



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Trabajo de Titulación

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO

TEMA:

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA
EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO A JULIO 2014

AUTORES:

ARELY PRISCILA CARRANZA DOMÍNGUEZ

MARÌA VERÒNICA GILCES CHÀVEZ

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DR. XAVIER HINOSTROZA DUEÑAS

PORTOVIEJO - MANABÍ - ECUADOR

2014

TEMA:

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA
EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO - JULIO 2014”

DEDICATORIA

Primeramente a DIOS por permitirme llegar a esta meta, guiándome en cada uno de mis pasos, darme la fortaleza en momentos difíciles, iluminar mi mente y mi corazón.

A mis PADRES y HERMANOS por ser un pilar fundamental e importante en mi vida y por apoyarme en esta carrera, a ellos, mi amor y gratitud eterna.

A todos mis AMIGOS que he conocido y cultivado a través del tiempo, que me brindaron su apoyo y amistad sincera.

A todos los DOCENTES por brindarme todos sus conocimientos y experiencias vividas en el campo de la salud.

VERÒNICA GILCES

DEDICATORIA

Cada meta que he conseguido en el transcurso de mi vida es porque, Dios en su inmensurable Amor lo permitió, este trabajo es el resultado de mi dedicación, esfuerzo, perseverancia el mismo que le dedico al SER SUPREMO y a mis PADRES que con ansias laboraron cada día para hacer realidad este sueño y que forjaron en mi enseñanzas, principios morales y espirituales.

No olvidándome de mencionar a una paciente que cambio mi vida a través de su enfermedad que fue víctima de la devastadora enfermedad que menciono en este trabajo investigativo, la “ABUELA TECHITA”, a ella y a los pacientes adultos que fueron mi constante empeño les dedico este trabajo investigativo.

ARELY CARRANZA

AGRADECIMIENTO

El tiempo ha pasado rápidamente y hemos llegado a cumplir uno de nuestros anhelos más esperados, es por esta razón que queremos agradecer a quienes fueron autores directos de nuestro logro.

Expresamos nuestro rotundo agradecimiento al Dios Todopoderoso por bendecirnos grandemente.

A nuestros Padres por el sacrificio, impulsados por el amor y el deseo de vernos convertidas en profesionales

A las autoridades de la Universidad Técnica de Manabí por brindarnos la oportunidad de ser partes de la institución.

A los docentes de la Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, por otorgarnos sus conocimientos en el transcurso de nuestro proceso académico.

A nuestro Tribunal de Titulación que con paciencia y esmero nos guiaron en el trayecto de nuestra investigación.

A las autoridades del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, que accedieron y colaboraron con nuestro trabajo investigativo.

ARELY CARRANZA
VERÒNICA GILCES

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS, catedrático de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, en calidad de director de trabajo de titulación.

Certifico que el trabajo de titulación denominado CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO - JULIO 2014, de las egresadas ARELY PRISCILA CARRANZA DOMÍNGUEZ Y MARÍA VERÓNICA GILCES CHÁVEZ se encuentra concluido en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente.

Dr. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA:

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA,
FEBRERO - JULIO 2014”

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Dra. Yira Vásquez Giler MG
DECANA

Ab. Abner Bello Sabando
ASESOR JURÍDICO

Dr. Jhon Ponce Alencastro. MDI
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MIEMBROS DEL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas.
DIRECTOR

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE

Licda. Narcisa Briones Bermeo

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA:

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA,
FEBRERO – JULIO 2014”

Sometida a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de: Médico Cirujano.

Aprobada por:

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE

Licda. Narcisa Briones Bermeo
MIEMBRO

ÍNDICE

Tema	
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento	IV
Certificado del Director del Trabajo de Titulación	V
Certificado de los miembros de revisión	V
Índice	VIII
Resumen	XII
Summary	XIII
Capítulo I	
Introducción	1
Justificación	2
Planteamiento del problema	4
Objetivo General.....	6
Objetivo Específicos	6
Marco institucional	7
Capítulo II	
Marco teórico	9
Operacionalización de las variables	27
Capítulo III	
Diseño metodológico	30
Tipo de estudio	30
Línea de investigación	30
Área de estudio	30
Período.....	30
Universo.....	30
Modalidad de la investigación	30
Criterios de inclusión	30
Criterios de exclusión	31
Métodos técnicos instrumentales de recolección de datos	31
Procedimiento y análisis de la investigación.....	31
Recursos	32

Humanos	32
Institucionales	32
Materiales	32
Económicos	32
Autorización	32
Presentación de resultados	33
Capítulo IV	
Conclusiones	49
Recomendaciones	51
Capítulo V	
Propuesta	52
Cronograma de trabajo	57
Bibliografía	58
Anexos.....	60

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Tabla N 1 - Relación por genero de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	33
Tabla N 2 - Relación por edad de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	34
Tabla N 3 – Distribución de procedencia de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	35
Tabla N 4 - Distribución de ocupación de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	36
Tabla N 5 - Distribución del nivel de instrucción de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	37
Tabla N 6 - Distribución del estado civil de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	38
Tabla N 7 - Distribución del consumo de sedantes en los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	39
Tabla N 8 - Distribución del consumo de grasas de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	40
Tabla N 9 - Distribución por ejercicios físicos de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	41
Tabla N 10 - Distribución de consumo de alcohol de los pacientes con encefalopatía hepática y su calidad de vida hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo de Febrero – Julio 2014.....	42
Tabla N 11 - Distribución según las relaciones interpersonales y red social de la escala de quality of life scale de calidad de vida de los pacientes con encefalopatía hepática hospitalizados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Febrero – julio 2014.....	43
Tabla N 12- Distribución según el rol instrumental de los pacientes con encefalopatía hepática hospitalizados en el servicio de Gastroenterología	

del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Febrero – julio 2014.....	44
TABLA N 13 - Distribución de las funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes de los pacientes con encefalopatía hepática hospitalizados en el servicio de Gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Febrero - julio 2014.....	45

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo, se revisaron los historiales clínicos correspondientes al semestre Febrero – Julio del 2014; con el objetivo de determinar la Calidad de Vida de los usuarios con Encefalopatía Hepática hospitalizados en el área de gastroenterología. Se agruparon usuarios mayores de 45 años con alteraciones cognitivas, diagnosticados con Encefalopatía Hepática sometidos únicamente a tratamientos farmacológicos. Grupo femenino 44% y masculino 56%; con un total de 59% que no poseen ninguna ocupación; el 30% son adultos mayores entre 66 a 75 años; de estado civil unión libre en un 54%; el 27% consume algunas veces sedantes para conciliar el sueño y mantener la calma; el 50% siempre consume grasa de manera frecuente, el 38% lo consume algunas veces; el 79% nunca realiza ningún tipo de actividad física, el 17% algunas veces y el 4% siempre se ejercita; el 44% tienen como antecedentes o consumidores diarios de alcohol, el 34% lo realiza los fines de semanas, mientras que el 30% consume en ocasiones sociales; de acuerdo a la escala que valora la calidad de vida el 90% están retraídos de la sociedad y no mantienen ningún tipo de relación socio sexual, ni mucho menos con se relacionan con familiares, amigos o conocidos, presentando un déficit de relación interpersonal; en el rol instrumental de los usuarios con encefalopatía hepática, el 96% son desempleados debido a la incapacidad que presentan, el 92% pierden destrezas y habilidades que presentaban antes; en las funciones intrapsíquicas, objetos y actividades el 50% pierden el interés y el 71% la motivación, destacando que el 92% no colabora con los hábitos personales ni actividades cotidianas que anteriormente las realizaban con mucho desenvolvimiento. De esta manera concluimos que los usuarios con encefalopatía hepática tienen un peor pronóstico y su presencia está asociada a disminución de la calidad de vida y a aumento de mortalidad.

Palabras Claves

Encefalopatía hepática, Calidad de Vida, Adultos mayores

ABSTRACT

A prospective and descriptive study was conducted, we reviewed the clinical records for the February half - July 2014; with the objective of determining the quality of life of users with Hepatic Encephalopathy hospitalized in the area of Gastroenterology. Grouped users over 45 years with cognitive disorders, diagnosed with hepatic encephalopathy only undergoing drug treatments. All-female band 44% and 56% male; a total of 59% that do not have any occupation; 30% are elderly between 66 to 75 years; State civil union free in a 54%; 27% consume sedatives sometimes to get to sleep and stay calm; 50% always consume fat frequently, 38% consume it sometimes; 79% never performs any type of activity physics, 17% sometimes and 4% always is exercised; 44% have a history or consuming alcohol daily, 34% accomplishes it the purposes , while 30% consumed in social occasions; According to the scale that values the quality of life, 90% are withdrawn from society and do not maintain any relationship sexual partner, or even less with are related to family, friends or acquaintances, showing a deficit of interpersonal relationship; the instrumental role of users with hepatic encephalopathy, 96% are unemployed due to the inability of present, 92% lose skills and abilities who had before; in the functions intrapsíquicas, objects and activities 50% lose interest and 71% motivation, highlighting that 92% collaborates with personal habits or daily activities formerly performed them with long development. Thus we conclude that users with hepatic encephalopathy have a worse prognosis and their presence is associated with reduced quality of life and increase in mortality.

Key Words

Hepatic encephalopathy, quality of life, older adults

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía hepática es la principal disfunción cognitiva en los pacientes con cirrosis hepática, asociándose a un peor pronóstico, disminución de la calidad de vida, un aumento de la mortalidad y además ha sido aceptada como indicación de trasplante hepático. Durante la primera fase hay un leve deterioro cognitivo, déficit de atención, alteraciones en la personalidad, la actividad y la coordinación motoras que van progresando y que finalmente afectan a la calidad de vida y a la capacidad de realizar tareas de la vida diaria, incapacitando al usuario y conducir al coma o a la muerte. Montoliu, C (2011).

La encefalopatía hepática se clasificación según las escalas de Westen Haven. La hiperamonemia ha sido la principal explicación de la patogenia. Hay que tener presente que la incidencia de mortalidad en el Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2011 fue aproximadamente de 1997 casos de enfermedades hepáticas y cirrosis y una de las principales complicaciones es la encefalopatía hepática.

El proyecto de investigación surgió como una necesidad de generar información que sirva para las instituciones hospitalarias, profesionales estudiantes y que aporte con datos estadísticos reales que permitan determinar los factores desencadenantes y valorar con la escala Quality of Life Scale la calidad de vida de los usuarios con encefalopatía hepática.

La presente investigación se realizó en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda del cantón Portoviejo con los pacientes diagnosticados de encefalopatía hepática en el área de gastroenterología. El proyecto de investigación cuenta con justificación, planteamiento del problema, objetivos: general y específicos que sirvieron de base para la investigación. El marco teórico está basado en conocimientos de diferentes autores, se tabulo y grafico los resultados conduciéndonos a conclusiones y recomendaciones luego plantear una propuesta y brindar charlas educativas a los usuarios con encefalopatía hepática y familiares en el área de hospitalización y salas de consulta externa.

JUSTIFICACIÓN

Según la organización mundial de la salud la Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"

La encefalopatía hepática es un cuadro clínico que comprende una gran variedad de trastornos neuropsicológicos, con manifestaciones en las áreas cognitiva, emocional, de la personalidad, de la actividad motora, de la memoria y de la conciencia, pudiendo llegar al coma. Aparece de manera episódica o continuada y se considera reversible, al menos en la mayoría de sus manifestaciones. Es una de las complicaciones mayores de la cirrosis

La encefalopatía hepática afecta a la sociedad en el contexto socio-familiar y económico. Socio-familiar debido porque son pacientes que presentan cambios clínicamente obvios en el intelecto, la conducta, la función motriz, y la conciencia, que impiden relacionarse e incorporarse a la sociedad.

En el contexto económico, debido a que el tratamiento con nuevos enfoques terapéuticos y diagnósticos son costosos y la mayoría de los pacientes pertenecen a núcleos familiares de bajos recursos económicos, que en la mayoría de las veces desisten del tratamiento empeorando su estado de salud.

El manejo de la encefalopatía hepática en el Hospital Verdi Cevallos Balda se basa en mantener y minimizar las complicaciones médicas del usuario tratando la causa de la enfermedad y en corregir los factores precipitantes, actuando directamente sobre los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la encefalopatía, basándose al análisis de laboratorio y otras técnicas.

Este trabajo investigativo se realiza teniendo en cuenta la gran incidencia en la población ecuatoriana con encefalopatía hepática con un bajo nivel de calidad de vida. La encefalopatía hepática con repercusión del estado neuropsiquiátrico se ha constituido en una de las patologías de atención emergentes en el área de emergencia y una de las más comunes de motivo de ingreso hospitalario en el área de gastroenterología del Hospital Verdi Cevallos.

Este proyecto es factible porque se cuenta con suficiente bibliografía, el historial médico de los usuarios del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo y existe por parte de los investigadores la motivación, el interés, el tiempo requerido, los recursos económicos necesarios para desarrollar el estudio y la metodología prevista permitirá el acceso de datos que se requieren.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirrosis es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, en Perú, la tasa de mortalidad es de 9,48 por 100,000 habitantes, ocupa el 5° lugar, entre las defunciones generales, el 2° lugar entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares y es la 2° causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo etáreo de 20 a 64 años. Constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad. Las tasas de defunción más elevadas se registran en Moldavia (91 por 100.000 habitantes) y Hungría (85 por 100.000), mientras que las cifras más bajas, entre 3 y 5 por 100.000 habitantes, corresponden a Irlanda, Colombia, Holanda, Singapur, Israel y Noruega. En algunos países de América Latina, como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa, entre el 5° y 6° lugar como causa de muerte general.

Actualmente es la primera causa de demanda efectiva de hospitalización y una de las principales de consulta externa registradas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins- Es Salud donde el 45,1% presentó encefalopatía hepática, encefalopatía grado I el 11,2%, el 20,2% encefalopatía grado II, el 12,6% encefalopatía grado III y el 1,1% encefalopatía grado IV constituyendo el tercer lugar de motivos hospitalarios.

En México alrededor del 28% de los pacientes con insuficiencia hepática crónica o cirrosis desarrolla encefalopatía hepática durante el transcurso de su enfermedad y se identifican alteraciones neuropsiquiátricas subclínicas hasta en 84%. Se ha previsto que hacia el año 2020 existirán aproximadamente 1.5 millones de casos de hepatopatía crónica que serán susceptibles de encefalopatía hepática lo cual implicará un serio problema de salud pública.

A nivel mundial, en nuestro país y localmente es una de las patologías graves por lo cual existen muchos ingresos a los hospitales como es el caso del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, con los antecedentes expuestos la pregunta central del proceso

investigativo queda planteada de la siguiente manera ¿Cómo influye la encefalopatía hepática en la calidad de vida de los pacientes del Hospital Verdi Cevallos Balda?

¿Cuáles son las características de la población con encefalopatía hepática?

¿Cuáles son los factores de riesgos de la encefalopatía hepática?

¿Cuál es la calidad de vida de los usuarios con encefalopatía hepática?

