

GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TFEM2407



Carrera de Posgrado
Especialización en Clínica Médica
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

Características clínicas y epidemiológicas de pacientes internados en sala de Clínica Médica por Síndrome Ascítico Edematoso secundario a cirrosis de causa alcohólica.

Alumna: Santolaya, Ivana Belén

Tutores: Dr. Toni, Pablo¹, Cortez, Eduardo²

Colaboradores:, Guenzelovich, Graciela³, Arciero, Graciela⁴, Rodríguez, Macarena⁵

Centro formador: Hospital Dr. Roque Sáenz Peña. Rosario.

Año: 2023

1. Médico. Especialista en Clínica Médica. Staff del Servicio de Clínica Médica del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña.
2. Médico. Especialista en Clínica Médica. Especialista en Gastroenterología. Jefe del Servicio de Clínica Médica del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña
3. Bioquímica. Jefa de Laboratorio de Hospital Dr. Roque Sáenz Peña
4. Bioquímica. Especialista en Microbiología. Jefa de Servicio de Microbiología (hasta 2022) del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña
5. Licenciada en Estadística.

Índice

Abreviaturas.....	Página 3
Introducción.....	página 4 a 6
Objetivos.....	página 7
Materiales y Métodos -	
Diseño.....	página 8
Criterios de inclusión.....	página 8
Criterios de exclusión.....	página 8
Análisis estadístico (variables).....	páginas 9 a 11
Consideraciones Éticas	páginas 11
Análisis de Datos	página 12
Resultados Estadísticos.....	páginas 12 a 17
Discusión.....	páginas 18 a 21
Conclusión.....	página 22
Bibliografía.....	páginas 23-24
Anexos	páginas 25 a 27

Índice de Abreviaturas

SAE: síndrome ascítico edematoso

ERC: enfermedad renal crónica

PBE: peritonitis bacteriana espontánea

VHB: virus hepatitis B

VHC: virus hepatitis C

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

TGO: Aspartato-aminotransferasa

VEDA: video endoscopia digestiva alta

Cr.p: creatinina plasmática

PMN: polimorfonucleares

Introducción.

La enfermedad hepática crónica relacionada al consumo excesivo de alcohol, constituye un problema sanitario importante en nuestro país relacionado a la falta de percepción del alcoholismo como un problema de adicción principalmente por quienes lo padecen, asociado a la dificultad secundaria a esta problemática en salud, de acceder a la atención médica.

Se sabe que el consumo diario mayor a 40 gr/día en la mujer y 60 gr/día en el hombre¹, es suficiente para desarrollar con los años la existencia de hepatopatía alcohólica cuyo resultado común es la cirrosis tras 10 a 20 años , atravesando en el medio de la línea de tiempo, múltiples complicaciones secundarias a la hipertensión portal transformándose en el principal origen de ingresos hospitalarios y complicaciones que derivan en internaciones recurrentes, disminución de la expectativa de vida y muerte temprana en estos pacientes que son principalmente hombres de mediana edad.

La cirrosis hepática, definida brevemente como nódulos de regeneración rodeados de tejido fibroso que reemplazan a la estructura lobulillar normal, de pequeño tamaño al inicio (micronodulillar) aumentando progresivamente con el tiempo, asociado a la alteración difusa de la arquitectura vascular; constituye la fase más avanzada y estadio final e irreversible de la enfermedad por consumo crónico de alcohol siendo la base además, junto con el Virus de la Hepatitis C, para el desarrollo del carcinoma hepatocelular⁽²⁻³⁾

A partir de la instauración de los cambios antes descritos, el hígado de los pacientes cirróticos entra en un estadio de insuficiencia funcional evidenciándose a través de ciertas alteraciones características de esta población, tales como la presencia de hipoalbuminemia, plaquetopenia y prolongación de tiempos de coagulación, hiperbilirrubinemia,⁴ desnutrición severa y ascitis resultando en sus principales complicaciones la presencia de várices esofágicas que conllevan al riesgo elevado de hemorragia variceal, con alta mortalidad; y desarrollo de infecciones

siendo la más común la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) en aquellos pacientes con ascitis ⁵

El Síndrome Ascítico Edematoso (SAE) , motivo de internación muy frecuente en esta población, se caracteriza por la presencia de edemas generalizados, asociado a la acumulación de líquido intra-abdominal, visible clínicamente por un abdomen tenso, presencia de onda ascítica, signo del tímpano de hielo y matidez percutoria, semiología importante para marcar el grado de ascitis y la necesidad de realizar paracentesis diagnóstica y/o evacuadora, relacionado principalmente con el confort, la clínica y la necesidad del paciente.

