontánea, entre otras ¹⁴.

- **Pronóstico**

La supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática compensada es relativamente prolongada, entre el 50% y el 70% a los 10 años. Una vez que la

cirrosis se ha descompensado, la probabilidad de supervivencia a los 3 años es inferior al 50% ¹⁸.

Las causas más frecuentes de muerte son insuficiencia hepática, hemorragia digestiva, infecciones bacterianas (en particular la peritonitis bacteriana espontánea), síndrome hepatorenal, fracaso multiorgánico y carcinoma hepatocelular. El pronóstico de la cirrosis descompensada puede estimarse mediante la clasificación de Child-Pugh o la puntuación de MELD ¹⁰.

La más conocida y utilizada Escala de valoración de la funcionalidad en Cirrosis hepática es la escala de Child-Pugh, diseñada en 1964 por Child y Turcotte y posteriormente modificada por Pugh. Esta escala fue diseñada para evaluar la mortalidad asociada a la cirugía de transección de varices esofágicas, pero con el tiempo se extendió a la evaluación de mortalidad de pacientes cirróticos a 1-2 años de plazo, sin mediar cirugía. El score va de 5-15 puntos De esa forma se determina: Child A: (enfermedad bien compensada) 5-6 puntos; mortalidad 0% a 1 año y 15% a los 2 años. Child B: (compromiso funcional) 7-9 puntos; mortalidad 20% a 1 año y 40% a los 2 años. Child C: (enfermedad descompensada) 10-15 puntos; mortalidad 55% a 1 año y 65% a los 2 años ¹⁰ (ver apéndice 5).

Esta clasificación tiene limitaciones, como la inclusión de dos variables cuya evaluación puede ser subjetiva, por lo que hace una década, investigadores de la Clínica Mayo en Estados Unidos desarrollaron el sistema de puntuación de MELD (Model End Stage Liver Disease). Actualmente se utiliza en la donación de órganos para trasplante con donante cadavérico, siendo aquellos que tienen índice mayor a 14 los que reciben la donación. Esto se debe a que en un análisis

retrospectivo de pacientes con puntuación de MELD igual o menor a 14 se determinó que éstos presentan una supervivencia sin trasplante igual o superior a su pronóstico al recibir un órgano³⁷ (ver apéndice 6).

- **Manejo**

o *Manejo del Cirrótico Compensado*

Se adopta una actitud expectante: controles periódicos clínicos, analíticos, endoscópicos y ecográficos, para conseguir un diagnóstico precoz de las complicaciones de la cirrosis. Medidas generales como una dieta equilibrada (adecuadas calorías y proteínas) pobre en sal, evitar la toma de AINES, sedantes y otros medicamentos metabolizados por el hígado, y eliminar el consumo de alcohol. Si se actúa sobre la etiología de la cirrosis en algunos casos se puede detener la progresión de la cirrosis. También se recomienda vacunación contra hepatitis A, influenza y neumococo, como medida preventiva. Las actividades físicas recomendadas incluyen caminar y nadar ²⁴.

o *Manejo del cirrótico descompensado*

Idealmente, la estrategia de manejo de pacientes con cirrosis descompensada debe estar basada en prevenir mayor progresión de la enfermedad (mayor descompensación), en lugar de tratar cada una a medida que aparecen ²¹. Las siguientes recomendaciones están basadas en su mayoría en la guía de manejo de complicaciones de Ascitis del HRDC, se comenta a modo de resumen respecto a las tres principales descompensaciones:

-Ascitis: es la más común, de un 5 a 10% de pacientes compensados la desarrollan. El manejo es reducir la volemia efectiva secundaria a la

vasodilatación esplácnica como meta. Se evalúa el balance hídrico, control de diuresis y peso diario. Debe hacer reposo físico; sin embargo, se permiten ejercicios suaves de 40 minutos 3 a 4 veces por semana. Restricción de sal en dieta (2g/día), restricción de líquidos a 1000 ml/día en estados más severos. De existir edema bajar hasta 1 kg por día; si no hay edema, una baja de 0.5 Kg por día es suficiente. Se inicia tratamiento con espironolactona 100-200 mg/d, y de acuerdo a severidad se agrega furosemida 40 mg/día. En caso de ascitis refractaria (no responde a tratamiento médico o no puede tolerar las dosis altas de espironolactona de 400 mg y furosemida 80 mg), el tratamiento de elección es la paracentesis evacuadora total de repetición con reposición de albúmina intravenosa y posterior instauración de tratamiento diurético. En los pacientes que no responden a lo anterior o que precisan paracentesis muy frecuentes está indicada la colocación de un TIPS o menos frecuente la realización de un Shunt peritoneo-venoso de LeVeen. Hay que recordar que la ascitis refractaria es una de las indicaciones de trasplante hepático ²¹.

- Peritonitis bacteriana espontánea: ante su sospecha debemos iniciar tratamiento empírico con cefotaxima 1g/8 horas (que se cambiará si en el antibiograma del estudio del líquido ascítico es de un germen resistente) y se lo mantendrá 10 días; su uso asociado a albúmina IV (1.5g/kg inicial y 1g/kg al 3º día) ha mostrado beneficios en disminuir el deterioro renal y la mortalidad. Las recidivas son frecuentes 70% en el primer año ²¹. La profilaxis antibiótica con descontaminación selectiva del tracto digestivo se ha mostrado beneficiosa disminuyendo las recidivas y el número de ingresos hospitalarios. Se puede hacer con norfloxacino 400 mg/día o ciprofloxacino 750 mg una vez a la semana.

- Encefalopatía hepática (EH) se manifiesta con un amplio espectro de anormalidades neurológicas o psiquiátricas que van desde alteraciones subclínicas hasta el coma. Su prevalencia en el momento del diagnóstico de la cirrosis es del 10%-14%, del 16%-21% en aquellos con cirrosis descompensada, y del 10%-50% en pacientes con derivación portosistémica transyugular intrahepática (TIPS). La EH mínima (EHM) o encubierta (EHE) se produce en el 20% -80% de los pacientes con cirrosis ²⁹. En su expresión más leve altera pruebas psicométricas orientadas a la atención, la memoria de trabajo (MT), la velocidad psicomotora y la capacidad visual espacial, así como medidas electrofisiológicas del cerebro y otras medidas funcionales. El “flapping” o asterixis está presente en etapas tempranas, y precede al estupor o coma.

El primer paso en el tratamiento de la encefalopatía hepática es la identificación y corrección de las causas desencadenantes ²⁹. El tratamiento de las causas desencadenantes combinadas con la terapia estándar se asocia típicamente con una mejora rápida en la encefalopatía hepática. El segundo paso en el tratamiento de la encefalopatía hepática es la iniciación de medidas para reducir las concentraciones de amoníaco en sangre (si los valores son claramente elevados) con medicamentos como la lactulosa 15 a 45 ml de jarabe cada 12 h hasta que se producen al menos dos evacuaciones blandas o sueltas por día. Posteriormente, la dosis se titula para mantener dos o tres evacuaciones por día. También puede usarse lactitol, o rifaximina (antibiótico no absorbible) 550 mg por vía oral dos veces al día o 400 mg por vía oral tres veces al día. El polietilenglicol también está en estudio para el tratamiento de la encefalopatía hepática aguda y parece ser eficaz. La L-ornitina-L-aspartato (LOLA) (18 a 20 gr de infusión de más de cuatro horas durante siete días) disminuye las

concentraciones de amoníaco en el plasma mediante la mejora el metabolismo de amoniaco en glutamina, y es otra alternativa.

Por otro lado, la alteración de la flora intestinal (ya sea con prebióticos o probióticos) se ha asociado con una mejoría en la encefalopatía hepática en estudios experimentales. Sin embargo, los estudios que han comparado los probióticos con la lactulosa no han encontrado que los probióticos sean superiores a la lactulosa. Como resultado, se necesitan estudios adicionales antes de que los probióticos rutinariamente puedan ser recomendados para el tratamiento o la prevención de la encefalopatía hepática ²⁹.

° Manejo de salud mental:

No menos importante es considerar en todo manejo de enfermedad crónica el problema de la salud mental. Uno de cada seis pacientes con cirrosis hepática con estadio moderado severo, presenta un cuadro ansioso depresivo ⁵⁰, el mismo que requiere pautas de manejo en una prevención terciaria.

En los últimos años, la forma tradicional de dividir cuadros de descompensación y compensación en la enfermedad hepática crónica severa de Cirrosis Hepática se ha modificado en las formas de descompensación a una forma de presentación aguda con alta mortalidad , denominada : “Falla aguda en enfermedad crónica” del hígado (ACLF) , acogiendo a nuevas escalas de diagnóstico por la Sociedad Europea, como CLIF-C-ACLF, caracterizada por una reacción inflamatoria sistémica con falla de órganos en las formas más severas, de alta mortalidad 33.9% ⁵¹.

Otro elemento presente hasta en un 48.1% de los pacientes con cirrosis hepática severa es la sarcopenia la cual se asocia a debilidad muscular y malnutrición, algunas causas son: hiperamonemia, , disbiosis intestinal baja actividad física por lo que se hace necesario mejorar el estilo de vida y alimentación de los pacientes con esta enfermedad ⁵¹.

2.3.- HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H₀: La aplicación de un protocolo educativo de prevención terciaria en salud no disminuye la morbimortalidad de pacientes cirróticos en el Hospital Docente de Cajamarca, en el 2019-2021.

