

CAUSAS FRECUENTES DE CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
AMBULATORIO, SEGURO SOCIAL, JIPIJAPA, MANABÍ, ECUADOR

FREQUENT CAUSES OF HEPATIC CIRRHOSIS IN THE  
AMBULATORY HOSPITAL OF SOCIAL SECURITY, JIPIJAPA,  
MANABÍ

AUTORES:

María Emilia Fernández Aguilar<sup>1</sup>

Gustavo Toala Bozada<sup>2</sup>

Bárbara Miladys Placencia López<sup>3</sup>

Holanda Mariola Merchán Ponce<sup>4</sup>

Angélica Aliatis Bravo<sup>5</sup>

**RESUMEN**

Son numerosas las causas que provocan lesiones del hígado que finalmente llevan a una cirrosis. El presente trabajo se realizó con el objetivo de identificar las causas frecuentes de cirrosis hepática en el Hospital Ambulatorio del Seguro Social de Jipijapa, Manabí, Ecuador. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, considerando para el mismo pacientes atendidos en consultas de gastroenterología entre enero 2015 y enero 2017, seleccionándose aquellos con diagnóstico de cirrosis y con edades iguales o superiores a los 20 años en cuya historia clínica constaran estudios de factores etiológicos. La muestra quedó formada por 64 enfermos. Se revisaron las historias del Modelo AS 400 y se recolectaron los datos necesarios, analizándose posibles causas etiológicas. Para el análisis estadístico se utilizó la tabla de frecuencia en el software SPSS versión 22.0 para Windows. Entre los principales resultados pueden mencionarse que la cirrosis hepática aumentó con la edad, siendo más frecuente entre los pacientes de más de 60 años sin diferencias importantes en cuanto al sexo. Según el tiempo de diagnóstico el grupo de pacientes más numeroso estuvo entre los 0 y 5 años, decreciendo el número de enfermos a mayor tiempo de seguimiento en consulta. La complicación más frecuente detectada fue la presencia de varices esofágicas. La esteatosis hepática seguida del alcoholismo asociado a la misma, fueron las causas más frecuentes de cirrosis.

---

<sup>1</sup> Especialista en gastroenterología. Master en longevidad satisfactoria. Gastroenterólogo Hospital Ambulatorio IESS de Jipijapa. Docente UNESUM. Jipijapa. Manabí. Ecuador mariaefa602211@gmail.com

<sup>2</sup> Especialista en gastroenterología. Gastroenterólogo Hospital Ambulatorio IESS de Jipijapa. Jipijapa. Manabí. Ecuador. gtoalab@hotmail.com

<sup>3</sup> Licenciada en enfermería

<sup>3</sup> Licenciada en enfermería. Master en Urgencias Médicas. Docente UNESUM. Jipijapa. Manabí. Ecuador. miladisplacencia2010@gmail.com

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar.

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar. Médico especialista en Medicina Familiar Hospital Ambulatorio IESS de Jipijapa. Docente UNESUM. Jipijapa. Manabí. Ecuador. merchan.holanda@unesum.edu.ec

<sup>5</sup> Licenciada en enfermería. Licenciada encargada del departamento de gastroenterología

<sup>5</sup> Licenciada en enfermería. Licenciada encargada del departamento de gastroenterología del Hospital Ambulatorio IESS de Jipijapa. Jipijapa. Manabí. Ecuador. Master en gerencia en salud para el desarrollo local. angelicaaliatis@hotmail.com