La PBE cuyo principal mecanismo fisiopatológico es la traslocación bacteriana intestinal, se caracteriza por la presencia de dolor abdominal, en ocasiones aumento de la temperatura corporal, encefalopatía hepática y el recuento aumentado de elementos en líquido ascítico mayor o igual a 250 /mm³ de neutrófilos, cultivo monomicrobiano cuando se obtiene rescate microbiológico (no tan frecuente) y ausencia de infección intra-abdominal aparente. Las quinolonas constituyen la principal línea de tratamiento antibiótico ya sea de forma oral o endovenosa en aquellos pacientes estables y las cefalosporinas de tercera generación como la Ceftriaxona, la droga de elección en aquellos pacientes que requieren ingreso hospitalario. ⁶

Desde el punto de vista epidemiológico existe evidencia en la bibliografía de que las infecciones bacterianas, representan el 25%-46% de las hospitalizaciones en pacientes cirróticos descompensados y se asocian a una alta mortalidad y morbilidad, aumentado cuatro veces la probabilidad de muerte de los pacientes con cirrosis descompensada, alcanzando una tasa de mortalidad del 30% después del primer mes y el 63% después del primer año de seguimiento. Se estima que, en lo que respecta a la peritonitis bacteriana espontánea, la incidencia alcanza el 3,5% al año en pacientes ambulatorios con cirrosis descompensada con una alta tasa de recurrencias (70% aproximadamente) en aquellos pacientes que no realizan profilaxis antibiótica adecuada.⁷ Si bien en nuestro medio existe escasa bibliografía al respecto, se encuentran publicaciones abalando a la PBE como principal proceso infeccioso en

estos pacientes, seguido de las infecciones urinarias y las pulmonares en tercer lugar tanto en pacientes hospitalizados como aquellos provenientes de la comunidad.⁸⁹

Clásicamente los microorganismos que con mayor frecuencia se aíslan son los Gram Negativos, siendo la *E. Coli* y la *Klebsiella sp.* las bacterias que encabezan la lista, aunque en los últimos años se informó en América del Norte y América del Sur un aumento creciente de gérmenes Gram Positivos tales como *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.* y *Enterococcus spp.*¹⁰, así como un aumento de la resistencia a quinolonas, principalmente en aquellas PBE intrahospitalarias, constituyendo esto un problema a la hora de iniciar un tratamiento antibiótico en esta población. Probablemente dicho conflicto se deba a un aumento del uso de esta familia de fármacos de forma excesiva e indiscriminada, la mayor prescripción de antibióticos en general y la realización de maniobras invasivas.¹¹

A raíz de lo antes expuesto se plantea la realización del siguiente trabajo a fin de conocer la epidemiología de nuestro hospital, las características clínicas de los pacientes analizados con síndrome ascítico, la respuesta al tratamiento, los principales microorganismos involucrados en la PBE, el porcentaje de cultivos positivos de las paracentesis diagnósticas realizadas en la población estudiada, la severidad de hepatopatía, la presencia o no de encefalopatía hepática a su ingreso y su gravedad, la asociación con insuficiencia renal y esteatosis hepática.

Objetivos

Primario:

- Describir las características clínicas y epidemiología de los pacientes internados por Síndrome Ascítico Edematoso en pacientes con diagnóstico previo de cirrosis secundaria a consumo crónico de alcohol en la Sala de Clínica Médica del Hospital “Dr. Roque Sáenz Peña” en un periodo comprendido entre 1 de Enero de 2017 al 31 de Marzo de 2021” en la ciudad de Rosario, Santa Fé, Argentina

Secundarios:

- Establecer la frecuencia de PBE, Neutroascitis y Bacterioascitis en la población estudiada
- Establecer el rescate microbiológico más frecuente en cultivos positivos de la población estudiada
- Establecer la sensibilidad a los antibióticos de uso frecuente

Materiales y Métodos

Diseño:

Estudio DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL.

Área de estudio:

Este estudio se realizó en el Hospital “Dr. Roque Sáenz Peña”, de la ciudad Rosario (Santa Fe, Argentina), que forma parte de la Red de Servicios de Salud Pública de la Municipalidad de la ciudad de Rosario, ubicado en la zona sur de la ciudad y es el referente de Nivel II de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste que incluyen 20 Centros de Salud aproximadamente ¹²

La sala de Clínica Médica cuenta con dos pabellones, uno destinado a hombres y otro a mujeres, de 12 camas cada uno, incluyendo dentro de estos una habitación de aislamiento respiratorio por sector. Presenta además un área de cuidados intermedios a bajo, conocida como UCIN la cual cuenta con 6 camas de uso mixto.

Muestra:

Pacientes ingresados de forma consecutiva durante el periodo comprendido entre 1 de Enero de 2017 al 31 de Marzo de 2021 con diagnóstico de Síndrome Ascítico Edematoso y diagnóstico previo de cirrosis hepática por ecografía, dato plasmado en la historia clínica, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con Síndrome Ascítico Edematoso con diagnóstico previo de cirrosis hepática secundario al consumo crónico de alcohol que requieren internación en sala de clínica médica.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con SAE y serologías positivas para VHC, VHB Y VIH
- Pacientes con SAE asociado insuficiencia cardíaca
- Paciente con SAE asociado a hepatocarcinoma
- Paciente con SAE asociado a hepatitis autoinmune.

