

Artículo Original

Datos epidemiológicos de pacientes cirróticos internados en el servicio de clínica médica

Epidemiological data of cirrhotic patients admitted in the medical clinic service

Adriana Guadalupe Alcaraz Brites¹ 

¹ Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: La cirrosis hepática constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad. Es más frecuente en el sexo masculino. A nivel mundial las principales causas son por el consumo crónico de alcohol y la enfermedad viral crónica. Las complicaciones como la ascitis y hemorragia son las mismas independientemente de la causa. **Objetivos:** Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de pacientes con diagnóstico establecido de cirrosis internados en un periodo de 4 meses en el servicio de clínica médica, para determinar características epidemiológicas y clínicas de los mismos. **Materiales y Métodos:** Se realiza revisión de los historiales clínicos de los pacientes internados, con diagnóstico establecido de cirrosis, en un periodo de 4 meses en el servicio de clínica médica de un hospital de tercer nivel. **Resultados:** De 9 casos, el mayor porcentaje correspondió a hombres, la edad promedio fue de 65 años, las principales causas fueron consumo de alcohol y viral. Las descompensaciones fueron desencadenadas principalmente por causas infecciosas. **Conclusión:** Es necesario que el nivel de educación tanto de médicos como de pacientes, enfatizen en la calidad de vida de estos últimos, para disminuir el número de internaciones, complicaciones y proporcionarles el mayor tiempo de vida posible, de una forma llevadera.

Palabras claves: cirrosis, datos epidemiológicos, causas, complicaciones, pacientes internados.

ABSTRACT

Introduction: Liver cirrhosis is one of the main health problems in the world, due to its high morbidity and mortality. It is more common in males. Worldwide, the main causes are chronic alcohol consumption and chronic viral disease. Complications such as ascites and hemorrhage are the same regardless of cause. **Objectives:** An observational, descriptive and retrospective study of patients with an established diagnosis of cirrhosis hospitalized in a period of 4 months in the medical clinic service is carried out, to determine their epidemiological and clinical characteristics. **Materials and methods:** A review of the medical records of hospitalized patients, with an established diagnosis of cirrhosis, is carried out over a period of 4 months in the medical clinic service of a tertiary hospital. **Results:** of 9 cases, the highest percentage corresponded to men, the average age was 65 years, the main causes were alcohol and viral consumption. The decompensations were triggered mainly by infectious causes. **Conclusion:** It is necessary that the level of education of both, doctors and patients, emphasize the quality of life of the latter, to reduce the number of hospitalizations, complications and provide them with as much life as possible, in a bearable way.

Keywords: cirrhosis, epidemiological data, causes, complications, hospitalized patients.

Para correspondencia dirigirse a: adrialcaraz96@gmail.com

Recibido: Octubre 24, 2022. Aceptado: Noviembre 25, 2022.

Conflictos de interes: Ninguna que declarar.



Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad^{1,2}. Corresponde a la décima causa de muerte a nivel mundial³.

Consiste en una afectación difusa del hígado caracterizada por pérdida del parénquima hepático normal, formación de septos fibrosos y nódulos de regeneración estructuralmente anormales, dando lugar a una alteración de la anatomía de la vascularización hepática y de la microcirculación⁴.

Suele manifestarse hacia la cuarta o quinta década de la vida, aunque hay casos juveniles e incluso infantiles^{1,2,4}. La edad promedio en algunos estudios fue de 63,1 años⁵.

Es más frecuente en el sexo masculino⁴, y en la mujer la tendencia es que se presente a una edad más temprana y con un consumo menor de alcohol, incluso aunque suprima la ingesta¹.

A nivel mundial las causas principales de cirrosis hepática son el consumo crónico de alcohol y la enfermedad viral crónica (90%)^{2,4,5,6,7}. Causas menos frecuentes, son las enfermedades hepáticas autoinmunes, las enfermedades metabólicas, así como la Esteatosis Hepática No Alcohólica (NASH)^{2,5,6} esta última en ascenso respecto a otras causas y corresponde además la que más se encuentra asociada a cirrosis criptogénica. Las causas desconocidas presentan un porcentaje de 10-20%^{4,5,7}.

En los países desarrollados la hepatitis C y la esteatohepatitis no alcohólica son las principales causas de cirrosis; mientras que en países en vías de desarrollo lo son la hepatitis alcohólica, la hepatitis B y la esteatohepatitis no alcohólica¹.

Un trabajo de investigación realizado en un hospital universitario del país, predominó la cirrosis de origen esteatohepático que es una problemática emergente a nivel país⁶.

