



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA**

Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Nutrición y Dietética.

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:

**PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD CON CIRROSIS HEPATICA
ESTADIO II**

AUTORA:

KIMBERLY ERIKA CAMPOS LAMILLA

TUTORA:

Dra. WILMA GUILLERMINA CAMPOVERDE CELI

Babahoyo- Los Ríos-Ecuador

2020

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEORICO	
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	
1.2 OBJETIVOS.....	
1.2.1Objetivo General.....	
1.2.2Objetivos Específicos.....	
1.3 Datos Generales.....	
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....

2.8 SEGUIMIENTO.....

2.9 Observaciones.....

CONCLUSIONES.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

DEDICATORIA

Se los dedico principalmente a Dios, mis padres ya que gracias a ellos y, todo su sacrificio que hicieron pude lograr una gran meta en mi vida a mis hijos que fueron mi mayor inspiración para seguir con mis estudios y poder terminarlos.

AGRADECIMIENTO

Inmensamente agradezco a Dios por todas sus bendiciones por darme una familia maravillosa la cual siempre me inculco la importancia de estudiar todas las adversidades que se pudieron presentar fueron motivaciones para seguir adelante y tener el orgullo de poderlo lograr y ver la felicidad de mis padres y poderles decir si pude gracias.

Agradezco a mi tutora la, Dra. Wilma Campoverde Celi por toda sus enseñanza y paciencia. A todos los docentes por brindar todos sus conocimientos los cuales ayudaron para poder terminar la carrera.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD CON CIRROSIS HEPATICA
ESTADIO II**

RESUMEN

La cirrosis hepática representa la etapa final de cualquier enfermedad. Se caracteriza por fibrosis hepática, que muestra la destrucción de la arquitectura normal del hígado. Entre las complicaciones están; edema, ictericia, encefalopatía, venas varicosas esofágicas.

El caso clínico corresponde a un paciente masculino de 40 años de edad con antecedente de alcoholismo desde los 20 años diagnosticado desde hace 3 meses con cirrosis hepática en estadio II. En la respectiva consulta, se le realizaron pruebas de laboratorio Proteína total 5.4g / dl albúmina 3mg / DL bilirrubina total 46 mmol / l fosfatasa alcalina 62 UI glucosa en sangre 90 mg / DL colesterol total 225mg / DL GOT / AST 60.0 U / L GPT / ALT 65 U / L GGT / 87 U / L. En la radiografía de tórax mostró una elevación bilateral del diafragma también se le realizó una endoscopia y reveló várices esofágicas de grado II sin sangrado.

Los datos antropométricos del paciente son los siguientes peso actual 58kg, talla 170cm su C.M.B 24cm. Es importante saber las complicaciones y deficiencias nutricionales que el paciente puede presentar a lo largo de la patología para poder tomar medidas preventivas a respecto. La evaluación nutricional en el paciente cirrótico, es de suma importancia. Dado que en la fase inicial es posible tratar las complicaciones con un excelente control dietético, oportuno y asesoramiento nutricional, para el paciente. Con los requerimientos de energía adecuados nos ayudará mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: cirrosis hepática, alcoholismo, complicaciones, evaluación.

ABSTRACT

Liver cirrhosis represents the final stage of any disease. It is characterized by hepatic fibrosis, which shows the destruction of the normal architecture of the liver. Among the complications are; edema, jaundice, encephalopathy, esophageal varicose veins.

The clinical case corresponds to a 40-year-old male patient with a history of alcoholism from the age of 20 diagnosed for 3 months with stage II liver cirrhosis. In the respective consultation, laboratory tests were carried out Total protein 5.4g / dl albumin 3mg / DL total bilirubin 46 mmol / l alkaline phosphatase 62 IU blood glucose 90 mg / DL total cholesterol 225mg / DL GOT / AST 60.0 U / L GPT / ALT 65 U / L GGT / 87 U / L. On the chest X-ray showed a bilateral elevation of the diaphragm, an endoscopy was also performed and revealed grade II esophageal varices without bleeding.

The anthropometric data of the patient are the following current weight 58kg, size 170cm his C.M.B 24cm. It is important to know the complications and nutritional deficiencies that the patient can present throughout the pathology to be able to take preventive measures in this regard. The nutritional evaluation in the cirrhotic patient is of the utmost importance. Since in the initial phase it is possible to treat complications with excellent dietary control, timely and nutritional advice, for the patient. With the right energy requirements it will help us improve the quality of life.

Keywords: liver cirrhosis, alcoholism, complications, evaluation.

INTRODUCCION

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica y confusa del hígado que altera su estructura y función. Desde el punto de punto, histopatológico se define por la triada necrosis celular, fibrosis y nódulos de regeneración y las manifestaciones clínicas son independientes de su etiología estrechándose, más con el grado de disfunción hepática. (A. MESEJO, 2008)

Las causas más, comunes de la cirrosis hepática son consumo de alcohol (60-70%), Obstrucción Biliar (5-10%), Hepatitis Crónica B ó C (10%), Hemocromatosis (5-10%), Hígado Graso no alcohólico (10%)⁵. Su historia está definida, por una fase inicial la cual es, compensada y es asintomática, y es seguida por otra, fase de descompensación, está es caracterizada por varias, complicaciones pueden causar, manifestaciones clínicas como la ictericia, ascitis, hipertensión portal gastrointestinal, sangrado de várices esofágicas y encefalopatía. (MARTINS, 2014)

La estrecha relación entre el hígado, y la nutrición lleva a que una alteración, de la función de la glándula, enfermedades hepáticas crónicas en sus diferentes etapas, desde estadios, iniciales a cirrosis; provoque deficiencias en la nutrición y, estados de desnutrición u obesidad, se asocien a enfermedades hepáticas. La mejoría del estado nutricional impacta favorablemente, en el estado del paciente, con enfermedad, hepática y en su pronóstico, convirtiéndose el aspecto nutricional en el factor modificable en las enfermedades hepáticas avanzadas. (MARISA CANICOBA¹, 2014)

Este caso clínico, presenta un paciente de, 40 años de edad con antecedentes de alcoholismo, desde los 20 años de edad la cual fue una de la causa principal para que presente su patología cirrosis hepática; un oportuno, diagnóstico y tratamiento temprano del estado nutricional tiene como objetivo principal Brindar atención nutricional focalizada a proteger el estado nutricional y evitar complicaciones para lograr una mejor expectativa de vida del paciente con cirrosis hepática.