¿Cuál es el plan estratégico para mejorar la calidad de vida de los usuarios con encefalopatía hepática?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la calidad de vida de los pacientes con encefalopatía hepática en el Hospital Verdi Cevallos Balda, Febrero – Julio 2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar las características generales de la población en estudio.

Establecer los factores de riesgos de la encefalopatía hepática.

Valorar la calidad de vida de los usuarios con encefalopatía hepática según la escala Quality of Life Scale (QLS).

Generar una estrategia educativa para mejorar la calidad de vida de los usuarios con encefalopatía hepática que acuden al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

MARCO INSTITUCIONAL.

El Hospital de Portoviejo que hoy tiene el nombre de Verdi Cevallos Balda inicia su historia en diciembre de 1884 cuando las guerras de esa época obligaron a la creación de la primera casa de salud que se denominó “hospital de sangre”.

Este funcionó en el primer piso de una casa de caña en lo que actualmente es la escuela Tiburcio Macías y apenas un sólo médico acompañado de cuatro mujeres atendían a los heridos bajo los ruidos de los fusiles y cañones.

Para el año de 1908 el hospital pasa a llamarse Hospital Militar, pero en 1912 la historia da un nuevo giro cuando el Gobierno le quitó las tierras a la Iglesia y pasaron a manos de las Juntas de Beneficencia. Aquí el hospital pasa a funcionar en una casa por el sector de lo que ahora es el Puente San José o Rojo con el nombre de “Hospital General de Portoviejo” y se mantenía con la creación de un impuesto al aguardiente y del alquiler de las tierras de la Iglesia.

Otro giro En 1914 el nombre vuelve a cambiar a “Hospital Civil” y con ello una remodelación que se inauguró con 40 camas, dos médicos, una enfermera y otros ayudantes. Con el pasar de los años se convirtió en una de las casas de salud más importantes del país y la estructura de ese entonces quedaba corta ante la demanda de pacientes que llegaban en busca de atención, ante esto la junta de beneficencia decide mudar el hospital hasta donde actualmente funciona la Dirección de Salud en la calle Rocafuerte en 1920. En este lugar funcionó hasta 1970 en que el hospital entró a operar donde ahora está ubicado.

El hospital fue dando importantes avances, se fueron creando más áreas y cada vez la demanda crecía hasta el punto que gente de otras lados llegaban en busca de atención. Además estudiantes de medicina de todas partes del país comenzaron hacer sus prácticas en la casa de salud, esto aportó para que en 1976 sea denominado como hospital regional-docente por el ya creado en 1967 Ministerio de Salud.

Alfredo Cedeño, médico gastroenterólogo que se unió al hospital en 1984, comentó que el nombre de Verdi Cevallos Balda se oficializó en 1988, en honor a las aportaciones que este médico brindó. En 1997 el Verdi Cevallos pasa de regional-docente a provincial-docente. Según Cedeño sólo fue una nueva dominación que le dio el MSP (Ministerio de Salud Pública). El Dr. Jacinto Kon, anesthesiólogo que desde 1960 presta sus servicios en la casa de salud, indicó que las limitantes siempre han sido la falta de personal y presupuesto. Agregó que el hospital es su segunda casa donde entre malos y fructíferos recuerdos ha plasmado sus conocimientos.

MISIÓN

Unidad de salud sin fines de lucro, promueve condiciones de vida saludable a la Población manabita, mediante la prevención, promoción, curación, y rehabilitación con acciones conjunta de entidades y actores sociales del sector, garantizando la atención eficiente, oportuna y de calidad, especialmente a los grupos más vulnerables de mayor riesgo.

VISIÓN

Brindar a la población Manabita atención integral de salud con eficiencia, oportunidad, calidad, y calidez, una organización interna optima con capacidad resolutive con cada uno de sus servicios, que satisfaga las múltiples necesidades de los usuarios profesionales especializados, con Tecnología de punta, Hospital Provincial y Docente.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Calidad de vida es la capacidad del grupo social u ocupante de satisfacer las múltiples necesidades con los recursos favorables que el entorno proporciona y que comprenda elementos necesarios y útiles para adquirir una vida decente. De igual manera es el fruto constante del trabajo, de la organización social y de los avances tecnológicos y en especial del buen uso del medio ambiente (Anonimo, 2004)

El término calidad de vida no es una concepción nueva, es una expresión que se empleaba en décadas pasadas y que con el paso de los años ha evolucionado. (Verdugo M, 2007)

En la actualidad esta terminología es ampliamente utilizado y aparece cada vez con más periodicidad en la literatura también en el ámbito social, política, salud, educación, cultura, religión y el habla popular; cuyo concepto se ha tratado de unificar tomándolo desde una sola perspectiva, sin embargo su conceptualización es multidimensional, subjetivo y objetivo; es decir es un concepto individual, dependiente del nivel de instrucción del individuo, del estrato social y metas propuesta, del momento emocional en el que se encuentre y no necesariamente significa ausencia o presencia de enfermedad. (Fernandez J, 2010)

Los enfoques de ciertos estudios investigaron varios indicadores de calidad de vida, tantos cuantitativos (social, psicológico, ecológico) como cualitativos que adoptan una posición de oyente a la persona mientras expone sus experiencias, retos y problemas cómo los servicios sociales. (Arenas Y, 2011)

Estos indicadores permiten comprender físicamente como vive el individuo, pero también conocer su forma de reflexionar sobre su vida.

Calidad de vida relacionada con la salud es, el aspecto de la calidad de vida que se vincula específicamente a la salud de la persona, se utiliza para designar los resultados

concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Es decir evaluar su funcionamiento físico, mental y plantear pautas para mejorar su bienestar. (Fernandez J, 2010)

En la actualidad uno de los objetivos políticos y de la salud no solo es sanar a las personas enfermas, sino optimizar su calidad de vida y de la población en general. (Fernández, J; & Cols 2010)

Las características de la calidad de vida son las siguientes:

Concepto subjetivo, es la definición propia e individual sobre la calidad de vida.

Concepto universal, es dependiente de aspectos comunes de los diferentes grupos de civilización.

Concepto holístico, incorpora la dimensión física, mental y social del individuo, como una unidad.

Concepto dinámico, es decir que es un concepto muy variable en una persona.

Interdependencia, la conceptualización de calidad de vida de una persona depende de su salud física, mental y social, aspectos que están íntimamente vinculados. (Monardes C, 2011)

Dimensiones de calidad de vida

Dimensión física, es la percepción propia del estado físico o de salud, que es comprendida como ausencia de enfermedad.

Dimensión psicológica, es la valoración del individuo de su estado emocional y cognitivo.

Dimensión social es la apreciación del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales. Depende del nivel de estudio de cada individuo. (Verdugo M, 2011)

La calidad de vida relacionada con la salud es una variable compleja de evaluar. Existen múltiples temarios que permiten valorar la calidad de vida como los: Cuestionarios genéricos de salud, son usados en todas las poblaciones y sujetos, permite

establecer comparaciones entre personas sanas o con enfermedad o de edades diferentes. Un modelo de este es el Medical Outcomes Study Form (SF-36), que evalúa dos componentes el mental y el físico. (Mones J, 2004)

Cuestionarios genéricos de enfermedad

Se aplican a poblaciones con diferentes problemas médicos. Admite conjugar enfermedades, niveles de gravedad e intervenciones terapéuticas. Un ejemplo es el (SIP) Sickness Impact Profile. (Mones J, 2004)

Cuestionario específico de enfermedad

Son aplicables a individuos con enfermedades semejantes o con un tratamiento igual. Permiten valorar aspectos propios de cada enfermedad, son más sensibles a modificaciones en la calidad de vida adjuntas al tratamiento. Por ejemplo en pacientes con enfermedad hepática, existe un cuestionario específico conocido como (CLDQ) Chronic Liver Disease Questionnaire. (Mones J, 2004)

Si bien se han descrito múltiples factores que desmejoran la calidad de vida en pacientes con cirrosis hepática y que son valorables; en la encefalopatía hepática es muy difícil, puesto que las alteraciones cerebrales cognitivas provocan deterioro del nivel de conciencia y de la percepción del estado de salud por parte del paciente, dificultando o imposibilitando la valoración de la calidad de vida en estos pacientes. (Roman A, 2013)

El curso clínico de la encefalopatía hepática puede ser considerablemente variable, desde una alteración en el patrón del sueño hasta un coma profundo, aparte de que es una complicación clínicamente importante de la cirrosis, es una enfermedad que puede llegar a ser muy grave, independientemente de su causa. (Lovesio C, 2001)

Aunque los pacientes cirróticos no mueren como resultado de la encefalopatía hepática, en su mayoría tras un primer episodio de esta, se reduce la calidad de vida y empeora su pronóstico por las diversas manifestaciones neurológicas que presenta, por lo que es muy importante diagnosticarla y tratarla tempranamente. (Bosques J, 2009)

La encefalopatía hepática provoca deterioro en el desarrollo de las actividades físicas y mentales; en un principio son cambios mínimos y casi imperceptibles por el paciente o simplemente no aceptan que dicha sintomatología es algo patológico y son los familiares quienes en su mayoría se percatan de estas alteraciones como cambios en el comportamiento, en la memoria, atención en el patrón del sueño y de medidas de higiene, otros cambios son alteraciones de la función motora fina. Todos estos cambios reducen la capacidad de los pacientes de realizar sus actividades diarias y aumenta el riesgo de accidentes tanto laborales como domésticos. (Torre A, 2009)

Esta enfermedad a parte de afectar clínicamente la calidad de vida de los pacientes también lo hace social y económicamente, por los costos directos e indirectos causados por la enfermedad, por los tratamientos costosos y extensos, por las largas estancias hospitalarias, por la utilización de gran parte de los recursos hospitalarios, por los ingresos frecuentes a la unidad de cuidados intensivos, todos estos factores repercuten económicamente en la familia y la sociedad. A pesar de ser una enfermedad cuya incidencia está en aumento, de acuerdo a las revisiones bibliográficas, faltan estudios que ayuden a identificar las particularidades del problema, que permitan calcular el impacto de la enfermedad y sus consecuencias a nivel personal, familiar y social y en conjunto mejorar la calidad de vida de los pacientes con encefalopatía hepática. (Torre A, 2009)

Encefalopatía hepática

La encefalopatía hepática es un síndrome que comprende un espectro de anomalías neuropsiquiátricas que van desde manifestaciones clínicamente paulatinas en la cognición, hasta cambios clínicamente obvios en el intelecto, la conducta, la función motriz y la conciencia, impacta de manera tan perjudicial en la vida de aquellos afectados y en su sobrevivencia que incluso pueden perder su autonomía y dominio propio para realizar actividades cotidianas llegando al extremo de depender de la ayuda y el cuidado de los miembros de la familia. (Lopez A, 2010)

Es catalogada también como un trastorno que afecta el sistema central cuyas causas principales son la derivación portosistémica y/o enfermedad hepática aguda o crónica.

El amoniaco es el principal factor químico que juega un papel esencial en la génesis del síndrome, es producido en exceso en el intestino y afecta el cerebro, donde induce el edema de atrociotos, e impacta finalmente en la función neuronal. Los síntomas pueden variar desde cambios en el sueño, déficit de atención, incoordinación muscular hasta progresar en estupor y coma. (Anonimo, uptodate, 2010)

Uno de los grandes conflictos que surgen al querer narrar los diferentes aspectos clínicos de la encefalopatía hepática (EH) ha sido la discordancia de los términos utilizados (encefalopatía porto sistémica, encefalopatía aguda, coma hepático, etc.), por lo cual, con el propósito de sostener una terminología que sea generalmente acreditada y que relacione la encefalopatía hepática (EH) con el tipo de anormalidad hepática, más las características y duración de las manifestaciones neurológicas, se ha clasificado en tres grupos, pero en este estudio se tratará fundamentalmente sobre la encefalopatía hepática (EH) tipo C o asociada con cirrosis hepática. (Escuela.med.puc , 2010)

Etiología.

La encefalopatía hepática a pesar de que es una patología frecuente y además de presentar características definidas no ha sido esclarecida, sin embargo estudios basados en la literatura medica identificaron ciertos elementos responsables del desarrollo de la encefalopatía hepática, como son las comunicaciones porto-sistémicas, disfunción hepática, fallo hepático fulminante con cirrosis hepática y la alteración en la depuración hepática de metabolitos nitrogenados. En base a esto existe un gran número de propuesta-s de las cuales las más importantes son la teoría del amonio y gaba. (Encefalopatía Hepática, 2008)

Amonio, es una neurotoxina que puede llevar a encefalopatía esta descrito que el amonio es originado en el tracto gastrointestinal por degradación bacteriana de aminos, aminoácidos, purinas y úrea, y que es metabolizado en el hígado, normalmente el amonio es detoxificado en el ciclo de Krebs en urea y glutamina. En la enfermedad hepática o en las comunicaciones portosistémicas el amonio sérico no es eficientemente metabolizado incrementándose sus niveles en la sangre. (Encefalopatía Hepática, 2008)

El tejido muscular también es participe del metabolismo del amonio como uno de los primordiales órganos que sintetizan la glutamina a través de su enzima la glutamina sintetasa, en los usuarios con enfermedad hepática crónica avanzada presentan poca masa muscular asociado a una menor síntesis de glutamina debido a que esta toxina puede ser captado o liberado del musculo. (Encefalopatía Hepática, 2008)

Los riñones tienen glutaminasa y glutamina sintetasa que son capaces de degradar y sintetizar glutamina. En estados fisiológicos normales los riñones regulan el ingreso de amonio en la sangre y su excreción urinaria, pero en la acidosis crónica la amoniogénesis acrecienta y la excreción urinaria del amonio también. (Eddy Tinoco y Cols, 2013)

Cerebro, a nivel cerebral los astrocitos también son el sitio de destoxicación del amonio a través de la síntesis de glutamina. El amonio atraviesa la barrera hematoencefálica y los astrocitos son las únicas células capaces de metabolizarlo mediante medios enzimáticos. El exceso de glutamina en los astrocitos ocasiona un desbalance osmótico incitando que el agua se movilice a su interior este efecto genera edema y presión endocraneal. Otros mecanismos aun no aclarados sugieren inhibición de los potenciales postsinápticos e inhibitorio y excitatorios mas deterioro de la comunicación neuronal – glial. (Encefalopatía Hepática, 2008)

No obstante el papel que desempeña el amonio es considerado por muchos autores como el más importante en el desarrollo de la encefalopatía hepática, cabe destacar que se menciona que el 10% de estos usuarios tienen concentraciones normales de amonio lo que sugiere que no solo es este mecanismo el responsable de esta patología. (Encefalopatía Hepática, 2008)

Ácido gamma aminobutírico (GABA), es una sustancia neuroinhibitoria que al igual que el amonio es producida en el tracto gastrointestinal, el 24 al 45% de las terminaciones nerviosas son gabaérgicas. En los usuarios con cirrosis el tono gabaérgico está aumentado como consecuencia de la disminución del metabolismo hepático del ácido gamma aminobutírico (GABA). Cuando el ácido gamma amino

butírico atraviesa la barrera hematoencefalica que esta anormalmente permeable en los usuarios con cirrosis, interactúan con receptores postsinápticos hipersensibles. (Mojica M, 2008. (10)

