



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i19.1006>

EFICACIA DEL MANEJO PALIATIVO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN LA COMUNIDAD VERSUS ATENCIÓN HOSPITALARIA ESTÁNDAR EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

EFFICACY OF COMMUNITY-BASED PALLIATIVE NURSING MANAGEMENT VERSUS STANDARD HOSPITAL CARE IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED LIVER CIRRHOSIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Montúfar-Silva Marcelo Ramiro ¹; Guerrero-Rodríguez Jessica Paulina ²; Cujano-Ortiz Joselyn Doménica ³; Soto-Ayala Mónica Patricia ⁴; Macías-Erazo Angy Belén ⁵

¹ Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.

Correo: marcelo.montufar@unach.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8526-8054>

² Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.

Correo: jessicap.guerrero@unach.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-1847-6501>

³ Instituto Universitario Misael Acosta Solís. Riobamba, Ecuador.

Correo: domenicacujano@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8605-6907>

⁴ Universidad Tecnológica Indoamérica. Ecuador.

Correo: monicasoto@uti.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8754-6038>

⁵ Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.

Correo: angybmacias@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-2795-7198>

Resumen

La cirrosis hepática constituye una patología crónica, progresiva e irreversible caracterizada morfo fisiológicamente por el reemplazo difuso del parénquima funcional por una densa matriz extracelular fibrilar y nódulos de regeneración estructurados de manera anómala, lo cual altera drásticamente la arquitectura vascular interna y la microcirculación sinusoidal. Esta distorsión estructural incrementa la resistencia al flujo sanguíneo portal, desencadenando hipertensión portal clínicamente significativa, definida por un gradiente de presión venosa hepática superior a los 10 mmHg, el cual actúa como el motor fisiopatológico central de las manifestaciones clínicas más severas. A nivel epidemiológico global, la cirrosis representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en adultos, impulsada fundamentalmente por el consumo nocivo y continuado de alcohol, las infecciones crónicas por los virus de la hepatitis B y C, y el notable incremento de la enfermedad por hígado graso asociada a disfunción metabólica, además de etiologías menos frecuentes pero complejas como la hepatitis autoinmune, la enfermedad de Wilson por acumulación de cobre y la hemocromatosis hereditaria por sobrecarga de hierro. El curso clínico de la enfermedad transita de una fase compensada prolongada y frecuentemente asintomática hacia estadios descompensados caracterizados por la aparición de complicaciones graves que comprometen drásticamente la supervivencia a corto y mediano plazo. Entre las principales descompensaciones destacan la ascitis, la peritonitis bacteriana espontánea derivada de la traslocación bacteriana, las várices gastroesofágicas con alto riesgo de hemorragia digestiva masiva, la encefalopatía hepática inducida por la acumulación sistémica de neurotoxinas como el amoníaco, el síndrome hepatorenal y la eventual progresión hacia el carcinoma hepatocelular. En este complejo escenario asistencial, la atención paliativa multidisciplinaria e interdisciplinaria se erige como un componente indispensable que no debe postergarse para la fase terminal, sino integrarse tempranamente en el manejo continuo del paciente. La intervención de enfermería orientada a la comunidad y al entorno domiciliario adquiere un papel preponderante para aliviar el sufrimiento físico, psicosocial y espiritual tanto del paciente como de su entorno afectivo. En la dimensión física, los cuidados de enfermería

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 14 de julio de 2026.

Fecha de aceptación: 10 de septiembre de 2026.

Fecha de publicación: 10 de octubre de 2026.



abarcen la monitorización hemodinámica estrecha, el control farmacológico y no farmacológico del dolor recalcitrante y la fatiga crónica, la vigilancia rigurosa del balance hídrico y electrolítico, el soporte nutricional hiperproteico e hipercalórico orientado a prevenir o contrarrestar la sarcopenia y la desnutrición proteico-calórica, así como la ejecución de procedimientos invasivos paliativos como el drenaje peritoneal de líquido ascítico refractario en el ámbito comunitario. En la esfera psicosocial, la enfermería fomenta el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y social, imparte educación sanitaria continua para el autocuidado, promueve mecanismos de afrontamiento eficaces y previene activamente el síndrome de sobrecarga o agotamiento del cuidador principal mediante la redistribución equitativa de responsabilidades cotidianas. Asimismo, la dimensión espiritual resulta determinante para brindar confort existencial, respetando profundamente la cosmovisión, los rituales y las creencias individuales del paciente, y facilitando espacios de diálogo, reconciliación y cierre emocional. En conclusión, la evidencia científica demuestra que un abordaje holístico, humanizado y estructurado por parte del equipo de enfermería comunitaria optimiza el control de síntomas, reduce las rehospitalizaciones no planificadas, preserva la dignidad humana y transforma positivamente la calidad de vida de los pacientes con enfermedad hepática avanzada y de sus familias.

Palabras claves: Cirrosis hepática; Cuidados paliativos; Enfermería; Hipertensión portal; Complicaciones; Calidad de vida; Apoyo psicosocial; Sarcopenia.