1. MARCO TEORICO

El hígado es uno de los órganos, más importantes de cuerpo humano, debido a las funciones bioquímicas, fisiológicas, y el rol, tan importante que juega, el estado nutricional, y metabólico de cada persona. Entre estas se encuentra, la síntesis de proteínas de la sangre, incluyendo albumina, pre albúmina, transferrina y protrombinas, así como la secreción y excreción de bilis requerida para la digestión y absorción de lípidos, la conjugación, degradación y excreción, de productos metabólicos, o productos altamente tóxicos. Una de sus funciones más importantes, es ser el modulador del flujo de sustratos entre células y tejidos, sobre todo, en periodos de ayuno. Es por esto que cualquier fallo en este órgano lleva a problemas, clínicos y nutricionales graves. (MARTINS, 2014)

Epidemiología

La organización Mundial de la Salud, con respecto a la epidemiología mundial, los índices más altos de defunción, a causa de esta patología están descritos, en Moldavia con 91 muertes por cada 100.000 habitantes, evidenciándose también, índices parecidos en países como Hungría. En Estados Unidos es la séptima, causa de muerte, en la población comprendida, entre 25 y 64 años y en países latinoamericanos, ocupa el 9° y hasta el 5°, lugar como causa de fallecimiento. En países como México, la cirrosis hepática, es uno de los principales, problemas de salud, ya que es la, sexta causa de mortalidad general y la tercera en hombres, de 15 a 64 años de edad, después de los accidentes, y los homicidios. (VELAZQUEZ & GIRALA, 2018)

Aproximadamente 90% de las causas, de cirrosis hepática en países occidentales, son el abuso de alcohol, la enfermedad por hígado graso, no alcohólico, y la hepatitis crónica vírica. Las infecciones por, VHB y, VHC son un problema mundial de salud pública, y las causas infecciosas más, frecuentes de hepatitis crónica, cirrosis, y hepatocarcinoma. Causas menos, frecuentes, son las enfermedades hepáticas autoinmunes, las enfermedades metabólicas así como la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) (VELAZQUEZ & GIRALA, 2018)

Estudio retrospectivo, en el que se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes, diagnosticados de cirrosis hepática, entre los años 1989 y 2003, en el hospital "Carlos Andrade Marín", de Quito-Ecuador. Se incluyeron aquellos, con el diagnóstico histológico, mediante biopsia percutánea, guiada por tomografía o quirúrgica-laparoscópica y a aquellos, con diagnóstico clínico. Se realice un seguimiento, personalizado de la evolución, de los pacientes, mediante los controles clínicos en consulta ambulatoria, hospitalización, y se registró el fallecimiento de los pacientes, que estuvieron hospitalizados, de los que se analizó la causa de muerte. (ABARCA, P, G., & RODRIGUEZ, 2005)

Resultados: Se incluyeron para él, análisis 770 pacientes, 534 varones. El promedio de edad al diagnóstico fue de 64,1 años +/- 12,7 años. La etiología fue: alcohol 48,31%, no determinada 44,16%, viral 2,86% y otras en el 4,67% (incluye autoinmune, tóxica, cardíaca, biliar). Las causas de muerte en 183 pacientes (23,7%) fueron: hemorragia varicela 37,7%, síndrome hepatorenal 30,1%, insuficiencia hepática 24,6%, sangrado digestivo alto no varice al 2,2%, carcinoma hepatocelular 2,7% y causas extra hepática en un 2,7%. (ABARCA, P, G., & RODRIGUEZ, 2005)

La etiología alcohólica es prevalente, en nuestro país. La elevada frecuencia de casos de causa no determinada, implica extremar, los esfuerzos para estudiar causas; como hemocromatosis, autoinmunidad, cirrosis biliar primaria, esteatohepatitis no alcohólica, alcoholismo no declarado, viral. La principal causa de muerte es la hemorragia varice. El hepatocarcinoma es infrecuente, como causa de mortalidad en nuestra serie y coincide con la baja frecuencia, de infección por virus, B y C, en nuestro medio. (ABARCA, P, G., & RODRIGUEZ, 2005)

PREVALENCIA

El porcentaje de malnutrición, en pacientes con cirrosis es del 50% al 90%. Estos porcentajes varían, La incidencia se incrementa, con el estadio de Child-Pugh (clasificación pronóstica de gravedad en enfermedad hepática). Así, en los pacientes con cirrosis compensada (Child-Pugh A) la malnutrición representa un

riesgo significativamente, mayor de desarrollar complicaciones. La patogénesis de la malnutrición en cirrosis es multifactorial. Los factores involucrados son: inadecuado consumo de nutrientes, compromiso en la digestión y absorción, estado hipermetabólico, y alteración en la capacidad, hepática de almacenamiento de nutrientes. (MARISA CANICOBA, 2014)

Esquema en la historia natural de la cirrosis, que describe cuatro fases con unas características clínicas y un pronóstico bien diferenciados:

- Estadio 1: ausencia de varices esofágicas, y de ascitis.
- Estadio 2: varices esofágicas sin, antecedente, de hemorragia, y sin ascitis.
- Estadio 3: presencia de, ascitis con o sin, varices esofágicas.
- Estadio 4: hemorragia gastrointestinal, por hipertensión portal, con o sin ascitis. (BERNAL, 2012)

Los estadios 1 y 2 corresponden a pacientes, con la fase de cirrosis hepática compensada mientras que los estadios 3 y 4 corresponden con la fase de cirrosis hepática descompensada. La incidencia de, hepatocarcinoma celular es del 3% al año independientemente, del estadio de la cirrosis. Su presencia se asocia a una, progresión más rápida de un estadio a otro y, por lo tanto, a un peor pronóstico. (BERNAL, 2012)