## ABSTRAC

There are numerous causes that cause liver injuries that eventually lead to cirrhosis. The present work was carried out with the objective of identifying the frequent causes of liver cirrhosis in the Outpatient Hospital of the Social Security of Jipijapa, Manabí, Ecuador. A descriptive, longitudinal, retrospective study was carried out, considering for the study patients attended in gastroenterology consultations between January 2015 and January 2017, selecting those diagnosed with cirrhosis and with ages equal to or greater than 20 years in whose clinical history there are studies of etiological factors. The sample consisted of 64 patients. The histories of the Model AS 400 were reviewed and the necessary data were collected, analyzing possible etiological causes. For the statistical analysis, the frequency table was used in the software SPSS version 22.0 for Windows. Among the main results can be mentioned that liver cirrhosis increased with age, being more frequent among patients over 60 years without important differences in sex. According to the time of diagnosis, the largest group of patients was between 0 and 5 years of age, with the number of patients decreasing to a longer follow-up period. The most frequent complication detected was the presence of esophageal varices. Hepatic steatosis followed by alcoholism associated with it, were the most frequent causes of cirrhosis.

**Key words:** Chronic disease, liver function, etiological diagnosis.

## INTRODUCCIÓN

La cirrosis es una enfermedad crónica difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de fibrosis y formación de nódulos de regeneración, que conducen a una alteración de la arquitectura vascular, así como de la funcionalidad hepática (Ginés y Arroyo, 2012, p.314). Representa el estadio final de numerosas enfermedades que afectan al hígado.

Un análisis sistemático de *Global Burden of Disease Study* (GBD, 2013) citado por Philip & Runyon (2016, p.767), menciona que la cirrosis es la 8ª causa de muerte en los Estados Unidos y la 13ª causa de muerte a nivel mundial, con una mortalidad que ha aumentado en un 45,60% de 1990 a 2013.

Según informa el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo del Ecuador en su Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2014 (INEC 2014, p 76-78), la cirrosis hepática (CH) y otras enfermedades crónicas del hígado constituyen una de las principales causas de muerte en el país, ocupando el séptimo lugar con 2 038 defunciones, con tasa anual de mortalidad de 12,72% por cada 10 000 habitantes.

Son numerosas las causas capaces de dar una lesión en el hígado que finalmente lleve a una cirrosis. A nivel mundial las principales son el consumo crónico de alcohol, la enfermedad viral crónica por virus de hepatitis B y C (VHB, VHC) así como la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA). Causas menos frecuentes, son las enfermedades hepáticas autoinmunes (hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante primaria), las enfermedades metabólicas (deficiencia de alfa-1-antitripsina, enfermedad de Wilson, hemocromatosis, fibrosis quística), entre otros.

Aproximadamente entre el 40-60% de los casos en Europa y Norteamérica son debidos al abuso de alcohol y al hígado graso no alcohólico, mientras que el 25-30% es el resultado de la hepatitis crónica vírica (García, González y Moreno, 2012, p. 625.) No obstante el daño crónico del hígado muchas veces es sinérgico, y no es inusual ver pacientes con una combinación de hepatitis virales, obesidad y alcoholismo, entre otras (Phillip & Runyon, 2016, p.767) tal como se observa actualmente en muchos países.

Es importante tratar de establecer el diagnóstico etiológico de la cirrosis siempre que sea posible, pues el tratamiento específico de la causa pueden algunos casos, modificar favorablemente el curso de la enfermedad (Ginés y Arroyo 2012, p.316). Otras veces, el conocimiento de la etiología permite precisar

---

## **CAUSAS FRECUENTES DE CIRROSIS HEPÁTICA**

---

mejor el pronóstico o determinar la adopción de ciertas medidas profilácticas o terapéuticas en los familiares.