Abstract

Hepatic cirrhosis is a chronic, progressive, and irreversible condition characterized morphophysiologically by the diffuse replacement of functional parenchyma with a dense fibrillar extracellular matrix and abnormally structured regenerative nodules; this drastically alters internal vascular architecture and sinusoidal microcirculation. This structural distortion increases resistance to portal blood flow, triggering clinically significant portal hypertension defined by a hepatic venous pressure gradient exceeding 10 mm Hg which acts as the central pathophysiological driver of the most severe clinical manifestations. Epidemiologically, cirrhosis is a leading cause of morbidity and mortality in adults worldwide, driven primarily by sustained harmful alcohol consumption, chronic hepatitis B and C viral infections, and the marked rise in metabolic dysfunction-associated fatty liver disease, alongside less common but complex etiologies such as autoimmune hepatitis, Wilson's disease (copper accumulation), and hereditary hemochromatosis (iron overload). The disease's clinical course progresses from a prolonged, often asymptomatic compensated phase to decompensated stages characterized by the onset of serious complications that drastically compromise short- and medium-term survival. Key decompensation events include ascites, spontaneous bacterial peritonitis resulting from bacterial translocation, gastroesophageal varices carrying a high risk of massive gastrointestinal hemorrhage, hepatic encephalopathy induced by the systemic accumulation of neurotoxins (such as ammonia), hepatorenal syndrome, and eventual progression to hepatocellular carcinoma. In this complex clinical landscape, multidisciplinary and interdisciplinary palliative care stands as an essential component that should not be deferred until the terminal phase but rather integrated early into the patient's ongoing management. Nursing interventions focused on the community and home environment play a pivotal role in alleviating the physical, psychosocial, and spiritual suffering of both the patient and their support network. In the physical realm, nursing care encompasses close hemodynamic monitoring; pharmacological and non-pharmacological management of intractable pain and chronic fatigue; rigorous monitoring of fluid and electrolyte balance; high-protein, high-calorie nutritional support aimed at preventing or counteracting sarcopenia and protein-calorie malnutrition; and the performance of invasive palliative procedures such as the peritoneal drainage of refractory ascites within the community setting. In the psychosocial sphere, nursing fosters the strengthening of family and social support networks, provides ongoing health education for self-care, promotes effective coping mechanisms, and actively prevents caregiver burden or burnout through the equitable redistribution of daily responsibilities. Furthermore, the spiritual dimension is crucial for providing existential comfort, deeply respecting the patient's worldview, rituals, and individual beliefs, while facilitating opportunities for dialogue, reconciliation, and emotional closure. In conclusion, scientific evidence demonstrates that a holistic, humanized, and structured approach by the community nursing team optimizes symptom control, reduces unplanned hospital readmissions, preserves human dignity, and positively transforms the quality of life for patients with advanced liver disease and their families.

Keywords: Liver cirrhosis; Palliative care; Nursing; Portal hypertension; Complications; Quality of life; Psychosocial support; Sarcopenia.

1. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2025), en su informe “The morphology of cirrhosis”, la cirrosis hepática genera un impacto epidemiológico de gran magnitud al causar cerca de 1,3 millones de fallecimientos anuales, lo que equivale aproximadamente al 4 % de la mortalidad global considerando sus complicaciones. En términos conceptuales, la OMS describe la cirrosis como una alteración progresiva de evolución indeterminada, definida por el desarrollo de fibrosis y la distorsión de la arquitectura anatómica del hígado, la cual adopta una configuración nodular anómala e irregular (1).

Por su parte, Andrade Villavicencio (2023) conceptualiza la cirrosis hepática como un padecimiento crónico de origen multifactorial cuyo desarrollo se inicia cuando las estructuras tisulares del hígado sufren un proceso cicatricial o fibrosis. Con el tiempo, este fenómeno da lugar a la aparición de nódulos de regeneración que

obstaculizan la circulación sanguínea interna, desencadenando hipertensión portal. Al deteriorarse la capacidad del hígado para filtrar la sangre, las toxinas no eliminadas se acumulan e intoxican el organismo, afectando la función de diversos sistemas orgánicos y conduciendo al paciente hacia un estado de descompensación clínica que puede resultar mortal (2).

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

En el estudio elaborado por Can et al. (2025), titulado “Liver diseases: epidemiology, causes, trends and

predictions”, se destaca que el hígado cumple roles fisiológicos esenciales, entre los que figuran la depuración de toxinas mediante la filtración sanguínea, la producción de proteínas, la modulación de las respuestas inmunes y la regulación metabólica. Estas actividades son llevadas a cabo fundamentalmente por los hepatocitos las células principales que conforman el parénquima hepático en estrecha colaboración con células no parenquimatosas, tales como las células endoteliales sinusoidales, las células estrelladas, los colangiocitos, las células de Kupffer y diversos linajes inmunitarios, los cuales garantizan conjuntamente el equilibrio y la homeostasis del órgano. (5).

Desde una perspectiva epidemiológica, Juanola et al. (2025) señalan que la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) constituye la primera causa de mortalidad global secundaria a cirrosis hepática, seguida en orden de frecuencia por el consumo problemático de alcohol, la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) y las hepatopatías de etiopatogenia metabólica. No obstante, el patrón etiológico

presenta variaciones regionales significativas: en el continente europeo, el abuso crónico de alcohol se consolida como el principal factor causal de morbimortalidad por cirrosis, contribuyendo con un 2,4 % de la mortalidad general y provocando cerca de dos millones de defunciones anuales, lo que sitúa a esta condición en el undécimo lugar entre las causas globales de muerte. Asimismo, la literatura destaca la elevada repercusión de esta enfermedad en el grupo etario de 25 a 49 años, impactando de manera considerable en la población en edad productiva. (6).