Los receptores ácido gamma amino butírico junto con los receptores para benzodiazepinas y barbitúricos regulan el canal del ion cloro, por lo tanto la unión del ácido gamma amino butírico a su receptor permite la entrada de iones de cloro a la neurona postsinaptica, generando un potencial postsinaptico inhibitorio. De tal manera la administración de barbitúricos y benzodiazepinas a pacientes con cirrosis incrementa el tono gabaergico y predispone a depresión del estado de conciencia. (Encefalopatía Hepatica, 2008)

Glutamato, es el más importante neurotransmisor excitatorio de los mamíferos. El glutamato del compartimiento neuronal es biológicamente activo, en el compartimiento glial está implicado en la fijación del amonio al cerebro. Estudios en animales con encefalopatía hepática muestran disminución del número y afinidad de los receptores del glutamato en el cerebro, alterando la neurotransmisión glutaminérgica estos hallazgos provocan alteraciones en la neurotransmisión excitatorio e inhibitoria en la encefalopatía hepática. (Roman A, 2013; Encefalopatía Hepatica, 2008)

Manganeso, otra sustancia que puede afectar la función neuronal en la encefalopatía hepática es el manganeso. Estudios basados en resonancia magnética cerebral han demostrado un incremento en la de señal en los ganglios basales en especial a nivel del núcleo pálido debido a acumulación del manganeso en esta zona que podría ser el responsable de las manifestaciones extrapiramidales similares a la enfermedad de Parkinson que se evidencian en los usuarios con encefalopatía hepática crónica. (Roman A; Cols, 2013)

Anatomía patológica: la evidencia más característica es la presencia morfológica de astrocitos a células Alzheimer tipo 2 que figuran aumento del tamaño de los astrocitos con núcleos edematosos y nucléolos prominentes. Estos hallazgos junto con alteraciones de neurotransmisión sugieren que la encefalopatía es el resultado de una disfunción

astrocitaria que ocurre por la exposición prolongada a concentraciones elevadas de amonio. (Mendoza, 2013)

Hoyas, menciona que la encefalopatía puede surgir en usuarios con fallo hepático fulminante, con cirrosis hepática o en usuarios con comunicaciones portosistémicas y función hepática conservada, es por esto que se ha clasificado en tres tipos según la enfermedad de base. (Eddy Tinoco; Hoyas, 2004).

Tipo A: En usuarios con insuficiencia hepática aguda grave

Tipo B: En usuarios con comunicaciones portosistémicas

Tipo C: En usuarios con cirrosis hepática

En usuarios con encefalopatía hepática tipo C se han creado tres subcategorías:

Encefalopatía hepática episódica que puede desarrollarse de forma espontánea, recurrente o por factores precipitantes.

Encefalopatía hepática persistente: que sugiere degeneración hepatocerebral adquirida y se puede clasificar en, leve, grave o dependiente de tratamiento. (Mendoza, 2013)

Encefalopatía hepática mínima: es denominada también latente, incipiente o subclínica, es la forma más sutil de encefalopatía y la antesala para el desarrollo de episodios de encefalopatía se manifiesta por el deterioro de la calidad de vida ya que conlleva a la pérdida de funciones normales en el usuario. (Hoyas, 2004)

En esta investigación nos basaremos fundamentalmente sobre encefalopatía hepática tipo c o asociada con cirrosis hepática.

Cuadro clínico, la encefalopatía hepática aparece como una complicación de una hepatopatía aguda o crónica y por derivación portosistémica. Los pacientes con encefalopatía hepática no perciben sus cambios conductuales y son sus familiares quienes distinguen la pérdida de memoria y deterioro en la función cognitiva. (Mendoza, 2013)

Las manifestaciones clínicas son de dos clases: las alteraciones neuropsiquiátricas y alteraciones neuromusculares. Las primeras son un síndrome confusional y se pueden desarrollarse de forma lenta o rápida. Las neuromusculares consisten en asterixis y signos piramidales como paresias, hiperreflexias, clonus y signos de babinski los cuales pueden ser unilaterales complicando el diagnóstico diferencial. (Mojica M, 2008. (10)

Manifestaciones psiquiátricas, entre los principales síntomas psiquiátricos se encuentran alteraciones de la conducta, cambios inespecíficos del carácter, depresión y agresividad así como episodios de hipomanía o esquizofrenia. Manifestaciones Neurológicas frecuentes, se deben a la afectación de las áreas mentales y motoras mientras que el área sensorial esta respetada. (Hoyas, 2004)

Las alteraciones en el patrón del sueño diurno (insomnio o hipersomnias) son comunes y típicamente anteceden, la aparición del resto de síntomas así también del fetor hepático por último el habla se torna lenta, monótona. En si las evidencias han demostrado que en los usuarios con encefalopatía hepática se engloban en cuatro áreas de gran importancia clínica:

Función intelectual

Conciencia

Cambios de la personalidad

Manifestaciones neuromusculares

Otra de las características asociadas pueden incluir; ictericia, ascitis, edema, telangectasia en araña, eritema palmar. (Rios, 2013)

Factores desencadenantes o precipitantes.

Además del amoníaco existen otros factores que parecen tener importancia en el desarrollo de la encefalopatía hepática, uno de los cuales es la inflamación. Es posible que la respuesta inflamatoria produzca inflamaciones en la barrera hematoencefálica que desencadenen episodios de encefalopatía hepática. Las citosinas inflamatorias liberadas en el daño celular producen un reclutamiento celular atraviesan la barrera

hematoencefalica causando afección a nivel del sistema nervioso central y por ende al desarrollo de encefalopatía hepática. (Rios, 2013)

Hemorragia de vías digestiva (varices gastroesofágica, erosiones gastroduodenales): originan aumento en la producción de amoniaco intestinal por la digestión de la sangre intraluminal por lo tanto es un factor desencadenante. (Tinoico F; Cordova F; Rios, 2013).

Infecciones (peritonitis bacteriana espontanea, infección urinaria, infección respiratoria): las infecciones son el precipitante más común, presentando 5 veces más riesgos los pacientes hospitalizados el aumento del catabolismo tisular supone una carga endógena de nitrógeno que provoca un aumento del amoniaco y puede causar insuficiencia renal prerrenal. (Rios, & Cols2013).

Insuficiencia renal: disminuye la eliminación de productos nitrogenados, aumento de secreción digestiva de urea, que es degradada en el intestino produciéndose amoniaco. (Rios; & Cols, 2013)

Desequilibrio hidroelectrolíticos (diuréticos, vómitos, diarreas): la alcalosis metabólica favorece el paso del amoniaco a través de la barrera hematoencefalica mientras que la hipocalcemia colabora con la producción renal del amoniaco. En pacientes con edema y ascitis que inducen abundante diuresis con depleción de volumen conllevan a la deshidratación, alcalosis metabólica y trastornos hidroelectrolíticos que promueven el desarrollo de encefalopatía hepática. (Rios E; Hoyas, 2013)

Sedantes (barbitúricos, benzodiacepinas, analgésico): debido a la alteración metabólica se acumulan niveles anormalmente altos, en el caso de las benzodiacepinas existe una sensibilidad exagerada por actividad gabaergica. (Rios E; Hoyas, 2013)

Estreñimiento: el tránsito intestinal lento permite por más tiempo que las bacterias actúen sobre los sustratos nitrogenados de la dieta produciéndose y absorbiendo mas cantidad de amoniaco, por lo tanto es un factor precipitante. (Rios; & Cols, 2013)

Exceso de proteínas en la dieta: (Manuel Mojica Peñaranda, 2008.10) manifiesta que el consumo descomedido de proteínas en usuarios con insuficiencia hepática aumenta la producción de amoníaco en el intestino y por lo tanto predispone al desarrollo de eventos de encefalopatía. Existen otras causas precipitantes como, hipovolemia, hipoglucemia, hipoxia y en menos frecuencia hepatoma u oclusión vascular (trombosis de la vena hepática portal).

El diagnóstico de encefalopatía hepática es sumamente clínico porque se basa en la presencia de manifestaciones neurológicas, más la demostración de signos de insuficiencia hepática, los exámenes complementarios se los utilizan para apoyar un diagnóstico dudoso, graduar en forma objetiva la encefalopatía y la respuesta al tratamiento, así como también el diagnóstico diferencial. (Córdova, H; Mojica, M; 2008. 10)

Graduación. . (Mojica, M; 2008.10) declaran que existe un sistema de graduación muy utilizado para encefalopatía hepática es el de West Haven, el cual gradúa esta patología en cuatro estadios:

Grado 0: sin alteraciones

Grado I: alteración mínima de la conciencia, euforia o ansiedad, disminución en la atención o deterioro del desempeño, e incoordinación.

Grado II: letargia o apatía, desorientación mínima en tiempo y lugar, cambios de la personalidad, comportamiento inapropiado, deterioro del desempeño de sustracción, somnolencia, asterixis, disartria, ataxia.

Grado III: estupor, amnesia, desconexión del medio, habla incomprensible, asterixis más intensa.

Grado IV: coma, hiperreflexia, signo de Babinski, posturas de descerebración

Otros sistemas propuestos para evaluar el espectro de deterioro neurocognitivo se conoce con el acrónimo Spectrum of neuro-cognitive impairment in cirrosis (SONIC) que clasifica a los usuarios en dos grupos:

Pacientes estables: sin clínica ni alteraciones en los test neuropsicológicos.

Pacientes inestables:

Uno. Encefalopatía hepática encubierta (covert hepatic encephalopathy): usuarios con encefalopatía hepática mínima (EHM) y encefalopatía hepática grado uno según la clasificación de West Haven.

Dos. Encefalopatía hepática manifiesta (Overt hepatic encephalopathy): usuarios con encefalopatía grado II, III, IV según la clasificación de West Haven.

(Cordova, 2008- 10-11) declara que la clasificación de la intensidad de la encefalopatía puede hacerse de forma simple y detallada. En primer lugar, la presencia de confusión que define el episodio agudo de encefalopatía puede confirmarse con las 4 preguntas del Método de Valoración de la Confusión.

Uno. ¿Existe evidencia de un cambio agudo del estado mental? ¿Esta conducta anormal fluctúa durante el día?

Dos. ¿El paciente tiene dificultad para enfocar la atención o es muy difícil que retenga lo que estaba diciendo?

Tres. ¿El paciente presenta un pensamiento desorganizado o incoherente?

Cuatro. ¿El paciente presenta una alteración del nivel de conciencia?

Confusión= respuesta positiva a 1+2+ (3 0 4).

En los pacientes con un episodio de encefalopatía se gradúa la gravedad de la misma con la escala de West Haven o con la escala de Clínica Hepática Encefalopathy Staging Scale (CHESS). La escala de West Haven clasifica los usuarios en 4 estadios en función de la presencia de diversas manifestaciones neurológicas como lo mencionamos anteriormente, pero en la práctica resulta complejo y la mayoría de los médicos la utiliza de manera instintiva sin valorar la existencia de diversos signos. La escala de Clínica Hepática Encefalopathy Staging Scale (CHESS) consiste en la evaluación de 9 signos que son sencillos de explorar y que solo consienten respuestas dicotómicas (presencia /ausencia), el resultado abarca desde 0 (ausencia de encefalopatía) a 9 (coma profundo). Tanto en la escala de West Haven como en la escala de Clínica Hepática Encefalopathy Staging Scale (CHESS) se alude completar la valoración con la escala de Glasgow. (Cordova, 2008- 10-11)

Pruebas psicométricas: son útiles en el diagnóstico de encefalopatía hepática mínima y en la valoración del estado cognitivo de los usuarios con encefalopatía hepática crónica, pero estas evaluaciones son largas, costosas y difíciles de realizar. Una alternativa que está calificada por su uso internacional es la escala Psychometric Hepatic Encephalopathy Score. (Cordova, 2008- 10-11)

Este test incluye 5 pruebas;

Uno. La prueba de la clave de números: unir con una línea números consecutivos

Dos. La prueba de la conexión numérica A: unir con una línea números y letras consecutivas

Tres. La prueba de la conexión numérica B: unir con una línea números y figuras.

Cuatro. La prueba de puntos seriados: marcar con un punto en el centro de los círculos contenidos en una hoja de papel

Cinco. La prueba de la línea quebrada: hacer un recorrido entre dos líneas

Con ella se evalúa la velocidad motora, la percepción visoespacial, la atención y en menor grado la memoria. (Rios; Cordova, J;2013)

Prueba de Reitan, es una prueba de fácil realización y que permite adquirir fácilmente resultados. Radica en la conexión de números con una línea, se considera útil a diferencia del resto de las pruebas psicométricas que requieren tiempo para realizarlas. La desventaja es la imparcialidad en la evaluación clínica, problemas en la aplicación, análisis de la prueba que la convierten en no específica. (Rios, 2013)

Frecuencia crítica de parpadeo (FCP), es una prueba que evalúa el grado de atención. En ella el usuario debe identificar el instante en que la luz roja parpadea, traduciéndose así; cambio de elevada frecuencia (luz continua) a baja frecuencia (luz intermitente). La ventaja es que es fácil de aplicar y no está influida por la edad o el nivel de educación. (Rios & Gomez, 2008)

Pruebas de neuroimagen

Tomografía computarizada cerebral muestra atrofia o edema cerebral pero no revela ningún signo específico de encefalopatía, es más útil para hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías. (Mendoza, 2013)

Resonancia magnética, muestra en los usuarios con cirrosis hepática un aumento de la señal T1 en los ganglios de la base, en especial del núcleo pálido. Este incremento se debe a la acumulación de manganeso en el tejido cerebral y se lo ha coligado con las manifestaciones extrapiramidales pero no con la disminución de conciencia ni con otras manifestaciones sin embargo no tiene valor diagnóstico respecto a encefalopatía pero es útil en algunos casos de difícil diagnóstico con otras entidades neurológicas. (Cordova, 2008- 10-11).