Recolección de datos:

Los datos se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas de pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica y registros del laboratorio del efector de todos los pacientes internados en el periodo comprendido entre 1 de Enero del 2017 hasta 31 de Marzo del 2021 inclusive. Se utilizó una ficha estandarizada, confeccionada por el equipo de salud, para plasmar los datos a analizar.

Variables

Las variables analizadas fueron:

1. Edad: en años
2. Sexo: femenino – Masculino
3. Síndrome Ascítico Edematoso secundario a cirrosis por hipertensión portal de causa alcohólica: definiendo al mismo como la presencia de líquido libre en cantidad anormal en la cavidad peritoneal, evidenciada clínicamente por distensión abdominal, matidez percutoria de concavidad superior desplazable, edema de pared y/o en miembros inferiores, signo del timpano de hielo, onda ascítica desplazable y/o ecografía abdominal con líquido libre e imagen hepática compatible con cirrosis (hígado con borde romo, nodularidad, parénquima heterogéneo, tamaño disminuido) en contexto de consumo crónico de alcohol.
4. Consumo crónico de alcohol en gramos/día. Este dato es obtenido a través de la historia clínica, encontrándose como parte de la misma en nuestro efector.
5. Presencia de Ascitis, según información disponible en la historia clínica de cada paciente, siendo esta la complicación más frecuente en los pacientes con cirrosis es conveniente en un inicio clasificarla como:
 - *Ascitis no complicada*: aquella ascitis que responde a las medidas higiénico-dietéticas con o sin tratamiento farmacológico
 - *Ascitis Refractaria*: aquella sobrecarga de líquidos que no responde a la dieta con restricción de sodio (50 mEq/día), tratamiento con diuréticos a dosis máximas durante al menos una semana o presencia de complicaciones secundarias a su administración, falta de respuesta evaluada como pérdida de peso menor a 0.8 kg en 4 días o reaparición de ascitis de grado 2 o 3 en las primeras 4 semanas de tratamiento.^{13, 14}
6. Grado de Ascitis: clasificada según el Club Internacional de Ascitis como ¹⁵:
 - ✓ Grado 1: solo detectable por ecografía. No requiere tratamiento farmacológico

- ✓ Grado 2: distensión abdominal moderada, simétrica. Requiere como tratamiento restricción de sodio y diuréticos
- ✓ Grado 3: gran distensión abdominal. Requiere paracentesis evacuadora además de diuréticos y restricción salina.

5. Presencia de Peritonitis Bacteriana Espontánea: infección de líquido ascítico previamente estéril definida como un recuento mayor a 250 /mm³ de PMN asociado a cultivo positivo y sus variedades:¹⁶

- Bacterioascitis: colonización bacteriana en ausencia de reacción inflamatoria, es decir con un recuento de PMN menor a 250/mm³
- Neuroascitis: presencia en el líquido ascítico de PMN > 250/mm³ con cultivo negativo.

Para la cual se le realizó paracentesis diagnóstica a todos los pacientes y se solicitó análisis citofisicoquímico y cultivo del líquido ascítico obtenido.

6. Presencia de encefalopatía hepática: típicamente se presenta como alteración del estado mental, hiperreflexia, asterixis, alteración del sueño, potencialmente reversible¹⁷. La vamos a definir según la clasificación de los criterios de West Haven en ¹⁸:

- Grado 1: alteración de conciencia, euforia, ansiedad, déficit de atención, incapacidad de sumar o restar
- Grado 2: apatía, desorientación témporo- espacial, comportamiento inapropiado, cambios sutil en personalidad, asterixis.
- Grado 3: somnolencia, responde a estímulos verbales, pseudo-estupor, desorientación
- Grado 4: coma

Datos disponibles en la historia clínica de cada paciente.

7. Nivel de creatinina plasmática: Se categoriza en forma independiente, como normal o alterado según los valores de referencia del laboratorio del HRSP (límite superior normal 1.1 mg/dl)

8. Child-Pugh: como índice de severidad de hepatopatía, pudiendo ser A, B o C.¹⁹ (Ver anexos)
9. Presencia de hepatitis alcohólica (según examen físico realizado al ingreso, plasmado en la historia clínica de cada paciente): utilizamos criterios clínicos y bioquímicos
 - Clínicos (uno o más): ictericia, dolor abdominal, fiebre, encefalopatía, ascitis, antecedentes de consumo de alcohol de jerarquía.
 - Laboratorio: aumento de bilirrubina > a 5 mg/dl, prolongación de los tiempos de coagulación (TP testigo 10.9), aumento de TGO a valores menor a < 300 UI/ml, relación aspartatoaminotransferasa / alaninaaminotransferasa > 2 (TGO/TGP), neutrofilia.²⁰
10. Puntuación de Maddrey: como herramienta de evaluación de gravedad de Hepatitis Alcohólica, clasificándola en Moderada y Severa²¹
11. Comorbilidades asociadas: Hipertensión Arterial Crónica – Diabetes Mellitus – Tabaquismo – Infección por VHC, VHB, VIH .Datos obtenidos del registro en la historia clínica de cada paciente y solicitud de serologías a todos los pacientes.
12. Varices esofágicas: diagnóstico por VEDA.
13. Presencia de Esteatosis Hepática: evidenciada por ecografía abdominal, solicitada a todos los pacientes a su ingreso