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



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

Es importante señalar que, Solis Alcivar DC, en el año 2020, en la investigación denominada: “Efectos del alcohol en la aparición de la cirrosis hepática”, se establece que la cantidad y la duración del abuso del alcohol es el principal factor de riesgo para un daño hepático crónico y el desarrollo de las complicaciones. El consumo diario de 60 a 80 gramos al día durante más de 10 años en el

género masculino y 20 gramos al día en las mujeres, origina la enfermedad hepática avanzada en alrededor de 40% de los casos. El género femenino, la obesidad, los factores genéticos y hábito de fumar influyen en el riesgo del desarrollo de la cirrosis hepática (9).

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

esperanza de vida menor 4 años (10).

Además, en el estudio realizado por Calderón Gerstein W. En el año 2020, “Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.)”. Se evidencia, que se realizaron 11 biopsias hepáticas de pacientes cirróticos en donde se determina que la complicación más común es la ascitis que representa el 71.30% de los casos, la encefalopatía hepática causada por la intoxicación del amoníaco con 47.20%, hemorragia por várices esofágicas desarrolladas por la hipertensión portal con 43.50%, el síndrome hepatorenal con 8.30% y la complicación más infrecuente, sin embargo potencialmente mortal es la peritonitis bacteriana espontánea, derivada de la ascitis con 5.6% (11).

En un estudio realizado por Naiken A. En el año 2025, se compararon los sistemas de evaluación de Child-Pugh, MELD (Model for end stage Liver Disease) y MELD-Na, para predecir la severidad de la enfermedad hepática en pacientes cirróticos. Se determinó que el sistema Child-Pugh predice la ascitis

con más precisión, mientras que MELD y MELD-Na predicen la encefalopatía hepática y síndrome hepatorenal. Sin embargo, ninguno de los sistemas de evaluación es adecuado para predecir las varices esofágicas (12).

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

Asimismo, Sousa L, en el año 2025, de acuerdo al estudio titulado: “Los Cuidados paliativos en la enfermedad hepática terminal”, define los cuidados paliativos como: una atención médica especializada y multidisciplinaria que se orienta a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes y sus cuidadores, en cualquier etapa de la enfermedad, independientemente del pronóstico,



que involucra otros tratamientos médicos para aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y brindar el apoyo familiar (14).

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

La presente investigación sobre la cirrosis hepática, los factores de riesgo, las etiologías, las complicaciones clínicas y los cuidados paliativos, posee gran importancia a nivel científico y en el campo de la salud. Sin embargo, la cirrosis constituye una de las principales etiologías de morbilidad a nivel mundial, siendo una consecuencia de

múltiples factores etiológicos mencionadas. Asimismo, el estudio de las complicaciones de la cirrosis hepática es fundamental para mejorar el diagnóstico, la toma de decisiones clínicas y la calidad de vida de los pacientes. Su historia natural de la enfermedad y su conducta irreversible, le convierte en un problema de salud pública que requiere atención integral, continua y cuidados paliativos.

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

Según, Juanolá A, en su estudio realizado sobre “Cirrosis hepática: una enfermedad antigua, un nuevo desafío”, en el año 2024, con respecto a la fisiopatología de la cirrosis hepática, menciona que la fibrosis hepática es causado por una

inflamación crónica del tejido hepático mediada por citocinas, ocasionado por agentes etiológicos como alcohol, virus de la hepatitis, hígado graso no alcohólico, esteatosis hepática y enfermedades autoinmunitarias, que estimula la producción de colágeno y la acumulación de la matriz extracelular, posteriormente la formación de tejido cicatricial y nódulos de regeneración. Por lo tanto, la cirrosis hepática se define como el reemplazo del tejido hepático sano por un tejido cicatrizal, formado por fibras de colágeno que provoca la formación de nódulos de regeneración (16).

García, en el año 2020, en su investigación titulada: “Etiología de la cirrosis: los cambios epidemiológicos entre los períodos 1995-2002 y 2010-2017”. Manifiesta que la cirrosis hepática se clasifica en tres categorías según la puntuación Child-Pugh, lo cual incluye criterios clínicos, como la encefalopatía hepática y la ascitis, y criterios de laboratorio, entre ellos la albúmina sérica, la bilirrubina sérica y el Índice Internacional Normalizado (INR). Child-Pugh A: 5 a 6 puntos, correspondiente a cirrosis

compensada; Child-Pugh B: 7 a 9 puntos; Child-Pugh C: 10 a 15 puntos. Las clases B y C se considera como cirrosis descompensada (17).

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

Fuentes E, en su artículo titulado: “Cirrosis hepática y su relación con el consumo excesivo de alcohol en adultos mayores en América Latina”. En el año 2025, con respecto a la



cirrosis por alcoholismo, indica que existe una alta mortalidad, especialmente en pacientes de género masculino de edad avanzada, en países como Angola de África, la prevalencia asciende de 46.6% por cada 100 000 habitantes, Guatemala con un 48.7%, Honduras con un 43%. Por otro lado, en Ecuador se estima que el nivel de mortalidad oscila alrededor del 20.8%, muy alto en comparación a otros países América latina como, Perú con un 19.2%, Chile con 10.2%, Colombia con 4.5% y Uruguay con 4.2%, siendo la excepción Bolivia que es la más alta con un 40.1%. Son cifras alarmantes las que detallan las autoridades mundiales de salud (19).