El Cantón Jipijapa, de la provincia Manabí, tiene aproximadamente 71 083 habitantes con una población económicamente activa de 20 561 personas (Censo de población y vivienda, INEC, 2010). Dispone de un Hospital Ambulatorio del Día del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social, que cuenta con un departamento de gastroenterología con tres especialistas que prestan aproximadamente entre 400-500 consultas mensuales a pacientes referidos de todo Manabí, del 7-10 % de estas atenciones son a pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática. Motivado por la frecuencia con que son atendidos estos enfermos en las consultas de gastroenterología se desarrolló esta investigación, con el objetivo de identificar las causas frecuentes de dicha afección en el Hospital Ambulatorio del Seguro Social de Jipijapa, Manabí, Ecuador.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, con pacientes atendidos en consulta de gastroenterología, con diagnóstico cirrosis hepática, en el Hospital Ambulatorio del Día, IESS Jipijapa. Manabí, Ecuador, independientemente de su procedencia, en el período del 1 de enero de 2015 al 1 de enero de 2017. El universo de estudio estuvo formado por 74 pacientes. Se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión (diagnóstico confirmado de cirrosis hepática, edad igual o mayor a 20 años, historia clínica en la que se constató el estudio de factores etiológicos), quedando la muestra formada por 64 enfermos.

Se revisaron las historias clínicas del modelo AS 400, para obtener información acerca de edad, sexo, fecha del diagnóstico de la enfermedad. Se definió cirrosis por la suma de criterios clínicos, datos de laboratorio, endoscópicos, métodos imagenológicos o mediante la demostración histológica. Además se examinaron algunas complicaciones asociadas a la misma (varices esofágicas o gástricas, ascitis, encefalopatía hepática, plaquetopenia y esplenomegalia, carcinoma hepatocelular o fallecimiento), estadio de la enfermedad según clasificación de Child Pugh (Ginés y Arroyo, 2012, p. 318). Después se analizaron posibles causas etiológicas, para lo que se operacionalizaron las diferentes variables. Se definió como causa de CH la ingestión de alcohol si el paciente tenía el antecedente de alcoholismo o era un bebedor de riesgo según clasificación de Marconi (Del Sol, 2010, p.61). El diagnóstico CH por hepatitis viral se estableció por pruebas de serología positiva para hepatitis B o C (ELISA tercera generación), realizadas en el laboratorio del IESS. En los enfermos en que no se encontró etiología de cirrosis pero tenían antecedentes de obesidad mórbida, diabetes mellitus o dislipemia, se consideró como causa probable de CH la esteatosis hepática no alcohólica. Se catalogaron como hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria o colangitis esclerosante primaria según el patrón de histopatología, bioquímica y auto anticuerpos que correspondiera de acuerdo a lo descrito clásicamente para estas. De igual modo se procedió para el resto de las etiologías como la enfermedad de Wilson, hemocromatosis, etc. También se revisó la asociación entre CH y cardiopatías. En aquellos casos de coincidencia de varias causas potenciales de cirrosis se consideraron las mismas. El diagnóstico de cirrosis criptogénica se estableció en los pacientes en que no se pudo establecer la causa, a pesar de todos los estudios realizados. De dicha revisión se obtuvo toda la información necesaria para desarrollar el modelo de vaciamiento de datos, constituyendo la fuente fundamental de la investigación. Para el análisis estadístico se utilizó la tabla de frecuencia en el software SPSS versión 22.0 para Windows.

Durante la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los principios bioéticos relacionados con las investigaciones en seres humanos según la declaración de Helsinki. No se entrevistaron a los pacientes para obtener la información ya que los datos de la encuestas se obtuvieron directamente del modelo AS 400. Quedó bien explícita la necesidad de guardar absoluta discreción en el manejo de los mismos. Se

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Tabla 1 muestra la distribución de pacientes afectados por cirrosis hepática según grupos de edad y sexo. Se observa que la enfermedad es más prevalente a mayor edad, correspondiendo al grupo de pacientes con edades iguales o mayores a 60 años el 70,31%. Solo un enfermo (1,6%) tenía menos de 40 años. No se obtuvieron diferencias importantes entre los sexos. Los resultados respecto a la edad se corresponden con los reportados por Abarca, *et al.* (2006, p.30) y Tulcanazo (2016, p.36). Por su parte Meléndez y Meléndez (2012, p.3) en un estudio en Chiapas, México, reportaron mayor incidencia de la cirrosis en los mismos grupos de edades pero predominio del sexo femenino en un 52%. En Cuba, Fajardo, Arce, Medina, Esteva y Osorio (2010, p.42) encontraron predominio de esta enfermedad en el grupo de edades de 40 a 49 años (32,5%), y el sexo masculino (60,8%).