Complicaciones de cirrosis hepática

- Várices esofágicas
- Ascitis
- Hemorragia digestiva alta
- Esplenomegalia
- Hipertensión portal
- Encefalopatía hepática
- Peritonitis bacteriana espontánea
- Trombosis de vena porta (VELAZQUEZ & GIRALA, 2018)

Ascitis: es cuando hay, aumento del retorno linfático, y retención de agua y sodio, es una colección de líquido detectable y patológico, dentro de la cavidad peritoneal. (CRUCES, GALVAN, & RANGEL, 2009)

Encefalopatía hepática: Conjunto de manifestaciones psíquicas, y neurológicas, síndrome neuropsiquiátrico, porque están circulando, tóxicos, que afectan al sistema nervioso, se presenta por grados:

Grado I: Euforia/depresión, confusión, alteración del sueño.

Grado II: Asterixis, sopor, confusión, alteración de la conducta.

Grado III: Obnubilado, amnesia, agitación, hablar ininteligible.

Grado IV: Coma.

1) Cirrosis sin encefalopatía:

- No aplicar, restricción proteica (1-1,2 g/kg/d).
- Administrar, carbohidratos complejos, dietas calóricas (30-35 kcal/kg/d).
- Comidas frecuentes, (5-7/d) y no, cuantiosas.
- Restricción de líquidos, si hay hiponatremia.
- Restricción de, sodio si hay ascitis, o edemas.
- Suplementación, de vitaminas, calcio, zinc y magnesio. (A. MESEJO, 2008)

2) Cirrosis con encefalopatía aguda:

- Restricción transitoria, de proteínas (0,8 g/kg/d) el menor tiempo, posible (48 h).
- Pautar AARR con encefalopatía refractaria, intolerancia proteica, o balance nitrogenado negativo.
- Reiniciar aporte, proteico normal (1-1,2 g/kg/d) precozmente.
- Administrar elevada, relación calórico/proteica, (35 kcal/kg/d), enteral o parenteral.
- Restricción de líquidos, si hay hiponatremia.
- Restricción de, sodio si hay, ascitis, o edemas. (A. MESEJO, 2008)

3) Cirrosis con encefalopatía crónica:

- Restricción, proteica estándar (0.6g/kg/d).
- Valorar la suplementación, oral de AARR.
- Favorecer la ingesta, de proteínas de origen vegetal, y de fibra, frente a proteínas de origen, animal.
- Comidas frecuentes, (5-7/d) y poco copiosas.
- Restricción de sodio, si hay ascitis, y edemas.

- Restricción de líquidos, si hay hiponatremia, severa.
- Suplementación de vitaminas y minerales, a dosis estándar. (A. MESEJO, 2008)

Hipertensión portal: Aumento de la presión portal, por encima de 12 mmHg, o bien, al incremento del gradiente, de presión portal, por arriba de 7 mmHg, es decir, a la diferencia entre la presión, de la vena porta, y de la vena cava inferior, con manifestaciones clínicas, y endoscópicas, de várices esofágicas. (CRUCES, GALVAN, & RANGEL, 2009)

Signos y síntomas

La cirrosis puede permanecer, asintomática durante, varios años. Una tercera parte de los pacientes, nunca desarrolla síntomas.

Signos y síntomas, fatiga, ascitis, edemas maleolares, esplenomegalia, trombopenia, varices, hemorragias digestivas, y trastornos gastrointestinales. A menudo, los primeros síntomas; son inespecíficos y consisten en fatiga generalizada (debido a la liberación de citosinas), anorexia, malestar general y pérdida de peso. En forma característica, el hígado es palpable y firme, con bordes romos, pero a veces es, pequeño y difícil de palpar. Los nódulos no suelen poder palparse, los signos clínicos que, sugieren una hepatopatía crónica, o alcoholismo crónico pero, que no son específicos, para la cirrosis son consunción muscular, eritema palmar, aumento de tamaño de las glándulas parótidas. (JESSE M. CIVAN, 2018)

Soporte nutricional

Tratamiento nutricional en la cirrosis compensada, se define como aquella que no presenta ascitis o encefalopatía. La primera evidencia, de que la nutrición adecuada podía mejorar, los resultados en pacientes, con cirrosis se dio ya a mediados del siglo XX. Son pacientes que tienen, un elevado riesgo de presentar desnutrición, por lo que es fundamental, utilizar técnicas de cribado para identificar a aquellos que se encuentran, bajo riesgo nutricional importante. (A. MESEJO, 2008)

Energía

El estándar de oro para, obtener la cantidad de energía consumida es la calorimetría indirecta. De no tener este recurso, debemos tomar, en cuenta el peso seco de los pacientes para hacer los cálculos dietéticos, y así evitar sobreestimaciones de cantidades. De no contar con este dato, se recomienda tomar en cuenta el peso ideal, en especial, en pacientes con ascitis. Los requerimientos para pacientes, con cirrosis compensada serán de 25-35 kcal/kg/día. (MARTINS, 2014)

En cambio para pacientes malnutridos, o críticos ASPEN recomienda 30-42 kcal/kg/día para promover, anabolismo, y ESPEN 35-40 kcal/kg/día⁴⁴. También podrían realizarse el cálculo de gasto energético normal, agregando un factor de 1.2 veces sobre el cálculo de energía total. Siempre debemos individualizar, los casos y tomar, en cuenta varios factores, que podrían alterar, este cálculo como lo es la intensidad de actividad diaria, malnutrición proteica, intolerancia a la glucosa, intolerancia a la proteína, obesidad o sobrepeso. Es por eso que, debemos ser flexibles ante las recomendaciones, de las guías. (MARTINS, 2014)