En cuanto al metabolismo del alcohol, en su artículo titulado: "A review: Alcoholic liver disease pathophysiology, current molecular and clinical perspectives". En el año 2023, manifiesta que cuando se consume alcohol, su absorción se realiza en el sistema digestivo, básicamente a nivel de estómago e intestinos. Además, manifiesta que menos del 10 % del alcohol absorbido se elimina a través del aliento, el sudor y la orina, Por otro

lado, más del 90 % del alcohol que se consume circula por todo el organismo y finalmente llega al hígado, a través de la circulación portal (20).

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

Rodríguez Gutiérrez AF, en el año 2024, en el artículo titulado:

“Diagnóstico y tratamiento de la encefalopatía hepática mínima. Una revisión narrativa”. Con respecto al tratamiento de la encefalopatía hepática se basa en las intervenciones farmacológicas, los fármacos más usados son lactulosa, rifaximina, L-ornitina-L-aspartato (LOLA) y probióticos. La lactulosa tiene un efecto laxante osmótico que acidifica el lumen intestinal y atrapa el amonio, reduce la absorción y favorece su eliminación; la rifaximina es un antibiótico derivado de la rifampicina que modula el microbiota intestinal, disminuye las bacterias productoras de amonio y toxinas. (LOLA) es un agente reductor amonio y los probióticos restauran la flora intestinal, reducen la inflamación sistémica y la encefalopatía hepática (48).

Musa Y, en el año 2025, en su artículo titulado: “Manejo de la hipertensión portal con recursos limitados: una serie de casos que evalúa terapias alternativas para las varices gástricas”, explica que las varices gastroesofágicas se caracterizan por la génesis de vasos colaterales debido a un aumento del gradiente de presión en la vena hepática que se considera

clínicamente significativo, es decir, que excede los 10 mmHg. Las várices gástricas se observan en el 5-33 % de los casos, sin embargo, las várices esofágicas afectan el 60 % de individuos con cirrosis. La tasa de incidencia anual oscila el 9 %, y la tasa de mortalidad después de una hemorragia varicosa asciende hasta el 25 % (49).

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



ubicación en el estómago y su relación con las várices esofágicas (GOV1, GOV2, IGV1 e IGV2) (49).

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

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

para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (51).

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

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

2. Metodología

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

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

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

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

Luego del análisis de los documentos, la muestra seleccionada fue de 57 publicaciones obtenidas de: Scielo 24, Redalyc 8, Dialnet 6, Elsevier 4,



Libro digital 1, Organización Panamericana de la Salud 3, Asamblea Mundial de la Salud 1, Organización Mundial de la Salud 3, Ministerio de Salud Pública 3, INEC 1, repositorios universitarios 2, otras revistas 1.

Los documentos seleccionados se encuentran distribuidos en: introducción 14, marco teórico y triangulación 43. En la triangulación (Anexo 1: Tabla 1,2,3) se realizó la determinación etiologías, complicaciones y cuidados paliativos de enfermería en pacientes con cirrosis hepática.

3. Resultados y discusión

Los resultados obtenidos en el análisis bibliográfico e integrativo de la presente investigación permiten caracterizar las principales causas etiológicas, las complicaciones clínicas severas y las intervenciones holísticas de enfermería en el marco de los cuidados paliativos para pacientes con cirrosis hepática. La evidencia analizada demuestra que la enfermedad hepática avanzada constituye un problema prioritario de salud pública global con variaciones regionales significativas en su

prevalencia y patrones epidemiológicos.

En relación con las causas desencadenantes, el consumo problemático y sostenido de alcohol se posiciona como una de las etiologías prevalentes de la cirrosis. Los hallazgos confirman que más del 90% del alcohol ingerido se metaboliza a nivel hepático a través de la vía oxidativa (alcohol deshidrogenasa y citocromo CYP2E1) y la vía no oxidativa. La acumulación de acetaldehído promueve el estrés oxidativo, la inflamación tisular, el remodelado de la matriz extracelular y la fibrogénesis progresiva. En el contexto epidemiológico, América Latina registra tasas considerables de mortalidad por cirrosis de origen alcohólico, reportándose prevalencias elevadas en países como Bolivia (40,1%) y Ecuador (20,8%), con un riesgo significativamente mayor de hepatotoxicidad en mujeres frente a hombres ante dosis equivalentes de consumo diario.

Respecto a las etiologías virales, la infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la

hepatitis C (VHC) representa más del 57% de los casos globales de cirrosis y hepatocarcinoma. La transmisión del VHB se asocia a vías horizontales (relaciones sexuales desprotegidas y exposición parenteral) y verticales (perinatales), mientras que la hepatitis C carece de profilaxis vacunal, requiriendo estrategias estrictas de prevención primaria.

Por otro lado, la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) o esteatosis hepática metabólica muestra un incremento sustancial en la población mundial, fuertemente vinculada con la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la dislipidemia, la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico. La acumulación lipídica ectópica en los hepatocitos induce esteatohepatitis, fibrosis focal y, de forma silenciosa, evoluciona hacia etapas de cirrosis descompensada. Etiologías menos frecuentes como la hepatitis autoinmune, la enfermedad de Wilson (alteración del gen ATP7B con depósitos de cobre) y la hemocromatosis hereditaria (mutaciones que inducen sobrecarga férrica) completan el espectro patogénico analizado.