Tabla 1. Distribución de pacientes afectados por Cirrosis Hepática según grupos de edad y sexo

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		(No.)	(%)
	(No.)	(%)	(No.)	(%)		
20 - 29	0	0,00	1	1,56	1	1,56
30 - 39	0	0,00	0	0,00	0	0,00
40 - 49	3	4,69	1	1,56	4	6,25
50 - 59	5	7,81	9	14,07	14	21,88
60	25	39,06	20	31,25	45	70,31
Total	33	51,56	31	48,44	64	100,00

Al analizar el tiempo de diagnóstico de la enfermedad (como se muestra en la figura 1) se obtuvo para los grupos de 0 a 5, de 5 a 10 y de 10 a 15 años porcentajes de 67,00; 30,00 y 3,00%, respectivamente. El rango promedio de tiempo de diagnóstico fue de 13 años. La mayoría de los autores coinciden en afirmar que la supervivencia de los pacientes con CH compensada es relativamente prolongada, viviendo la mitad de estos enfermos 10 años después del diagnóstico, sin embargo, una vez que la cirrosis se ha descompensado, el pronóstico es malo en un corto período de tiempo (Ginés y Arroyo, 2012: 314); (Phillip & Runyon, 2016:768); (Mathurin *et al.*, 2015: 538). La disminución del porcentaje de pacientes luego de 10 años de diagnóstico se debe a la irreversibilidad de esta patología y el curso de su historia natural.

## CAUSAS FRECUENTES DE CIRROSIS HEPÁTICA

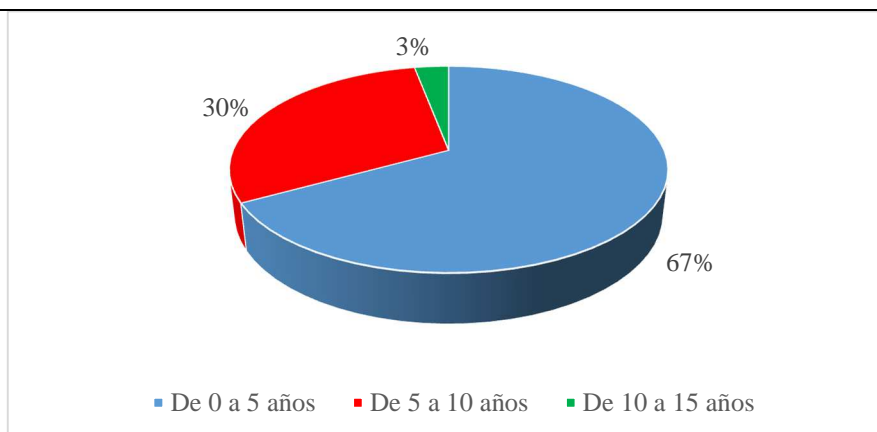


Figura 1. Distribución de porcentajes de pacientes según años de diagnóstico

La probabilidad de supervivencia después de la descompensación de la enfermedad es de unos tres años en alrededor del 30 al 50 % de los pacientes. Las causas más frecuentes de muerte son la insuficiencia hepática, la hemorragia digestiva, las infecciones (en particular la peritonitis bacteriana espontánea), el síndrome hepatorenal y el cáncer primario de hígado. La única medida terapéutica que es eficaz para mejorar el pronóstico de la enfermedad es el trasplante hepático (Ginés y Arroyo 2012:314; Mathurinet *et al.*, 2015:538; Philip & Runyon, 2016:767).

En la Tabla 2 se muestra la distribución de pacientes según complicaciones de la CH y sexo. La complicación más frecuente en los enfermos con cirrosis es la ascitis lo que no coincide con esta investigación donde solo se reporta en el 32,81%, superada por la presencia de varices esófago-gástricas en el 71,87% y la plaquetopenia con esplenomegalia con el 67,18%, aunque es importante señalar que algunos enfermos presentaron más de una complicación.