Espectroscopia por resonancia magnética, muestran pico elevados de glutamina y disminución de mioinositol en el sistema nervioso central estas alteraciones se las ha relacionado con el desarrollo de encefalopatía hepática. (Cordova, 2008 - 10-11)

Tomografía axial computarizada abdominal, junto con la angiogramía permiten estudiar la vascularización hepática y detectar otras alteraciones que benefician el desarrollo de encefalopatía como la trombosis portal o colaterales congénita. (Cordova, 2008 - 10-11)

Electroencefalograma, los trazados electrofisiológicos no son específicos en encefalopatía hepática. Se observan cambios clásicos en el electroencefalograma asociado a esta patología, son las ondas de baja frecuencia, alta amplitud y las ondas trifásicas que también están presentes en otras encefalopatías. También se esgrimen los potenciales evocados, que es el registro de la actividad eléctrica que se genera como respuesta a un estímulo visual, auditivo o somatosensitivo. (Mojica M, 2008. (10)

Tomografía por emisión de positrones, esta técnica provee imágenes del cerebro que reflejan un proceso bioquímico o fisiológico, ofreciendo la posibilidad de inquirir el

flujo sanguíneo cerebral, consumo de glucosa, oxígeno y disponibilidad neuroreceptora y neurotransmisora. (Encefalopatía Hepática, 2008)

Pruebas de laboratorio

La amonemia es indispensable para apoyar el diagnóstico de encefalopatía hepática en donde exista dudas, el 80 – 90 % de los usuarios con esta patología se encuentra elevada y de estos el 69% no presenta manifestaciones clínicas de encefalopatía. Se lo determina con sangre arterial o del lobulillo de la oreja, y sus niveles no tienen relación con el grado de encefalopatía. Ninguna prueba de laboratorio por si solo hace el diagnóstico de encefalopatía hepática, el valor trascendental de las pruebas de laboratorio es su beneficio para el diagnóstico diferencial de otras encefalopatías metabólicas o el descubrimiento de causas precipitantes. (Mojica M, 2008. (10)

Tratamiento

(Rios, 2013) corrobora que las medidas generales propuestas para el tratamiento de los usuarios con encefalopatía están enfocadas en minimizar las complicaciones médicas del usuario con cirrosis hepática, detección y tratamiento de los factores precipitantes, actuar sobre los mecanismos fisiopatológicos implicados en la encefalopatía hepática.

Uno. Disminuir el sustrato de amonio. Dieta: en tiempos anteriores se restringía el consumo de proteínas porque se pensaba que intervenían en la amoniogenesis, pero en la actualidad el papel de la dieta en el usuario cirrótico con encefalopatía está orientado a las dietas hiperproteicas. Córdova y cols demostraron que la limitación de proteínas induce a un estado catabólico mayor y perjudicial, las dietas normo e hiperproteicas son metabólicamente bien aceptadas por el usuario tan pronto como su nivel de conciencia lo permitan. (Delgadillo, 2011)

En el caso de bajo nivel de conciencia por más de 24 horas la nutrición a través de sonda es predilecta a la nutrición parenteral. La sociedad europea de nutrición clínica y metabolismo sugiere una ingesta de 1,2 – 1,5 g/kg/d de proteínas en usuarios con

encefalopatía grado I, II y 0,5 – 1,2 gr/kg/d en grados III, IV. (Delgadillo, A; Mendoza, 2013)

Dos. Medidas antiamonio.

Disacáridos no absorbibles: la lactulosa es un disacárido que no puede ser hidrolizado y que interviene produciendo una diarrea osmótica, alterando el metabolismo de las bacterias, de la misma manera la fermentación bacteriana reduce el pH colónico disminuyendo la absorción del amonio y promoviendo el crecimiento lactobacilo no productores de amonio. Se dispone a dosis de 30 a 45 ml por día con la finalidad de provocar entre 2 – 4 evacuaciones por día. Sino es valedero la vía oral se aplica enemas de lactosa 200gr en 800ml de agua manteniéndolo por un lapso de 5 min en el recto. (Delgadillo, A; Rios, D; 2013)

Antibióticos: los antibióticos adecuados en los usuarios con encefalopatía hepática son los no absorbibles ya que actúan disminuyendo el número de bacterias productoras de amonio que priva la producción de glutaminasa en las vellosidades intestinales. (Delgadillo, A; Vaquero, J 2012)

Neomicina: la dosis no debe despuntar de 1-2 gr/día, a pesar de su escasa absorción puede provocar toxicidad renal y auditiva motivo por el cual no se recomienda por periodos mayores de 6 meses. (Cordova, 2008- 10-11)

Rifaximina: es derivado de la rifamicina se puede utilizar a dosis de 400mg cada 8 horas, es más eficaz que la neomicina pero su costo es mayor sin embargo existe el riesgo de nefrotoxicidad y ototoxicidad en tratamientos extendidos. (Delgadillo, A; Mendoza, E 2013)

Metronidazol: es tan eficaz al igual que la neomicina tiene acción contra bacteroides y anaerobios con capacidad de reducir la producción endógena de amonio. La dosis indicada es de 250mg cada 12 horas. (Delgadillo, A; Mojica, M; 2011)

Vancomicina: es efectivo contra bacterias anaerobias gram negativas. Dosis 2g al día. (Mojica M, 2008. 10)

Tres. Fijación metabólica de amonio

L- Ornitina, L-aspartato: intervienen en la conversión metabólica del amonio a urea y glutamina es decir que abarca ambas vías en la destoxicación de amonio. Es eficaz en los usuarios con encefalopatía grado I – II, pero demuestra recuperación en los pacientes con encefalopatía mínima, es un medicamento útil por su farmacocinética, pero se deben realizar más estudios para confirmar su eficacia en pacientes con encefalopatía grados III y IV. La dosis es variable se han utilizado dosis de 5-40 gr con un promedio de 18gr día por 7 días. (Delgadillo, 2011)

Flumazenil: es un antagonista de los receptores de las benzodiazepinas, motivo por el cual es una opción terapéutica en pacientes con encefalopatía. Su uso solo señala una mejoría momentánea en pacientes con encefalopatía causada por la ingesta de benzodiazepinas y predominen los grados III y IV de la misma. La dosis recomendada es de 2mg a pasar en 5 a 10 minutos. (Delgadillo, 2011)

Reemplazo de zinc: los usuarios con encefalopatía hepática presentan niveles bajos de zinc, por lo tanto se sugiere la administración de este elemento, la dosis recomendada es de 220mg bid. (Mesejo A, 2008)

Trasplante hepático: en sí mejora la supervivencia y la calidad de vida de los usuarios con insuficiencia hepática crónica descompensada. El 42% de los usuarios sin trasplante obtienen una supervivencia de 1 año y de tres años los 23%, comparados con el 70 a 80% de los que llegan a ser trasplantados. (Delgadillo, A; & Manuel Mojica Peñaranda, 2008. 10) recomiendan que luego del primer episodio de encefalopatía hepática aguda se deben catequizar los estudios pretransplante.

Otras terapias a futuro: algunas de las alternativas son;

El uso de probióticos: estos actúan restringiendo la actividad de la ureasa bacteriana, decreciendo la absorción del amonio y por ende la disminución del pH y permeabilidad

intestinal, y como consecuencia la oxidación y el estrés oxidativo menguan. (Delgadillo, A; Vaquero, J; 2012)

Sistema recircular absorbente (MARS): se basa en diálisis de albumina, un estudio reciente reporta que se asocia a mejorar el estado de convalecencia en usuarios con encefalopatía grado III y IV, lo que puede ser una modalidad efectiva (Vaquero, 2012).

Metionin sulfoximina: inhibidor de glutamin-sintetasa, bloquea el efecto toxico del amonio en la permeabilidad mitocondrial, mejora en el estrés oxidativo, garantizando la rehabilitación en encefalopatía hepática con el descenso gradual de glutamina. (Delgadillo, 2011).

Pronostico: depende de la causa desencadenante y de la severidad del cuadro como también el tiempo en que fue diagnosticada y su respectivo tratamiento. Sin embargo es indicativo destacar que los usuarios con encefalopatía hepática presentan una calidad de vida decadente y reversible, conforme la enfermedad hepática avanzan también empeoran diversos aspectos de la calidad de vida. (Encefalopatía Hepática; Delgadillo, 2011).

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable independiente: encefalopatía hepática

Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Síndrome clínico caracterizado por un amplio espectro de alteraciones neuropsiquiátricas y neuromusculares secundarias a la disminución en la capacidad de detoxificación hepática.	Características generales de la población.	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - 45-55 años - 56-65 años - 66-75 años - 76-85 años - 86 años
		Genero	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Casado - Viudo - Unión libre
		Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> - Urbano - Rural - Urbano-marginal
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Estudia - Trabaja - Ama de casa - Ninguna
		Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior

	Factores de Riesgo	Alimentación	<p>¿Consumen usted alimentos ricos en grasa? -Siempre -Algunas veces -Nunca</p>
		Estilo de vida	<p>¿Realiza ejercicios físicos aeróbicos? -Siempre -Algunas veces -Nunca</p>
		Antecedentes patológicos personales	<p>¿Con que frecuencia usted consume alcohol? -Todos los días. -Fines de semana. -Solo en fiestas. -Nunca</p> <p>¿Con qué frecuencia toma sedantes? -Siempre -Algunas veces -Nunca</p>

Variable dependiente: Calidad de vida

Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Ítems
Es la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.	Calidad de vida: Escala de Calidad de Vida (Quality of Life Scale, QLS)	Relaciones interpersonales y red social	-Miembros de la unidad familiar	-0 1 2 3 4 5 6
			-Amigos	-0 1 2 3 4 5 6
			-Conocidos	-0 1 2 3 4 5 6
			-Actividad social	-0 1 2 3 4 5 6
			-Red social	-0 1 2 3 4 5 6
			-Iniciativas sociales	-0 1 2 3 4 5 6
			-Retraimiento social	-0 1 2 3 4 5 6
			-Relaciones sociosexuales	-0 1 2 3 4 5 6
			Rol instrumental	-Extensión
		-Idoneidad		-0 1 2 3 4 5 6
		-Desempleo		-0 1 2 3 4 5 6
		-Satisfacción		-0 1 2 3 4 5 6
		Funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes	-Propósito	-0 1 2 3 4 5 6
			-Motivación	-0 1 2 3 4 5 6
			-Curiosidad	-0 1 2 3 4 5 6
-Anhedonia	-0 1 2 3 4 5 6			
-Utilización del tiempo	-0 1 2 3 4 5 6			
-Objetos	-0 1 2 3 4 5 6			
-Actividades	-0 1 2 3 4 5 6			
-Empatía	-0 1 2 3 4 5 6			
-Interacción	-0 1 2 3 4 5 6			

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de carácter Descriptivo, Prospectivo y Longitudinal. Es descriptiva porque permitirá describir, analizar cualitativa y cuantitativamente la calidad de vida de los pacientes con encefalopatía hepática hospitalizados en el área de gastroenterología.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Enfermedades Orgánicas crónicas

ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio se realizó en el Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, en el área de Gastroenterología con los usuarios con Encefalopatía Hepática.

PERIODO

El presente estudio se realizó durante un período aproximado de 6 meses (desde Febrero-Julio del 2014).

UNIVERSO

El universo de estudio está constituido por 52 usuarios diagnosticados con Encefalopatía Hepática ingresados en el área de Gastroenterología, en el Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo en el periodo comprendido entre febrero- julio del 2014.

MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Usuarios diagnosticados con encefalopatía hepática por gastroenterólogos en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Usuarios que son hospitalizados en el área de gastroenterología por descompensación

Usuarios mayores de 45 a años de edad.

Usuarios sin tratamiento quirúrgico previo

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Usuarios diagnosticados con encefalopatía de origen no hepático por gastroenterólogos en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Usuarios que son hospitalizados en el área de gastroenterología por descompensación

Usuarios menores de 45 años de edad.

Usuarios con tratamiento quirúrgico previo

MÉTODOS TÉCNICOS INSTRUMENTALES DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda se utilizaron:

Historias clínicas

Fichas de recolección de datos

Cuestionario Quality of Life Scale.

Consultas bibliográficas

Consentimiento informado

INSTRUMENTOS

Guía en entrevista

Registros

Encuesta

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó mediante encuestas dirigidas a los usuarios con Encefalopatía hepática con el objetivo de identificar la calidad de vida en relación con esta patología.

PRESENTACIÓN DE LOS RECURSOS

Los resultados fueron tabulados manualmente y posteriormente representados a través de cuadros y gráficos estadísticos utilizando como medidas de resumen frecuencias y porcentaje.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Los investigadores

Director del proyecto de titulación

Usuarios con encefalopatía hepática.

Familiares de los pacientes en estudio

RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital Verdi Cevallos

Universidad Técnica de Manabí

RECURSOS MATERIALES

Computadora

Internet

Materiales de escritorio

Historias clínicas

Textos bibliográficos

Cámara digital

ECONÓMICOS

El costo monetario de la investigación será solventado por las autoras en su totalidad

AUTORIZACIÓN:

Contamos con la autorización respectiva de las autoridades del “Hospital Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

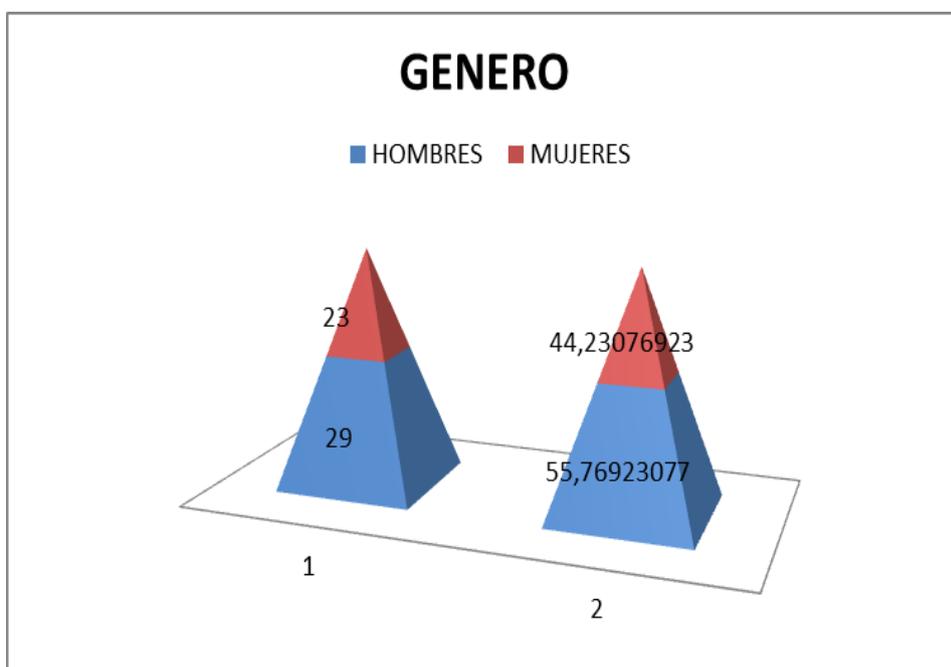
CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO-JULIO 2014

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	29	55,76923077
MUJERES	23	44,23076923
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

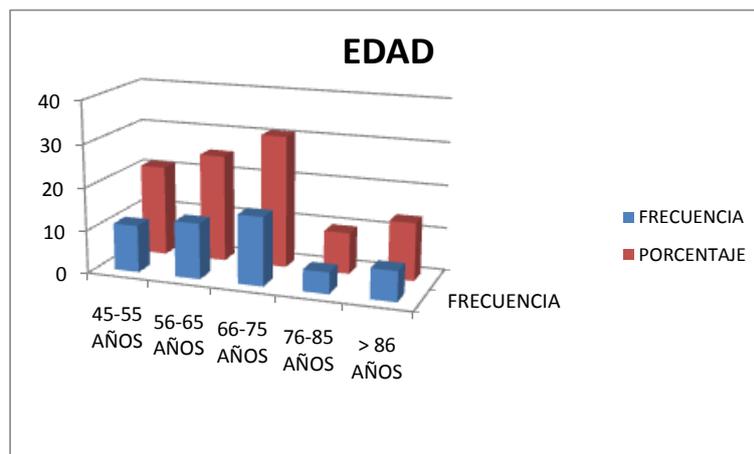
La población total de estudio fue 52 pacientes, siendo el género masculino que supera una alta prevalencia con el 55%, frente al 44% perteneciente al género femenino, esto quiere decir que el género masculino tiene una mayor incidencia de encefalopatía hepática y mayor riesgo de muerte ya que son más propensos a desarrollar cirrosis hepática (Gómez, Romero 2008).