H₁: La Aplicación de un protocolo educativo de prevención terciaria en salud disminuye la morbimortalidad de pacientes cirróticos en el Hospital Docente de Cajamarca, en el 2019-2021.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variables de control:

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Características Sociodemográficas de pacientes	Son formas de describir una población determinada desde el punto de vista epidemiológico y que se relacionan a una determinada patología en un espacio vital.	Sexo	Varón o mujer
		Edad	Años cumplidos
		Procedencia	Distrito al que pertenece la dirección referida en el último año
		Grado de instrucción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeto 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior incompleto 7. Superior completa
Características Clínicas	Es una valoración de la forma como se presenta la Cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, (HRDC)	Causa de la cirrosis.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcohólica 2. Hepatitis B o C 3. NASH 4. Otras 5. Idiopática
		Severidad de la cirrosis hepática al ingreso al HRDC.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Child A 2. Child B 3. Child C
		Tipo de Descompensación al ingreso al HRDC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ascitis 2. Hemorragia variceal 3. Encefalopatía hepática 4. Otras

	Considerando datos de la anamnesis, examen clínico de los pacientes, sus estudios de bioquímica hepática y ecografía.	Tipo de complicación al ingreso al HRDC.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infección urinaria 2. Neumonía 3. PBE 4. Otras infecciones 5. Complicación no infecciosa
		Asociación a hepatocarcinoma por ecografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si tiene 2. No tiene

2.4.2. Variable independiente:

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Aplicación de un protocolo educativo de Prevención terciaria en salud	Se realiza a través del cumplimiento de estándares de un protocolo educativo de salud que permite educar y evaluar permanentemente al paciente con cirrosis con ayuda de por lo menos un familiar, asistiendo a por lo menos 6 charlas educativas	a) Asistencia de familiar b) Número de asistencias c) Ingesta de sal d) Evacuación de heces e) Usa cuaderno de vida f) Control de diuresis g) Ejercicio por semanal h) Número de dietas diarias i) Control de peso	a) Participó con un familiar: sí o no b) Participó en 100% de charlas por tres meses: sí o no c) Ingiere dieta sin sal sódica: sí o no d) Evacúa heces 2 a 3 por días: sí o no e) Registra su cuaderno de vida: sí o no f) Mantiene diuresis de 1 a 2 litros: sí o no g) Hace ejercicio local (baile tres por semanas): sí o no h) Come 5 dietas diarias sí o no i) Mantiene peso estable o menor: sí o no

2.4.3. Variable dependiente:

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
<p>Morbi- mortalidad en pacientes cirróticos</p>	<p>Indicadores de mortalidad y morbilidad controlados en la evolución clínica del paciente con Cirrosis hepática, durante 3 meses.</p>	<p>1.- Promedio de reingresos (ingreso al hospital en los primeros 7 días de alta).</p> <p>2.- Promedio de días de hospitalización.</p> <p>3.- Número de muertes en 3 meses.</p>	<p>- A: <i>Efecto positivo:</i> menor N° de reingresos, menor número de días de hospitalización, menor número de defunciones.</p> <p>- B: <i>No tuvo efecto:</i> sin cambios significativos.</p> <p>- C: <i>Efecto negativo:</i> mayor N° de reingresos, mayor número de días de hospitalización. Mayor número de difuntos.</p>

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de diseño de estudio:

El presente trabajo es un estudio quasi experimental, prospectivo, que inicialmente desarrolla un estudio de base o diagnóstico situacional de la cirrosis hepática, de tipo descriptivo para contribuir a conocer mejor el problema de esta enfermedad.

Este primer componente, realiza una descripción epidemiológica-demográfica de los pacientes cirróticos admitidos en el HRDC en los últimos 5 años, entre agosto 2014 hasta antes de julio de 2019, utilizando el registro de los códigos internacionales (CIE 10) de la Cirrosis hepática (K70) . La búsqueda se hizo en la oficina de Estadística del Hospital regional docente de Cajamarca, también se analizó otros códigos de enfermedad similares (Enfermedad hepática crónica y fibrosis hepática k74.6 y k72). Las variables a registrar se describen en el apéndice 1.

El estudio cuasi- experimental, prospectivo, longitudinal fue de tipo comparativo entre dos grupos:

-El grupo A correspondiente a pacientes en los que se aplica el protocolo educativo de prevención terciaria.

-El grupo B también llamado grupo control al que no se aplica el protocolo educativo , y recibe las atenciones tradicionales en consulta externa, fundamentalmente para recibir medicación y /o cambios terapéuticos.

El seguimiento para cada paciente se realiza en el Grupo A al menos durante 3 meses, en el grupo B, tan solo se registra las atenciones de emergencia o consulta externa con el apoyo de los médicos residentes. Todo el proceso de seguimiento del trabajo cuasi experimental se hizo desde enero 2019 a noviembre 2021.

El inicio de la pandemia del COVID 19 en marzo 2020, hizo que se prolongue el tiempo de búsqueda de casos e incluir como criterio de inclusión no tener COVID 19 con pruebas inmunológicas según lo indicaban las normas del Ministerio de salud.

El flujograma en el apéndice 4, explica el proceso de selección, desde la entrevista inicial.

Todo paciente captado recibía una entrevista a través de médicos residentes de gastroenterología (ver más adelante: 3.4.1), no se pre determinaba aleatoriamente los grupos sino era una selección natural, el propio paciente según sus consideraciones decidía recibir o no el protocolo educativo. Probablemente más que el deseo de participar en el protocolo educativo era la lejanía de su residencia, falta de recursos económicos para los pasajes y la falta de apoyo de los familiares que no les permitía venir a las citas, aunque sí a las consultas tradicionales a la semana o al mes.

La homogenización de los dos grupos de estudio (A y B) en cuanto a sexo, edad, etiología y grado de enfermedad, no fue necesaria porque los dos grupos eran muy similares, antes de saber los resultados de su evolución solo se buscó que hubiera una misma relación varón / mujer (4 / 1). Por ello, la selección

desarrollada fue en realidad al azar y personal, porque es lo que cada paciente eligió.

El Grupo A que aceptó el protocolo educativo, estuvo en contacto permanente y telefónico, el apoyo familiar generalmente de su pareja o un hijo motivado, colaboró en cumplir los estándares e indicaciones dadas en cada sesión.

3.2. Ámbito de estudio. Población y muestra. Unidad de análisis

El ámbito de estudio fue el Hospital Regional Docente de Cajamarca. La población, está constituida por pacientes adultos que acudieron a emergencia o consulta externa, por atención gastroenterológica.

La muestra, fue toda la población con cirrosis hepática clínica, según codificación CIE-10 (K70) y similares (Enfermedad hepática crónica y fibrosis hepática k74.6 y k72).

La Unidad de análisis para el estudio inicial descriptivo diagnóstico, fueron todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática (según criterios de inclusión) registrados en la base de datos de estadística del Hospital entre de agosto 2014 hasta antes de julio de 2019.

Para el estudio quasi experimental fueron todos los pacientes captados con cirrosis hepática severa (Child B y C) descompensada entre marzo del 2019 y junio 2021 y que aceptaron participar en el estudio.

Como ya se mencionó, por razones de la pandemia COVID 19 declarada el 15 de marzo del 2020 y el cierre de los hospitales se tuvo que prolongar el estudio, por lo que, 3 de cada grupo (60%) tuvieron que hacerse el seguimiento durante la pandemia.

3.3 Criterios de Inclusion y exclusión :

3.3.1 Criterios de inclusión:

Estudio descriptivo

- Pacientes con diagnóstico clínico de Cirrosis hepática: ecografía con aspecto nodular, borde romo y vena porta mayor de 12 mm de diámetro.
- Mayor de 18 años.
- Registrado en oficina de estadística HRDC (Historias clínicas) entre agosto 2014 hasta antes de julio de 2019.

Estudio Cuasi experimental

- Pacientes con diagnóstico clínico de Cirrosis hepática: ecografía con aspecto nodular, borde romo y vena porta mayor de 12 mm de diámetro.
- Autorización del paciente para hacer seguimiento de su enfermedad y hacer uso de sus datos de la historia clínica (consentimiento informado). Mayor de 18 años.
- Pacientes nuevos.
- Participación de un familiar en cada reunión educativa.

3.3.2 Criterios de exclusión:

Estudio descriptivo

- Historias clínicas incompletas.

Estudio cuasi experimental

- Presencia de comorbilidad severa: Insuficiencia cardiaca- nefropatía primaria- cáncer extrahepático- tuberculosis. (Incluyendo Infección del COVID 19).
- Desistimiento voluntario durante el estudio cuasi experimental.

3.4. Técnicas o instrumentos de recopilación de información

3.4.1. Entrevista:

Para el estudio cuasi experimental, una vez captados los pacientes que reunía los criterios de inclusión para el diagnóstico de Cirrosis hepática, tanto en consulta externa como fundamentalmente en emergencia, se hizo una entrevista personal en un ambiente privado con la presencia de un familiar, sobre la enfermedad y el concepto de cronicidad y la idea de mantener un manejo permanente con un protocolo educativo , con citaciones semanales o quincenales según la evolución y por lo menos por 3 meses.

La entrevista fue realizada por personal entrenado: 04 Médicos residentes, dos de segundo y dos tercer año de gastroenterología del HRDC. Debido a contarse con la experiencia de manejo de una “Asociación de pacientes con enfermedad hepática” denominada “Hepatoamigos ”, funcionando más de 5 años, el personal conocía de la forma de desarrollo de las reuniones educativas y los contenidos del protocolo educativo.

Durante la pandemia del COVID 19, las entrevistas y reuniones tuvieron que hacerse con llamadas telefónicas y en un consultorio particular por la falta atención en consulta externa durante la emergencia sanitaria.

3.4.2. Observación:

De manera permanente se brindó atención individualizada de los pacientes de estudio en especial del Grupo A , frente al registro de cualquier cambio presentado que obligue a cambiar la terapéutica se hacían las coordinaciones y se incluían consultas medicas. Las atenciones de aplicación del protocolo educativo fueron de al menos 30 minutos hasta una hora de duración, incluyendo los temas educativos. Todos los pacientes por ser parte del protocolo educativo podían llamar en cualquier momento telefónicamente frente a cualquier duda y mejorar las indicaciones. Además de la aplicación del protocolo educativo se incluía controles vitales, registro de cotejo (apéndice 8), y una consulta médica sobre efectos del tratamiento medico que tenían . También los pacientes podían coordinar con los residentes de gastroenterología, personal asistente del servicio de gastroenterología y personal de enfermería para una atención inmediata si fuera necesario , incluso fuera de horario establecido por el hospital . Se entregó material educativo gratuito (posters de algunos temas), material de control de volumen urinario (envases con registro de volumen urinario), talleres de preparación de alimentos bajos en sal (antes de la pandemia), desarrollo de temas en un ambiente alegre y humano con el apoyo del personal del servicio, incluyendo psicólogo y nutricionista , rehabilitador (aspectos que no se pudieron continuar durante la pandemia del COVID 19).

3.4.3. Encuesta:

En el estudio cuasi experimental, los 5 pacientes del grupo A, se aplicó una lista de cotejo (apéndice 8) de los estándares de seguimiento y cumplimiento de

aprendizajes. (Debían traer su cuaderno de vida, acudir con un familiar, control de su orina en volúmenes estables, número de evacuaciones, control de peso estable, ejercicio y número de dietas, manejo del tiempo libre entre otros).

3.4.4. Ficha de recolección de datos:

Se diseñaron tres tipos de fichas para recolección de datos. La primera (apéndice 1) está orientada al estudio descriptivo socio-demográfico de los pacientes cirróticos admitidos en los últimos 5 años (2015- 2019), se hizo una revisión sistemática de Historias clínicas con diagnóstico en CIE-10: K70 o similares. (Enfermedad hepática crónica y fibrosis hepática k74.6 y k72, también enfermedades de hígado).

Para el estudio principal cuasi experimental, se aplicó la segunda ficha (apéndice 2) , esta fue parcialmente llenada en la entrevista inicial, y los datos de estudios de laboratorio e imágenes requirieron revisión de la historia clínica y se completaron posteriormente.

Fue necesario llenar una tercera ficha, llamada “ de cotejo “ (Apéndice 8) para hacer seguimiento y evaluación del cumplimiento del protocolo educativo (de por lo menos 6 entrevistas y aplicación del protocolo educativo).