Los resultados obtenidos no coinciden con Meléndez (2012:3) que señaló las várices esofágicas en el 59,8% de los enfermos, pero sí con la ascitis en el 37,11%, mientras Tulcanazo (2016: 42-45) reportó en su estudio cifras similares para la ascitis en 39,58%, pero la presencia de várices solo en el 27,08%. Por su parte (Fajardo *et al.*, 2010: 43) en Cubad escribió la ascitis en el 53,3%, seguido de las várices 25,8% y la encefalopatía hepática 18,3%, resultados que también difieren del presente estudio.

El carcinoma hepatocelular (HCC) estuvo presente en el 9,37% (seis pacientes) todos del sexo masculino. El riesgo de desarrollar HCC es mayor en pacientes donde se combinan más de un factor, como sucede en uno de nuestros enfermos donde se asoció Virus B, alcoholismo y diabetes, y en tres estuvo presente el alcoholismo asociado a la diabetes (4,64%).

Según publicaciones de la Sociedad Española de Oncología (SEOM 2018, p.4) se estima que entre el 60 y el 90% de los hepatocarcinomas están asociados a cirrosis. La causa de origen no vírico más importante capaz de provocar cirrosis, y por tanto de desencadenar cáncer de hígado, es el consumo de alcohol. Las infecciones crónicas por el virus de la hepatitis B y de la hepatitis C ambas causantes de cirrosis son dos factores frecuentemente asociados al desarrollo del cáncer de hígado. De hecho, las personas portadoras del virus de la hepatitis B presentan un riesgo aproximadamente 100 veces superior al de la población general de desarrollar cáncer primario del hígado.

María Emilia Fernández Aguilar, Gustavo Toala Bozada, Bárbara Miladys Placencia López, Holanda Mariola Merchán Ponce, Angélica Aliatis Bravo

En Europa y América la cirrosis alcohólica es la causa más frecuente de hepatocarcinoma, pudiendo malignizarse hasta en un 15% de los casos. La diabetes es un factor de riesgo asociado y el tabaco también incrementa el riesgo. (SEOM, 2018: 4).

El 14,06% de los pacientes fallecieron y de estos cinco por carcinoma hepatocelular.

Tabla 2. Distribución de pacientes según complicaciones de la cirrosis hepática y sexo

Complicaciones asociadas	Total de pacientes con CH				Total	
	(n 64)					
	Masculino		Femenino		(n 64)	%
(n 33)	%	(n 31)	%			
Várices esófago-gástricas	24	72,73	22	70,97	46	71,87
Plaquetopenia y Esplenomegalia	23	69,70	20	64,51	43	67,18
Ascitis	13	39,39	8	25,81	21	32,81
Encefalopatía hepática	5	15,15	3	9,68	8	12,50
Carcinoma Hepatocelular	6	18,18	0	0,00	6	9,37
Fallecimiento	8	24,24	2	6,45	10	15,62

\* En algunos pacientes existieron más de una complicación

Como se muestra en la tabla 3, el 66% de los pacientes estaban en un estadio Child Pugh A, el 23% en Child Pugh B y el 11% en Child Pugh C. Este mayor número puede guardar relación con que la institución donde se desarrolló el estudio es un Hospital de Atención Ambulatoria y los datos fueron obtenidos de las consultas externas, pues no existe área de hospitalización. Tulcanazo (2016:46) encontró cifras de 50% de los pacientes en estadio Child Pugh B en su estudio en Ambato. (Fajardo *et al*, 2010: 43) reporta cifras similares, el 44% en Child Pugh B en el Hospital Arnaldo Milian Castro, Villa Clara, Cuba. Todas estas investigaciones se desarrollaron en unidades hospitalarias de mayor complejidad, lo que justificaría las diferencias con estos resultados.