CUADRO N°2
 DISTRIBUCIÓN DE EDADES DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA
 DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO- JULIO 2014.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
45-55 AÑOS	11	21,15384615
56-65 AÑOS	13	25
66-75 AÑOS	16	30,76923077
76-85 AÑOS	5	9,615384615
> 86 AÑOS	7	13,46153846
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Como se puede observar en la tabla el 30% de los pacientes encuestados son adultos mayores donde existe una gran incidencia, esto conlleva a empeorar su calidad de vida y que la mayor parte sean hospitalizados constituyendo un importante grupo de morbilidad (Román, A 2013).

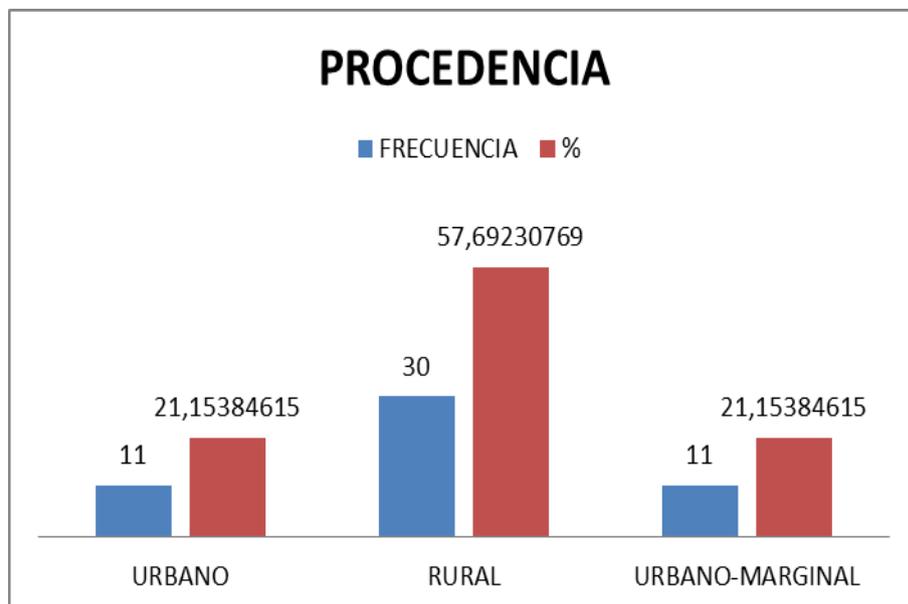
CUADRO N°3:

DISTRIBUCIÓN DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO-JULIO 2014.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
URBANO	11	21,15384615
RURAL	30	57,69230769
URBANO-MARGINAL	11	21,15384615
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 57% del total de los pacientes encuestados residen en zonas rurales, no quedándose atrás las zonas urbanas, urbano-marginales con 21%. Esto coincide con un estudio descriptivo el cual demostró que los pacientes con encefalopatía hepática, tienen un 87,5% de desempleo, un nivel económico más bajo, y mayor necesidad de un cuidador. (KHUNGAR, 2012).

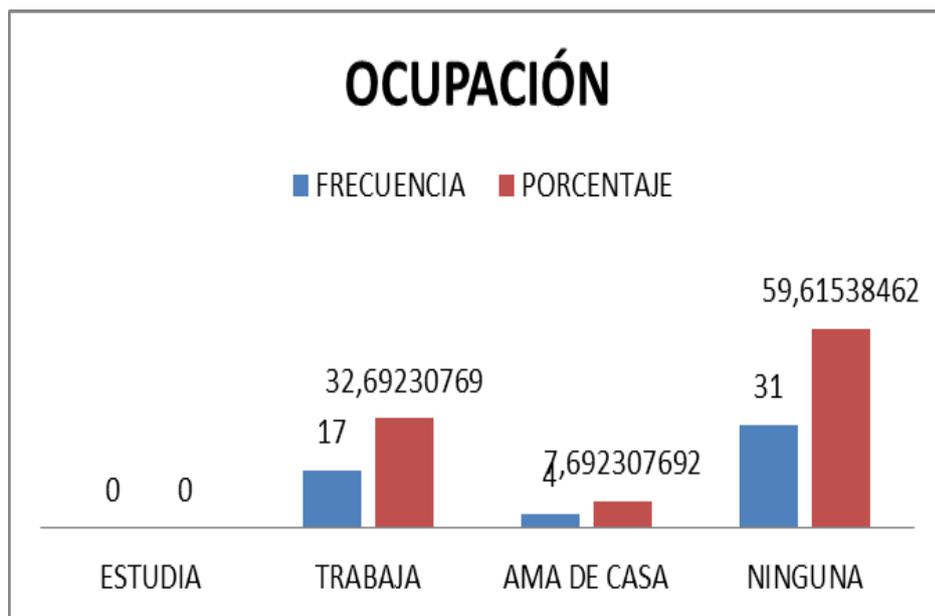
CUADRO N° 4:

DISTRIBUCIÓN DE OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO-JULIO 2014

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTUDIA	0	0
TRABAJA	17	32,69230769
AMA DE CASA	4	7,692307692
NINGUNA	31	59,61538462
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 59% de los pacientes encuestados no poseen ninguna ocupación, un 32% ha logrado trabajar y el 7% desempeña quehaceres domésticos en su propio domicilio, esto corrobora el cuadro anteriormente analizado (Román, A 2013).

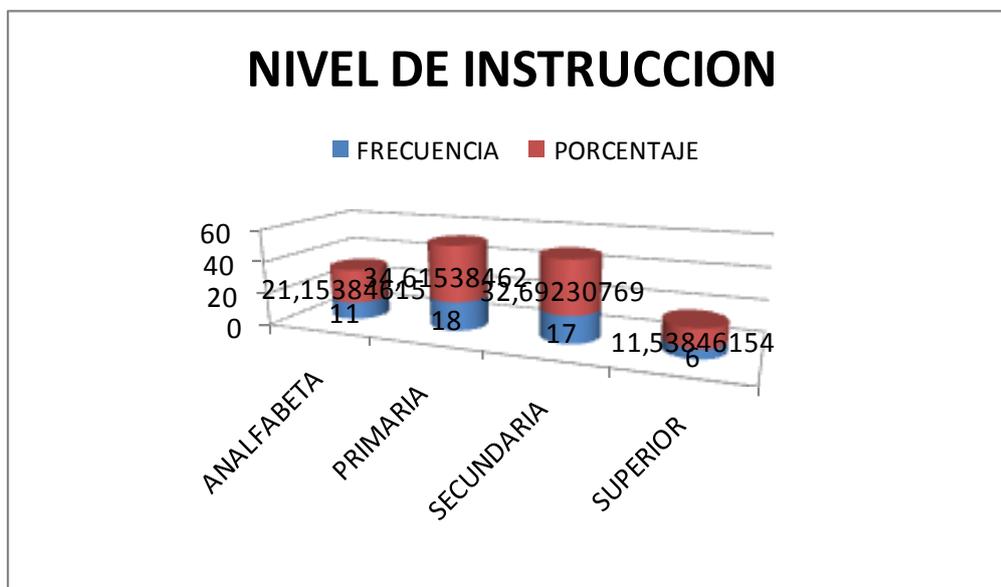
CUADRO N°5:

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO-JULIO 2014

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	11	21,15384615
PRIMARIA	18	34,61538462
SECUNDARIA	17	32,69230769
SUPERIOR	6	11,53846154
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Un 34% de los pacientes ha alcanzado el nivel de instrucción primaria, seguida de un 32% de una instrucción secundaria o bachiller, el 21% que es analfabeta y en 11 % instrucción superior, quiere decir que los niveles de conocimiento que tienen los pacientes por el padecimiento de la encefalopatía son sumamente pobres y que al no tener una profesión lo que generaría más dependencia.

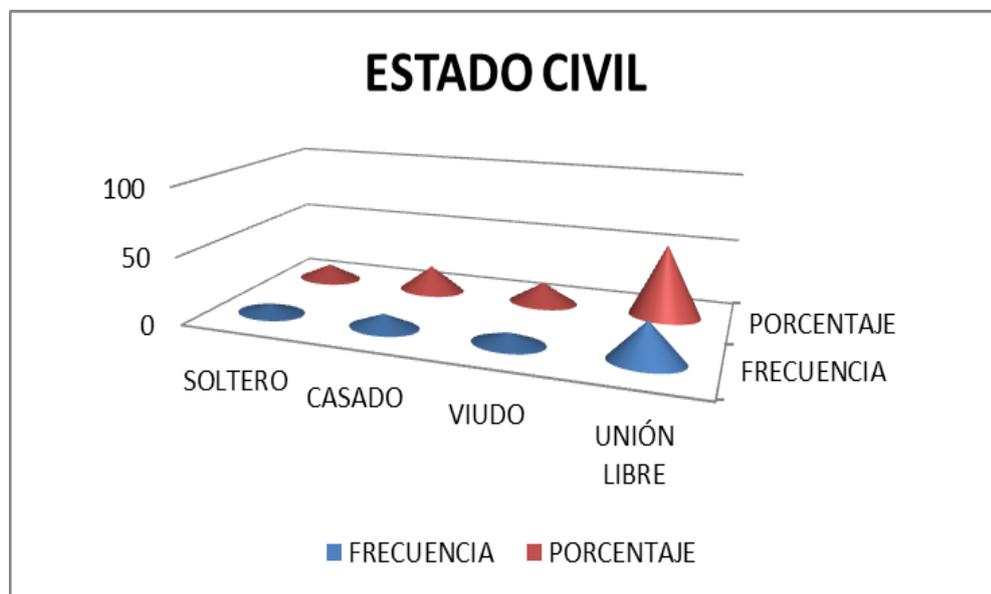
CUADRO N°6:

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO- JULIO 2014

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	6	11,53846154
CASADO	10	19,23076923
VIUDO	8	15,38461538
UNIÓN LIBRE	28	53,84615385
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

EL 53% del total de los encuestados refieren tener una unión libre frente a un pequeño porcentaje del 11% que son solteros esta población requieren mayor estadía hospitalaria y mayor cuidado.

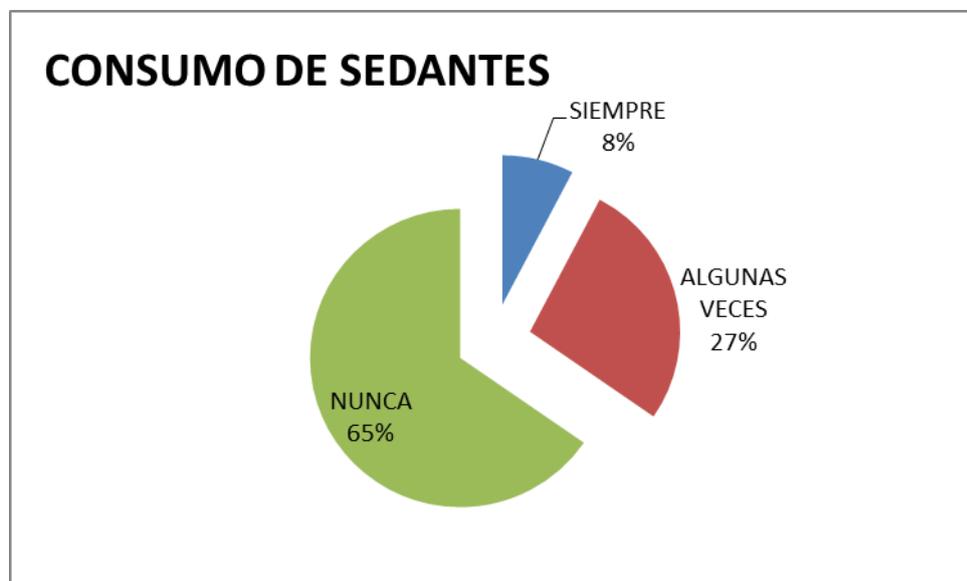
CUADRO N°7:

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE SEDANTES DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO-JULIO 2014

CONSUMO DE SEDANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	4	7,692307692
ALGUNAS VECES	14	26,92307692
NUNCA	34	65,38461538
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

A pesar de que solo el 65% de los pacientes no han consumido nunca sedantes, el 27% lo ha consumido algunas veces y el 8% siempre, lo que quiere decir que el uso de sedantes puede aumentar la depresión del sistema nervioso central ya que debido a la presencia de insuficiencia hepática, estas sustancias no se eliminarán adecuadamente y se acumularán ocasionando graves complicaciones (Encefalopatía Hepática, 2008).

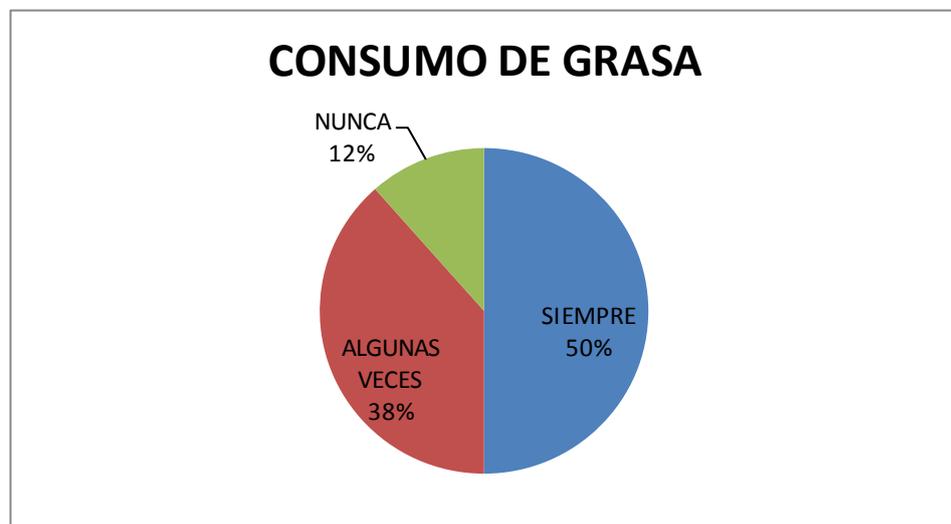
CUADRO N°8:

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE GRASA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO-JULIO 2014

CONSUMO DE GRASA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	26	50
ALGUNAS VECES	20	38,46153846
NUNCA	6	11,53846154
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Nos encontramos frente a una población que es consumidora de grasa en un 50%, y que lo consume algunas veces en un 38%; una correcta nutrición es tan importante como el tratamiento farmacológico de la enfermedad, ya que ello nos permite realizar acciones encaminadas a mejorar su calidad de vida, De allí la importancia de conocer exactamente todos los fenómenos metabólicos que ocurren en esta enfermedad (Khungar, 2012).