Consideraciones éticas

Previo al inicio del trabajo se solicitó autorización al Comité de Docencia del Hospital “Dr. Roque Sáenz Peña”, que aprobó su realización y se extendió la autorización correspondiente para revisar la base de datos de las historias clínicas. Así mismo debido a que los datos de las historias clínicas son de suma confidencialidad fueron resguardados de acuerdo a lo dispuesto por la ley Nacional N°26.529.

Resultados Estadísticos

Análisis de datos

Para responder a los objetivos planteados se realizó un análisis descriptivo de los datos a través de tablas y gráficos. Se analizaron todas las variables incluidas en el estudio. Las variables continuas se resumen con la media y desvío estándar (DE) si cumplen el supuesto de normalizado con la mediana y los cuartiles 1 (Q1) y 3 (Q3) si no se cumple dicho supuesto (para evaluar esto se aplicó el test de Shapiro-Wilk con un nivel de significación del 5%). Las variables categóricas se representan a través de frecuencias absolutas y porcentuales.

El análisis de los datos se realizó a través de las facilidades gráficas que ofrece Microsoft Office a través de Excel, y los cálculos de estadísticas para los test de hipótesis, así como su significación, fueron realizados a través del programa BM SPSS Statistics (versión 18).

Resultados

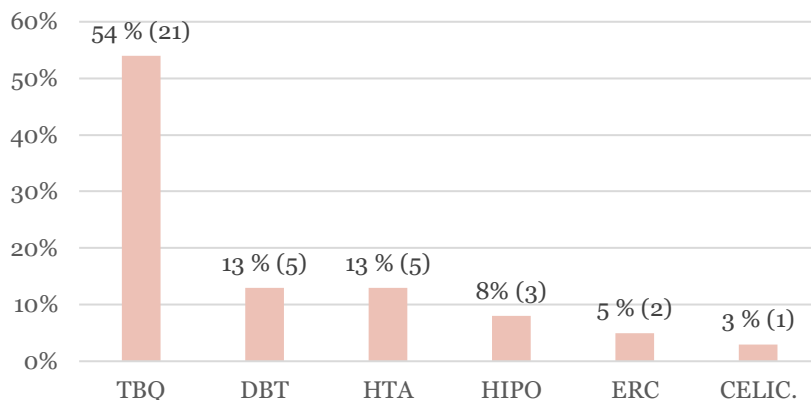
Se incluyeron en total 39 pacientes, el 90% (35) de los que participaron son de sexo masculino. La mediana de edad fue de 55 [Q₁=46 ; Q₃=59] años. El promedio de consumo de alcohol diario fue 316,46 gr/día en hombres y 180 gr/día en mujeres.

A continuación (en la tabla 1 y gráfico 1), se representan las características clínicas y epidemiológicas. El 36% de los pacientes (n=14) tuvo nivel de creatinina plasmática mayor a 1.1gr/dl y el 46% (n=18) tuvo encefalopatía hepática (de ese universo, la mitad tuvo grado 1, el 39% grado 2 y el 11% grado 3). Además, se puede ver que cerca de la mitad de los pacientes (20) tuvieron hepatitis alcohólica (el 65% de ellos tuvo una puntuación de Maddrey severa) y vrices esofágicas (46%). Del total de pacientes, el 60% (n=24) contó con al menos una comorbilidad y 15 no presentaron ninguna asociada.

Tabla 1: Distribución de los pacientes según características clínicas

Características Clínicas	Si	No	No sabe
<i>Cr.p. >1.1</i>	36% (14)	64% (25)	
<i>Comorbilidades</i>	60% (24)	40% (15)	
<i>Encefalopatía hepática</i>	46% (18)	54% (21)	
<i>Hepatitis alcohólica</i>	51% (20)	49% (19)	
<i>Varices Esofágicas</i>	46% (18)	8% (3)	46% (18)

