

11215
42ej



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

**División de Estudios de Postgrado
Centro Hospitalario 20 de Noviembre**

I. S. S. S. T. E.

**INDICADORES PRONOSTICOS EN
LA CIRROSIS HEPATICA**

**TESIS DE POSTGRADO
para obtener el título de especialidad en
GASTROENTEROLOGIA
p r e s e n t a**



ISSSTE

Dr. Rogerio Espailat Bencosme

México, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

PAGINA

AGRADECIMIENTO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	2
MATERIAL Y METODO.....	3
CUADROS Y GRAFICAS.....	8
RESULTADOS.....	14
DISCUSION.....	15
CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	17

AGRADECIMIENTO

**Al gran maestro Dr. Ramón Boom Anglade
por haber aumentado mis conocimientos y
despertado inquietudes innovadoras.
Que su espíritu dinámico y sincero perduren.**

DEDICATORIA

A Jesucristo, que ha sido mi apoyo espiritual y ha iluminado mi destino.

A mi esposa, por el amor, comprensión y apoyo que me ha brindado en éstos momentos tan difíciles de mi vida.

A mis padres, quiénes han sacrificado sus mejores años para educar a tan bella y larga familia de forma incondicional.

A mis hermanos, por la unión y el apoyo desinteresado que ha existido entre todos.

INTRODUCCION

Es innegable que la cirrosis hepática es un problema de salud a nivel nacional y mundial, ocupando las primeras casillas como causa de mortalidad en México, en la etapa más productiva del hombre, es decir, entre los 25 y 40 años de edad (1,2,3). De cualquier manera revisando la comparación de las principales causas de muerte en México, durante 1970 y 1981, notamos que la cirrosis hepática conserva su lugar de importancia, teniendo una tasa por 100,000 habitantes de 22.8% en 1970 y de 20.7% en 1981 (4).

Se han diseñado diferentes métodos para establecer el pronóstico en pacientes con cirrosis hepática en los que se combinan datos clínicos, hemodinámicos de laboratorio e incluso gasométricos. En orden de frecuencia los más utilizados han sido los siguientes:

1) Índice de Child-Turcotte, 2) Métodos estadísticos tales como Stepwise discriminant funtion score (SDF), " logistic regresion score (LR)", o el " quadratic discriminant funtion analysis (QDF)", 3) Índice combinado de gravedad (5).

Idealmente un índice de gravedad debiera llenar requisitos tales como relacionarse linealmente con la mortalidad de la enfermedad y no ser influidos por factores inespecíficos, además de que debiera ser de fácil aplicación y compuestos de parámetros obtenidos en todo el mundo, de bajo costo, sin implicar riesgos para el enfermo y ser susceptible de un análisis matemático (6).

L. Rossi y cols también propusieron modelos estadísticos con el fin de establecer los parámetros clínicos y de laboratorio de relevancia pronóstica en el paciente cirrótico (6), encontrando que distintos factores como la albúmina sérica, la presencia de ascitis, la encefalopatía hepática, las várices esofágicas, el total de bilirrubinas, el porcentaje de gamaglobulinas y el colesterol total tienen distinto " peso teórico pronóstico ", siendo éste de 35.5%, 17.9%, 13.8%, 13.2%, 8.0%, 7.2% y 4.3% respectivamente. (7)

Asimismo, en México el Instituto Nacional de la Nutrición realizó un estudio en el que se revisaron las características del paciente con cirrosis hepática y en el cual, a pesar de no implementarse métodos estadísticos, no se observó ningún patrón específico en los exámenes de laboratorio para establecer índices pronósticos. (8)

Orrego y cols han presentado un índice combinado de gravedad, en el que se incluye la sintomatología y los datos de laboratorio para predecir la morbi-mortalidad del paciente hepático (9, 10, 11, 12).