Tabla 3. Estadio de Child Pugh de los pacientes con cirrosis hepática.

Estadio de la CH	No	%
Child Pugh A	42	66
Child Pugh B	15	23

CAUSAS FRECUENTES DE CIRROSIS HEPÁTICA

Child Pugh C	7	11
Total	64	100

La Tabla 4 muestra la relación de pacientes afectados de cirrosis según etiología y sexo, la primera causa etiológica analizada fue el alcoholismo con un total de 28 enfermos, (43,5%), de los mismos el 14,06% alcoholismo sin otros factores asociados, 26,56% combinación de alcoholismo y EHNA. Un paciente con Virus B y diabetes además del alcoholismo y otro con cirrosis cardiaca y obesidad además de alcoholismo. Respecto al sexo el alcoholismo solo se detectó en el masculino, realmente entre los grupos de edades donde fue más frecuente la enfermedad, no es común este antecedente en el sexo femenino, por cuestiones culturales, sociales, entre otras.

La EHNA sin otras asociaciones estuvo presente en el 29,69% predominando en el sexo femenino, aunque como se comentó anteriormente estuvo asociada al alcoholismo en 26,56% del sexo masculino y combinada con otras causas como virus B y cardiopatías, ascendiendo a 59,37% superando al alcoholismo (43,5%). En los últimos años se viene observando un ascenso del número de pacientes con cirrosis causada por esteatohepatitis, llegando a constituir la segunda causa de trasplante en Estados Unidos (Bellentani (2017, p.1). El aumento de la enfermedad del hígado graso no alcohólico y la inminente desaparición de la hepatitis viral crónica gracias a terapias nuevas y efectivas está motivando a los hepatólogos a cambiar el enfoque clínico de la enfermedad hepática crónica. Ecuador no escapa de esta situación como lo demuestran estos resultados.

Es de señalar que la cirrosis de causa viral solo fue de 3,12% en este estudio, tal como reportan la mayoría de las investigaciones revisadas realizadas en el país en los últimos años. Así Abarca *et al.* (2006, p. 30-32) encontraron un predominio de la causa alcohólica (48,3%) en un período de 15 años de estudio, seguida de la no determinada (44,10%), viral solo en el 2,8% y el 4,6% restante era de etiología autoinmune.

Otro estudio ecuatoriano más reciente de (Tulcanazo, 2016: 40) reportó para el sexo masculino predominio del alcoholismo con 22,9% y en el femenino la causa que más incidió fue la infección por el virus C (14,6%) mientras la EHNA solo en el 4,6%.

Los resultados reportados por (Fajardo *et al.*,2010: 40) coinciden con este estudio, respecto a el alcoholismo como causa de cirrosis en el 40% de los enfermos con predominio del sexo masculino, pero no en relación a los virus B y C 24,16% ni tampoco en relación a la EHNA en 13,30%.

Solo una paciente femenina de 29 años con cirrosis autoinmune fue incluida en este estudio, que fue trasladada para completar estudio y tratamiento a la Clínica del Hígado del Hospital Andrade Marín.

En su estudio, (Rodríguez, 2016: 8-9) “Evolución de pacientes con hepatitis autoinmune después de tratamiento” reporta mayor incidencia en este grupo de edades (36,15±16,21 años) y sexo femenino, la mayoría de las enfermas se encontraban en estadio de CH compensada al momento del diagnóstico. La respuesta completa al tratamiento en los pacientes con hepatitis autoinmune se relacionó con la inactividad de la enfermedad hepática y por tanto con la no progresión a estadios más avanzados. Coincidimos en que este tipo de cirrosis debe ser seguida en consultas de hepatología pues el tratamiento

María Emilia Fernández Aguilar, Gustavo Toala Bozada, Bárbara Miladys Placencia López, Holanda Mariola Merchán Ponce, Angélica Aliatis Bravo

inmunosupresor oportuno permite detener o retrasar la evolución de la enfermedad a estadios más avanzados.