El estadio de Child–Pugh que predomina en los pacientes es el estadio A, seguido por los estadios B y C².

Las complicaciones de la cirrosis son las mismas, independientemente de la causa. Siendo la hipertensión portal una de las más importantes ya que interviene en la aparición de ascitis, la complicación más frecuente, seguida de hemorragia por varices esofagogástricas^{4,8}. La disfunción hepatocelular origina ictericia, trastornos de la coagulación e hipoalbuminemia y contribuye a la encefalopatía portosistémica⁴.

Las causas de hospitalización en pacientes cirróticos corresponden en hemorragia digestiva alta, variceal y no variceal, seguido por infecciones, encefalopatía y ascitis en más del 40%⁵.

En pacientes con cirrosis hepática compensada, la incidencia

acumulada de descompensación en 5 años es de alrededor del 20%, con una probabilidad de supervivencia a los 5 años aproximadamente del 80-86%. Los pacientes con cirrosis descompensada tienen un pronóstico pobre, con una probabilidad de supervivencia a los 5 años de 14-35%². La presencia de ascitis está asociada a un pronóstico de sobrevida de 30-40% a los 5 años⁹.

La prevalencia de infecciones en pacientes cirróticos descompensados hospitalizados varía de 25 a 46%, siendo las más frecuentes la peritonitis bacteriana espontánea, infección de tracto urinario, neumonía, infecciones de piel y bacteriemias sin foco^{3,5,6}, la mayoría ocasionada por bacilos Gram negativos^{3,6}.

Las infecciones adquiridas en la comunidad son encabezadas por *Escherichia coli* y *Escherichia coli* BLEE^{3,6,8} seguido de gram positivos en un 30-35% y mixtos en un 5-10%. En las infecciones intrahospitalarias los gram positivos representan el 60%, los gram negativos el 30-35%, y son el resultado de procedimientos terapéuticos o antibioterapia previa⁸.

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de pacientes con diagnóstico establecido de cirrosis internados en un periodo de 4 meses en el servicio de clínica médica, para determinar características epidemiológicas y clínicas de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que se hospitalizaron con el diagnóstico de cirrosis hepática y a los pacientes que durante la internación se diagnosticaron con dicha patología, por la combinación de datos clínicos, exámenes de laboratorio e imágenes.

Los datos se recolectaron a través de una búsqueda retrospectiva y observacional de carácter documental y descriptivo, de historiales clínicos de los pacientes internados en el servicio de clínica médica de un hospital de tercer nivel en un período de 4 meses.

Se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, etiología, puntaje de child-pugh, motivo de internación y evolución.

RESULTADOS

Se encontraron 9 casos de pacientes cirróticos, de los cuales, 8 corresponden a hombres y 1 caso de una paciente femenina. La edad promedio fue de 65 años, el paciente de mayor edad fue de 81 años y el de menor edad 46 años.

Las causas registradas fueron enólica en 3 casos, viral en 2 casos (ambos por hepatitis B), 1 criptogénica, 3 casos no especificados en expedientes, y no se pudieron recuperar datos de estudios laboratoriales.

Según el puntaje de Child Pugh la mayoría corresponde a estadio C (55%), el resto estadio B (44%), ningún paciente internado presentó estadio A.

Los pacientes ya conocidos portadores de cirrosis crónica fueron un total de 3.

Los motivos de consulta presentados fueron en 2 ocasiones por disnea a pequeños esfuerzos, en 2 ocasiones por astenia, 1 por dolor abdominal, 1 derivado por consultorio para estudios complementarios (hallazgo casual), 2 por otras causas y durante estudios complementarios y por datos clínicos sugerentes se planteó el diagnóstico de cirrosis.

Las descompensaciones presentadas en los pacientes: 3 corresponden a cuadros infecciosos, 2 por anasarca, 1 por hemorragia digestiva alta, 2 casos se encontraban en estadio compensado para estudios complementarios (Gráfico 1). De los 9 casos, se presentó 1 óbito, 1 retiro voluntario, 7 altas.

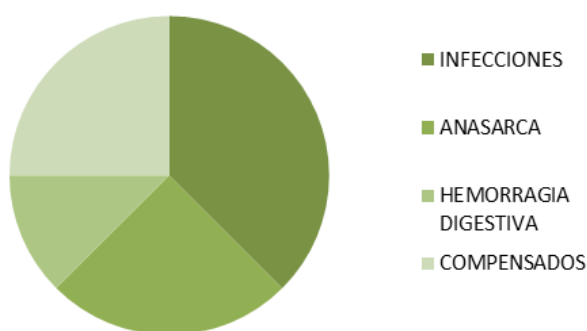


Gráfico 1. Causas de descompensaciones.