Gráfico 1: Distribución de los pacientes según comorbilidad

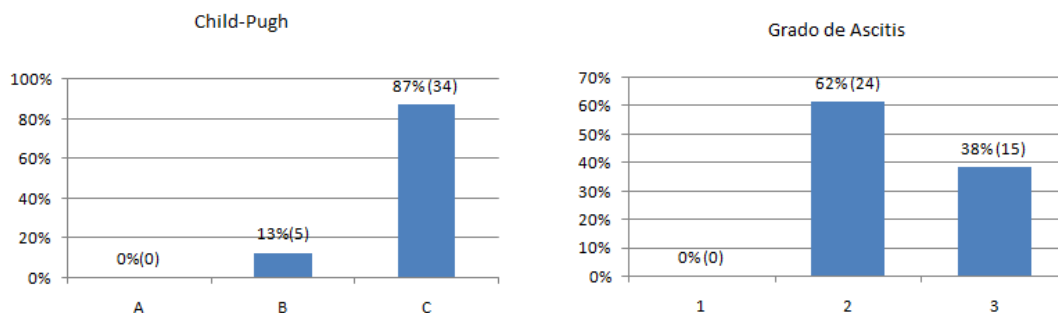


*TBQ=Tabaquismo – DBT=Diabetes – HTA=Hipertensión- HIPO=hipotiroidismo – ERC= enfermedad renal crónica – CELIC= celiacía

Como se detalla en el gráfico 1, un poco más de la mitad de los pacientes eran fumadores (54% - N=21). El resto de las comorbilidades se presentaron en bajos porcentajes. El 13% (5) de las personas resultan ser diabéticas y misma cantidad de pacientes presentan hipertensión. Solo el 5 % (2) poseen ERC el .3% (N=1) enfermedad celiaca asociada.

Respecto al grado de Ascitis, el 62% (n=24) tuvo grado 2 y ninguno tuvo grado 1. En base al índice de severidad de hepatopatía se observa que la mayoría (87%- N=34) tuvo grado C y ninguno tuvo grado A (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución de los pacientes según Grado Ascitis y Child-Pugh



En cuanto al análisis microbiológico obtenido a través del cultivo del líquido ascítico, de los pacientes estudiados, solo el 13% (5) presentó cultivo positivo (gráfico 3). De aquellos que tuvieron PMN >250 (cant. 8), el 25% presentó cultivo positivo. Así observamos que, según las definiciones establecidas a partir de la bibliografía, 6 pacientes cumplen con el criterio diagnóstico de neutroascitis, 3 de bacterioascitis y 2 de peritonitis bacteriana espontánea (gráfico 4), presentando el resto de los pacientes un diagnóstico de ascitis no complicada (no incluidos en el gráfico)

Para responder a los objetivos secundarios, se desea estudiar el rescate microbiológico más frecuente de la población estudiada. Solo se obtuvo información sobre 5 pacientes que arrojaron los siguientes resultados :*E.Coli* – *Klebsiella P.* – *S. Epidermidis* – *S.Pneumoniae*. En cuanto a Sensibilidad y Resistencia que tienen los fármacos a ciertos microorganismos también se obtuvieron pocos resultados, que fueron los siguientes: Sensibilidad a Vancomicina, Ciprofloxacina, Trimetoprima-Sulfametoxazol, Clindamicina, Eritromicina para el *S. Epidermidis*; Ciprofloxacina, Trimetoprima-sulfametoxazol, Ceftriaxona y Ampicilina/Sulbactam para *E.Coli*; Ampicilina/Sulbactam, Ceftriaxona, Ciprofloxacina, Cefotaxima, Trimetoprima-Sulfametoxazol para *Klebsiella P* y Levofloxacina, Eritromicina, Ceftriaxona, Trimetoprima-sulfametoxazol, Penicilina para *S. Pneumoniae*. En cuando a la resistencia, se evidenció que *K. Pneumoniae* fue resistente a Ampicilina y *S. Pneumoniae* lo fue a Cefalexina, Gentamicina y Ampicilina/Sulbactam no obteniéndose resistencia antimicrobiana en el resto de los cultivos (Tabla 2)

Gráfico 3: Distribución de los pacientes según cultivo.

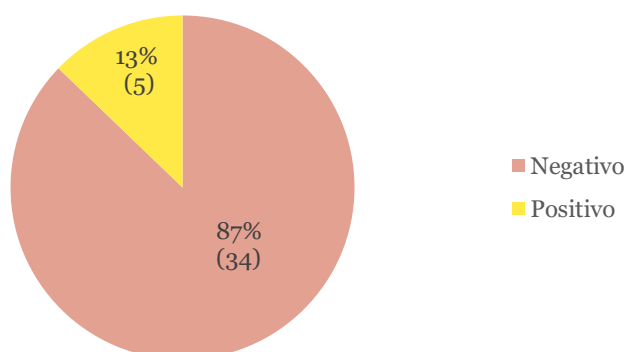


Gráfico 4: Distribución de pacientes con Neuroascitis, Bacterioascitis y PBE

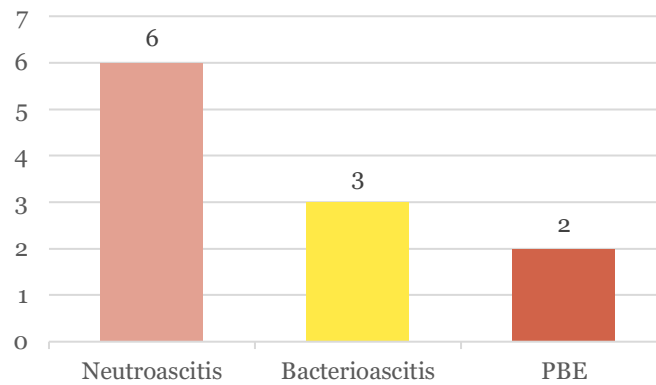


Tabla 2:

	S. EPIDERMIDIS		E. COLI		KLEBSIELLA P.		S. PNEUMONIAE	
	Sens	Resis	Sens	Resis	Sens	Resis	Sens	Resis

Vancomicina	1							
Ciprofloxacina	1		1		1			
Trimetoprima/Sulfametoxazo I	1		1		1			
Clindamicina	1							
Eritromicina	1							
Cefalexina		1						1
Gentamicina		1						1
Ampicilina/Sulbactam		1	1		1			
Ceftriaxona			1					
Cefotaxima					1			
Ceftazidima					1			
Ampicilina						1		
Penicilina							1	

Respecto al tratamiento, se puede ver que 11 (28%) pacientes recibieron tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona por sospecha de PBE y 28 (72 %) recibieron tratamiento con espironolactona y furosemida (grafico 5). De éstos últimos,

se destaca que el 89% (N=25) tuvo buena respuesta al tratamiento farmacológico según control de peso diario y el 11% (N=13) no (Tabla 3)

Gráfico 5: Cantidad de pacientes según tratamiento

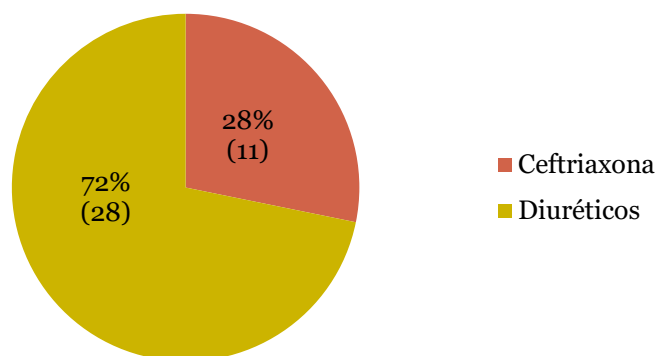
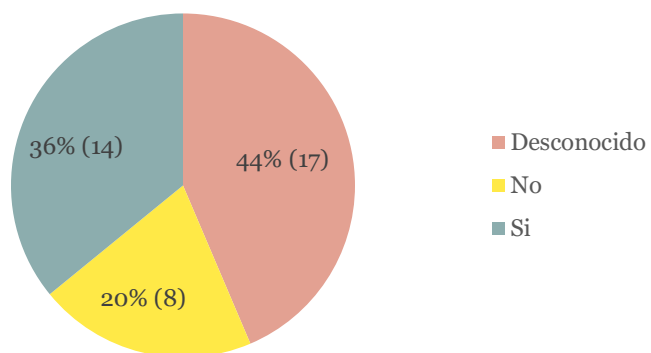


Tabla 3

Respuesta Tratamiento Farmacológico	N	%
Si	25	89%
No	13	11%
Total	28	100%

Por último, tras solicitar ecografía abdominal a todos los pacientes, se puede aclarar que, observando los valores de esteatosis hepática, se evidencia que el 36% (14) presenta dicha condición, pero de un gran porcentaje (44%) se desconoce la respuesta de esta variable (17), pues no se encuentra informado en el resultado de dicho estudio (gráfico 6).

Gráfico 6: Distribución de los pacientes según esteatosis.



Discusión

El síndrome ascítico edematoso secundario a hipertensión portal por cirrosis en contexto de consumo crónico de alcohol, constituye un problema sanitario a nivel mundial, siendo en nuestro medio una causa frecuente de internación principalmente por las múltiples complicaciones secundarias a la misma, tanto por los déficit nutricionales que provoca esta patología como el efecto tóxico directo del alcohol, responsable de la lesión hepática en estos pacientes.

En nuestro trabajo se pudieron analizar 39 pacientes con síndrome ascítico edematoso que cursaron internación en la sala de Clínica Médica para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Los mismos presentaban diagnóstico previo de cirrosis a través de método ecográfico.

Un total de 3 pacientes fueron desestimados debido a poseer, uno de ellos positividad para VHC cuyo diagnóstico se realizó al ingreso; otro presentaba hepatocarcinoma en curso asociado a VIH y el tercero, ascitis asociada a insuficiencia cardíaca.

De los pacientes evaluados, la mayoría de género masculino (n=35), todos presentaban un consumo diario del alcohol, medido en gramos/día, notablemente superior al límite establecido, presentando además como principal comorbilidad el consumo de tabaco, dejando en evidencia la probable personalidad adictiva que caracteriza a estos pacientes, los cuales en su mayoría no reconocen dichas condiciones como un problema de salud.