Proteína

Los pacientes cirróticos tienen requerimientos, aumentados de proteína para mantener, un balance nitrogenado adecuado. El limitar la cantidad, de proteína de la dieta podría, empeorar la condición clínica de estos pacientes. Los estudios más recientes, muestran que las dietas con un, alto contenido proteico, son más benéficas en cirróticos (exceptuando a los pacientes que cursan con una encefalopatía hepática). ASPEN y ESPEN recomiendan, para el cálculo del consumo de proteína de 1.0 a 1,5 g/kg/día o de 25 a 40 kcal/kg/día para prevenir catabolismo muscular, y promover gluconeogénesis. (MARTINS, 2014)

Hidratos de Carbono

Debemos tener en cuenta, que en los pacientes cirróticos existe una intolerancia a la glucosa bien documentada, que puede ser, el resultado de un exceso de producción de glucosa y utilización desigual así como, por una insuficiencia, en la secreción de insulina. Es por esto que el consumo, de hidratos de carbono,

debe ser moderado, más no limitado. Las guías recomiendan que los pacientes cirróticos no consuman más de 5 a 6 g/kg/día de glucosa, y sus niveles deben, ser monitoreados frecuentemente por lo antes comentado. (MARTINS, 2014)

Grasas

En los pacientes, con fallo hepática, se presenta un metabolismo incompleto de los triglicéridos de cadena larga. La sobrealimentación, debe ser evitada ya que los lípidos se pueden acumular en el hígado. La ASPEN recomienda que del 25% al 30% del total de calorías, provenientes de la dieta, sean de lípidos. Si la esteatorrea está presente, los triglicéridos, de cadena media podrían ser útiles como suplemento, de un dieta baja en grasa, y lo ideal es limitar los ácidos grasos de cadena larga y aumentar los de cadena, corta y media en formulas, se recomienda, suplementar enzimas pancreáticas, especialmente en el caso de pacientes con, cirrosis causada por alcohol. (MARTINS, 2014)

Aporte de vitaminas y oligoelementos

La deficiencia de vitaminas, liposolubles puede presentarse en pacientes con malabsorción, de grasa, y esteatorrea, y la de hidrosolubles en pacientes con ingesta alcohólica crónica. Si clínicamente se sospecha, de una deficiencia vitamínica, deben determinarse sus niveles séricos, y de forma rutinaria en colestasis hepática. (MARISA CANICOBA, 2014)

En cuanto a las vitaminas hidrosolubles, la deficiencia de tiamina (B1), es una complicación relacionada, con la enfermedad hepática alcohólica, que conduce a la encefalopatía, de Wernicke, y síndrome de Korsakoff. Esta deficiencia puede asociarse, a la de otras vitaminas hidrosolubles, tales como la niacina (B3), ácido ascórbico (C), piridoxina (B6), cianocobalamina (B12) y folato (B2). (MARISA CANICOBA, 2014)

Aporte de sodio y agua

Se recomienda un aporte de sodio, no mayor a 2 g/día para prevenir, ascitis y/o edemas. La restricción hídrica, no está indicada en estos pacientes. (MARISA CANICOBA, 2014)

1.1 JUSTIFICACION

La malnutrición es un signo, común en los pacientes cirróticos, varios estudios evidencian que alrededor del 25%, de los pacientes con cirrosis compensada, y más del 80%, descompensada, suelen presentar desnutrición, normalmente se manifiesta en forma, de malnutrición calórico-proteica, esto significa, que es una rápida pérdida, corporal de masa magra, y tejido adiposo.

Mendernhall y Cols. Reportaron al menos, un signo de alteración en el estado nutricional, en el 100% de la población cirrótica estudiada, aunque un patrón compatible, con la desnutrición de tipo Kwashiorkor, y Marasmo, sólo se encontró en 55% de los pacientes. Inclusive en pacientes, clasificados como clase A Child-Pugh (el grado de mejor pronóstico en estos pacientes), la prevalencia de desnutrición, fue de hasta un 25%. Existen estudios que muestran, que la morbimortalidad, es mayor en pacientes cirróticos, malnutridos. (MARTINS, 2014)

La malnutrición está asociada, con complicaciones que se presentan comúnmente, en la cirrosis hepática entre algunas de ellas es la; ascitis, síndrome hepatorenal, y en aquellos pacientes, que presenten varices esofágicas, podría ser, un predictor del primer episodio, de sangrado.

Este estudio de caso, en el cual la patología es cirrosis hepática estadio II está directamente asociada con, hepatitis alcohólica, la malnutrición está obviamente relacionada, al empeoramiento de la función hepática, lo que aumenta la mayor posibilidad de mortalidad en el paciente. Ya que la problemática principal serian, los malos hábitos de vida saludable como lo es, el consumo de alcohol en exceso y, su ingesta de alimentación inadecuada. Por eso es de suma importancia realizar un plan dieto terapéutico adecuado para, mejorar su estado nutricional.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general:

- Brindar atención nutricional focalizada, a proteger el estado nutricional y evitar complicaciones para lograr, una mejor expectativa de vida del paciente con cirrosis hepática.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Prevenir alteraciones metabólicas, asociadas a estadios tardíos.
- Brindar la cantidad de energía suficiente, para cubrir las necesidades asociadas a la cirrosis hepática, evitando un aumento de catabolismo proteico, preservando, la masa muscular magra.
- Reconocer las medidas dieto terapéuticas eficaces en el manejo de la cirrosis hepática y sus complicaciones: ascitis y encefalopatía hepática en el segundo y tercer nivel de atención.

1.3 DATOS GENERALES

Edad: 40 años

Sexo: Masculino

Nacionalidad: Ecuatoriana

Dirección Domiciliar: Babahoyo

Estado Civil: Soltero

Número de hijos: 3

Nivel de estudios: Primaria

Profesión: Jornalero

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Paciente masculino de 40 años de edad con antecedentes de alcoholismo desde los 20 años de edad, acude a consulta externa, por previa cita médica hace tres meses se le realizaron los exámenes correspondientes y una endoscopia, y ecografía abdominal que confirmaron que es un paciente con cirrosis hepática, por el cual el medico de medicina interna realizo una interconsulta con la nutricionista para su intervención.