3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para el estudio descriptivo exploratorio se analizó el listado de todos los diagnósticos de cirrosis hepática (K70) o patologías similares (Enfermedad hepática crónica y fibrosis hepática k74.6 y k72). Con la revisión de las historias

clínicas en grupos de 20 entre julio 2019 julio y febrero 2020, se aplicaron los criterios de inclusión y se registraron los datos en el apéndice 1 .

La prevalencia de la enfermedad de Cirrosis hepática en los últimos 5 años se determinó aplicando la fórmula:

Prevalencia:

$$\frac{\text{Número de casos de cirrosis hepática, según criterios de inclusión x 5 años}}{\text{Número de pacientes atendidos en 5 años en el HRDC}} \times 100$$

Las características sociodemográficas de la población estudiada con cirrosis hepática se registraron en un programa Excel para obtener luego los porcentajes, promedios según lo permita la variable y la presentacion de cuadros estadísticos.

En el estudio cuasi experimental, se registraron los tres parámetros planteados para la medición del efecto de dicha intervención: disminución de reingresos por tres meses, disminución del número de días en hospitalización por tres meses, y menor mortalidad.

Antes de hacer el estudio estadístico debido a ser una muestra de dos grupos de 5 casos por grupo, según el diseño de estudio de pocos casos, se aplicó una prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y demostrar que tenía una distribución normal, por lo tanto, se no ser así se podían realizar pruebas no paramétricas, en este caso la prueba estadística Mann-Whitney.

El análisis inferencial se realizó mediante la prueba de hipótesis estadística Chi-Cuadrado.

Las reuniones educativas de los pacientes fueron de seis temas, los cuales fueron desarrollados según el protocolo (apéndice 7). Y ficha de evaluación y seguimiento (apéndice 8). Los 6 temas se desarrollaron entre mes y medio (haciendo una charla cada semana) y 3 meses cada 2 semanas), se intentaba en las primeras dos charlas darles todo el esquema de manejo y las siguientes reuniones educativas servían para fortalecer lo aprendido; se enfatiza sobre todo el cumplimiento de los estándares de evaluación del apéndice 8 : Control de volumen urinario , uso de medicación adecuada, forma de alimentación, control de signos de alarma, apoyo familiar, ejercicio, estado anímico y evitar complicaciones y descompensaciones.

3.6 Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación no aplica como un ensayo clínico o utilización de algún tipo de medicamento en la mejora o restablecimiento de la enfermedad, se trata de un estudio en que libremente los pacientes deciden participar en el seguimiento a través de un programa educativo en prevención terciaria. Sin embargo, utiliza información de datos de la historia clínica de los pacientes por lo que, contempla el respeto de la confidencialidad de los datos para lo cual, se aplica una ficha ética de consentimiento informado que requirió ser validada por un comité de ética hospitalario (apéndice 3).

En esta investigación se tomó en cuenta básicamente los principios de No maleficencia, debido a que la investigación no causa daño alguno en los pacientes; asimismo el investigador recurrió al principio de beneficencia, dado que este estudio busca contribuir con una mejora en la calidad de vida de los involucrados.

La forma de selección del Grupo B, caso control que no recibió el programa educativo, se maneja con los estándares tradicionales de consulta externa, consultas externas cortas de 10 a 15 minutos, sin equipo de apoyo interdisciplinario, sin apoyo de seguimiento proactivo. La forma en que se dividieron los grupos (A y B) fue totalmente decisión personal de los pacientes, reconociendo que son pacientes muchas veces sin apoyo familiar o que viven lejos de la ciudad, lo que no les permitió acudir al programa educativo propuesto y no a la falta de interés en el mismo.

CAPÍTULO IV

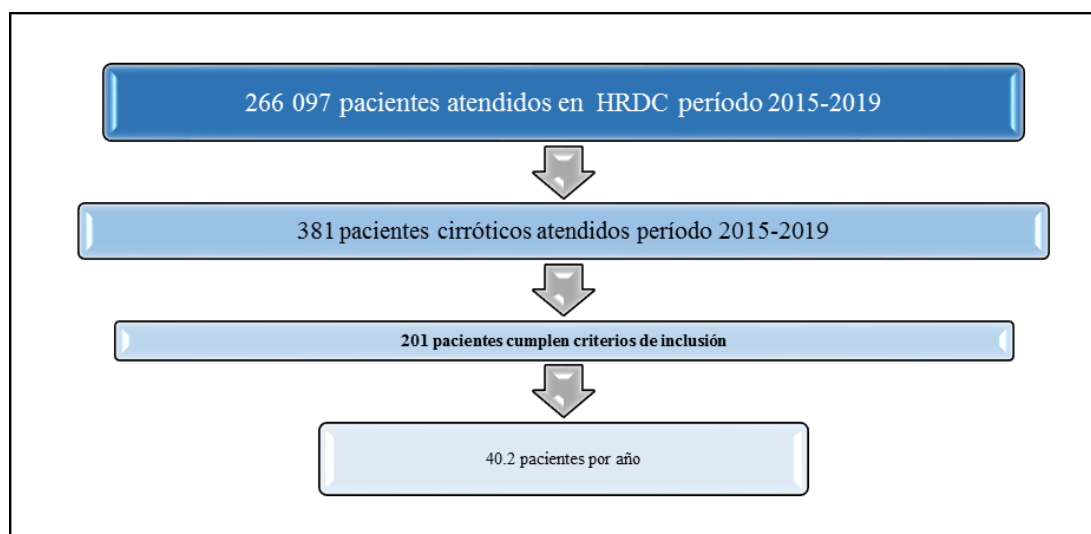
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados

La figura 1, describe la población estudiada inicialmente y seleccionada para el estudio descriptivo sociodemográfico y características clínicas de la población de pacientes con cirrosis hepática, atendida en el HRDC en el período 2015-2019. La información obtenida de la oficina de estadística del HRDC con los códigos CIE-10 relacionados con cirrosis hepática, enfermedad hepática crónica y fibrosis hepática (k70.3, k74.6 y k72) correspondió a 1030 atenciones correspondientes a 381 pacientes cirróticos (atendidos), un promedio de 2.7 consultas por paciente. En el mismo período el hospital recibió 266 097 atendidos y 694 134 atenciones de diversas patologías, con un promedio de 2.6 atenciones por paciente. Asimismo, la población con enfermedad hepática crónica correspondió al 0,14% de la población de atenciones en general y al 1.2% de pacientes atendidos, tanto por consultorio externo como por emergencia. Luego de revisar las historias clínicas de los 381 pacientes, solo cumplieron los criterios de inclusión 201 pacientes para el periodo 2015-2019; es decir, 40.2 pacientes con cirrosis hepática promedio por año. Por ejemplo, la población menor de 18 años no se incluyó en el estudio.

Figura 1

Población de pacientes cirróticos estudiados y seleccionados para el estudio sociodemográfico y clínica, periodo 2015-2019, HRDC.



Fuente: Unidad de estadística HRDC.

Los 201 pacientes con cirrosis hepática estudiados, están distribuidos de la siguiente manera: 132 son de varones (65.7%) y 69 mujeres (34.3%), con una relación varón / mujer 1.9 / 1. La edad promedio fue de 63,18 años; y el grupo etario de 50 a 59 años es el que incluye al mayor porcentaje de la población (28,35%). En cuanto a la procedencia de los pacientes, es notable que el 62,5% (126) provienen de la provincia de Cajamarca, seguido por Cajabamba 6,4 (13%), Hualgayoc y San Marcos con 11 pacientes cada uno (5,4%). También hay 11 pacientes (5.4%) de regiones fuera de Cajamarca (La Libertad, Chiclayo y Amazonas). Además, se pudo analizar a los 126 pacientes con cirrosis de la provincia de Cajamarca: 87 eran de la zona urbana (69%) y 39 de la zona rural (31%). Las zonas rurales más frecuentes son Otuzco, Magdalena y La Asunción. En cuanto al grado de instrucción, el 17.91% de los pacientes (36) son analfabetos y sólo el 26 % (53), tiene nivel secundario o superior (tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas de pacientes cirróticos admitidos en el HRDC, 2015-2019.

	Total (n°)	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	132	65.7
Femenino	69	34.3
Grupo etáreo		
menos 30	3	1.49
30 a 39	6	2.98
40 a 49	38	18.9
50 a 59	57	28.35
60 a 69	46	22.88
mayor 70	51	25.37
Procedencia		
Prov. Cajamarca	126	62.6
<i>Urbano</i>	87	69
<i>Rural</i>	39	31
Cajabamba	13	6.46
Hualgayoc	11	5.4
San Marcos	11	5.4
Celendín	9	4.47
Chota	5	2.48
San pablo	5	2.48
Contumazá	4	1.9
San Miguel	4	1.9
Cutervo	1	0.49
San Ignacio	1	0.49
Otros	11	5.4
Grado de instrucción		
Superior completa	11	5.47
Superior incompleta	1	0.49
Secundaria completa	25	12.43
Secundaria incompleta	16	7.96
Primaria completa	41	20.39
Primaria incompleta	71	35.32
Analfabeto	36	17.91

Fuente: Unidad de estadística HRDC.

Desde el punto de vista clínico, como se describe en la tabla 2, la etiología más común de cirrosis hepática en la población estudiada es por alcohol (117 pacientes), correspondiente a un 58.2%. Otras etiologías importantes fueron la asociación con sobrepeso y obesidad crónica, probable NASH en 13 pacientes

(6,4%), con hepatitis viral B o C por antecedente en 6 pacientes (2.9%), 5 pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica (2.4%). En 59 pacientes (29.3%) no hubo antecedente de etiología probable. El estudio de severidad según la clasificación de Child-Pugh arrojó que 102 pacientes se encontraron en grado C (50.74%) al ingreso, 70 pacientes en grado B (34.8%) y 29 en grado A (14.42%). Referente a las descompensaciones en la enfermedad de la cirrosis hepática se aprecia en el cuadro 2, que 169 fueron descompensados, probablemente manejados en emergencia a su ingreso. 32 pacientes no tuvieron descompensación y fueron hallazgos en estudios de imágenes (15.9%). En el subgrupo de pacientes descompensados al ingreso al HRDC, la principal causa de descompensación en los pacientes con cirrosis hepática fue la ascitis con 147 pacientes (86.9%). Seguido de la encefalopatía con 56 pacientes, 60 pacientes ingresaron con hemorragia digestiva alta, siendo la hemorragia digestiva variceal 48 pacientes (28.4%). y la hemorragia digestiva alta no variceal 12 pacientes (7.1%). 11 pacientes (6.5%) tuvieron peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y 9 pacientes tuvieron síndrome hepatorenal al ingreso al HRDC (5.3%).

Tabla 2

Descripción clínica de pacientes cirróticos admitidos al HRDC, 2015-2019.