La severidad de la hepatopatía puede ser evaluada a través del cálculo de Child - Pugh el cual pone de manifiesto en nuestro trabajo que la mayoría presentan una hepatopatía severa (n=34), es decir un índice grado C y en menor medida grado B (n=5). En lo que respecta al género y al score de Child-Pugh, dichos hallazgos epidemiológicos son similares a trabajos consultados de índole local y nacional, al igual que la edad de los pacientes, presentando un promedio de 55 años.

A un 36% de los pacientes se les detectó en el laboratorio de ingreso un aumento de la creatinina plasmática (n=14) que podría estar en correlación con la gravedad de la propia enfermedad. Este dato de laboratorio, constituye un factor agravante a la hora de establecer un tratamiento e incluso algunas bibliografías, consideran a este parámetro, junto con la hiponatremia, hipoalbuminemia y el tiempo de protrombina prolongado, como un factor de riesgo de mortalidad hospitalaria. La condición renal particularmente, toma aun más relevancia en el caso de los pacientes diabéticos e hipertensos en quienes se podría presumir la presencia de afectación renal establecida por dicha patología asociada, aunque la profundización en este punto escapa a las características de este trabajo. Pese a esto, sería interesante plantear a futuro la correlación de más datos de laboratorio con la evolución y pronóstico de los pacientes.

Por otro lado, tras haber obtenido la posibilidad de realizar una nueva ecografía abdominal en todos los pacientes, se pudo ver que si bien en la mayoría de los informes ecográficos (n=17) no se hace alusión a este hallazgo, de los pacientes que sí tenían informado este dato, un total de 14 presentaba algún grado de esteatosis hepática, la cual, según la bibliografía revisada, constituye la lesión más frecuente en el hígado de estos pacientes y se observa, independientemente del grado de severidad, como lesión única o asociada a alteraciones de mayor gravedad. Dentro de las alteraciones con las cual puede ir de la mano, la hepatitis alcohólica es una de las más esperadas, sabiendo que cuando se hace presente, predomina la clínica y alteraciones del laboratorio de ésta última. Es así como en nuestro trabajo se puede observar que el número de pacientes con y sin dicha complicación fue similar.

Haciendo referencia a la severidad de la ascitis de nuestros pacientes, la mayoría ingreso con un grado 2 (n=24) teniendo una buena respuesta al tratamiento antibiótico en los casos que fue requerido (n=11) y en los que no, presentando en general buena evolución con las medidas higiénico dietéticas y al tratamiento diurético instaurado (n=25). A esto se puede agregar que la minoría de los pacientes (11% - n=13) necesitó paracentesis evacuadora.

Con respecto a la encefalopatía hepática, entidad que condiciona la supervivencia de los pacientes, es una complicación conocida en esta población, secundaria a la acumulación de toxinas circulantes que cruzan la barrera hematoencefálica, clasificada en diferentes grados según la bibliografía consultada (ver Anexos), y a cuyo diagnostico se llega a través de la anamnesis y examen físico, podemos decir que en nuestra población fue una manifestación frecuente, representando respecto un 46 % de los pacientes que integran la muestra (n=18), de los cuales la mitad presentaban una encefalopatía grado 1. En este caso, se puede hacer una salvedad a trabajos locales consultados, con una muestra similar, en los cuales la encefalopatía detectada era mayor o igual a grado 2, según lo publicado. Esto puede deberse a que en las publicaciones mencionadas, no sólo se incluyen pacientes con hipertensión portal de causa alcohólica, sino también aquellos pacientes con infecciones por VHC, VHB, Hepatitis autoinmunes y otros.

Haciendo alusión a las varices esofágicas, se sabe que aproximadamente un 30% de los pacientes padecen esta complicación, y un 90% las presentará tras 10 años de evolución. Tienen como principal complicación la tan temida hemorragia digestiva la cual presenta una alta tasa de mortalidad, pese a que en un 40% de los pacientes cede espontáneamente²². Podemos decir que entre nuestros pacientes hubo un número, para nada despreciable (n=18) , que no pudieron ser sometidos a una videoendoscopia digestiva alta. Esto se debe, muy probablemente, a que son pacientes de alto riesgo, algunos cursando interurrencias infecciosas, con dificultad de mantener una estabilidad hemodinámica que les permita someterse a este método diagnostico. Ahora bien, de los que sí fueron evaluados, la mayoría presentaba varices esofágicas (n=18). Esto es comparable con la bibliografía consultada, la cual manifiesta que hasta un 50% de los pacientes cirróticos presentan varices esofágicas al momento del diagnóstico y dentro de ellos, un 85% son pacientes con score de Child Pugh B y C.

Intentando ahora, responder a los objetivos secundarios de nuestro trabajo, el ingreso de nuestros pacientes fue principalmente por un síndrome ascítico edematoso como manifestación de descompensación de su cirrosis de base, que puede darse en muchos casos por la presencia de una hepatitis alcohólica, hemorragia digestiva o más frecuentemente a una infección asociada.