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

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

Finalmente, la elevada tasa de mortalidad se asocia con las conductas del consumo de alcohol como los factores socioeconómicos y culturales, los resultados



presentados permiten concluir que la cirrosis de etiología alcohólica es una condición altamente prevenible, en este sentido, la detección temprana, el abordaje oportuno de la dependencia al alcohol y la implementación de políticas integrales son fundamentales para reducir el impacto de esta enfermedad a nivel mundial

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

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

Parrales en el año 2025 enfatiza que la hepatitis B persiste debido a la transmisión horizontal asociada a prácticas sexuales desprotegidas y al uso de drogas inyectables en

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

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

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

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

Finalmente, la Enfermedad del hígado graso no alcohólico, es un problema de salud pública, asociado a trastornos metabólicos y estilos de

vida caracterizadas por deficiencias en el contexto sanitario. De la misma manera, su historia natural de la enfermedad y la facultad para progresar a estadios más críticos, resaltan la importancia de implementar intervenciones oportunas, orientadas a la reducción de factores de riesgo.

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

En conclusión, la hepatitis autoinmune, debido al comportamiento heterogéneo, destaca la necesidad de implementar intervenciones oportunas, monitoreo continuo y tratamientos individualizados para evitar el desarrollo de complicaciones. Identificar la



presentación variable y su impacto sobre la salud hepática es fundamental para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

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

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

La clasificación propuesta por González en el año 2022, distingue tres grados de ascitis desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas y los datos imagenológicos,

lo cual orienta las decisiones terapéuticas. En este contexto, la ecografía abdominal se mantiene como el método diagnóstico, junto con la paracentesis, lo cual permite evaluar las características del líquido ascítico y descartar complicaciones.

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

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

significativas en pacientes con cirrosis hepática.

4. Conclusiones

Abordaje holístico y centrado en la persona: Los cuidados paliativos de enfermería estructurados sobre las necesidades físicas, psicosociales y espirituales constituyen una estrategia integral imprescindible para preservar la dignidad, mitigar el sufrimiento, reducir la ansiedad y mejorar sustancialmente la calidad de vida de los pacientes con cirrosis hepática avanzada y la de sus cuidadores.

Prevalencia multifactorial de etiologías: Las causas primarias de la cirrosis hepática se concentran en el consumo nocivo y crónico de alcohol, las infecciones por los virus de la hepatitis B y C, y la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) vinculada al síndrome metabólico; identificándose además causas de origen autoinmune y hereditario (enfermedad de Wilson y hemocromatosis).

Rol determinante de la hipertensión portal: La hipertensión portal clínicamente significativa (GPVH\ge

10 mmHg) se consolida como el eje fisiopatológico desencadenante de las principales complicaciones de la cirrosis descompensada, tales como la ascitis, la peritonitis bacteriana espontánea y la hemorragia digestiva por várices gastroesofágicas.

Impacto de la encefalopatía y el deterioro cognitivo: La falta de aclaramiento metabólico de toxinas como el amonio desencadena encefalopatía hepática en más del 50% de los pacientes cirróticos, fluctuando desde estadios encubiertos (mínima) hasta formas graves manifiestas (estupor y coma), lo que exige una continua monitorización clínica y soporte nutricional para prevenir la sarcopenia.

Eficacia de las intervenciones domiciliarias y comunitarias: La implementación de procedimientos paliativos comunitarios —como el drenaje peritoneal de líquido ascítico de pequeño/moderado volumen en el entorno domiciliario— y los programas de ejercicio adaptado y nutrición han demostrado disminuir las rehospitalizaciones y mejorar el confort sintomático.



Sostén psicosocial y bienestar espiritual: El apoyo social estructurado y el acompañamiento espiritual actúan como amortiguadores ante la desesperanza y la ideación de muerte acelerada, permitiendo al paciente y a su entorno familiar abordar la etapa terminal con menor sobrecarga, mediante la reconciliación, el perdón y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Recomendaciones

Capacitación continua e interdisciplinaria formando al personal sanitario, con especial énfasis en el equipo de enfermería, en competencias avanzadas de cuidados paliativos no oncológicos para el manejo integral de los componentes físicos, psicosociales y espirituales del paciente con enfermedad hepática terminal.

Fortalecimiento de la prevención primaria y secundaria implementando programas comunitarios de salud pública enfocado en la prevención del alcoholismo, el tamizaje oportuno y vacunación contra las hepatitis virales (VHB), y la promoción de estilos de vida saludables para

controlar los factores metabólicos de la EHGNA.

Protocolos de detección precoz de complicaciones estableciendo pautas clínicas para la identificación oportuna de signos de hipertensión portal, mediante paracentesis diagnóstica temprana ante ascitis, tamizaje endoscópico de várices esofágicas y monitoreo periódico de la función renal e inmunológica.

Implementación de programas de nutrición y ejercicio integrando en el plan de cuidados paliativos rutinario esquemas de actividad física adaptada de intensidad moderada y soporte nutricional hiperproteico/hipercalórico orientados a prevenir y contrarrestar la sarcopenia y la desnutrición en la cirrosis descompensada.

Descentralización y expansión de cuidados comunitarios potenciando los servicios de enfermería comunitaria para la atención paliativa domiciliaria, facilitando procedimientos como el manejo seguro del líquido ascítico refractario, la administración de lactulosa/rifaximina y la educación para el autocuidado en el hogar.