	Total (n°)	Porcentaje (%)
Etiología		
Alcohólica	117	58.2
Hepatitis viral B o C	6	2.9
NASH*	13	6.4
Idiopática	59	29.35
Insuficiencia cardiaca	5	2.48
Colangitis biliar primaria	1	0.4
Grado de severidad (Child-Pugh)		
Child-Pugh A	102	50.74
Child-Pugh B	70	34.82
Child-Pugh C	29	14.42
Descompensación al ingreso		
No descompensados	32	15.9
Descompensados	169	84
Tipo de descompensación		
Ascitis	147	86.9
Encefalopatía	56	33.1
HDA** por varices	48	28.4
HDA** no variceal	12	7.1
Peritonitis bacteriana espontánea	11	6.5
Síndrome hepato-renal	9	5.3
Complicaciones más frecuentes		
Neumonía adquirida en la comunidad	21	10.4
Infección del tracto urinario	20	9.9
Sepsis	6	2.9
Diabetes mellitus	5	2.5
Infección por VIH***	1	0.4
Tuberculosis	1	0.4
Asociación a hepatocarcinoma		
Con hepato Carcinoma	5	2.49
Sin hepatocarcinoma	186	92.53
Sin estudio completo	10	4.98
*Esteatohepatitis no alcohólica (<i>del inglés, nonalcoholic steatohepatitis</i>)		
**Hemorragia digestiva alta		
*** Virus de la inmunodeficiencia humana		

Fuente: Unidad de estadística HRDC.

Otra entidad clínica estudiada son las complicaciones o enfermedades asociadas a los 201 pacientes con cirrosis hepática. Además en el cuadro 2, 21

pacientes (10.4%) presentaron Neumonía adquirida en la Comunidad (NAC) al ingreso, 20 pacientes (9.9%) tuvieron Infección urinaria alta, 6 pacientes se presentaron con sepsis generalizada (2.9%), y 5 pacientes presentaron *diabetes mellitus* descompensada (2.5%). Un aspecto llamativo en la población estudiada es que se identificó que 50 pacientes ingresaron y fallecieron en su primera hospitalización.

Finalmente, se evaluó la asociación con hepatocarcinoma por hallazgo ecográfico, se revisaron 191 estudios de ecografía: 10 pacientes no se realizaron ecografía, se encontraron 5 pacientes con diagnóstico ecográfico de hepatocarcinoma probable; es decir, un 2.49 % del total de pacientes estudiados.

Estudio Cuasi experimental:

El segundo componente del estudio, de tipo cuasi experimental, prospectivo longitudinal, para la aplicación de un protocolo educativo de prevención terciaria involucró 10 pacientes con cirrosis hepática avanzada. En la Tabla 3, se presentan 4 características sociodemográficas y clínicas relevantes de los pacientes, separados en dos grupos: grupo A, donde se realiza una intervención con un protocolo educativo de prevención terciaria, y grupo B, control. Se puede observar que son dos grupos bastantes similares en cuanto a sexo con una relación 4/1 e varón/mujer para ambos grupos. Una edad promedio 60.6 y 63.8 respectivamente para los grupos A y B, con etiologías similares, un 80% con etiología alcohólica y 20% no alcohólica y un grado similar de compromiso de Child y Pugh, Grado C.

Algunos casos, son parte del estudio retrospectivo de casos entre 2015 y 2019, son 4 casos del 2019 que coincidentemente fueron captados para el estudio

cuasi experimental siguiendo la metodología ya descrita, 5 casos fueron estudiados durante el año 2020 y uno en el 2021. Todos los casos fueron observados por lo menos 3 meses (a excepción de un paciente fallecido).

Tabla 3

Características sociodemográficas y clínicas de pacientes cirróticos admitidos al HRDC, 2019-2021.

Grupo	Paciente	Edad	Sexo	Child-Pugh	Etiología	Fecha de ingreso
A	JDH	63	masculino	C	Alcohol	10/3/2020
	QSN	47	masculino	C	Alcohol	01/3/2020
	OAS	78	masculino	C	Alcohol	19/3/2019
	VCM	58	femenino	C	NASH	23/11/2020
	JVB	73	masculino	C	Alcohol	27/8/2019
	Promedio	63.8	4/1	-	4/1	-
B	FID	54	masculino	C	Alcohol	28/1/ 2020
	VSC	48	masculino	C	Alcohol	01/2/2020
	CDC	56	femenino	C	Alcohol	16/6/2021
	VCA	69	masculino	C	Alcohol	15/1/2019
	FPB	76	masculino	C	NASH	19/3/2019
	Promedio	60.6	4/1	-	4/1	-

Fuente: Prevención terciaria en salud para disminuir la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el hospital regional docente de Cajamarca. 2019-2021.

Al realizar el seguimiento, se aplicaron las fichas educativas y evaluación de competencias como herramienta de intervención terciaria en el grupo A (apéndice 7 y 8), mientras que el grupo B recibió el tratamiento convencional y consejería usual de consultorio externo y/o emergencia. La evaluación de la efectividad de la intervención en todos los casos del grupo A fue óptima (puntaje mayor a 5 de 9 ítems evaluados), como se observa en la tabla 4. En la tabla 5 se documenta los datos obtenidos para los grupos A y B.

Tabla 4

Evaluación del cumplimiento del protocolo educativo de prevención terciaria en salud en pacientes cirróticos ingresados al HRDC, 2019-2021.

Indicador	JDH	QSN	OAS	VCM	JVB
1. Participó con un familiar (por sesión)	7/7	6/6	7/7	6/7	6/7
2. Participó en 100% de charlas por tres meses (nº de charlas completas)	7	6	6	6	6
3. Ingiere dieta sin sal sódica, sí o no	SI	SI	SI	SI	SI
4. Evacua heces 2 a 3 por días, sí o no	SI	SI	+/-	SI	SI
5. Registra su cuaderno de vida, sí o no	SI	SI	SI	SI	SI
6. Mantiene diuresis de 1 a 2 litros, sí o no	SI	SI	SI	SI	SI
7. Hace ejercicio local (baile tres por semanas)	SI	NO	NO	SI	NO
8. Come 5 dietas diarias	SI	SI	SI	A veces	SI
9. Mantiene un peso estable o menor	SI	SI	SI	SI	SI
Resultado	9/9	8/9	7/9	7/9	6/9
Efectividad (más de 5)	óptimo	óptimo	Óptimo	óptimo	óptimo

Fuente: Prevención terciaria en salud para disminuir la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el hospital regional docente de Cajamarca. 2019-2021.

En la tabla 4, se desarrollan los nueve parámetros evaluados en el grupo de estudio que aplicó el protocolo educativo de prevención terciaria según apéndice 7, fueron en su mayoría 7 reuniones programadas durante los tres meses, cada una a 2 semanas, el parámetro menos cumplido fue el ejercicio local. Todos cumplieron 4 de los 9 parámetros el registro de “cuaderno de vida”, control de diuresis entre 1 y 2 litros , el control de peso estable , y la ingesta de dieta hiposódica . Algunos pacientes no pudieron participar con sus familiares en

todas las reuniones (un 20%). La mayoría de los familiares que apoyaron el protocolo educativo fueron sus parejas.

Tabla 5

Parámetros de morbimortalidad evaluados en pacientes cirróticos ingresados al HRDC, 2019 – 2021.

Grupo	Paciente	Meses de seguimiento	N° de reingresos	Días de hospitalización	N° de muertes a los 3 meses
A	JDH	3	01	02	-
	QSN	3	0	0	-
	OAS	3	0	0	-
	VCM	3	0	0	-
	JVB	3	0	0	-
	Total	-	01	02	0
	Promedio	-	0.2	0.4	0
%	-	14.29	4.88	0	
B	FID	3	01	8	-
	VSC	3	02	13	-
	CDC	1	02	11	falleció
	AVC	3	0	0	-
	FPB	3	02	7	-
	Total	-	07	39	1
	Promedio	-	1.4	7.8	0.2
%	-	85.71	95.12	100	

Fuente: Prevención terciaria en salud para disminuir la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el hospital regional docente de Cajamarca, 2019-2021.

El grupo B de control de pacientes, siguieron el manejo tradicional hospitalario citados a consultas al alta de su hospitalización y no ingresaron al programa educativo supervisado, probablemente no lo hicieron por desinformación, o quizá por la dificultad de participar por falta de apoyo de la familia o vivir lejos de la ciudad de Cajamarca.

En la tabla 5, se evalúan tres condiciones en los dos grupos de estudio: número de reingreso en los últimos 3 meses, número de días de hospitalización y muertes.

En el grupo B de control hubo una muerte en el primer mes un 25% de mortalidad.

En el grupo de control todos reingresaron en tres meses, mientras que el grupo de estudio solo 1 (25%), tuvo reingreso a razón de 0.2 reingresos contra 1.4 reingresos del grupo control. Los días de hospitalización promedio en el grupo de estudio (Grupo A) fue 0.4 días comparado con 7.8 días en el grupo control (Grupo B).

Análisis estadístico

A pesar de la evidencia subjetiva antes analizada, se hizo un análisis estadístico que de mayor confianza y posibilidad de generalización de este trabajo a otras realidades. Primero debido a ser grupos pequeños (Cinco pacientes por grupo), se hizo un estudio previo de distribución de normalidad de los grupos de estudio cuasi experimental de la Tabla N° 5, ver anexo 9. El estudio estadístico establece que no tiene una distribución normal y requiere aplicar una prueba no paramétrica de Mann-Whitney . A continuación se hace un análisis por cada variable dependiente:

-Variable días de hospitalización:

Tabla 6

Prueba de Mann-Whitney para comparar grupos con y sin programa de prevención terciaria en salud, según días de hospitalización en pacientes con cirrosis.

Estadísticos de prueba: Mann-Whitney	
Días de hospitalización	
U de Mann-Whitney	3
W de Wilcoxon	18
Z	-2,117
Sig. asintótica(bilateral)	0,034*

*: $p < 0,05$

Fuente: Prevención terciaria en salud para disminuir la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el hospital regional docente de Cajamarca. 2019-2021.

En la tabla 6, se observa los resultados de la prueba de hipótesis de Mann-Whitney donde se demuestra que hay diferencias significativas ($p < 0,05$) en la comparación entre grupos de pacientes con y sin programas de prevención terciaria en salud respecto a los días de hospitalización de pacientes con cirrosis; siendo los resultados estadísticamente significativos, con niveles de significancia de 0.05, lo que indica un 95% de confiabilidad, quedando demostrado que la prevención terciaria en salud disminuye los días de hospitalización de pacientes cirróticos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los años 2019-2021.

-Variable número de muertes:

Tabla 7

Prueba de Mann-Whitney para comparar grupos con y sin programa de prevención terciaria en salud, según número de muertes en pacientes con cirrosis.

Estadísticos de prueba: Mann-Whitney	
Variable: Muertes	
U de Mann-Whitney	10
W de Wilcoxon	25
Z	-1,000
Sig. asintótica(bilateral)	0,317*

*: $p > 0,05$

Fuente: Prevención terciaria en salud para disminuir la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el hospital regional docente de Cajamarca, 2019-2021.