Antecedentes patológicos familiares: Padre con hipertensión arterial.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente acompañado de la hermana la cual refiere que desde hace 2 años ha perdido peso debido a la ingesta inadecuado de calorías, y malos hábitos de vida saludables como es el consumo de alcohol que eventualmente consumía 3 o 4 veces a la semana en aquellos días su alimentación por lo general era solo su desayuno por lo cual ha mantenido un bajo peso sin realizar ningún régimen dietético. Por tal motivo acude con el especialista el cual realiza sus respectivos exámenes confirmando su patología.

Refiere que actualmente su ingesta habitual el desayuna que lo consume en casa generalmente son una taza de café dos panes en ocasiones con queso, el almuerzo es una sopa de pollo, arroz en poca cantidad, y bebe 1 vaso con jugo, la merienda usualmente es carne frita con puré de papa y arroz pero en menor

cantidad que en el almuerzo. E indica que no realiza algún tipo de actividad física.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

En los hallazgos clínicos explorados tenemos:

Presión arterial de 100/70 mmhg, temperatura 37.5°. Al realizar las medidas antropométricas con peso de 58kg, talla de 170 cm, Índice de Masa Corporal de 20 Kg/m² considerado como normal, circunferencia de braquial 24 cm, tricípite 10mm. Además presentaba; Delgadez, ictericia, coloración marrón en las manos, con lengua roja, y cabello quebradizo.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Biometría

Examen Resultados

Leucocitos 12.000 células/mm³

Neutrófilos 77%

Hemoglobina 12.4 g/dl

Proteína c reactiva 220 mg/dl

Proteína totales 5.4g/dl

Albúmina 3mg/DL

Bilirrubina total de 0,36mg/dl

Bilirrubina directa 0.12 mg/dl

GOT/AST 60,0 U/L

GPT/ALT 65 U/L

GGT/80 U/L

Fosfatasa alcalina 140 U/L

Glucemia 90mg/DL

Creatinina 1.1 mg/dl

Urea 30mg/dl

Colesterol total 220

Triglicéridos 138 mg/dl

Se realizó Rayos X del tórax mostró una elevación bilateral de diafragma también se realizó endoscopia y reveló varices esofágicas grado II no sangrantes.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Diagnostico presuntivo: Cirrosis hepática

Diagnóstico diferencial: Encefalopatía hepática.

Diagnóstico definitivo: Cirrosis hepática estadio II.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Los pacientes con cirrosis hepática es una de las principales causas más importantes de morbilidad y mortalidad en el mundo, afecta a los hombres en mayor cantidad una de las principales causas es el consumo excesivo de alcohol por muchos años las varices esofágicas y la encefalopatía son unas de las primeras complicaciones que se suelen presentarse. Ya que si presentara un sangrado digestivo sería la principal consecuencia de hospitalización.

PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL:

1. EVALUACIÓN NUTRICIÓN

1.1 VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA:

Peso usual: 60 kg hace 3 meses

Peso actual: 58 kg

Talla: 1.70 cm

CMB: 24cm

TC: 10mm

Puntuación de pérdida de peso:

$$\frac{58 \times 100}{60} = 96.6\% \quad 3.4\% \text{ de pérdida de peso}$$

Índice de masa corporal

IMC= índice de masa corporal por el método de Quetelet

Formula: $IMC = \frac{\text{Peso kg}}{\text{Talla m}^2}$

$IMC = \frac{58 \text{ kg}}{1.70 \text{ m}^2}$

$IMC = 20 \text{ Kg/m}^2$

Diagnóstico: Normal

Peso ideal

PI= Peso Ideal

Formula: PI= IMC referencial (hombres 23) x talla m²

PI= 23 x 2.89

PI= 66 kg

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

CMB= CB – (TC X3, 14)

CMB= 24 – (10x3.14)

CMB= 24 – 1.4

CMB= 22.6cm Masa muscular

1.2 VALORACIÓN BIOQUIMICA:

DATOS DE LABORATORIO.		
Examen Resultados	Valores de referencia	Interpretación
Leucocitos 12.000 células/mm ³	5.000 a 10.000 células/mm	ELEVADOS
Neutrófilos 77%	30 a 60%	ELEVADOS
Hemoglobina 12.4 g/dl	14 a 17 mg/dl	BAJO
Proteína c reactiva 150mg/l	0.068-8.2 mg/l	ELEVADO
Proteína totales 5.4g/dl	6 a 8 mg/dl	BAJO
Albúmina 3mg/DL	3.5 a 4.3 mg/dl	BAJO
Bilirrubina total de 0,36mg/dl	0.10 a 1.10 mg/dl	NORMAL
Bilirrubina directa 0.12 mg/dl	0.20 a 0.40 mg/dl	NORMAL

Fosfatasa alcalina 140 U/L	44 a 147 U/L	NORMAL
GOT/AST 60,0 U/L	15.0 a 40 U/L	ELEVADOS
GPT/ALT 70 U/L	30 a 65 U/L	ELEVADOS
GGT/95 U/L	5.0 a 85 U/L	ELEVADOS
Fosfatasa alcalina 160 U/L	68 ^a 240 U/L	NORMAL
Glucemia 90mg/DL	70 ^a 110 mg/dl/	NORMAL
Creatinina 1.1 mg/dl	0.6 a 1.2 mg/dl	NORMAL
Urea 30mg/dl	20 ^a 40 mg/dl	NORMAL
Colesterol total 220	150 a 200mg/dl	ELEVADOS
Triglicéridos 138 mg/dl	40 a 160mg/dl	NORMAL

1.3 VALORACION DIETETICA:

Recordatorio de 24 horas.

Desayuno 6:45am

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
1 taza de café	150ML	14	0.18	0.27	2.7
2 panes blanco	70g	205	6.3	2.8	38.5
Queso fresco	60g	179,4	10.8	14.2	1.78
TOTAL		398	17.28	17.27	43

Almuerzo 11:30am

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO

1 Plato de arroz	250G	325	5.95	0,52	71.5
------------------	------	-----	------	------	------

1.3 VALORACION DIETETICA:

Recordatorio de 24 horas.