Sin embargo, no es posible emplear éstos parámetros con el mismo " peso " en cada país, por lo que es necesario obtener nuestra propia información para que nos permita establecer los factores de riesgo pronóstico en los grupos de población. De ésta significancia, podemos establecer el valor pronóstico en la evolución de la enfermedad, lo cual en esto se justifica nuestro estudio.

OBJETIVOS

- 1- Elaborar métodos para establecer el pronóstico de la cirrosis.**
- 2- Determinar la frecuencia de la cirrosis hepática en una clínica de hígado.**
- 3- Establecer índices pronósticos de la cirrosis hepática a través de la comparación de los datos de laboratorio que inciden en la mortalidad.**

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron los expedientes correspondientes a los años de 1987 y 1988 en pacientes adultos de la consulta externa, con diagnóstico de enfermedad hepática. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1- Síndrome de insuficiencia hepática (atrofia muscular, ginecomastia, hipertrofia parotídea, telangiectasias, disminución del vello axilar o pubiano).
- 2- Síndrome de hipertensión porta (vasos colaterales, ascitis, esplenomegalia).
- 3- Hemorragia del aparato digestivo alto, con datos compatibles de hipertensión porta.
- 4- Síndrome icterico no hemolítico, a menos que presentase hemosiderosis secundaria.
- 5- Hepatomegalia.
- 6- Seguimiento de neoplasias primarias o metastásicas.
- 7- Hepatitis " típica " (fiebre, ictericia y hepatomegalia).
- 8- Hepatitis prolongada.
- 9- Pacientes con alteraciones bioquímicas en las llamadas " pruebas funcionales hepáticas " (bilirrubinas, fosfatasa alcalina, transaminasas, deshidrogenasa láctica, proteínas séricas, tiempo de protrombina).
- 10- Pacientes con alteraciones hepáticas o gastroenterológicas detectadas por imágenes de gabinete (hepatomegalia en la radiografía simple de abdomen, várices por serie esofago gastro duodenal o endoscopia, ultrasonido, gamagrafía o tomografía con alteración de los patrones normales hepáticas).

11- Pacientes con informe histológico de alteración hepática.

12- Pacientes ambulatorios interconsultados por otros servicios de la unidad, por los síndromes señalados.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1- Pacientes con diagnóstico anotado de enfermedad hepática, pero con otra enfermedad al revisar el expediente por error de codificación.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1- La pérdida del expediente clínico.

2- La incongruencia del diagnóstico con respecto a los datos encontrados en el expediente.

La información obtenida se concentró en una hoja de recolección de datos elaborada para tal propósito (anexo 1). Dicha información recabada se pasó a un programa computarizado de Stat View para formar una base de datos y hacer el análisis descriptivo de la información. Los resultados se presentan en distribución de frecuencia y proporciones.

Además, se analizaron las siguientes pruebas de laboratorio: glucosa, nitrógeno de urea en sangre (NUS), creatinina, hemoglobina, plaquetas, tiempo de protrombina, transaminasas, deshidrogenasa láctica, fosfatasa alcalina, albúmina sérica, colesterol, sodio, potasio y bilirrubinas totales. Todas las pruebas se compararon para establecer diferencias en proporciones con la prueba T, con un valor de significancia menor o igual a 0.05.

RECOLECCION DE DATOS (anexo 1)

' CLINICA DE HIGADO '

Ficha de identificación:

Nombre: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de expediente: _____

Domicilio particular: _____

Teléfono: _____

Lugar de la primera evaluación y fecha (Hospital, urgencias, consulta externa): _____

Nombre de la persona que anotó los datos: _____

Problema que motivó el estudio del paciente y tiempo de evolución:

- Ictericia _____ ()

- Hepatomegalia _____ ()

- Sangrado digestivo alto _____ ()

- Ascitis _____ ()

- Esplenomegalia _____ ()

- Insuficiencia hepática crónica _____ ()

- Sospecha de hepatitis _____ ()