Prevención del síndrome de sobrecarga del cuidador diseñando programas institucionales de apoyo psicosocial que incluyan la redistribución equitativa de cargas en el núcleo familiar, talleres de afrontamiento emocional, grupos de ayuda mutua y vinculación con redes comunitarias o religiosas para proteger la salud mental del cuidador principal.

Bibliografía

1. World Health Organization. Título del documento [Internet]. Ginebra: WHO; [citado 2025 dic 3]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstreams/2843498c-e62d-4c54-8c65-ce5a2027bb60/download>
2. Andrade Villavicencio DA, Coronel Vera JG, López Cartagenova AL, Maldonado Quezada NE, Martínez Santander CJ. Cirrosis, la nueva problemática que afecta a niños y adolescentes. Revis. med. Aneteo [Internet]. 2023 [citado el 25 de octubre de 2025]: 25 (1): 147-162. Disponible en: <https://www.colegiomedicosa zuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/230/229>
3. Vázquez Navarro ME, Templos Esteban LA, García Valdés P. Características clínicas y necesidades paliativas de pacientes con insuficiencia hepática no oncológica atendidos en un servicio de cuidados paliativos. Med.Et [Internet]. 2024 [citado el 24 de octubre de 2025];36(2). 585-610. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/2828/2839>.
4. Miño Bernal J, Edna López M, Jazmín Sandino N, Molano Franco M. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación. Repert. Med. Cir [Internet]. 2022 [citado el 25 de octubre de 2025]: 31 (2): 112-122
5. Can G, Yuan Y , Haiyuan S, Jinhang G, Xiangxin K, Zhaodi C, Yangkun G, Hua W. Liver diseases: epidemiology, causes, trends and predictions. STTT [Internet]. 2025 [citado el 24 de octubre de 2025]; 10(33): 1-36. Disponible en: <file:///Users/usuario/Downloads/s41392-024-02072-z-1.pdf>
6. Juanola A, Posea E y Ginés P. Cirrosis hepática: enfermedad antigua, reto nuevo. Med Clin [Internet]. 2024 [citado el 24 de octubre de 2025];164: 238-246. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es->



- revista-medicina-clinica-2-
pdf-S0025775324007048.
7. Zavala Hoppe AN, Jaime Palma EN, Ramos Zambrano PL. Cirrosis hepática: prevalencia, causas y diagnóstico de laboratorio. Journal Scientific MQRInvestigar [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025]; 8(1): 2035-2055. <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/987/3741>.
8. Danpanichkul P, Díaz LA, Suparan K, Tothananrungrong P, Sirimangklanurak P, Auttapracha T, Blaney H, Sukphutanan B, Yaphutanang P, Pang Y, Kongarin S, Idalsoaga F. Epidemiología mundial de las enfermedades hepáticas relacionadas con el alcohol, el cáncer de hígado y los trastornos por consumo de alcohol. CMH [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025]; 31: 525-547. Disponible en: <https://e-cmh.org/upload/pdf/cmh-2024-0835.pdf>.
9. Solís Alcívar DC, Bermúdez Garcell AJ, Serrano Gámez B, Teruel Ginés R, Castro Maquilón AG. Efectos del alcohol en la aparición de cirrosis hepática. CCM [Internet]. 2020[citado el 24 de octubre de 2025]; 24(2). 761-781 https://www.medigraphic.com/pdfs/correio/ccm2020/ccm202t.pdf?utm_source=chatgpt.com
10. Peña Ramírez DM, Lizarazo Correa CO, Vargas Rodríguez LJ. Caracterización de la cirrosis hepática en pacientes internados en un hospital universitario de Colombia. Revista, colomb. Gastroenterol [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025]; 40(1):39-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v40n1/es_2500-7440-rcg-40-01-39.pdf.
11. Calderón Gerstein W, Ascanio Paredes M, Yarinsueca M, Pilar R. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horizmed [Internet]. 2020 [citado el 24 de octubre de 2025]; 20(2): 1-8 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v20n2/1727-558X-hm-20-02-e1186.pdf>.
12. Naik A y Moorthy S. Un análisis comparativo entre la puntuación del Modelo para la Enfermedad Hepática Terminal (MELD), Puntuación del modelo modificado para la enfermedad hepática terminal (MELD Na) y puntuación de Child- Pugh (CPS) para

- predecir complicaciones en pacientes con cirrosis. *The Egyptian Journal of Internal Medicine* [Internet]. 2025[citado el 24 de octubre de 2025]; 37(99): 1-10. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s43162-025-00478-x>.
13. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> who.int.
 14. Sousa L, Marques Silva S, Rego F, Nunes R, Oliveira H. Cuidados paliativos en la enfermedad hepática terminal. *Livers* [Internet]. 2025 [citado el 11 de Noviembre de 2025]; 5(39): 1–13. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-4389/5/3/39>.
 15. Vázquez Navarro ME, Templos Esteban LA, García Valdés P. Características clínicas y necesidades paliativas de pacientes con insuficiencia hepática no oncológica atendidos en un servicio de cuidados paliativos. *Med y Ét* [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025];36(2):584-635. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mye/v36n2/2594-2166-mye-36-02-584.pdf>.
 16. Juanola A, Pose E, Ginés P. Cirrosis hepática: enfermedad antigua, reto nuevo. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2025[citado el 21 de nov de 2025];164(5):238-246. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775324007048?utm_source=chatgpt.com
 17. García DS, Martínez Artola Y, Poncino DA, Ferreira Rubino M, Escobar R, Khoury M. Etiología de la cirrosis: los cambios epidemiológicos entre los períodos 1995-2002 y 2010-2017. *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2020[citado el 24 de octubre de 2025];50(3):271-278. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1993/199364397026/199364397026.pdf>.
 18. Battle A, Mudd J, Alhenstiel G, Kalo E. Cirrosis hepática: definiciones en evolución y avances recientes en diagnóstico, prevención y tratamiento. *Livers* [Internet]. 2025[citado el 24 de octubre de 2025];5(28):1-53. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-4389/5/3/28?utm.com>.
 19. Sánchez E, Castro A, Ponce A, Valencia M. Cirrosis