Desayuno 6:45am

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
1 taza de café	150ML	14	0.18	0.27	2.7
2 panes blanco	70g	205	6.3	2.8	38.5
Queso fresco	60g	179,4	10.8	14.2	1.78
TOTAL		398	17.28	17.27	43

Almuerzo 11:30am

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
1 Plato de arroz	250G	325	5.95	0,52	71.5
1 plato de caldo de pollo	240	86	6.0	2.4	8.5
1 vaso de jugo de naranja	240g	107	2.1		21
Total		518	14.5	2.92	100.5

Merienda 17:30 pm

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
carne frita	100G	223	18.87	15.75	0
1 Plato de arroz	250G	325	5.95	0,52	71.5
Pure de papas	100g	70	1	0	15
1 vaso de cola	250 ml	105	0	0	27
		723	25.82	16.27	113.5

Ingesta de consumo habitual

KCAL	PROTEINA	GRASAS	CHO
1.639	57.7	36.46	257

(Elaborado por Kimberly Erika Campos Lamilla)

Consume una ingesta deficiente.

2. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

Paciente masculino de 40 años de edad con un IMC de 20kg/m² normal no obstante no es un indicador directo del estado nutricional, para una evaluación real y fiable del estado del paciente se tienen que considerar otros parámetros que aporten con datos para una correcta evolución y que permita una buena intervención nutricional. Como es la bioquímica, pérdida de peso, masa muscular, consumo alimentario y exploración física realizada se observó total delgadez realice el recordatorio de 24 horas al paciente y presentaba una ingesta alimentaria deficiente en cantidad de calorías.

Por todo lo evaluado en el caso considero que aunque el paciente presente un IMC normal debo enfocarme en que tenga una ganancia de peso estimada a llegar con su peso ideal el cual es de 66kg en el plan nutricional propuesto elabore, estrategias alimentarias no sólo deben estar encaminadas a garantizar la seguridad alimentaria para el paciente.

También tienen que proporcionar el consumo de ingesta en cantidades, y requerimientos nutricionales adecuados, por alimentos inocuos y de buena calidad, que logren una dieta terapéutica aceptable y así poder retrasar complicaciones que se presentan en dicha patología.

3. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

➤ **Calculo dietético**

FORMULA HARRIS BENEDICT

GER= Gasto Energético en Reposo.

$$\text{GER kcal} = 66.5 + (13.75 \times \text{peso kg}) + (5 \times \text{talla cm}) - (6.78 \times \text{edad en años})$$

$$\text{GER kcal} = 66.5 + (13.75 \times 66) + (5 \times 170) - (6.78 \times 40)$$

$$\text{GER kcal} = 66.5 + 907.5 + 850 - 271.2$$

$$\text{GER kcal} = 1552.8$$

FAO/OMS/ONU

Formula: GET= GER x Actividad Física x Factor de estrés

$$\text{GET} = 1552.8 \times 1.2 \times 1,3$$

$$\text{GET} = 2422 \text{ kcal/día}$$

CALCULO DE GRAMOS

PROTEINAS: 1, 38 G/kg peso ideal 66/día.= 91G
--

Distribución Porcentual de Macronutrientes 2422			
Macronutrientes	Porcentaje%	Kcal	Gramos
Carbohidratos	60	1.453.2	363.3
Proteínas	15	363.3	91
Grasas	25	605.5	67.2

Macronutrientes	Porcentaje%	Kcal	Gramos
Carbohidratos	60	1.453.2	363.3
Proteínas	15	363.3	91
Grasas	25	605.5	67.2

Total	100%	2.422
-------	------	-------

(Elaborado por Kimberly Erika Campos Lamilla)

3.1 PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA.

Dieta de 2422 kilocalorías/día, fraccionada en 5 tiempo de comidas al día.

Distribución de Macronutrientes.

Fraccionamiento de comidas 2422 kcal/día.		
Distribución	Porcentaje %	Kcal
Desayuno	20	484.4
Refrigerio	10	242.2
Almuerzo	35	847.7
Refrigerio	10	242.2
Merienda	25	605.5
Total	100%	2422

(Elaborado por Kimberly Erika Campos Lamilla)

Menú recomendado

Desayuno

1 Vaso de leche descremada

1 Pan blanco

1 ½ onzas queso light

1 Guineo

Refrigerio

6 Frutillas

1 vaso de colada de avena en hojuelas

Almuerzo

1 Plato sopa de pollo con nabo y zanahoria

1 Taza de arroz cocido

- 1 Filete de pollo a la plancha
- 1 Taza de ensalada de cebolla tomate y lechuga.
- 1 Aguacate

Refrigerio

- 1 vaso de Yogurt natural descremado
- 1 Manzana con cascara

Merienda

- Pescado al vapor 1 filete
- 1 Taza de arroz cocida
- 1 Taza de ensalada de Melloco, pimiento y espinaca
- 1 cda de aceite de oliva
- 1 Taza Sandia
- 1 Vaso leche descremada

CALCULO DEL MENÚ RECOMENDADO

Desayuno

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHO	PROTEINA	GRASAS
1 vaso de leche descremada	240ml	83	12	7	0.3
1 pan blanco	100g	260	65	4.5	3
1 ½ onzas queso light	45g	81	13	6.5	3
1 Guineo	150g	142	32		
Total		493	122	18	6.3

Refrigerio

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHO	PROTEINA	GRASAS
6 frutillas	100g	32	7.5	0.4	0.3

2cdas de Avena en hojuelas	22g	90	19	2	0
2 cda de azúcar	30g	116	32	0	0
TOTAL		238	58.5	2.04	0.3