- Sospecha de absceso hepático _____ ()

- Sospecha de cancer de hígado _____ ()

- Encefalopatía _____ ()

- Insuficiencia hepática fulminante _____ ()

Antecedentes:

- Medicamentos si ___ no ___ fecha ___ cuales_

- Transfusionales si ___ no ___ fecha ___

- Alcoholismo si ___ no ___ fecha ___

- Hepatitis si ___ no ___ fecha ___

- Quirúrgicos si ___ no ___ fecha ___

- Hemodiálisis si ___ no ___ fecha ___

Datos encontrados al examen físico_____

Resultados de laboratorio pertinentes_____

Informe de los estudios de imagen_____

Estudios histológicos: si ___ no ___ Informe y número

Evolución del primer ingreso:_____

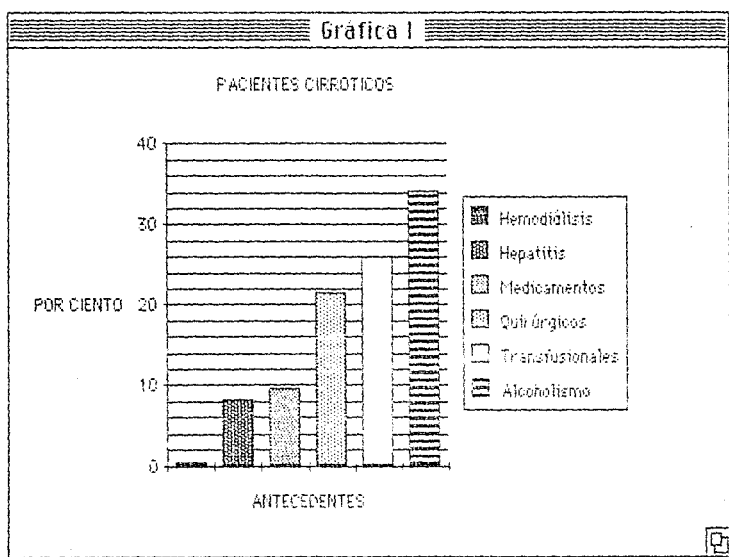
VIGILANCIA EN CONSULTA EXTERNA

Fecha

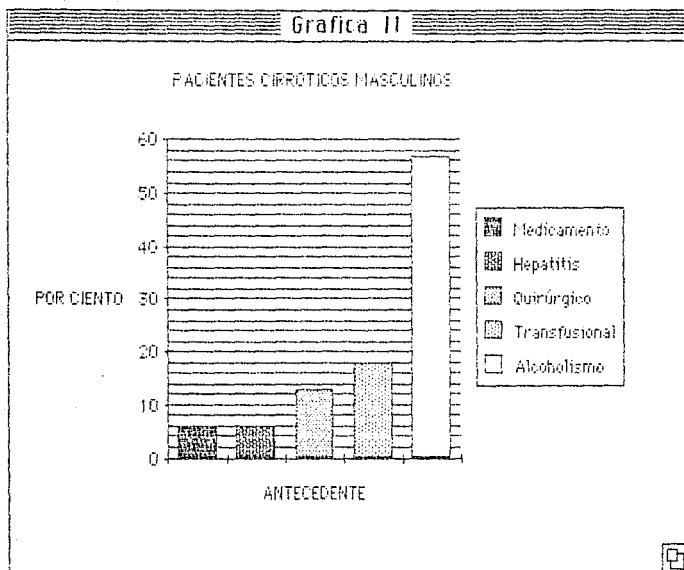
Datos relevantes

Cuadro I
ANTECEDENTES EN PACIENTES CIRRÓTICOS

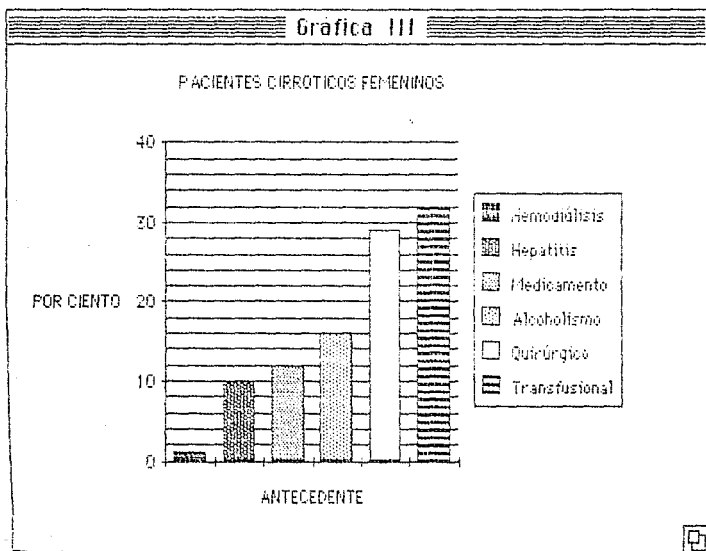
ANTECEDENTE	MASCULINOS	FEMENINOS
- Medicamentos	06	14
- Transfusionales	17	37
- Alcoholismo	53	18
- Hepatitis	05	12
- Quirúrgicos	12	33
- Hemodiálisis	00	01