- hepática y su relación con el consumo excesivo de alcohol en adultos mayores en América Latina. Arandu-UTIC [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];12(1):4013-4023.<https://www.uticvirtual.edu.py/revista.ojs/index.php/revistas/article/view/853/13> 31.
20. Waghmare GR, Katekar VA, Deshmukh SP. Deshmukh. A review: Alcoholic liver disease pathophysiology, current molecular and clinical perspectives GSC Biological and Pharmaceutical Sciences (GSCBPS) [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025];25(02): 014–024.
https://gsconlinepress.com/journals/gscbps/sites/default/files/GSCBPS-2023-0424.pdf?utm_source=chatgpt.com
21. Gaurav R, Katekar V, Deshmukh S. A review: Alcoholic liver disease pathophysiology, current molecular and clinical perspectives [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025];25(02): 014–024.
https://gsconlinepress.com/journals/gscbps/sites/default/files/GSCBPS-2023-0424.pdf?utm_source=chatgpt.com.
23. Solís Alcívar DC, Bermúdez Garcell AJ, Serrano Gámez NB, Teruel Ginés R, Esp. Castro Maquilón AG. Efectos del alcohol en la aparición de cirrosis hepática. CCM [Internet]. 2020[citado el 23 de noviembre de 2025]; 24(2): 743-763. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm202t.pdf?utm_source=chatgpt.com.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS), Hepatitis B [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de Manejo Clínico de Hepatitis Virales B y C. Quito: MSP; 2023. 148 p.
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/04/Protocolo_de_Manejo_Clinico_de_Hepatitis_Virales_B_y_C_2023.pdf
26. Parrales Pincay IG, Bravo Pinargote EA, Holguín Santana JE, Llor Zambrano NN. Hepatitis Viral: Avances y métodos en la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Global. Aranduutic [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025]; 12(1):

- 4404-4420. Disponible en:
file:///Users/usuario/Downloa
ds/Dialnet-HepatitisViral-
10343894%20(3).pdf.
27. World Health Organization. Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. Geneva: WHO; 2020. Disponible en:
<https://iris.who.int/handle/10665/333391>.
28. Sallam M, Khalil R. Contemporary Insights into Hepatitis C Virus: A Comprehensive Review. Microorganismos [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025]; 22(274): 1-22. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11205832/pdf/microorganisms-12-01035.pdf>.
29. Liu J, Yuan T, Xue, Liang H. Pathogenesis, prevention, and therapeutic advances in hepatitis B, C, and D [Internet]. 2025[citado el 24 de octubre de 2025]; 22(274)
30. Riquelme Langer V, Contreras N, Campos Vásquez C, García Blanco F, Jürgensen Heinrich C, Maldonado Alcalde S. Revisión de estrategias internacionales para la prevención del Virus Hepatitis C. Rev Conflu [Internet]. 2025 Jul 30 [cited 2025 Nov 25];8: 1-8. Disponible en:
<https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1357/951>.
31. Quishpe Pullupaxi BS, Silva Tirado MP. Esteatosis hepática no alcohólica y su relación con Diabetes Mellitus tipo 2. Revision bibliográfica. RevCienEcu [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025];5(21):1-27. Disponible en:
<https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/113/244>.
32. Khan A, Ross H , Parra N, Chen S, Chauhan K , Wang M, Yan B, Magagna J, Beiriger J, Shah Y , Shahzad T, Halegoua De Marzio D. Prevención de riesgos y promoción de la salud para la enfermedad del hígado graso no alcohólico Livers [Internet]. 2022[citado el 23 de noviembre de 2025];2(4): 264-282. Disponible en:
https://www.mdpi.com/2673-4389/2/4/22?utm_source=chatgpt.com.
34. Katherine Calderon, Adriana Hernandez, Luis F. Osorio, Stephany Lanza1. Enfermedad de hígado graso no alcohólico y potenciales efectos de los β -glucanos en su tratamiento: Una revisión de literatura. Rev Chil Nutr [Internet]. 2022[citado el 23 de noviembre de 2025]; 49(1):