Almuerzo

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHO	PROTEINA	GRASAS
Pollo muslo	70g	153	0.17	10.36	11.61
Zanahoria cocida	30g	5.5	0.5	0.3	0
Nabo	100g	28	7.5	0.7	0.1
1 taza de arroz cocido	130g	145	30	3	1
Filete de pollo a la plancha	100g	215	0	12.2	15
Tomate 1	100g	18	3.8	0.6	4
Lechuga	40g	6	1.2	0.3	1
cebolla 50g	50g	16	3.67	0.2	0.06
aguacate	100G	120	7.82	1.8	10.08
Papaya 1 taza	100g	80	10	0.2	0.2
TOLAL		786.5	64.66	29.66	43.05

Refrigerio

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHO	PROTEINA	GRASAS
Yogurt natural descremado	200ml	112	18.5	8.5	0.3
Manzana	150g	71	15	0	0

con cascara					
TOTAL		183	33.5	8.5	0.3

MERIENDA

ALIMENTO	CANTIDAD	KCAL	CHO	PROTEINA	GRASAS
Pescado al vapor 1 filete	100gr	130	0	17.9	4.5
1 Taza de arroz cocida	130gr	145	30	3	1
Meloco	100g	62	16	1.1	0.1
Pimiento	50g	21	5	0.4	0.1
1cda Aceite de oliva 0 Muslo	10ml	88.4	0	0	10
Espinaca	120g	28	7	0.6	0.1
1 Taza Sandia	200g	80	18	0.1	0.1
1 vaso de leche descremada	240ml	83	12	8	0.3
TOTAL		637.4	70	31.1	16.2

Porcentaje de adecuación

	KCAL	CHO	PROTEINA	GRASAS
INGESTA	2338	363.3	89.3	66.15
RECOMENDADO	2422	348.66	91	67.2
% ADECUACION	96.5%	95.9%	98.1%	98.4

(Elaborado por Kimberly Erika Campos Lamilla)

RECOMENDACIONES

En base al cuadro clínico del paciente se deben extremar medidas de índole higiénicas y dietéticas que ayuden a un buen control clínico y nutricional, tratar y retrasar complicaciones para lograr una mejor calidad de vida:

- La recomendación de líquidos en principio se basa en lo general, debe de haber un balance entre, lo que se consume, y lo que se excreta; ASPEN estimula que la ingesta ideal debe de ser 1 ml/kcal/día.
- Se recomienda que el aporte de sodio ≤ 2 g/día para prevenir; complicaciones como por ejemplo ascitis, y edemas.
- ASPEN recomienda un, cálculo del consumo de proteína; de 1.0 a 1,5 g/kg/día. para prevenir catabolismo muscular, y promover, gluconeogénesis.
- Evitar volver consumir ningún tipo de alcohol.
- Reintegrar la actividad física regularmente de 150 minutos a la semana ejercicios aeróbicos, como habito saludable.
- Disminuir la ingesta de grasa saturadas, que la encontramos en los productos de comida rápida, snack, embutidos y frituras.
- Consumir de 5 a 6 comidas diarias.
- Incentivar al consumo de alimentos frescos no procesados; frutas, y verduras.
- Evitar preparaciones culinarias. como por ejemplo frito, rostizado, y apanado de preferencias; al horno, a la plancha, al vapor, asado, y cocido. (MARISA CANICOBA, 2014)

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

La cirrosis representa el estadio final de muchas patologías crónicas del hígado: hepatitis vírica, alcohol, medicamentos, obesidad mórbida, tóxicos, metales pesados o enfermedades autoinmunes. Aunque en los estadios iniciales el paciente puede estar asintomático, la historia natural muestra un progresivo desarrollo de ictericia, hipoalbuminemia, plaquetopenia, alteración del tiempo de protrombina y ascitis. Muchos pacientes sufren hemorragias gastrointestinales recurrentes por varices esofágicas. En los estadios avanzados, destacan los cambios en el estado mental y, en concreto, la encefalopatía hepática. (A. MESEJO, 2008)

La prevalencia y causas de desnutrición en la cirrosis está presente en la mayoría de los pacientes principalmente en los que su causa fue por el consumo de alcohol en exceso, se ha verificado que la gravedad de la patología hepática se correlaciona con la severidad de la desnutrición y el grado de ésta con el desarrollo de serias complicaciones como encefalopatía, ascitis, varices esofágicas, y síndrome hepatorenal.

Ya que la modificación del estilo de vida y alimentación es indispensable para los pacientes que presentan cirrosis hepática, efectuando los cambios necesarios.

Es de suma importancia la valoración nutricional, tratamiento y estrategias que ayudarían evitar que se presenten de una forma progresiva los factores de riesgo, las complicaciones que suelen llevar a la morbilidad y mortalidad del paciente.

2.8 SEGUIMIENTO

Paciente fue valorado nutricionalmente luego de un mes de su egreso hospitalario. Para verificar si ha cumplido con el plan nutricional, y las recomendaciones que realice a través de la intervención y asesoramiento brindado al paciente. Donde se observamos los siguientes puntos:

- Mejoría clínica
- Apetito adecuado
- Ganancia de peso 2 kg

2.9 OBSERVACIONES

En el presente caso clínico se comprobaron el efecto catabólico de la enfermedad cirrótica y como esta afecta el estado de salud y su nutrición. El paciente evaluado presento desnutrición a través de su exploración física, y consumo alimentario el cual fue deficiente según su requerimiento. Estos pacientes por lo general cursan con un pobre apetito, se realizó la evolución

alimentaria a través del recordatorio de 24 horas que le realice al paciente en la primera consulta se pudo observar que su ingesta alimentaria, era inadecuado. Ya que habitualmente el paciente solo consumía aproximadamente 1639 calorías al día una ingesta alimentaria demasiado baja para el requerimiento nutricional que su cuerpo necesitaba. Por lo cual se intervino de la mejor forma posible adaptándonos conforme al; tipo de saciedad, cambios en el gusto, estatus socioeconómico, referencias étnicas o religión, y alergias alimentarias, es de gran ayuda considerar todo tipo de datos del paciente. La oportuna valoración nutricional en estos pacientes es de suma importancia, logrando beneficios generales, en la calidad de vida.