DISCUSIÓN

La edad promedio encontrada entre los pacientes fue de 65 años, y el sexo predominante fue el masculino, que corresponde al 88% de los pacientes.

El estadio predominante fue el C (55%), seguido del estadio B (44%), de este último grupo, 2 (22%) permanecieron en la etapa de cirrosis compensada. 6 pacientes (66%), presentaron descompensaciones.

Las causas de descompensación fueron las infecciosas en 3 de los 9 casos (33%), en 1 de ellos (11%) se presentó hemorragia digestiva alta, en 2 casos (22%) se registró presencia de ascitis con disnea que motivó la consulta de los pacientes.

En los pacientes internados debido a causas infecciosas 1 caso fue debido a infección de vías urinarias, presentó orina simple con resultado patológico pero en urocultivo no se aislaron microorganismos, por lo que recibió tratamiento antibiótico empírico, el segundo fue debido a celulitis con puerta de entrada en lesión traumática en región plantar del pie izquierdo. En el tercer caso, el paciente presentó un shock séptico, con poca respuesta a inotrópicos y

desarrollo ominoso. En cultivos (hemocultivo y líquido pericárdico extraído por derrame pericárdico severo) se aisló *Streptococcus agalactiae*. En este último caso, se realizó paracentesis días antes de la internación, que, se supone, fue la puerta de entrada para la bacteriemia presentada.

Las causas de cirrosis encontradas en los pacientes fueron: 2 (22%) debido a hepatitis B, 3 (33%) de causa enólica, 1 (11%) hepatocarcinoma, 1 (11%) criptogénica, 2 (22%) no investigados: 1 por falta de colaboración del paciente y el otro por óbito.

La cirrosis es una enfermedad crónica que puede ser asintomática por un tiempo prolongado, con una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Nuestro país presenta una gran cantidad de pacientes sin diagnóstico y sin tratamiento adecuado por lo que la tasa de complicaciones es muy alta. En los casos de los pacientes investigados hubo una buena evolución en general, porque 3 de los 9 pacientes ya eran conocidos portadores de la enfermedad y ya contaban con la medicación profiláctica. 2 de los 9 se encontraban en estadio compensado, sin embargo 1 de ellos solicitó retiro voluntario antes de iniciar los estudios correspondientes e iniciar el tratamiento óptimo para la cirrosis.

CONCLUSIÓN

Es necesario que el nivel de educación tanto de médicos como de pacientes, enfatizen en la calidad de vida de estos últimos, para disminuir el número de internaciones, complicaciones y proporcionarles el mayor tiempo de vida posible, de una forma llevadera.

Financiamiento: El presente trabajo científico no requirió financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mendilahaxon P, Medina G, Suárez H, et al. Relación clínica, endoscópica y sonográfica en pacientes con cirrosis hepática. Acta Med Cent. 2018;12(3):321-331.
- Velazquez S, Giralda M. Etiología, estadio y complicaciones de la cirrosis hepática. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. setiembre 2018; 5 (2):53-61. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/36/37>
- Ruiz S, Castillo L, Malca J, Valderrama J, Aguilar G. Predictores de infección y mortalidad en pacientes con cirrosis hepática en el hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta de Trujillo, Perú. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2019 Ene [citado 2022 Jun 30]; 39 (1): 55-63. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000100008&lng=es
- García L, González F, Moreno R. (2012). Cirrosis hepática. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(11), 625–633. doi:10.1016/

s0304-5412(12)70359-1

5. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Clinical and epidemiological profile of Cirrhosis in the liver unit at Edgardo Rebagliati Martins national hospital. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2007 Jul [citado 2022 Jun 30]; 27(3): 238-245. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000300003&lng=es

6. Giménez V. Caracterización de las complicaciones infecciosas en pacientes con cirrosis hepática internados en un hospital universitario. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2020;18(3): 12-16

7. Prieto J, Sánchez S, Prieto R, Rojas E, González L, Mendivelso F. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. *Rev Col Gastroenterol*

[Internet]. 2016 Jan [cited 2022 July 01]; 31(1): 1-8. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572016000100001&lng=en

7. Llamaza CJ, De la Mata M. Prevención de las descompensaciones de la cirrosis. *RAPD ONLINE VOL. 34 N°1.* Enero-Febrero 2011. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2011/34/1/05>

8. Ginès P, Cárdenas A, Arroyo V, Rodés J. (2004). Management of Cirrhosis and Ascites. *New England Journal of Medicine*, 350(16), 1646–1654. doi:10.1056/nejmra035021