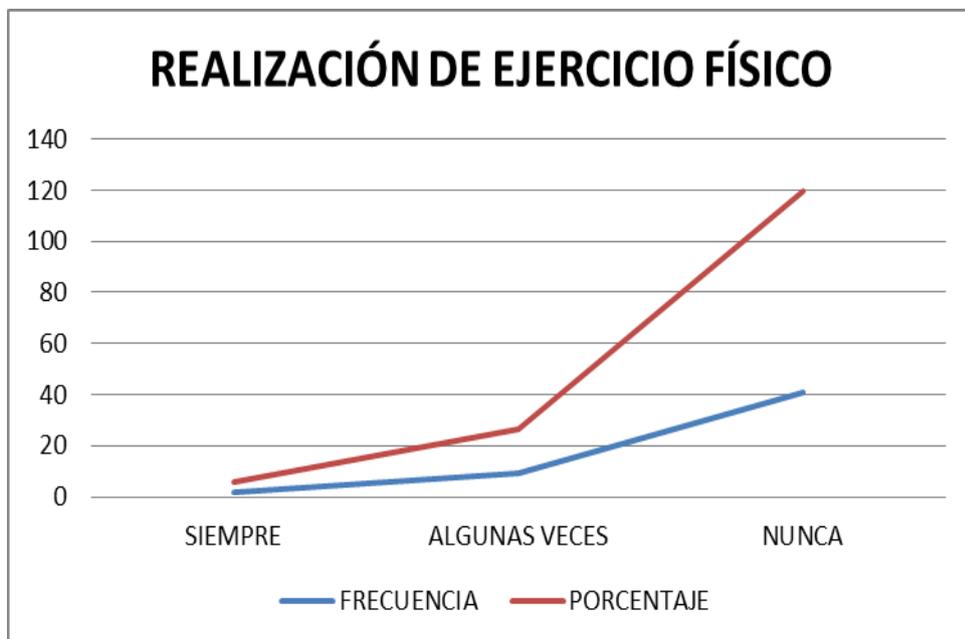
CUADRO N° 9:

DISTRIBUCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO- JULIO 2014

EJERCICIO FÍSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	2	3,846153846
ALGUNAS VECES	9	17,30769231
NUNCA	41	78,84615385
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Como se observa en el gráfico, nos encontramos ante una población sedentaria que no realiza ejercicio físico nunca en un 78%, lo cual se lo considera como punto básico para mantener una calidad de vida oportuna del paciente y además nos confirma las dificultades que presentan los usuarios con encefalopatía hepática (Charchabal D, 2010).

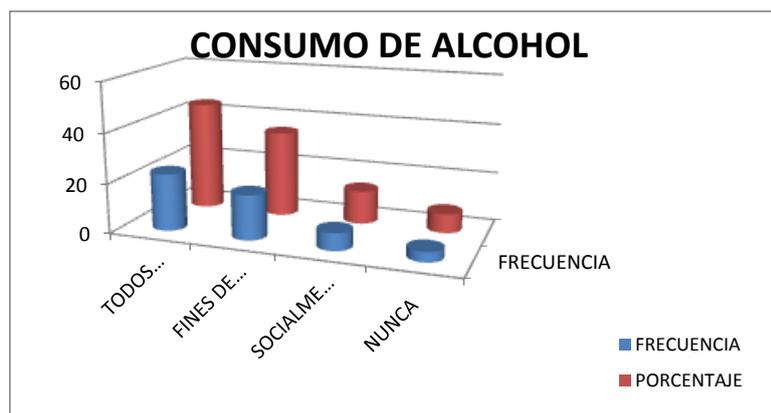
CUADRO N°10:

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO- JULIO 2014

CONSUMO DE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TODOS LOS DÍAS	23	44,23076923
FINES DE SEMANA	18	34,61538462
SOCIALMENTE	7	13,46153846
NUNCA	4	7,692307692
TOTAL	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB

Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

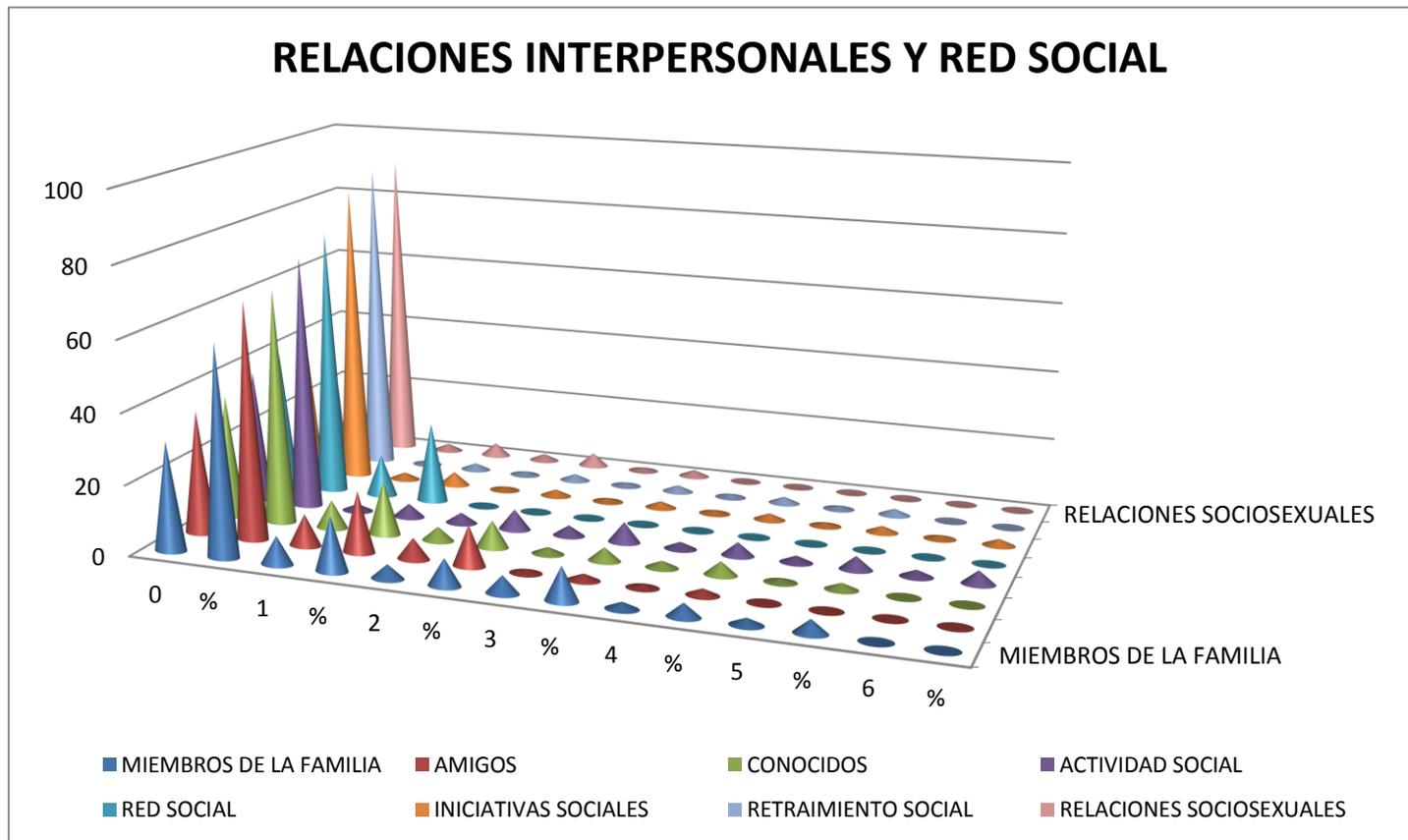
Del total de 52 pacientes encuestados el 44% consume alcohol todos los días, el 34% lo realiza los fines de semanas y apenas un 13% lo consume socialmente y un 7% nunca, lo que nos expresa que el alcohol es uno de los principales factores de riesgos de encefalopatía de causa hepática (Román. A, 2013)

CUADRO N°11:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y RED SOCIAL DE LA ESCALA DE QUALITY OF LIFE SCALE DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO- JULIO 2014

RELACIONES INTERPERSONALES	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%	TOTAL	%
MIEMBROS DE LA FAMILIA	31	59,61538462	8	15,3846154	4	7,69230769	5	9,61538462	2	3,84615385	2	3,84615385	0	0	52	100
AMIGOS	35	67,30769231	9	17,3076923	6	11,5384615	1	1,92307692	1	1,92307692	0	0	0	0	52	100
CONOCIDOS	35	67,30769231	8	15,3846154	4	7,69230769	2	3,84615385	2	3,84615385	1	1,92307692	0	0	52	100
ACTIVIDAD SOCIAL	38	73,07692308	2	3,84615385	3	5,76923077	3	5,76923077	2	3,84615385	2	3,84615385	2	3,8461538	52	100
RED SOCIAL	40	76,92307692	12	23,0769231	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52	100
INICIATIVAS SOCIALES	45	86,53846154	2	3,84615385	1	1,92307692	1	1,92307692	1	1,92307692	1	1,92307692	1	1,9230769	52	100
RETRAIMIENTO SOCIAL	47	90,38461538	1	1,92307692	1	1,92307692	1	1,92307692	1	1,92307692	1	1,92307692	0	0	52	100
RELACIONES SOCIOSEXUALES	47	90,38461538	2	3,84615385	2	3,84615385	1	1,92307692	0	0	0	0	0	0	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB
 Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

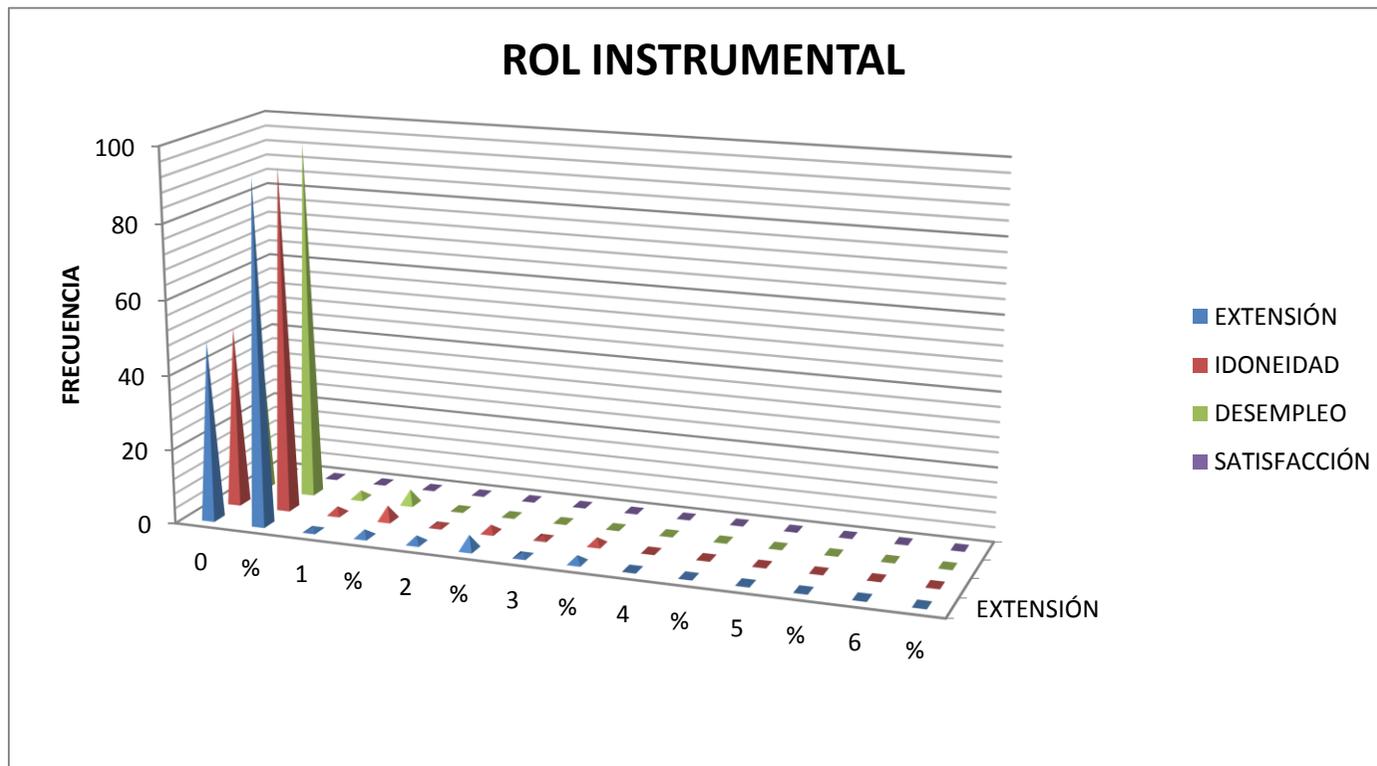
De acuerdo a la Escala de Quality of life scale en las relaciones interpersonales nos revela que un alto porcentaje de usuarios diagnosticados con encefalopatía hepática nunca y casi nunca socializan y que por ende presentan retraimiento social como consecuencia de las complicaciones tales como alteraciones cognitivas, cambios del comportamiento e irritabilidad (Rios, 2013)

CUADRO N°12:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ROL INSTRUMENTAL DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO- JULIO 2014

ROL INSTRUMENTAL	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%	TOTAL	%
EXTENSIÓN	48	92,30769231	1	1,92307692	2	3,84615385	1	1,92307692	0	0	0	0	0	0	52	100
IDONEIDAD	48	92,30769231	2	3,84615385	1	1,92307692	1	1,92307692	0	0	0	0	0	0	52	100
DESEMPLEO	50	96,15384615	2	3,84615385	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52	100
SATISFACCIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB
 Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