CONCLUSIONES

Se concluye que la cirrosis hepática en fase inicial es posible tratarla con un buen plan clínico nutricional, junto con modificaciones en el estilo vida del paciente. En el caso estudiado se comprobó que una atención nutricional oportuna y adecuada contribuye a la mejoría nutricional, del paciente y por ende logra una inserción del paciente a su vida habitual.

El paciente cirrótico debe de comer una dieta, equilibrada y variada, que incluya todos los grupos de alimentos en cantidades adecuadas. El requerimiento de energía que calcule al paciente es de aproximadamente 2422 calorías al día fraccionado en 5 comidas por lo que se pudo observar en el seguimiento realizado al paciente que la educación nutricional que le brindamos sobre su alimentación fue aceptable y beneficiosa de la manera más oportuna.

La intervención nutricional realizada nos ayudara a evitar que las complicaciones de la cirrosis hepática estadio II evolucionen de una forma precoz. Por tal motivo la valoración nutricional juega un papel de suma importancia en esta patología ya que su adecuado asesoramiento mejoraría la expectativa, de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

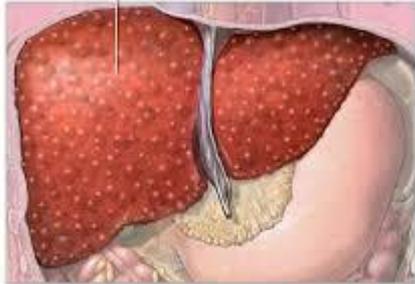
- (9 de AGOSTO de 2009). Obtenido de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007
- A. MESEJO, M. J. (2008). *NUTRICION HOSPITALARIA*. Obtenido de
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original2.pdf>
- ABARCA, J., P, V., G., C., & RODRIGUEZ, P. (2005). *Etiology, complications and mortality in cirrhosis at the "Carlos Andrade Marin" Hospital, 15 years of retrospective evaluation, 1989-2003* . Obtenido de Rev. "Medicina" Vol. 11 N° 4. Año 2005 :
<http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/11.4/RM.11.4.03.pdf>
- Abente, S. V. (s.f.). *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. setiembre* . Obtenido de Etiology, complications and mortality in cirrhosis at the "Carlos Andrade Marin" Hospital:
<http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/11.4/RM.11.4.03.pdf>
- ABENTE, S. V., & GIRALA, M. (SEPTIEMBRE de 2018). *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* Obtenido de Etiology, stage and complications of liver cirrhosis in a reference:
<http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/11.4/RM.11.4.03.pdf>
- BERNAL, V. (2012). **Unidad de Hepatología. Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas IDIBAPS. CIBERehd Hospital Clinic. Barcelona. Universidad de Barcelona*. Obtenido de 60 CIRROSIS HEPATICA:
https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/60_Cirrosis_hepatica.pdf
- CRUCES, R., GALVAN, M., & RANGEL, A. (2009). *Guía de Práctica Clínica GPC*. Obtenido de
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/038GER.pdf>
- JESSE M. CIVAN, M. T. (FEBRERO de 2018). *MANUAL MSD VERSION PARA PROFESIONALES*. Obtenido de https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/fibrosis-y-cirrosis/cirrosis#v899476_es
- MARISA CANICOBA, N. D. (2014). *NUTRICION CLINICA MEDICA*. Obtenido de
<http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5023.pdf>
- MARISA CANICOBA1, N. D. (2014). *NUTRICION CLINICA EN MEDICINA*. Obtenido de
<http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5023.pdf>
- MARTINS, M. A. (2014). Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n2/03revision02.pdf>
- SEBASTIAN VELAZQUEZ, M. G. (SEPTIEMBRE de 2018). *Etiology, stage and complications of liver cirrhosis in a reference hospital in Paraguay*. Obtenido de Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v5n2/2312-3893-spmi-5-02-53.pdf>

SEBASTIAN VELAZQUEZ, M. G. (s.f.). *Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática en un hospital de referencia en Paraguay* . Obtenido de Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v5n2/2312-3893-spmi-5-02-53.pdf>

VELAZQUEZ, S., & GIRALA, M. (SEPTIEMBRE de 2018). *REV. VIRTUAL SOC. PARAG. MED. INT.* Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v5n2/2312-3893-spmi-5-02-53.pdf>

ANEXOS

Cirrosis del hígado



ADAM

**ROSIS HEPÁTICA
COMPENSADA**

PDF

El diagnóstico de cirrosis hepática es fisiológico a pesar de que se sospecha se base en la detección de los signos biológicos y clínicos analizados anteriormente y presentes en un paciente preferentemente asintomático o que acude a la consulta general refiriendo unos síntomas totalmente inespecíficos.

PRONÓSTICO

A los cinco años del diagnóstico la probabilidad de descompensarse es del 40% a los diez años del 60%.

Según el Ministerio de Salud (Minsa) en el Perú, se detectan 95 nuevos casos al año de cáncer al hígado.

En el periodo del año 2015, en el Hospital Nacional Honorario Pardo Ferraz, se ha diagnosticado un caso de cáncer al hígado.

111 Casos de Cirrosis Hepática Alcohólica.

15 Casos de Cirrosis Crónica Activa.

10 Cirrosis Hepática Alcohólica no Regenerada.

7 Casos de Carcinoma Hepático.

3 de 7 Casos de Carcinoma Hepático Regenerado.

De los síntomas: Dolor de función de la región epigástrica que puede ser de naturaleza aguda, crónica, intermitente y/o de tipo cólico.

De los signos: El signo más característico es la ictericia que puede ser acompañada por náuseas, vómitos, pérdida de peso, ascitis, edema de miembros inferiores y encefalopatía hepática.

De la etiología: Los factores de riesgo más importantes son el alcoholismo, el consumo de drogas, la hepatitis crónica, la diabetes mellitus, la obesidad y el consumo de medicamentos.

¿Qué tan peligroso es la bebida para el organismo?

El hígado es el órgano más grande del cuerpo humano y es responsable de la mayoría de las funciones vitales. El consumo excesivo de alcohol puede dañar el hígado y provocar la cirrosis hepática, una enfermedad crónica que puede ser mortal.