Tabla 4. Relación de pacientes afectados de cirrosis según etiología y sexo

Etiología	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		(n 64)	%
	(n 33)	%	(n 31)	%		
Alcoholismo	9	27,27	0	0,00	9	14,06
Alcoholismo + EHNA	17	51,51	0	0,00	17	26,56
Alcoholismo + EHNA + Hepatitis B	1	3,03	0	0,00	1	1,56
Alcoholismo + Cardiopatías + Obesidad	1	3,03	0	0,00	1	1,56
Virus Hepatitis B	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Virus Hepatitis C	0	0,00	1	3,22	1	1,56
EHNA	3	9,09	16	51,61	19	29,69
Hepatopatía autoinmune	0	0,00	1	3,22	1	1,56
Criptogénica	2	6,06	13	41,93	15	23,44

En la Tabla 5 se muestra la distribución de pacientes según las causas de esteatohepatitis no alcohólica. El 59,35% del total de pacientes estudiados presento esteatohepatitis no alcohólica sola o combinada con otras etiologías, como fue señalado anteriormente. Al analizar este grupo de pacientes la diabetes mellitus tipo II predominó con un 45,31%, seguido de la obesidad 28,61%, hiperlipemia 26,56%. En algunos enfermos existió asociación de varias entidades, incluso el 7,81% estuvieron presentes las tres.

La encuesta nacional de salud nutricional (ENSANUT-ECU). 2011-2013 del Ministerio de Salud Pública reporta los siguientes datos:

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de 20 a menos 60 años; ENSANUT: Nivel Nacional 20 > 60 años (62,8%) 4 876 076, SABE I (2010): Adultos mayores > 60 años (59.0%) 682 109. (Total la población con sobrepeso y obesidad en el país) 5 558 185

Prevalencia de diabetes en población de 10 a 59 años a escala nacional, por grupos de edad (glucemia >126mg/dl) Total 10-59 años: 268,492. (10,3%) SABE I Total >60 años: 146,022. Total país: 414,514

Prevalencia de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, 10 a 59 años a escala nacional, por grupos de edad: Hipercolesterolemia 51,1% hipertrigliceridemia 43,1% en grupo 50-59.

Prevalencia de obesidad abdominal en la población de 10 a 59 años a escala nacional, por grupos de edad 92,9% en la mujer, 81,4% en el hombre, total 68,9%.

Teniendo en cuenta estas peculiaridades de la población ecuatoriana, (demostrado en dichas encuestas) como son el incremento del número de pacientes obesos, con diabetes mellitus y con hiperlipemias, se puede pensar que la EHNA puede ejercer un efecto importante en estos resultados.

Concordamos con lo publicado por Ángel Carazo y Javier Salmerón en “La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) asociada a obesidad: un proceso multifactorial” donde plantean que la incidencia



---

**CAUSAS FRECUENTES DE CIRROSIS HEPÁTICA**

---

de la misma se ha incrementado considerablemente en paralelo al alarmante crecimiento de la obesidad y el sobrepeso en países desarrollados y en numerosos países emergentes (Carazo. A, Salmerón, J, 2017, p. 501-4), como es el caso del Ecuador.

Tabla 5. Distribución de pacientes según las causas de esteatohepatitis no alcohólica

Causas de Esteatohepatitis	No	%
No Alcohólica		
Diabetes Mellitus II	13	20,31
Obesidad	1	1,56
Obeso y Diabetes Mellitus II	7	10,93
Hiperlipemia	2	3,12
Hiperlipemia y Diabetes	4	6,25
Obeso e Hiperlipemia	6	9,37
Diabetes, Obesidad, Hiperlipemia	5	7,81
Total	38	59,35