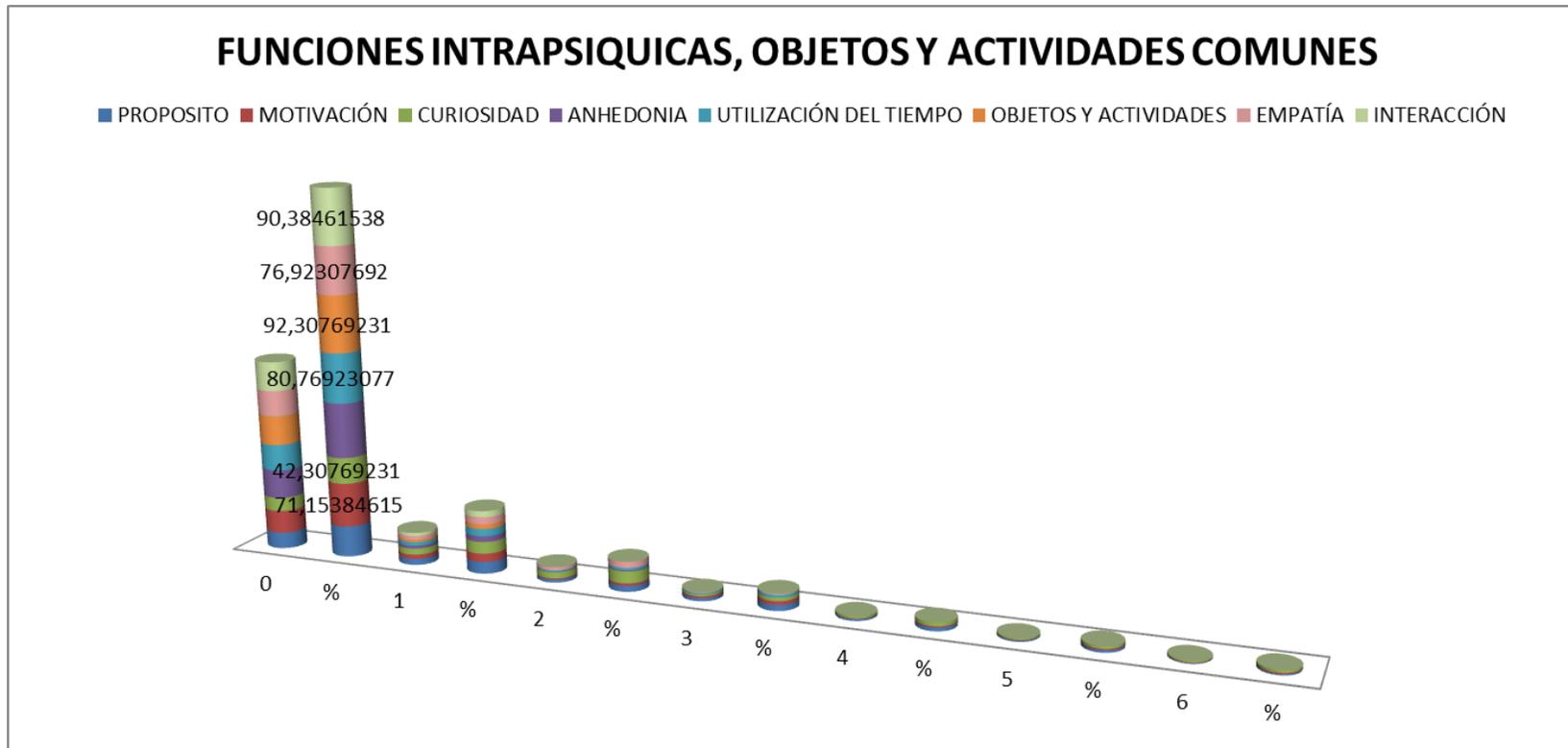
Del total de los pacientes encuestados el gráfico nos demuestra un 96% de desempleo, tomando relevancia que el 92% de los usuarios con encefalopatía hepática pierden la capacidad y destreza para desarrollar actividades que antes las realizaban con toda solvencia y habilidad (Delgadillo, 2011)

CUADRO N° 13:

DISTRIBUCIÓN DE LAS FUNCIONES INSTRAPSIQUICAS, OBJETOS Y ACTIVIDADES COMUNES DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, FEBRERO- JULIO 2014

FUNCIONES INTRAPSIQUICAS	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%	TOTAL	%
PROPÓSITO	26	50	10	19,2307692	5	9,61538462	5	9,61538462	3	5,7692	2	3,8462	1	1,923	52	100
MOTIVACIÓN	37	71,15384615	7	13,4615385	2	3,84615385	3	5,76923077	1	1,9231	1	1,9231	1	1,923	52	100
CURIOSIDAD	22	42,30769231	10	19,2307692	10	19,2307692	3	5,76923077	3	5,7692	2	3,8462	2	3,846	52	100
ANHEDONIA	46	88,46153846	5	9,61538462	1	1,92307692	0	0	0	0	0	0	0	0	52	100
UTILIZACIÓN DEL TIEMPO	42	80,76923077	6	11,5384615	2	3,84615385	2	3,84615385	0	0	0	0	0	0	52	100
OBJETOS Y ACTIVIDADES	48	92,30769231	4	7,69230769	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52	100
EMPATÍA	40	76,92307692	6	11,5384615	5	9,61538462	1	1,92307692	0	0	0	0	0	0	52	100
INTERACCIÓN	47	90,38461538	5	9,61538462	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52	100

Fuente: Encuesta dirigida a usuarios con encefalopatía hepática del servicio de Gastroenterología del HPVCB
Elaborado por: Carranza Domínguez Arely – Gilces Chávez Verónica



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Como se observa en la gráfica, De acuerdo al score de puntuación de la escala de calidad de vida, el 50% de los pacientes pierden el interés y el 71% la motivación por cooperar con actividades cotidianas mientras que el 92% no colabora con los hábitos personales confirmando que son estrictamente dependientes de sus familiares, por su parte el 90% no interactúa con las personas que lo rodean. (Mojica M, 2008)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES:

Una vez terminada la investigación y de acuerdo al análisis de los resultados obtenidos tenemos las siguientes conclusiones:

En una población de 52 usuarios se identificaron como características de la población en estudio que el género predominante es el masculino, la edad promedio que prevalece es de 66 a 75 años en ambos géneros, esto ratifica que este grupo de adultos mayores tienen mayor riesgo de mortalidad y supervivencia.

El 53% de la población con encefalopatía hepática se encuentra en unión libre; un gran porcentaje proviene de la zona urbana y el 34% posee una educación primaria, que podría reflejar la falta de conocimiento sobre la enfermedad en general.

En cuanto a la ocupación el 59% no posee ninguna que en su mayoría se debe a las alteraciones cognitivas e incapacidad que provoca dicha enfermedad.

Dentro de los factores de riesgos como factores de riesgo de la población con encefalopatía hepática el 44% refieren haber consumido alcohol todos los días, mientras que el 50% siempre consume alimentos con mucha grasa, tanto el consumo de grasas en exceso como del alcohol provocan daño a nivel hepático que a lo posterior terminan asociándose con el advenimiento de esta patología.

El 78% nunca realiza ejercicios físicos aeróbicos, lo que hace evidente el sedentarismo en estas personas y el 65% no consume sedantes lo cual es beneficioso, no obstante existe una pequeña población que lo consume algunas veces convirtiéndose en un factor desencadenante de episodios de encefalopatía.

Estadísticamente y de acuerdo a la escala Quality of Life Scale se valoró la calidad de vida en la población en estudio, manifestando que el 90% de los usuarios con encefalopatía hepática no se relacionan socialmente o muy rara vez como consecuencia del cambio de comportamiento y conducta.

En el caso del rol instrumental el 96% no mantienen ninguna ocupación o actividad que puedan desempeñar como consecuencia de las múltiples complicaciones, reconociendo que el 90% tampoco son participes de los hábitos personales y que dependen de sus familiares.

El 71% pierden el interés y la motivación para cooperar con las actividades cotidianas y para mejorar su salud. Por último se planifico y llevo a cabo la ejecución de un plan de capacitación, sobre educación y medidas cautelares de la encefalopatía hepática.

RECOMENDACIONES:

Fomentar a los adultos mayores y familiares las medidas preventivas de acuerdo a la condición de salud evitando de esta manera el desarrollo de episodios de encefalopatía.

Capacitar frecuentemente tanto en el área de consulta externa como de hospitalización al usuario y al familiar acerca del tratamiento y dieta estricta.

Difundir los resultados del presente trabajo de investigación en el Hospital Dr. Verdi Cevallos para que de esta manera impulsen programas de prevención y de ayuda a autoridades competentes debido a que el tratamiento de los usuarios tiene un costo elevado y esta es una de las causas del porque muchos usuarios desisten del tratamiento deteriorando su calidad de vida.

Promover sesiones de rehabilitación o actividad física por parte de las entidades de salud pública según la condición de salud del usuario con encefalopatía hepática para de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida.

CAPITULO V

PROPUESTA

TITULO.

Capacitación mediante charlas educativas

CHARLAS EDUCATIVAS Y CAUTELARES CON RESPECTO A TRASTORNOS HEPÁTICOS DEL ADULTO MAYOR, AL PERSONAL Y ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.

RESPONSABLES

Desarrolladores del proyecto de titulación. Arely Priscila Carranza Domínguez, María Verónica Gilces Chávez.

FUNDAMENTACION

Según Gomez Ampuero, la encefalopatía hepática es un disturbio potencialmente reversible, de causa metabólica que ocurre en pacientes con enfermedad hepática aguda o crónica. El 30-50% de los diagnosticados manifiestan encefalopatía hepática mínima, que es el primer paso en el espectro de la encefalopatía hepática y se caracteriza por la presencia de defectos cognitivos en pacientes con enfermedad hepática y alteraciones en los movimientos finos los cuales no son detectados en la exploración clínica o neurológica habitual y que a medida que progresan deteriora la calidad de vida del usuario. Estos pacientes merecen orientación y una evaluación atenta y urgente además de tratamiento y nutrición adecuada.

JUSTIFICACIÓN

Una vez que hemos realizado nuestro trabajo investigativo, nosotras las investigadoras logramos identificar problemas de salud asociados a la encefalopatía hepática una de las enfermedades catalogadas como catastróficas que en la actualidad presenta un alto índice de morbilidad e incapacidad y afecta cada vez más a la población adulta mayor, por ello es de vital importancia neutralizar los factores de riesgo que empeoran la calidad de vida, el bienestar emocional, psicológico, ante esta

situación y queriendo contribuir de alguna manera con esta población nos encaminamos a presentar una propuesta para ellos.

OBJETIVOS DE PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Difundir información sobre la realidad y factores de riesgo de la encefalopatía hepática.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Demostrar la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno en la encefalopatía hepática.

Describir las complicaciones de la encefalopatía hepática.

Señalar las medidas preventivas de la encefalopatía hepática.

Fomentar normas, para mejorar la calidad de vida

BENEFICIARIOS

Adultos mayores y autoridades que asisten a consulta externa del Hospital Verdi Cevallos.

FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible debido a que se la ha realizado en la sala de espera de consulta externa con el propósito de dar a conocer las complicaciones que empeoran la calidad de vida de los usuarios con encefalopatía de causa hepática, sino es diagnosticada y tratada a tiempo.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES

Exposición de los factores desencadenantes para el desarrollo de encefalopatía hepática

Exposición de cómo llevar una dieta saludable

Elaboración y entrega de hojas volantes que contienen información de que es la encefalopatía hepática, medidas preventivas de sus factores causantes, tratamiento y nutrición.

Entrega de gigantografía al área de consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

CONTENIDO TEMÁTICO

¿Qué es la encefalopatía hepática?

¿Cuáles son los signos y síntomas?

¿Cuáles son los factores desencadenantes?

¿Cómo se diagnostica?

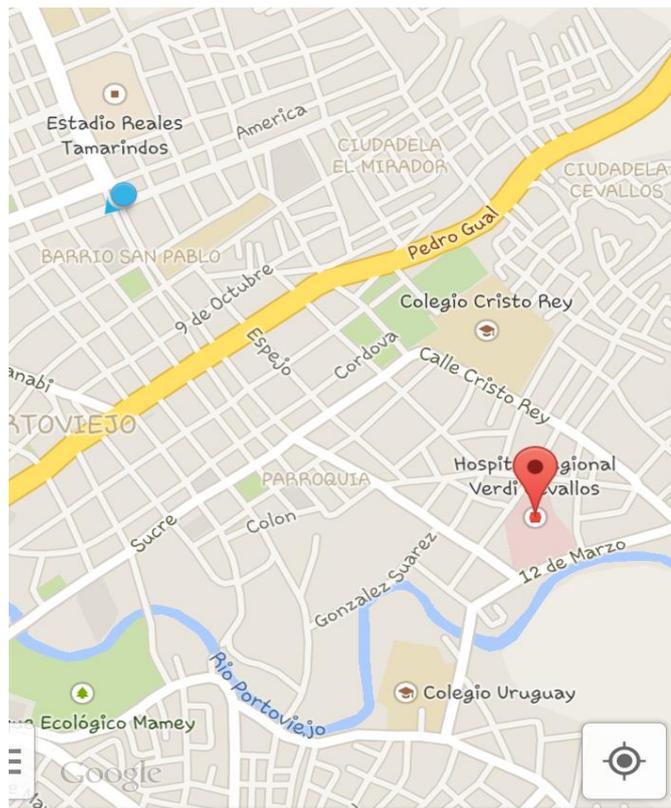
Nutrición

Alimentación equilibrada para el usuario con encefalopatía hepática

Tratamiento

UBICACIÓN SECTORIAL O FÍSICA

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo, ubicado en la calle 12 de Marzo y Rocafuerte.



RECURSOS

Recursos Humanos

Investigadoras, adultos mayores, familiares, personal que labora en el área de consulta externa y demás personas interesadas en el tema.

Recursos Materiales

Gigantografía

Cámara fotográfica

Hojas volantes

Carteles

Proyector

Trípticos

INFRAESTRUCTURA

Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES	JULIO			
	1	2	3	4
Elaboración de la propuesta				
Presentación de la propuesta				
Exposición de Encefalopatía Hepática				
Entrega de gigantografía				

ITEMS	VALOR
Copias	10
Impresión	10
Gigantografía	40
Proyector	20
Transporte	20
Total	100

IMPACTO

Con esta propuesta se pretendió que los adultos mayores, familiares, y el personal en si conozcan de la encefalopatía hepática y sus riesgos de desarrollarla para que de esta manera tomen precauciones y puedan mejorar su calidad de vida.