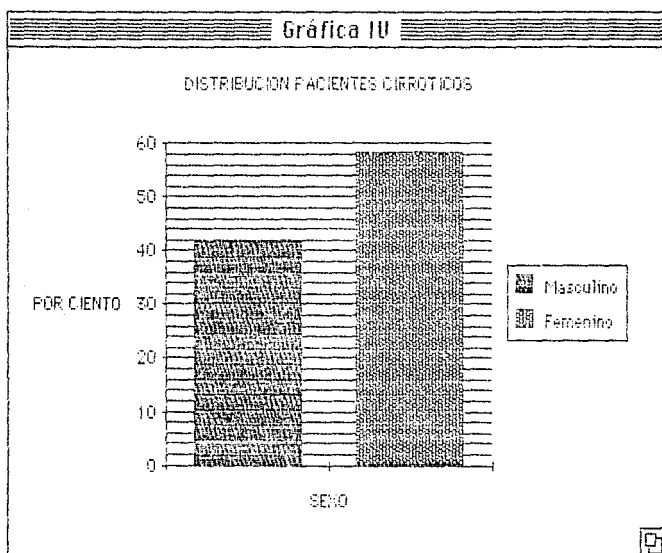
Grafica II



Grafica III

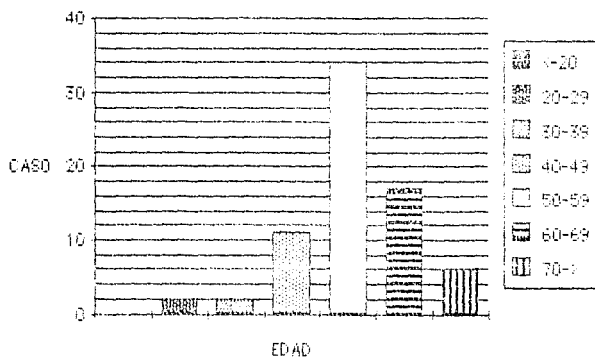


Gráfica IV



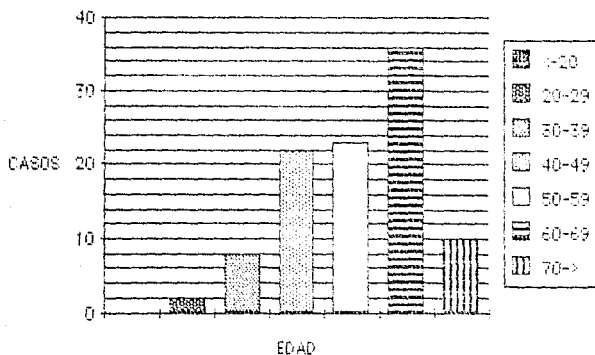
Gráfica V

DISTRIBUCION DE PACIENTES
MASCULINOS CIRROTICOS



Gráfica VI

DISTRIBUCION DE PACIENTES
FEMENINOS CIRROTICOS



Cuadro II
PACIENTES CIRROTICOS

VARIABLES	VIVOS	MUERTOS	P
- Edad	55.6	60.5	<0.05
- Glucosa	132.3	208	<0.005
- Bun	27.9	25.4	NS
- Creatinina	1.4	2.3	NS
- Leucositos	6681	10083	NS
- Hematocrito	35.0	27.2	<0.005
- Hemoglobina	11.5	13.5	<0.05
- Plaquetas	215917	145000	NS
- Tiempo Prot.	16.6	26.1	<0.0005
- T.G.O.	73.9	80.5	NS
- T.G.P.	65.9	95.8	NS
- D.H.L.	230.5	264.5	NS
- Fosfatasa Alc.	185.8	168.7	NS
- Albúmina	3.1	3.4	NS
- Colesterol	165.1	102.5	NS
- Sodio	134.2	135.2	NS
- Potasio	3.9	4.5	NS
- Bilirrub. Total	2.4	3.3	NS

Cuadro III
PACIENTES CIRROTICOS

SEXO	VIVOS		MUERTOS		TOTAL
Masculino	57	10	05	00	72
Femenino	19	77	00	05	101
Total	76	87	05	05	173

RESULTADOS

De 246 pacientes que conforman nuestro trabajo, 173 (70.3%) fueron cirróticos. Entre los antecedentes de importancia en este grupo se refiere el alcohol en 34.13%, la transfusión sanguínea en 25.96%, los quirúrgicos en 21.63% y los medicamentos en 9.61%. (Ver cuadro I y gráfica I). Siendo los antecedentes de alcoholismo en hombre y transfusionales en mujeres los más frecuentes. (Ver gráficas II y III)

La distribución por sexo demostró mayor frecuencia de cirrosis en mujeres para un 58.3%, en relación con los hombres que abarcó el 41.7%. (Ver gráfica IV)

La prevalencia de edad se estableció entre la sexta y séptima décadas de la vida. (Ver gráficas V y VI)