En la tabla 7, se observa los resultados de la prueba de hipótesis de Mann-Whitney donde se demuestra que no hay diferencias significativas ($p > 0,05$) en la comparación entre grupos de pacientes con y sin programas de prevención terciaria en salud respecto al número de muertes en pacientes con cirrosis; siendo los resultados estadísticamente no significativos, con niveles de significancia de 0.05, lo que indica un 95% de confiabilidad, quedando demostrado que el número de muertes no evidencia diferencias muy relevantes en pacientes con o sin programa en prevención terciaria en salud de pacientes cirróticos, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante los años 2019-2021.

-Variable reingresos:

Tabla 8

Prueba de Mann-Whitney para comparar grupos con y sin programa de prevención terciaria en salud, según reingresos en pacientes con cirrosis.

Estadísticos de prueba: Mann-Whitney	
	Reingresos
U de Mann-Whitney	4
W de Wilcoxon	19
Z	-1,041
Sig. asintótica(bilateral)	0,041*

*: $p < 0,05$

Fuente: Prevención terciaria en salud para disminuir la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el hospital regional docente de Cajamarca, 2019-2021.

En la tabla 8, se observa los resultados de la prueba de hipótesis de Mann-Whitney donde se demuestra que hay diferencias significativas ($p < 0,05$) en la comparación entre grupos de pacientes con y sin programas de prevención terciaria en salud respecto al reingreso de pacientes con cirrosis; siendo los resultados estadísticamente significativos, con niveles de significancia de 0.05, lo que indica un 95% de confiabilidad, quedando demostrado que la prevención terciaria en salud disminuye significativamente los reingresos de pacientes cirróticos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los años 2019-2021.

4.2 Discusión

Según la investigación realizada, la prevalencia de cirrosis hepática de pacientes que ingresaron al HRDC en el periodo 2015-2019, tanto por consultorio externo como por emergencia, fue de 1.2% del total de pacientes atendidos durante ese periodo, un promedio de 40.2 pacientes ingresados por año, que en comparación con otros estudios, como el realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), con aprox. 139 pacientes por año⁸, el desarrollado en el Hospital Cayetano Heredia, con 95 pacientes por año²⁵; o el estudio llevado a cabo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), con 52.5 pacientes por año², resulta con menor frecuencia que los mencionados. Es importante precisar que estos hospitales son de referencia nacional, por lo que, no solo incluyen población local. Por otro lado, en comparación con otro hospital de provincia, como es el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que obtuvo 23.7 pacientes por año⁴, es mayor la cantidad de pacientes por año admitidos en el HRDC.

A pesar de que la prevalencia obtenida no refleja en su totalidad la prevalencia en la población cajamarquina de esta enfermedad (por solo incluir a los pacientes admitidos al HRDC) según sus características epidemiológicas estudiadas predomina el sexo masculino, con edad promedio 63 años, alcohólico crónico, de procedencia urbana, de poco o nulo grado de instrucción, que ingresa en estado avanzado de la enfermedad (Child-C), descompensado, típicamente con ascitis (86.9%) y hemorragia digestiva alta (35.5%). Estas características coinciden con el perfil del paciente cirrótico realizado en otros hospitales^{4,8,25,41}, a excepción del predominio de sexo femenino en el HNAL^{2,36}; y la predominancia de HDA como principal complicación en varios estudios^{2,8,25}. Resulta interesante también mencionar que al ser la predominancia femenina en HNAL, cambia

también la etiología más frecuente (NASH 46.7% vs. 21.9% por alcohol)³⁶. La causa del por qué la predominancia de mujeres es probablemente relacionado con la tradición histórica de dicho nosocomio (HNAL) , más que con un cambio real de tendencia.

En el estudio de Bustíos ⁸, en el HNERM, también señala una prevalencia de hepatocarcinoma de 7.9%, que es mayor a la obtenida en este estudio (2.49%).

En cuanto a la muestra tomada para la etapa cuasi experimental (10 pacientes), se observa que hay coincidencia con la descripción del paciente típico hecha previamente: en su mayoría son hombres (8 de 10 pacientes), con promedio de edad parecida, de causa alcohólica (8 de 10 pacientes), en estadio Child-Pugh C (10 de 10).

Al comparar los grupos A y B, después de la intervención de prevención terciaria en el grupo A, se observa que, a los 3 meses de seguimiento, hay una reducción del número de reingresos: 6 veces menor que en el grupo sin intervención, siendo la aplicación del programa de prevención terciaria un factor protector para los reingresos. En cuanto a días de hospitalización, el grupo que no fue intervenido fue hospitalizado en promedio 7.8 días, en comparación al grupo que fue intervenido, que en promedio solo fue ingresado 0.4 días. En cuanto a la mortalidad en 3 meses, ningún miembro del grupo A falleció, mientras que en el grupo B falleció 1 paciente (100% del total de fallecidos, 20% de la población estudiada). En comparación con el estudio de Malpica, que evalúa readmisión y mortalidad, la mortalidad en este estudio fue mayor (39.6%), pero menor el reingreso (42.8%)²⁵.

Análisis inferencial

Para determinar que un protocolo educativo de prevención terciaria en salud disminuye la morbimortalidad de pacientes cirróticos, se realizó el análisis inferencial mediante la prueba de hipótesis estadística Chi-Cuadrado tomando en cuenta los siguientes 4 pasos:

-Paso 1: Hipótesis:

H₀: La aplicación de un protocolo educativo prevención terciaria en salud no disminuye la morbimortalidad de pacientes cirróticos en el Hospital Docente de Cajamarca, en el 2019-2021.

H₁: La Aplicación de un protocolo educativo de prevención terciaria en salud disminuye la morbimortalidad de pacientes cirróticos en el Hospital Docente de Cajamarca, en el 2019-2021.

-Paso 2: Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

-Paso 3: Prueba estadística: Mann-Whitney.

Se encontró diferencias significativas ($p < 0,05$) en la comparación entre grupos de pacientes con y sin programas de prevención terciaria en salud respecto a los días de hospitalización de pacientes con cirrosis ($p = 0,034$).

No se encontró diferencias significativas ($p > 0,05$) en la comparación entre grupos de pacientes con y sin programas de prevención terciaria en salud respecto al número de muertes en pacientes con cirrosis ($p = 0,317$).

Se encontró diferencias significativas ($p < 0,05$) en la comparación entre grupos de pacientes con y sin programas de prevención terciaria en salud respecto al reingreso de pacientes con cirrosis ($p = 0,041$).

-Paso 4: Criterios de decisión

- Si p-valor es menor que nivel de significancia α ($p < 0,05$): Se rechaza la hipótesis nula H_0 , y se acepta la hipótesis alternativa H_1 .
- Si p-valor es mayor que nivel de significancia α ($p > 0,05$): Se acepta la hipótesis nula H_0 , y se rechaza la hipótesis alternativa H_1 .

Paso 5: Decisión estadística

Como: $p \leq 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa tomando en cuenta el reingreso y los días de hospitalización de los pacientes con cirrosis; H_1 : La prevención terciaria en salud disminuye la morbimortalidad de pacientes cirróticos en el Hospital Docente de Cajamarca, en el 2019-2021. por lo menos en los reingresos y días de hospitalización, no así en la mortalidad.

Estudios en otras enfermedades también han señalado la importancia de una educación con intervenciones para el cambio de conducta ^{43,44}, a manera de grupos de apoyo, aumentando la supervivencia y disminuyendo el número de reingresos ^{13, 5}. Es de comprender que un paciente con cirrosis hepática avanzada requiere atención diferenciada ; personalizada, más prolongada (no de 10 o 15 minutos en consultas tradicionales), con apoyo multidisciplinario, con apoyo familiar, manejando parámetros similares a una atención de cuidados de enfermería en casa , con atención nutricional y mental.

Es importante señalar que la cantidad de ingresos por año se vio disminuida por las restricciones existentes en el marco de la pandemia COVID-19. El total de atenciones en general en el HRDC para el año 2020 fue 60 236 atenciones, y 27 618 atendidos ⁵⁰, por lo que las atenciones en general se vieron disminuidas en más del 50%. Además, el programa fue parcialmente aplicado con seguimiento telefónico y virtual, lo que no había sido planeado al momento de desarrollar la herramienta, sufriendo esta herramienta adaptaciones.

Por otro lado, no existe un programa nacional de detección precoz de Cirrosis hepática y menos en la provincia. Al no haber signos clínicos importantes en etapas tempranas de la cirrosis hepática, la detección es tardía, por lo que la mortalidad es alta. Además, en el Perú no existe un sistema nacional de trasplante hepático, que sería la solución para mejorar la esperanza de vida de esta población.

CONCLUSIONES

1. Se aplicó un protocolo educativo de prevención terciaria en salud en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca entre el 2019 -2021 y de manera óptima.
2. La aplicación del protocolo educativo de prevención terciaria en salud disminuye la morbimortalidad de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019-2021, con prueba estadística Mann-Whitney, estadísticamente significativa $p < 0.05$ en las variables de reingresos y hospitalización.
3. La prevalencia de pacientes con Cirrosis hepática del HRDC en el periodo 2015-2019, es de 1.2% del total de pacientes atendidos con 40.2 ingresos por año.
4. Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con Cirrosis Hepática del HRDC entre el 2015 y 2019 son : edad promedio mayor de 60 años (48%), sexo predominantemente masculino (65%), proceden de Cajamarca en un 62%, y de zona urbana (69%), la provincia más afectada después de Cajamarca es Cajabamba (6.9%). El 53% de los pacientes tiene primaria incompleta o son analfabetos. Son de estadio clínico avanzado (Child B y Child C) en un 49.2%. Acuden descompensados generalmente por ascitis en un 86.9%. La complicación más frecuente es por neumonía en un 10.4%, la etiología más frecuente de la cirrosis hepática es la asociación al consumo de alcohol en un 58% e Idiopática en un 29.3%. El hallazgo de hepatocarcinoma por ecografía es de un 2.4%.

SUGERENCIAS

1. Los Hospitales con actividad docente deben prevenir y tratar enfermedades crónico degenerativas, usando protocolos educativos de prevención terciaria, mas aun si existe un programa de residentado médico en la especialidad de gastroenterología y estudiantes de medicina u otras profesiones afines en pre grado, motivados y adecuadamente formados, a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.
2. El Hospital docente podría desarrollar Programas de Sensibilización a la familia con la finalidad de establecer un contacto más humano y personal de cada paciente.
3. El Servicio de Gastroenterología requiere mejorar los canales de contacto e información con los pacientes que presentan cirrosis hepática avanzada (Child B y C) y acuden al hospital tanto en hospitalización como emergencia, a través de un programa de difusión estratégico que haga conocer el protocolo educativo de prevención terciaria en forma ágil y didáctica.
4. Esta investigación abre una línea de investigación, a través de la cual se pueda realizar cálculos sobre la estructura de costos a fin de demostrar el ahorro a los seguros de salud (SIS- EsSalud), independientemente de la menor morbimortalidad que se plantea.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Rev. Universitaria de Investigación, Año 9, No. 1, junio 2008.
2. Acorda L. Comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con cirrosis hepática. [tesis de grado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2013. 57p.
3. Aranzasu y col. Las estrategias de educación a pacientes son costo efectivas: reduce el fósforo ahorrando 200 D al mes por paciente [carta al director]. Sociedad Española de Nefrología. Rev. Elsevier España. 2017; 37(1):93–113, 2017. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
4. Arocutipa G. Incidencia y características clínico – epidemiológicas de la cirrosis hepática en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2013 – 2016. [tesis de grado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017. 127p.
5. Bonilla León F. Educación sanitaria al paciente con enfermedad crónica avanzada ¿Existe evidencia de su utilidad? Enf. Nefrol. 2014;17(2): 120-131.
6. Browning JD y col; Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity. Hepatology .2004; 40:1387-1395.
7. Bussalleu, Alejandro. Tópicos selectos en Medicina Interna: Gastroenterología. Lima: Santa Ana; 2006.