EVALUACIÓN

La charla educativa se llevó a cabo el día 25 y 28 de julio del 2014 en el área de consulta externa a las 10H00 contando la participación de aproximadamente 50 adultos mayores, familiares y personal, además se hizo entrega de una gigantografía al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Por lo tanto estamos conscientes de haber ayudado brindando la información necesaria y respondiendo inquietudes que fortalecerán el conocimientos de los usuarios acerca de lo que es la encefalopatía de causa hepática, los factores de riesgos, tratamientos, medidas preventivas y nutrición.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	Tiempo en meses																								HUMANOS	MATERIALES	COSTO				
	Mes 1				Mes2				Mes3				Mes 4				Mes 5				Mes 6										
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
Elaboración y presentación de proyectos	x	x	x	x																									Autoras del proyecto	Documentos/ internet	\$600
Estructuración de instrumentos					x	x	x	x	x	x	x																		Autoras del proyecto	Instrumentos/ documentos	\$300
Investigación del marco teórico													x	x	x	x	x												Autoras/ tribunal de tesis	Textos, folletos, internet	\$200
Aplicación de instrumentos de trabajo, tabulación de los resultados y elaboración de cuadros estadísticos																					x	x	x	x	x				Autoras/ población involucrada	Instrumentos	300
Presentación del trabajo																									x	x	x	x	Autoras y tribunal	Trabajo empastado y anillado	\$200
Sustentación de la investigación																												x	Autoras y tribunal	Tesis final	\$1000
Total																															\$1700

BIBLIOGRAFÍA

- A, M. A. (2008). Cirrosis Y Encefalopatía Hepática; Consecuencias Clínicas Metabólicas .
Servicio de Medicina Intensiva , 65-79.
- A, R. (marzo de 2013). *cuestionarios de calidad de vida* .
- A, R. (2013). Encefalopatía hepática. 34-35.
- A., R. (enero de 2013). *calidad de vida*.
- Alarcos, F. F. (2010). Conceptos de Calidad de Vida . *Revista Española de Salud Pública* , 169-184.
- anonimo. (julio de 2010). *uptodate*.
- anonimo. (julio de 2010). *uptodate*. Obtenido de actualizaciones en encefalopatía hepática.
- Arredondo A, D. A. (2011). Encefalopatía Hepato- amoniaca. *Medicina Moderna de Medicina Interna*, 133-149.
- C, L. (2001). Medicina Intensiva. *El Ateneo*, 27-33.
- Carpenter, D. H. (2012). *Instrumentos de Calidad de Vida* . Obtenido de ofeuro- pian. psychiatrist.
- Cordova, H. C.-J. (2008- (10)(11)). Encefalopatía Hepática . En H. c. J.Cordova, *Enfermedades del Aparato Digestivo- Medicine* (págs. 713-719). Universidad de Barcelona- España: anonima.
- Delgadillo, A. T. (2011). Encefalopatía Hepática. *revista de gastroenterología de mexico*, 159-162.
- (2008). Encefalopatía Hepática. En D. C. Bustios, *temas selectos en medicina interna - gastroenterología* (pág. 418). Viena .
- Escuela.med.puc* . (2010). Obtenido de calidad de vida de encefalopatía y cirrosis.
- Fernandez J, F. M. (mayo de 2010).
- Fernandez J, F. M. (2010). Encefalopatía Hepática . *Enfermedades Hepáticas* , 5-11.
- Gomez, J. -H. (2012). Manejo Actual de la Encefalopatía Hepática. *UGC De las Enfermedades Digestivas* , 378-385.
- Gomez, R. (2008). Diagnóstico y Seguimiento de la Encefalopatía Hepática. *Revista Andaluza de Patología Digestiva*, 29-37.
- Hoyas, M. R. (2004). Clasificación y Manifestaciones Clínicas. En M. R. Hoyas, *Encefalopatía Hepática* (págs. 102-105). España: GH Continuada.
- Jover M, H. (s.f.).
- Jover M, H. E. (2009). Encefalopatía Hepática Mínima . *UGC Enfermedades Digestivas*, 74- 89.
- lopez, a. (febrero de 2010). *escuela.med.puc*.
- M, M. (2012). Encefalopatía Hepática En Urgencias . *Urgencias* , 45-68.

- Manuel Mojica Peñaranda, E. M. (2008. (10)). Encefalopatía hepática . En E. M. Manuel Mojica Peñaranda, *Guías para Manejo de Urgencias* (págs. 772-779). Colombia: Braunwualds.
- Martínez A, S. M. (2011). Encefalopatía Hepática en Cirrosis . *Conceptos Actuales* , 134-155.
- Mendoza, E. F. (2013). Hepato-Neurología. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 563-567.
- Padilla, B. F. (2009; 11). Como Prevenir Encefalopatía Hepática . *Medicina Universitaria* , 11-43.
- Rf, B. (2011). A Central Neuroinflammatory Disorder. En *Hepathic Encephalopathy* (págs. 1372-1376).
- Ríos, D. E. (2013). Diagnóstico y Tratamientos De Encefalopatía Hepática En El Adulto. *Guía de Prácticas Clínicas* , 1-53.
- Román.A. (2013). Encefalopat{ia hepática. 35.
- Tagle M, G. (2008). Avances en la Fisiopatología Y Manejo de la Encefalopatía Hepática Hospital Jackson. *Revista de la Gastroenterología del Perú*, 115-145.
- Torre, A. (2009). *calidad de vida* .
- V, H. (2009). Encefalopatía Hepática; Fundación Sta Fe y Clínica de Marly. *Revista Colombiana Gastroenterológica*, 145-160.
- Vaquero, D. J. (2012). Tratamiento De La Encefalopatía Hepática. *Comunicaciones Orales*, 24-29.
- verdugo M, G. L. (febrero de 2007).
- Verdugo M, G. L. (2009). Escala integral de Calidad de Vida. *Revista Española de Discapacidad Integral*, 37-56.

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotr (as) (os) las (os) investigadoras (res), le Informamos que estamos realizando una encuesta sobre.....

La cual nos permitirá recolectar datos de usted, que aportará de manera

.....

Este tipo de estudio se realiza para poder

.....

.....

Su participación es complemente voluntaria, si su respuesta es negativa no le Causará ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando.

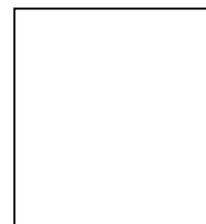
Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda en alguna de las preguntas, solicítele al investigador que se la explique, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula para autorizar la realización de la presente encuesta.

Gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:



ENCUESTA DIRIGIDA A LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE SON HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA CON EL FIN DE DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DE QUIENES LA PADECEN EN EL PERIODO FEBRERO- JULIO 2014.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ENCUESTA

Estimado sr/a lector le solicito de manera más sincera responda el siguiente cuestionario, sus respuestas contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida, para el desarrollo institucional y social.

Marque una sola respuesta.

Esta encuesta tiene el objetivo de:

Determinar la calidad de vida de los pacientes con encefalopatía hepática que son hospitalizados en el área de gastroenterología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

DATOS GENERALES:

EDAD:

SEXO: Femenino () Masculino ()

ESTADO CIVIL: Soltero () Casado () Viudo () Unión libre ()

PROCEDENCIA: Urbana () Rural () Urbana marginal ()

OCUPACIÓN: Estudia () Trabajo () Ama de casa () Ninguna ()

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Primaria () Secundaria () Secundaria () Ninguna ()

1) ¿Consume usted alimentos ricos en grasa?

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

2) ¿Realiza ejercicios físicos aeróbicos?

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

3) ¿Con que frecuencia usted ingiere alcohol?

- Todos los días
- Los fines de semanas
- Solo en fines
- Nunca

4) ¿Toma usted con muchas frecuencias sedantes?

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

5) En las relaciones interpersonales, ¿con qué frecuencia el usuario socializa con los miembros de la unidad familiar?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las relaciones interpersonales ¿con que frecuencia los usuarios socializan con los amigos?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las relaciones interpersonales ¿con que frecuencia los usuarios socializan con los conocidos?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las relaciones interpersonales ¿con que frecuencia ustedes hacen participe al usuario de eventos sociales, como: fiestas, clubs o compromiso sociales?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las relaciones interpersonales ¿con que frecuencia los usuarios sienten animo de relacionarse con las personas que lo rodean?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las relaciones interpersonales ¿con que frecuencia ustedes mantienen retraído al usuario de la sociedad?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las relaciones interpersonales ¿en las últimas 4 semanas con qué frecuencia el usuarios mantiene relaciones socio sexuales?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En el rol instrumental. ¿Con que frecuencia el usuarios en las últimas 4 semanas ha asistido a cursos o talleres?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En el rol instrumental. ¿Ud. cree que el usuario en las últimas 4 semanas tiene habilidad para desempeñarse en lo laboral?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En el rol instrumental. ¿Con que frecuencia el usuario en las últimas 4 semanas realizó alguna actividad laboral?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las Funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes. ¿En las últimas 4 semanas con qué frecuencia el usuario toma interés por cooperar con los hábitos personales?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las Funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes. ¿Con que frecuencia el usuario en las últimas 4 semanas está motivado o ha presentado mejorías en su estado de salud?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las Funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes. ¿Con que frecuencia el usuario en las últimas 4 semanas mantiene curiosidad de lo que pasa a su alrededor?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las Funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes. ¿Con que frecuencia el usuario en las últimas 4 semanas conserva o presenta interés o capacidad por realiza actividades?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las Funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes. ¿Con que frecuencias el usuario en las últimas 4 semanas utiliza el tiempo en algún entretenimiento?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las Funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes. ¿Con que frecuencia el usuario en las últimas 4 semanas realiza por si solo actividades cotidianas como el aseo personal ?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las Funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes. ¿Con que frecuencia el usuario en las últimas 4 semanas comparte sentimientos o situaciones emocionales que ocurren en su entorno?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

En las Funciones intrapsíquicas, objetos y actividades comunes. ¿Con que frecuencia el usuario en las últimas 4 semanas comparte pensamientos, ideas u opiniones con las personas que lo rodean?

0	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>						
Nunca	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

3.5. Escala de Calidad de Vida (Quality of Life Scale, QLS)

Instrucciones para el clínico: Marque con un círculo la puntuación más adecuada a cada ítem, después de la entrevista clínica. Consulte el manual para la valoración de los ítems, que contiene la definición, la descripción de los puntos más importantes y el método de valoración.

Relaciones interpersonales y red social								
1. Miembros de la unidad familiar	0	1	2	3	4	5	6	9
2. Amigos	0	1	2	3	4	5	6	
3. Conocidos	0	1	2	3	4	5	6	
4. Actividad social	0	1	2	3	4	5	6	
5. Red social	0	1	2	3	4	5	6	
6. Iniciativas sociales	0	1	2	3	4	5	6	
7. Retraimiento social	0	1	2	3	4	5	6	
8. Relaciones sociosexuales	0	1	2	3	4	5	6	
Rol instrumental								
9. Extensión	0	1	2	3	4	5	6	
10. Idoneidad	0	1	2	3	4	5	6	
11. Desempleo	0	1	2	3	4	5	6	
12. Satisfacción	0	1	2	3	4	5	6	9
Funciones intrapsíquicas y objetos y actividades comunes								
13. Propósito	0	1	2	3	4	5	6	
14. Motivación	0	1	2	3	4	5	6	
15. Curiosidad	0	1	2	3	4	5	6	
16. Anhedonia	0	1	2	3	4	5	6	
17. Utilización del tiempo	0	1	2	3	4	5	6	
18. Objetos	0	1	2	3	4	5	6	
19. Actividades	0	1	2	3	4	5	6	
20. Empatía	0	1	2	3	4	5	6	
21. Interacción	0	1	2	3	4	5	6	

Puntuación de los factores:

- I. Relaciones interpersonales (1-8): _____
- II. Rol instrumental (9-11): _____
- III. Funciones intrapsíquicas (13-17, 20-21): _____
- IV. Objetos y actividades comunes (18-19): _____

Puntuación total (ítems 1-11, 13-21): _____

Foto N. 1



RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA

Foto N. 2



Foto N.3



Foto N.4



RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA

Foto N.5



PARTICIPANDO EN LA ENCUESTA

Foto N.6



PARTICIPANDO EN LA ENCUESTA

Foto N.7



PARTICIPANDO EN LA CHARLA EDUCATIVA EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

Foto N.8



PARTICIPANDO EN LA CHARLA EDUCATIVA EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

Foto N.9



PARTICIPANDO EN LA CHARLA EDUCATIVA EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

Es importante consultar a un médico apenas comienzan los síntomas.

El objetivo del tratamiento es controlar la enfermedad y evitar que las personas deban ir al hospital.

De acuerdo a la causa, los tratamientos pueden incluir:

- Detener el sangrado en el esófago, estómago e intestino
- Curar infecciones
- Tratar la insuficiencia renal
- Proveer soporte vital si la persona se encuentra en estado de coma.

Para las personas que sufren de EH crónica, los médicos pueden recomendar:

- Cambiar la dieta, por ejemplo evitar consumir demasiadas proteínas o no consumir la cantidad suficiente.
- Tomar ciertos antibióticos recomendados por el médico para eliminar las bacterias.



- Consumir lactulosa (un tipo de azúcar) para evitar que el hígado absorba las toxinas del intestino

- Prevenir y tratar el estreñimiento.

¿Cuál es la mejor manera de reducir el riesgo de sufrir enfermedad hepática?

- La mejor manera es prevenir los factores de riesgos, tratar o controlar la enfermedad hepática, seguir el tratamiento médico indicado.
- Además de una dieta equilibrada y con poca grasa.
- Realizar ejercicios físicos por 30 minutos diarios o por lo menos 4 días a la semana.
- Evitar consumir alcohol.



UNIVERSIDAD TÉCNICA

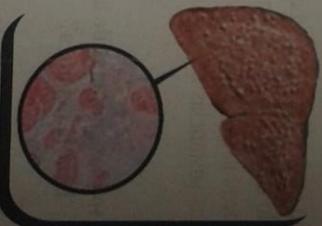
DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



RESPONSABLES:

**CARRANZA DOMÍNGUEZ ARELY PRICILA
MARI VERÓNICA GIL CES CHÁVEZ**

PORTOVIHJO, 2014

¿Qué es la encefalopatía hepática?

La encefalopatía hepática es un trastorno neurológico causado por daño hepático, puede ser de evolución aguda o crónica. Ocurre cuando el hígado no puede eliminar los químicos tóxicos de la sangre y estos químicos ingresan al cerebro.

¿Por qué es importante el hígado?

Es el segundo órgano de mayor tamaño del cuerpo y sus funciones principales son:

Procesa lo que comemos y bebemos convirtiéndolo en energía y nutrientes que el cuerpo puede usar.

Elimina las sustancias nocivas de la sangre.

¿Cuáles son los síntomas de la encefalopatía hepática?

Puede causar síntomas físicos y mentales que pueden variar de una persona a otra y pueden aparecer de manera rápida o progresar lentamente. Los síntomas pueden incluir:

- Confusión ligera
- Olvido

- Cambios de humor o de personalidad

- Falta de concentración
- Falta de juicio

- Aliento con olor dulce o rancio
- Cambios en el patrón de sueño

- Deterioro de la escritura a mano o de pequeños movimientos manuales
- Los síntomas más graves pueden incluir:

- Movimientos inusuales o temblores de manos o brazos (también conocido como "aleteo")
- Ansiedad extrema

- Ataques
- Confusión grave

- Sueño o fatiga
- Cambios de personalidad graves

- Habla confusa o lenta
- Movimientos lentos

¿Qué factores pueden causar encefalopatía hepática?

- Alcoholismo

- Deshidratación (pérdida de agua del cuerpo)
- Bajos niveles de oxígeno en el cuerpo

- Sedentarismo

Ingesta excesiva de proteínas

Estrémimiento

Obesidad

Medicamentos como los tranquilizantes o medicamentos para dormir

Infecciones

Hemorragias en el esófago, estómago o intestino

Problemas renales

Cirugía

Y otras enfermedades del hígado.

¿Cuáles son las complicaciones de la encefalopatía hepática?

Edema cerebral

Daño permanente al sistema nervioso

Mayor riesgo de sufrir insuficiencia

cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria y sepsis

(envenenamiento de la sangre)

Coma

¿Cuál es el tratamiento para la encefalopatía hepática?

- La EH puede constituir una urgencia médica que generalmente conlleva la hospitalización del paciente.