La forma de presentación clínica más frecuente fue la insuficiencia hepática crónica en ambos sexos, seguida por la ascitis, el sangrado del tubo digestivo alto, la ictericia y la hepatomegalia. (Ver gráficas VII y VIII)

Con relación a las diferentes variables que fueron evaluadas para comparar el pronóstico entre vivos y muertos, se observó significancia estadística con la edad, glucosa, hematocrito, hemoglobina y tiempo de protrombina. (Ver cuadro II)

El total de pacientes que fallecieron fue igual entre masculinos y femeninos, pero el antecedente de su ingreso diferente. (Ver cuadro III).

DISCUSION

Si fuera posible controlar los principales agentes etiológicos de la cirrosis hepática (alcoholismo, hepatitis, etc), ésta enfermedad dejaría de ser un problema de salud. La realidad es distinta y mientras no se logre disminuir la cantidad de bebidas alcohólicas ni se logre reducir la frecuencia de hepatitis viral, el padecimiento seguirá teniendo un impacto considerable en todas partes del mundo. En la actualidad los médicos y cirujanos dedicados a preservar la vida y aliviar los sufrimientos, tendrán que continuar tratando pacientes con enfermedad hepática y sus complicaciones (11).

La finalidad de éste trabajo fue hacer énfasis en que ciertos datos de laboratorio pueden ser utilizados para valorar el pronóstico del paciente cirrótico, encontrando que la edad, la glucosa, el hematocrito, la hemoglobina y el tiempo de protrombina tienen valor pronóstico; los cuáles pueden ser utilizados en distintos niveles hospitalarios a bajo costo. Pudiera resultar útil conocer a tiempo las expectativas de cada caso para dirigir el tratamiento en forma oportuna.