## CONCLUSIONES

La cirrosis hepática, en este estudio, aumentó con la edad, siendo más frecuente entre los pacientes de más de 60 años sin diferencias importantes en cuanto al sexo. Según el tiempo de diagnóstico el grupo de pacientes más numeroso estuvo entre los 0 y 5 años, decreciendo el número de enfermos a mayor tiempo de seguimiento en consulta. La complicación más frecuente detectada fue la presencia de varices esofágicas. La esteatosis hepática seguida del alcoholismo asociado a la misma, fueron las causas más frecuentes de cirrosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, R., Peñaherrera, O., Garcés, V., Córdova, A., Carrillo, M., & Sáenz, F. (2006). Etiología, sobrevida, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática en el Ecuador: evaluación retrospectiva de 15 años (1989-2003). *Gastroenterología Latinoamericana*, 17(1), 29-34.
- Bellentani S. (2017) The epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease. *Library, LiverInternational*; 37 (Sup 1):81-84:<https://doi.org/10.1111/liv.13299>
- Carazo, Á., & Salmerón, J. (2014). La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) asociada a obesidad: un proceso multifactorial. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 106(8), 501-504.
- Del Sol Padrón, L. G., Fernández, O. Á., & Berovides, J. D. D. R. (2010). Consumo de alcohol. *Revista Finlay*, 61-65. Recuperado de [www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlayarticle/download/11/13deIgdSolPadron.2010](http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlayarticle/download/11/13deIgdSolPadron.2010)
- Encuesta nacional de salud y nutrición del Ecuador ENSANUT-ECU). 2011-2013. del Ministerio de Salud Pública. Recuperado de. [http:// www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec)
- Fajardo G, M. H., Arce, N, M., Medina G, Y., Esteva C, L., & Osorio P, M. F. (2010). Comportamiento de la cirrosis hepática en el hospital " Arnaldo Milián Castro" de julio de 2007 a marzo de 2009. *MediSur*8(4),40-48. Recuperado de [www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1800/180016115007/5](http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1800/180016115007/5)
- García. L, Gonzales. M, & Moreno. R, (2012). Cirrosis hepática. *Medicine*. 11(12), 625-33. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70359-1](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70359-1)
- Ginés, P., y Arroyo. V., (2012). *Cirrosis hepática*. En Farreras Rozman. Medicina Interna. 17 edición. Madrid. España. Elsevier. p.314-319
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones*. Recuperado de [http:// www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec)
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (2010). *Censo de Población y Vivienda. Fascículo Manabi*. QUITO: INEC. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/manabi.pdf>
- Mathurin, P., & Bataller, R. (2015). Trends in the management and burden of alcoholic liver disease. *Journal of hepatology*, 62(1), S38-S46. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.03.006>
- Meléndez, C. A., & Meléndez, J. D. J. (2012). Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México. *Medwave*, 12(07). doi: 10.5867/medwave.2012.07.5454
- Philip, Ge & Runyon, B. A. (2016). Treatment of patient with Cirrhosis. Review Article. *New England Journal Medicine* 375(8), p. 767-777. doi:10.1056/NEJMra1504367

**CAUSAS FRECUENTES DE CIRROSIS HEPÁTICA**

---

Rodríguez, H., Samada, M., Hernández, J. C., Pérez, T., Cruz, Z. D., & Chao, L. (2016). Evolución de pacientes con hepatitis autoinmune después de tratamiento. *Investigación Medicoquirúrgica*, 8(1), 4-13.

Sociedad Española de Oncología Médica. (2017). *Cáncer de hígado*. Madrid: SEOM. Recuperado de <http://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/higado?showall=1>.

Tulcanazo, J. D. (2016). Comportamiento clínico epidemiológico de la cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente Ambato periodo junio - noviembre del año 2016. (Tesis de Maestría) Universidad Autónoma Regional de los Andes, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6317>

---

María Emilia Fernández Aguilar, Gustavo Toala Bozada, Bárbara MiladysPlacencia López, Holanda  
Mariola Merchán Ponce, Angélica Aliatis Bravo

---