8. Bustios C. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud Rev. Gastroenterol. Perú v.27 n.3 Lim. Jul/set; 2007.
9. Castillo-Contreras, O. Mortalidad por enfermedades digestivas no neoplásicas en la población adulta del Perú, 2010 – 2015. An. Fac. med. vol.80 no.1 Lima ene/mar; 2019.
10. Calzadilla L, Vilar E, Lincheta L. Modelos pronósticos para la cirrosis hepática. Revista Cubana de Medicina. 2011; 50(2):190-201.
11. Diario Oficial el peruano. - Ley 30846 “Ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas” Publicado el 19 de septiembre del 2018.- Lima -Perú.p. 4.
12. Dirección Regional de Salud (DRS). Análisis de la Situación de Salud, Dirección Regional de Salud (ASIS), Cajamarca; 2018.
13. Elizagaray I, Muriente J, Gil A, Education for patients with fibromyalgia. A systematic review of randomized clinical trials. Rev Neurol. 2016; Jan 16;62(2):49-60.
14. European Association for the Study of the Liver Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J. Hepatol.2018;(69):406-460.
15. Farfán G, Cabezas C. Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares en el Perú, 1995-2000. Rev Gastroenterol Perú. 2002; 22(4):310-323.

16. Fernández M, Semela D, Bruix J, Colle I, Pinzani M, Bosch J. Angiogenesis in liver disease. *J Hepatol.* 2009;50(3):604-20.
17. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia.* La Habana, Cuba. 2014; 30(2):179-183.
18. Ginès GP, Arroyo PV. Cirrosis hepática. En: Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna.* España: Elsevier; 2012.p.314-319.
19. Ginès GP, Schrier RW. The Arterial Vasodilatation Hypothesis of Ascites Formation in Cirrhosis. In: Arroyo V, Ginès P, Rodés J, Schrier RW (eds). *Ascites and Renal Dysfunction in Liver Disease. Pathogenesis, Diagnosis and Treatment.* Blackwell Science. Massachusetts; 1999:411-27.
20. Guerra V, Diaz A. La educación como herramienta para mejorar la adherencia de los pacientes en tratamiento dialítico. *Rev Cubana Enfermer . Ciudad de la Habana.* v.26 n.2 abr.-jun. 2010.
21. Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease: 2014 Practice Guideline by the European Association for the Study of the Liver and the American Association for the Study of Liver Diseases. *J Hepatol.* 2014.
22. Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI). “Perú: enfermedades no trasmisibles”. Lima; 2015.
23. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in Patients On Dialysis: Strategies for Success. *Nephrol Nurs J.* 2007;34(5): 479-486.

24. Manoj A. Suva. A Brief review on Liver Cirrhosis: Epidemiology, Etiology, Pathophysiology, Symptoms, Diagnosis and Its Management. *Inventi Rapid: Molecular Pharmacology*. 2014;(2):1-5.
25. Malpica-Castillo A, Ticse R, Salazar-Quiñones M, Cheng-Zárate L, Valenzuela-Granados V, Huerta-Mercado J. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. *Rev. Gastroenterol. Perú*. 2013; 33(4):301–5.
26. Mohammed, A. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018;96:590-590A.
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS) –Alcohol y atención primaria de la salud - Washington.- 2008.
28. Organización Panamericana de Salud (OPS)/ Organización Mundial de Salud (OMS). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas Nº 1. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. 2005. Citado 25/3/2010. Disponible en: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovacionSalud.pdf 43 pp.
29. Peter Ferenci, MD. Hepatic encephalopathy in adults: Treatment. *UpToDate*. Consultado Feb 2021.
30. Rabeharisoa, V. *Le pouvoir des malades [El poder de los enfermos]* Paris (1998).
31. Shamindra D. Diagnosis and Treatment of Low-Grade Hepatic Encephalopathy. *Dig Dis*. 2015;33:562–569.

32. Sherlock's Diseases of the Liver and Biliary System. 12th edition. Oxford.UK : Wiley Blackwell editorial; 2011. p. 103-118.- 2011.
33. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology. 10 edition. Philadelphia .USA :Saunders Elviesier ; 2016.
34. Tagle, M. Hallazgos clínicos, bioquímicos y de histología hepática en adultos peruanos con sobrepeso y obesos: primer estudio prospectivo nacional. Rev. gastroenterol. Perú v.28 n.4 Lima oct./dic. 2008.
35. Thun, M.J., Peto, R., Lopez, A.D., Monaco, J.H., Henley, S.J., Heath, C.W.J., Doll, R. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. The New England Journal of Medicine.1977 ;vol 337: 1705-1714.
36. Tinoco E. Factores asociados al desarrollo de encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo enero-marzo 2018. [tesis de grado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2018.p. 86.
37. Valenzuela V y col. Comparación del valor pronóstico de mortalidad del Score Child Pugh y los modelos de pronóstico de enfermedad hepática crónica en pacientes con cirrosis hepática descompensada del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú. Rev. gastroenterol. Perú [online]. 2015; vol.35(4) :307-312.
38. Vignolo, Julio. -Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud .Arch Med Interna. 2011; XXXIII (1):11-14.

39. Villena J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. -Rev. ginecol. obstet.2020; vol.63 (4).
40. Zafra-Tanaka J, y col.- Problemas en la calidad de atención en salud: oportunidad de mejora. An Fac med.2015; 76(1):87-8.
41. Alonso F y col. (2010).- Análisis de la tendencia de la mortalidad por cirrosis hepática en Chile 1990- 2007. Rev. Med. Chile.2018; 138: 1253-1258.
42. Ministerio de salud. Centro nacional de epidemiología, prevención y control de Enfermedades infecciosas. -Análisis de la situación de salud 2018.- Primera edición. Lima-Perú.2019: p 63.
43. Angelica Riveros. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal of Clinical and Health Psychology 2005; Vol 5 (3): p. 445-462.
44. Rodrigo Córdova. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50(Suppl 1):p. 29–40.
45. Isabel Louro. La familia en la determinación de la salud. - Rev Cubana Salud Pública . Ciudad de La Habana. 2003 ; v.29 n.1.
46. Roca Roger. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares Atención Primaria.2000; Volume 26 (4):217-223. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78650-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78650-1).
47. Grady Patricia. “El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. Organización Panamericana de la Salud, 2015.

48. Boyle Sigwas. "Eficacia de un programa de prevención terciaria en pacientes con enfermedad renal crónica terminal del servicio de nefrología del hospital militar central": trabajo académico: Chíncha Ica. 2019.
49. Cuba Fuentes María Sofía, Lisdamys Morera González. Reformando la salud desde la prevención cuaternaria. Acta médica peruana.2016; Vol.33 (1).
50. Rubén Hernaez , Jennifer Kramer . Depression and Anxiety are common among patients with cirrhosis. Clinical gastroenterology and hepatology.2022; Volume 20(1) :p. 194-203.
51. Sung-Eun Kim . Sarcopenia as a pronostic indicator of liver cirrosis. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2022 ; 13(1): 8–10.
52. Fasinha Kanwal. .Improving Quality of Care in Patients with Cirrhosis. Clinical Liver Disease .2013; vol. 2 (3): 123-124.
53. Pereda Acosta , Margarita .Explorando la Teoría General del autocuidado Enf Neurol (Mex).2011; Vol. 10(3): 163-167.

APÉNDICE 1

Registro de primera etapa

N. °	H C L	D N I	E D A D	S E X O	G · i	D I R E C C I O N	E T I O	C H · P	C O M P L I	D E S C O M P	H E P · C A	R E I N G.	D. H O S P I.	D E F U N
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

APÉNDICE 2

Ficha de registro del paciente

I. DATOS PERSONALES		
NOMBRES Y APELLIDOS:		
EDAD:		
SEXO:	Masculino () Femenino ()	
GRADO DE INSTRUCCIÓN:		
DIRECCIÓN:		
TELÉFONO O CELULAR:		
FAMILIAR A CARGO:		
II. DATOS DE LA ENFERMEDAD		
ETIOLOGÍA DE CIRROSIS	1. Alcohólica () 2. Hepatitis B o C () 3. NASH () 4. Otras () 5. Idiopática ()	Si la etiología es alcohólica, anotar g/semana y el tiempo de consumo de alcohol: Si es otra etiología anotar cuál:
PUNTUACIÓN DE CHILD-PUGH AL INGRESO	1. Child A () 2. Child B () 3. Child C ()	- Bilirrubina - Albúmina..... - INR - G. de encef. - Ascitis..... - Creatinina*
COMPLICACIÓN O DESCOMPENSA-CIÓN	1. Ascitis () 2. Hem. variceal () 3. Encefalopatía hepática () 4. Otras ()	Si hay otras, describir:
CAUSA DE COMPLICACIÓN O DESCOMPENSA-CIÓN	1. Infección urinaria () 2. Neumonía () 3. PBE () 4. Otras infecciones () 5. Causa no infec. ()	Si hay otras, describir:

ASOCIACIÓN A HEPATOCARCINOMA	1. Si tiene () 2. No tiene ()	Parámetro:
III. DATOS RELEVANTES ADICIONALES DE HCL		
Examen físico (al ingreso)		
- Funciones vitales	FC: T°: FR: PA: SatO2:	
- General, piel y faneras	Arañas vasculares () Ictericia () Uñas blancas ()	
- TCSC	Edemas (/+++) Hipertrofia parotídea ()	
- Neurológico	Encefalopatía grado:	
Diagnósticos adicionales	ICC severa () IMA () DM descompensada () EPOC() IRC primaria renal ()	
Endoscopia alta	Fecha: Varices esofágicas grado	
IV. GRUPO ASIGNADO		
Grupo A (Hepatoamigos) () Grupo B ()		

Comentarios extra:

.....

.....

.....

.....

.....

APÉNDICE 3

FICHA ÉTICA (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Yo..... Con DNI.....