Los datos obtenidos difieren parcialmente de lo encontrado por otros autores en la literatura, pues aunque el tiempo de protrombina es un factor pronóstico muy importante para la evolución de la enfermedad y es coincidente en nuestro estudio, llama la atención el no encontrar disociación en los valores de bilirrubinas y albúmina, como lo reportan otros autores; y si en cambio en nuestro trabajo se presentaron valores significativos en la glucosa, la hemoglobina y el hematocrito. Estos hallazgos podrían ir en relación a que el grupo estudiado fue ambulatorio.

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo que se llevó a cabo en pacientes ambulatorios de la consulta externa podemos decir:

1- Los pacientes cirróticos abarcaron un 70% de la población de enfermos hepáticos.

2- El alcoholismo fue el antecedente más frecuente encontrado.

3- Se documentó una mortalidad de 5.7% y de ésta, el 50% tenían antecedente de alcoholismo.

4- La edad predominante fue entre la sexta y séptima décadas de la vida.

5- Los índices pronósticos significativos para establecer la relación de mortalidad en los pacientes fueron: edad, glucosa, hematocrito, hemoglobina y tiempo de protrombina.

BIBLIOGRAFIA

1- Kershenobich, D; Cirrosis hepática en libro de Villalobos, 3ra edición; Editorial Méndez Oteo; capítulo 111; págs 381-394, 1986.

2- Dajer, F., Guevara, L., Arosamena, L., Suárez, G., Kershenobich, D. Consideraciones sobre la epidemiología de la cirrosis hepática alcohólica en México. Rev. Invest. Clin. (Mex.) 30:13-28, 1978.

3- De La Fuente, JR., Gutiérrez, LM., Rivero, F., García, P., Rojkind, M., Kershenobich, D. Detección precoz de alcoholismo en una población hospitalaria. Rev. Invest. Clin. (Mex.) 34: 1-6, 1982.

4- González Caamaño A., Pérez, B., Nieto, S., y cols. Importancia de las enfermedades crónico degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual en México. Salud Pública Mex., 28: 3-13, 1986.

5- Rossi, L., Milani, A., Marra, L., Siciliano, M. Grading Scores and Survivorship Functions in Liver Cirrhosis: A comparative statistical analysis of various predictive models. Hepato-Gastroenterol 33:240-243, 1986.

6- Galambos, J. Enfermedad hepática alcohólica: hígado graso, hepatitis y cirrosis en Gastroenterología de Bockus. 4ta edición, Editorial Salvat. Cap. V. Págs:3257-3323, 1987.

7- Chistian, G. y cols Prognostic Indicators in Alcoholic Cirrhotic Men. Hepatology 18:22-227, 1988.

8-Guerrero, G., Vargas, F., Guevara, L., Características del paciente con cirrosis hepática atendido en un hospital de tercer nivel Rev. Asc. Méd. Int. Vol.2 #4, Diciembre 1986.

9- Orrego, H., Israel, Y., Blake, A., Medline, A. Assesment of prognostic factor in alcoholic liver disease; toward a global quantitative expression of severity. Hepatology. Vol. 3:896-905, 1984.

10- Orrego, H. Pronóstico de la hepatopatía alcohólica proyecciones en la investigación y en ensayos terapéuticos, memoria de la asoc. Mex. Gastro. Diciembre 1984.

11- Charles, G. Portal hipertension en major problems in clinicals surgery (preface). VolXIII in the series, 1974.

12- Boom, A., Ortiz, O., Gil, D. y cols. Diagnóstico de hipertensión porta y/o insuficiencia hepática en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto, utilizando análisis de regresión logística. Rev. Gastroenterol Mex. 49:91-95, 1984.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**