- 100-107. Disponible en:
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v49n1/0717-7518-rchnut-49-01-0100.pdf>.
35. Aguirre Pardo V, Fajardo Cárdenas C, Hernández Paladines J, Salcedo Vásquez V, Lopez G, Guerrero Espinoza E, Castillo Espinoza P, González Dominguez E. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de hepatitis autoinmune. estudio retrospectivo observacional. Rev Med Vozandes [Internet]. 2024[citado el 23 de noviembre de 2025];35(2): 15 - 22. Disponible en:
https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2025/02/01_AO1-2.pdf.
36. Hernandez D, Castellanos Fernandez MI. Avances en la inmunogenia de la hepatitis autoinmune. Rev. habanera cienc. méd [Internet]. 2024[citado el 23 de noviembre de 2025];21(2):15 - 22. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1409462?lang=es>.
37. Jimbo Sisalima S, González Dominguez E, Espinoza Alcala D. Enfermedad de wilson, en un contexto de emergencia sanitaria y colapso hospitalario: un reto diagnóstico. reporte de caso. Rev Med Vozandes [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];36(1): 77 – 82. Disponible en:
https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2025/07/09_RC.pdf.
38. Murakami Y. Hemocromatosis hereditaria: una visión general de la genética y la patogénesis. Hereditary Genet[Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];13(4): 1 – 2. Disponible en:
<https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/hereditary-hemochromatosis-a-comprehensive-overview-of-genetics-and-pathogenesis.pdf>.
39. Adams P. Ryan J. Diagnóstico y tratamiento de la hemocromatosis. Patogénesis Clinical Gastroenterology and Hepatology [Internet]. 2024[citado el 23 de noviembre de 2025];23(9): 1477–1485. Disponible en:
<https://www.cghjournal.org/action/showPdf?pii=S1542-3565%2824%2901136-4>.
40. Muñoz O, Ferrusquía Acosta J, Serna Patiño LM, Cárdenas A. Métodos diagnósticos en hipertensión portal. Rev Colomb

- Gastroenterol[Internet]. 2021[citado el 23 de noviembre de 2025]; 36(2): 218-226. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v36n2/es_2500-7440-rcg-36-02-218.pdf.
41. Gao B, Lin Y, Zhang H, Li Y, Gou S, Peiling M, Zhao X, Zhou Y, Chen Q, Yuan L, Han Z, Yu C. Revolucionando el diagnóstico de la hipertensión portal: el auge de las técnicas no invasivas en la cirrosis hepática. *Front. Med* [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025]; 36(2): 218-226. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2025.1647629/full>.
 42. Vidal González D, Moreno Madrigal LG, Pérez López KP, Vera Nungaray SA. Ascitis: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 2022[citado el 23 de noviembre de 2025]; 38(6): 1223-1232.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/mim226j.pdf>.
 44. Che-To Lai J, Dai J, Yan Liang, Hung Wong G, Wong V, Fung Yip T. Tratamiento farmacológico desafíos y controversias. *Hepatology* [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025]; 74(2): 1014-1048. Disponible en: <file:///Users/usuario/Downloa> ds/pharmaceuticals-18-00339%20(1).pdf.
 45. Hermida Carrión EM, Aldás Erazo MR. Actualización sobre tratamientos utilizados en peritonitis bacteriana espontánea en pacientes cirrótico. *INSPIPILIP* [Internet]. 2023[citado el 23 de noviembre de 2025]; 7:1–9. Disponible en: <https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/483>
 46. Desai A, Reau , K Gautham Reddy , Helen S Te , Smruti Mohanty , Satoskar R , DeVoss A , Jensen D. Peritonitis bacteriana espontánea persistente: una complicación frecuente en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea y una puntuación alta en el modelo de enfermedad hepática terminal. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3437533/>.
 48. Rodríguez Gutiérrez AF. Diagnóstico y tratamiento de la encefalopatía hepática mínima. Una revisión narrativa. *Hepatología* [Internet]. 2024[citado el 23 de noviembre de 2025]; 6(1): 13–20. Disponible en: <https://revistahepatologia.org/index.php/hepa/article/view/131/107>.
 49. Musa Y, Tijjani Saleh H, Muhammad Olalekan N ,



- Idowu D, Sadiq Aminu A, Abdullahi Zubairu H and Alhaji Sama'ila A. Manejo de la hipertensión portal con recursos limitados: una serie de casos que evalúa terapias alternativas para las varices gástricas. *Journal of Translational Gastroenterology* [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];3(3): 171–176. https://www.xiahepublishing.com/2994-8754/JTG-202500005?utm_source
50. Padilla Machaca PM, Padilla Gonzales S, Venturelli Romero MG, Cabrera Cabrejos MC. Hemorragia digestiva variceal: epidemiología, patogénesis, manejo y profilaxis. *Reviv de Gastroent del Perú* [Internet]. 2025[citado el 23 de noviembre de 2025];45(3): :273-81. <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/2038>.
 51. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Washington (DC): OPS; [citado 2025 dic 3]. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
 52. Kim A, Woo K. Public Perspectives on Palliative and Hospice Care: Social Media Content Analysis Using Topic Modeling and Multiclass Sentiment Analysis. *J Med Internet Res* [Internet]. 2022[citado el 24 de octubre de 2025]. 27: e70836. <https://www.jmir.org/2025/1/e70836/PDF>
 53. Senamjit Kaur, Rodrigo V Motta, Bryony Chapman, Victoria Wharton, Jane D Collier, Francesca Saffioti. Drenajes abdominales paliativos a largo plazo versus paracentesis de gran volumen para el tratamiento de la ascitis refractaria en la enfermedad hepática terminal. *WJH* [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025];16(3): 428-438. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10989306/pdf/WJH-16-428.pdf>.
 54. Aréchiga-Ornelas GE. Espiritualidad en cuidados paliativos. *Rev Mex Anesthesiol.* [Internet]. 2024[citado el 24 de octubre de 2025]. 2025; 48 (1): 63-66. <https://dx.doi.org/10.35366/118375>.