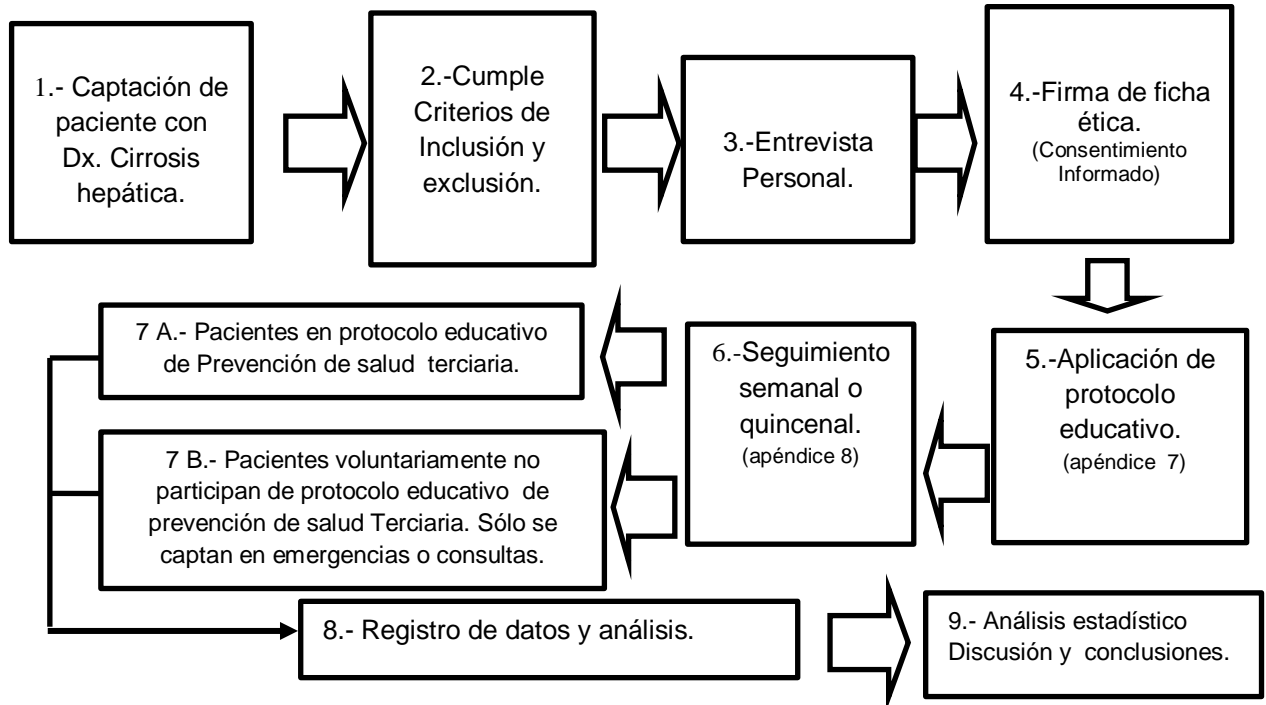
en pleno uso de mis facultades, luego de escuchar atentamente la explicación del responsable del trabajo de investigación: *“PREVENCION DE SALUD TERCARIARIA PARA MEJORAR LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2019”* **Dr. Herdert Martín Albán Olaya con DNI 26723849**, donde se tomará datos de mi historia clínica del Hospital Regional Docente de Cajamarca, garantizando la confidencialidad del registro de los mismos y que se me hará un seguimiento semanal o mensual para mejorar mi enfermedad y que puedo participar voluntariamente y gratuitamente en una asociación de enfermos de hígado “Hepatoamigos” durante una hora cada mes . Además, puedo retirarme del estudio en cualquier momento del estudio y suspender mi participación sin que ello conlleve sanción o mala atención futura. En este sentido **AUTORIZO**, participar en el presente trabajo de investigación.

Para dar fe de mi declaración firmo y pongo mi huella digital.

_____ FIRMA DNI:	_____ HUELLA DIGITAL (Paciente)	_____ M. C. Martin Albán Olaya DNI:26723849 Gastroenterólogo Médico-Investigador Telf. 976665431
_____ FIRMA DNI:	_____ HUELLA DIGITAL (Familiar)	

APÉNDICE 4

Fluxograma de investigación y recojo de información.



APÉNDICE 5

Clasificación de Child-Pugh.

Factor	1	2	3
Bilirrubina	<2	2-3	>3
Albumina	>3,5	2,8-3,5	<2,8
INR	<1,7	1,7-2,3	>2,3
Encefalopatía	Ausente	Grado I-II	Grado II-IV
Ascitis	Ausente	Responde a diuréticos	Ascitis refractaria

La puntuación de Child-Pugh (5-15 puntos) es el resultado de la suma de la puntuación de cada una de las 5 variables. De esa forma se determina:

Child A: (enfermedad bien compensada) 5-6 puntos; mortalidad 0% a 1 año y 15% a los 2 años.

Child B: (compromiso funcional) 7-9 puntos; mortalidad 20% a 1 año y 40% a los 2 años.

Child C: (enfermedad descompensada) 10-15 puntos; mortalidad 55% a 1 año y 65% a los 2 años.

Fuente: Calzadilla L¹⁰.

APÉNDICE 6

Índice de MELD y mortalidad en cirrosis.

Índice de MELD	Mortalidad a los 3 meses
≤9	1,9%
10-19	6%
20-29	19%
30-39	52,3%
≥40	71,3%

MELD score = $9,57 \ln(\text{creat, mg/dl}) + 3,78 \ln(\text{Bil, mg/dl}) + 11,2 \ln(\text{INR}) + 6,43$.

Fuente: Calzadilla L¹⁰.

APÉNDICE 7

PROTOCOLO EDUCATIVO DE PREVENCIÓN TERCIARIA EN CIRROSIS HEPÁTICA AVANZADA.

DEFINICIÓN:

El presente protocolo o guía es un programa educativo de prevención terciaria para pacientes con cirrosis hepática avanzada (Child B y Child C) compensados , se estandariza los contenidos de aprendizaje y forma de seguimiento de cumplimiento para evitar reingresos, hospitalizaciones y mortalidad por esta enfermedad.

OBJETIVO:

Disminuir la morbimortalidad del paciente con Cirrosis hepática avanzada compensado, luego que acude descompensado o con complicaciones.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Influir en el Estilo de Vida del paciente con Cirrosis hepática avanzado, con apoyo familiar y un programa educativo permanente con una atención personalizada y comprometida.

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Pacientes con cirrosis hepática avanzada (Child B y C), en un programa de seguimiento, aceptado por el paciente conjuntamente con su familia.

CONDICIONES DE LA POBLACIÓN A APLICAR:

Paciente con cirrosis hepática avanzada (Child B y C), compensado, ambulatorio, con apoyo familiar, motivado para desarrollar el programa educativo.

PERSONAL QUE INTERVIENE:

Gastroenterólogos comprometidos, residentes de gastroenterología entrenados, personal de enfermería, psicólogo, nutricionista (equipo multidisciplinario).

MATERIAL:

- Sala de reuniones (para 20 personas).
- Balanza.
- Pulso oxímetro.
- Retroproyector.
- Según cada sesión (alimentos, equipo de música, instrumentos musicales, materiales de cocina).

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

DESCOMPENSADO: Con ascitis marcada (Ascitis tipo 3). Con hemorragia digestiva activa. Desorientado en encefalopatía hepática, volumen urinario afectado por síndrome hepato renal.

CON COMPLICACIONES: Con una enfermedad asociada: sepsis, con neumonía, con infección urinaria.

CIRROSIS HEPÁTICA AVANZADA COMPENSADA: Paciente con signos clínicos de Cirrosis hepática (Signos de insuficiencia hepática y de hipertensión

portal) , además de una ecografía abdominal con hígado con vena porta mayor de 12 mm, borde romo , con micro o macro -nodulares en parénquima, hígado pequeño . con criterios de Child y pugh B o C en los últimos 3 meses.

PROCEDIMIENTO

El protocolo requiere pasos previos antes de su aplicación:

A) ENTREVISTA INICIAL

Se hace captación de pacientes, desde la emergencia o consulta externa del Hospital Regional de Cajamarca (HRDC), con el apoyo de médicos asistente y residentes de gastroenterología del HRDC , se verifica el diagnóstico clínico y ecográfico.

Se explica la necesidad de acompañamiento a través de un programa educativo una vez se compense y salga de alta:

- Diseño del estudio.
- Explicación de objetivos del estudio.
- Necesidad de participar en 6 reuniones educativas (programa educativo) cada semana o cada 15 días con el apoyo de un familiar.
- Cumplir con los requerimientos en cada reunión: llevar un “cuaderno de vida”, acudir con su familiar, cumplirla dieta hiposódica, control de volumen urinario, actividad física especial, registro de evacuaciones, control de peso diario así como detección de signos de alarma y uso adecuado de medicamentos.
- Necesidad de firmar la ficha ética (apéndice 4).

B) ORGANIZACIÓN PREVIA DE LAS REUNIONES

Una semana antes de cada reunión educativa se designa los responsables, se separa horario para la reunión, se condiciona el espacio , se busca contar con todos los materiales, y profesionales que participan en los temas educativos ,se les llama a los pacientes para hacerles recordar de la reunión.

EJECUCIÓN

A.-Características generales:

1. Contenido: son reuniones grupales de pacientes con compañía de un familiar, donde se da conocimiento en forma didáctica de diferentes temas de 15 A 20 minutos de información, además en los siguientes 20 minutos se toma controles vitales, se llena una ficha médica, se hace preguntas sobre sintomatología , se analiza un “cuaderno de vida” el cual es revisado en cada reunión. Durante la reunión se socializa, se crea un ambiente agradable y se busca la amistad de los pacientes, se hace preparaciones de dieta adecuada y se hacen indicaciones médicas personalizadas en caso de algún síntoma menor.

2. Duración: 60 minutos (incluyendo 15 a 20 minutos de información- controles vitales- ficha medica- preguntas de síntomas y mejoras de tratamiento).

3. Evaluación: Al final de cada sesión se llena una ficha de evaluación personal de avance de conocimientos y habilidades (competencias).

4. De los contenidos de información: Serán seis temas, los cuales se refuerzan en cada sesión:

-TEMA 1: Cirrosis: características generales, complicaciones y descompensaciones.

-TEMA 2: Manejo del agua, uso de un cuaderno de vida, dieta sin sal.

-TEMA 3: Manejo de la dieta en general: alimentos adecuados, número de dietas, evacuación de excretas 2 a 3 por día.

-TEMA 4: Actividad diaria: tipos de trabajos, riesgos de caídas, importancia de la unidad familiar, recreación. Estado anímico.

-TEMA 5: Uso de medicamentos. Medicamentos dañinos. Efectos colaterales de diuréticos, catárticos, beta bloqueadores, vitaminas.

-TEMA 6: Signos de alarma, edemas, encefalopatía, infecciones.

5. Facilidades: En un ambiente acondicionado en el HRDC, con el apoyo de residentes de gastroenterología (2do y 3er año sobre todo) y personal de enfermería, se facilitará la evaluación clínica y atención personalizada de los pacientes con síntomas menores, inclusive manejo de paracentesis ambulatorias en horario de atención de 8 am a 1pm. (por medida de bioseguridad durante la pandemia por el COVID 19 se buscó apoyo telefónico y atención personalizada en un consultorio particular. Sin un gasto económico a todos los pacientes registrados en la asociación y se facilitara un teléfono para apoyo las 24 horas en caso de consultas sobre su enfermedad.

B.- De los contenidos didácticos y evaluación:

- TEMA 1: Cirrosis, características generales, complicaciones y descompensaciones.

Saberes esenciales – contenidos	Actividades formativas – estrategias	Indicadores de desempeño
Cirrosis. - características generales.	Se hace comprender el concepto de cirrosis, la importancia del hígado en el manejo del agua, en la coagulación, en el rendimiento intelectual y la problemática de las varices y el sangrado digestivo.	Define el concepto de Hígado como : refrigeradora Entiende 4 síntomas peligrosos. Edema, desorientación, sangrado digestivo y orinar (miccionar) poco.
Características del programa hepatoamigos.	Se describe los beneficios del programa. Necesidad de reunirse por lo menos mensualmente, características generales de las reuniones. Necesidad de socializar.	Asistencia puntual a las reuniones. Participa una familiar. Trae su “cuaderno de vida” , adecuadamente lleno.
Complicaciones.	Se hace comprender la importancia de prevenir infecciones.	Conoce el concepto de lavado de manos antes de comer y después de defecar. Conoce el concepto del estornudo, uso de pañuelo, evitar cercanía con enfermos con Infecciones respiratorias.
Descompensación.	se hace comprender los signos y síntomas del síndrome ascítico edematoso, hemorragia	Controla el volumen urinario en 24 hrs, reconoce volumen bajo (menos de 750 por día).

	digestiva, encefalopatía hepática.	<p>Observa sus heces de color negro o rojo.</p> <p>Su familiar comprende los signos de la encefalopatía.</p> <p>Acude o llama telefónicamente cuando hay dudas en forma inmediata.</p>
--	------------------------------------	--

- TEMA 2: manejo del agua, uso de un libro de vida, dieta sin sal.

Saberes esenciales – contenidos	Actividades formativas – estrategias	Indicadores de desempeño
Manejo del agua.	<p>Se hace comprender el concepto de retención de agua.</p> <p>Ingesta de poca sal y su importancia, como saciar la sed sin tomar agua.</p>	Según su familiar cumple con no comer sal de cloruro de sodio, toma sal de cloruro de potasio. Registra en su “cuaderno de vida” alimentos bajos de sal y con volumen de 1000 a 1500 por día de ingesta o según sea la indicación médica.
Uso del “cuaderno de vida”	<p>Llenar en un cuaderno en una cara cada día: ingresos de alimentos incluyendo la medicación, incluyendo volúmenes o peso de alimentos. También sabe anotar salida de heces y orina , incluyendo sus medidas aproximadas de peso o volúmenes.</p> <p>También anota observación o síntomas diferentes.</p>	Registra adecuadamente una hoja diaria del “cuaderno de vida” con: ingresos de alimentos y medicamentos y salida de orina y heces.
Importancia del peso semanal o diario.	Sabe tomarse el peso y lo registra en su “cuaderno de vida”.	Registra su peso semanalmente por lo menos o diariamente si así se exige.
Control médico mensual o trimestral, con estudios de apoyo diagnóstico, cada 6 meses o cada año.	Sabe la importancia de e evaluado por su médico especialista.	Acude a sus controles médicos establecidos y tiene ecografía de hígado cada 6 meses y endoscopia alta cada año.

- TEMA 3: manejo de la dieta en general: alimentos adecuados, número de dietas, evacuación de excretas 2 a 3 por día.

Saberes esenciales – contenidos	Actividades formativas – estrategias	Indicadores de desempeño
Alimentos adecuados.	<p>Entiende la importancia de comer alimentos bajos de sal y bajo en proteínas de carne roja.</p> <p>Se habla de la importancia de no tomar alcohol. SE puede sugerir apoyo a asociaciones de tratamiento de alcoholismo.</p>	<p>Registra en cuaderno de vida alimentos bajos de sal y sin carnes rojas.</p> <p>Familiar corrobora que cumple con dieta.</p> <p>No consume alcohol. Lo corrobora el familiar.</p>
Número de dietas.	Se explica la importancia de comer 5 veces al día.	Registra en “cuaderno de vida” 5 dietas diarias.
Evacuación de excretas.	<p>Se explica la importancia de evacuar excretas 2 a 3 por día.</p> <p>Importancia de tomar lactulosa.</p>	Registra en su “cuaderno de vida” 2 a 3 heces por día.

- TEMA 4: Actividad diaria: tipos de trabajos, riesgos de caídas, importancia de la unidad familiar, recreación y estado anímico.

Saberes esenciales – contenidos	Actividades formativas – estrategias	Indicadores de desempeño
<p>Actividad diaria. Tipos de trabajo.</p>	<p>Entiende la importancia de no hacer actividad física excesiva, no caminar más de 4 cuadras. Deambular poco en la calles y siempre acompañado de alguien.</p> <p>Se hace un debate de cómo mantener un día ocupado.</p> <p>Se comenta si puede o no trabajar , en lo posible no debe hacerlo.</p>	<p>Familiar informa que cumple con reposo relativo, trabajo de hogar.</p>
<p>Riesgos de caídas.</p>	<p>Entiende los riesgos de traumatismo, desorientación, falla de equilibrio.</p> <p>Se hace una prueba psicométrica (prueba de 25 números correlativos) en menos de 40 segundos.</p>	<p>Cumple con salir acompañado, según información del familiar.</p>
<p>Deporte – recreación.</p>	<p>Realiza 3 sesiones semanales de baile de 40 minutos o una actividad similar que no sea caminata prolongada.</p>	<p>Cumple con actividad de deporte leve (baile) , según información del familiar.</p>
<p>Estado anímico.</p>	<p>Comprende la importancia de tener buenas relaciones humanas con su familia en especial con los que le cuidan.</p> <p>Su Familiar comprende su rol de apoyo.</p>	<p>El paciente y el familiar dialogan adecuadamente y se llevan bien durante la sesión.</p>

- TEMA 5: Uso de medicamentos. Medicamentos dañinos. Efectos colaterales de diuréticos, catárticos, beta bloqueadores, vitaminas.

Saberes esenciales – contenidos	Actividades formativas – estrategias	Indicadores de desempeño
Uso de medicamentos.	<p>Conocer la utilidad en los diuréticos , y sus efectos adversos.</p> <p>Conocer la utilidad de los beta bloqueadores y efectos adversos.</p>	<p>Comprende forma de uso de medicamentos diuréticos.</p>
	<p>Conocer la utilidad de medicamentos de lactulosa y sus efectos colaterales.</p>	<p>Comprende el uso de la lactulosa, lo registra en su cuaderno de vida.</p>
	<p>Conocer la utilidad de los medicamentos antsecretorios gástricos.</p> <p>Uso de plantas medicinales (digestivas).</p>	<p>Comprende el uso de medicamentos antsecretorios gástricos.</p>
<p>No usar medicamentos dañinos.</p>	<p>Conocer los medicamentos prohibidos como los antiinflamatorios (AINE - Corticoide).</p> <p>No consumo de alcohol.</p>	<p>Reconoce que el único analgésico que puede usar es el analgésico como el paracetamol.</p>

- TEMA 6: Signos de alarma, edemas, encefalopatía, infecciones

Saberes esenciales – contenidos	Actividades formativas – estrategias	Indicadores de desempeño
Signos de alarma: edemas, encefalopatía e infecciones.	Reconoce los signos de alarma. El paciente y su familiar: -Heces negras o vómitos rojos. -Volumen urinario menor de 1 litro. -Ganancia de peso. -Desorientación o olvidos. -Fiebre. -No hacer heces más de 2 veces.	Reconoce los signos de alarma. Llama o comunica al médico asistente o acude al consultorio externo del HRDC a informar de lo acontecido antes de las 24 hrs de ocurrido.

PRECAUCIONES

- Se debe insistir en una atención personalizada, llamar por sus nombres, crear un espacio familiar y cálido.
- No se debe permitir que asista el familiar solo.
- Debe haber un espacio privado para conversar temas personales de cada paciente. No siempre todas las respuestas se deben dar con todo el grupo.
(Reunión general).

EVALUACIÓN

- Utilizamos el apéndice 8. (Lista de cotejo de seguimiento).
- El “cuaderno de Vida” , que tiene enlace con todas las reuniones e incluye todos los aspecto aplicativos del programa educativo (balance hídrico, control de

complicaciones, forma de comer, forma de evacuar , tratamiento que lleva) debe realizarse: una cara por día , se sugiere de esta manera:

DIA :			
HORA	ENTRADAS (alimentos, medicina, agua)	HORA	SALIDAS (orina, heces, vómitos)
OBSERVACIONES: (síntomas que se quejan, dudas , comportamientos extraños).			

APÉNDICE 8

(LISTA DE COTEJO)

FICHA DE SEGUIMIENTO y EVALUACIÓN DEL GRUPO CUASI
EXPERIMENTAL (grupo A).- “Grupo participante en la aplicación del
programa educativo de prevención terciaria”.

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	//	//	//	//	//	//	//	//	//
1. Participó con un familiar (por sesión).									
2. Asistencia.									
3. Ingiere dieta sin sal sódica, sí o no.									
4. Evacúa heces 2 a 3 por días, sí o no.									
5. Registra su “cuaderno de vida”, sí o no.									
6. Mantiene diuresis de 1 a 2 litros, sí o no.									
7. Hace ejercicio local (baile tres por semanas).									
8. Come 5 dietas diarias.									
9. Mantiene un peso estable o menor.									
Resultado									
Efectividad (más de 5)									

Paciente:

ANEXO 9

Prueba de Normalidad

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig. (p-valor)
Días de hospitalización	0,789	10	0,011*
Número de muertes en 3 meses	0,366	10	0,000*
Promedio de reingreso	0,756	10	0,004*

*: $p < 0,05$: La distribución de los datos no se considera normal.

Contrastación de hipótesis para prueba de normalidad

I. Hipótesis:

1. Hipótesis Nula

H_0 : El conjunto de datos sigue una distribución normal.

2. Hipótesis Alternativa

H_1 : El conjunto de datos no sigue una distribución normal.

II. Prueba estadística: Shapiro-Wilk

III. Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Si $p > 0,05$: Se acepta la H_0 .

Si $p < 0,05$: Se rechaza la H_0 .

IV. Decisión:

Según los resultados $p < 0,05$, lo que indica que se rechaza la Hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa H_1 : El conjunto de datos no sigue una distribución normal.

V. Conclusión:

El conjunto de datos no sigue una distribución normal, por lo tanto, se puede usar pruebas no paramétricas, en este caso la prueba estadística Mann-Whitney.