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación frecuente en aquellos pacientes con hipertensión portal y cirrosis. Se asocia a un mal pronóstico con una disminución de la supervivencia al año, tras el primer episodio. La albumina plasmática, entre otros factores, es un parámetro a tener en cuenta no solo para la evolución sino que puede ser considerada factor de riesgo de recurrencia de dicha patología.

La PBE es la infección más frecuente en los pacientes cirróticos, constituyendo una de las principales causas de internación. Se debe principalmente a la traslocación bacteriana de la flora gram-negativa del intestino, lo cual se ve favorecido por la baja capacidad de opsonización que presenta el líquido ascítico, es decir, dificultad de eliminar a aquellos microorganismos (antígenos) que lo invaden.

De los 39 pacientes que fueron analizados en nuestro trabajo, sólo 2 presentaron el diagnóstico de PBE como tal, es decir con mayor a 250 polimorfonucleares en líquido ascítico asociado a cultivo positivo. Así mismo, 3 pacientes presentaron un cultivo positivo y 6 pacientes un cuadro de neutroascitis. Ésta última variante, puede ser manifestación de resolución de la infección, la presencia de un pequeño inoculo de bacterias o incluso tratarse de un mal procesamiento de la muestra. De cualquier manera, el tratamiento antibiótico debe ser instaurado de forma temprana ya que constituye una verdadera infección y debe ser tratado como una PBE.

El resto de los pacientes cursaron internación por un cuadro de ascitis no complicada, sin requerimiento de antibioticoterapia, presentando en general buena respuesta al tratamiento instaurado, como se mencionó previamente. De este aparatado existen pocas publicaciones que diferencien la forma de presentación, haciendo referencia en su mayoría al diagnóstico específicamente de PBE y su microbiología.

Ahora bien, respecto a aquellos pacientes con cultivos positivos, como era de esperarse, los gérmenes gram negativos encabezan la lista de patógenos hallados. Esto está ampliamente estudiado y avalado por la bibliografía tanto a nivel local, nacional e internacional, y cobra sentido, teniendo en cuenta la fisiopatología de esta entidad, que la mayoría de las infecciones se dan por *E. Coli*, *Klebsiella P.* y demás enterobacterias.

Sin embargo, según la bibliografía consultada, en los últimos años se puede observar un aumento en la incidencia de otros microorganismos involucrados, entre ellos bacterias gram positivas, sobre todo en América del Norte, América del Sur y Europa, representando un porcentaje para nada despreciable de gérmenes rescatados²³. Podemos observar entonces que entre nuestros pacientes se detectó un cultivo positivo a *St. Pneumoniae*, siendo éste, una manifestación poco frecuente de enfermedad invasiva por dicho germen, que si bien es más frecuente en niños, en

adultos está asociada a cirrosis, síndrome nefrótico y a infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ²⁴ por lo cual, no es raro encontrarlos con una peritonitis pneumocócica en la población que estudiamos.

Amerita comentar luego de este análisis, que se esperaba encontrar mayor número de cultivos positivos en el líquido ascítico, según lo explicitado en la bibliografía. De todas formas, no se puede discernir si esto está relacionado con la forma de recolección de muestra, el medio de transporte o el tiempo de inicio de la peritonitis bacteriana espontánea.

En cuanto al tratamiento, históricamente se han recomendado las cefalosporinas de tercera generación en los pacientes hospitalizados y se ha puesto en evidencia en algunos artículos revisados, el aumento de resistencia a las quinolonas, lo que contrasta con los antibiogramas obtenidos en nuestros pacientes, pues de los rescates logrados, ninguno presentó resistencia a estas dos familias de antibióticos. De todas formas, sería interesante obtener una mayor muestra de pacientes y cultivos positivos para poder sacar una conclusión más adecuada en cuanto a la epidemiología de nuestro hospital.

Por último, derivado del comentario del párrafo anterior, en cuanto al número pequeño de la muestra del trabajo presentado, sería importante resaltar dentro de las limitaciones del mismo, además de la N, el hecho de ser un estudio retrospectivo por lo cual hay muchos datos que no pudieron obtenerse por encontrarse incompleta la historia clínica. Además por cuestiones de accesibilidad, si bien todos los pacientes tenían b abdominal previa, no todos fueron sometidos a una ecografía doppler del eje espleno-portal, muy útil para el diagnóstico de cirrosis de forma no invasiva. Por otro lado el estudio se realizó en un solo efector de la ciudad. Así mismo, dentro del período evaluado, se inició la pandemia Covid-19, por lo cual entiendo que muchos pacientes dejaron de concurrir al hospital por patologías comunes de la población.

Conclusiones

Dentro de los pacientes con síndrome ascítico edematoso secundario a hipertensión portal en contexto de consumo de alcohol, se pudo ver en nuestra población hospitalaria que dicha patología se manifiesta predominantemente en el género masculino, quienes presentaban además del consumo crónico de alcohol, el tabaquismo como principal comorbilidad asociada.

En su mayoría los pacientes ingresan con ascitis grado 2, score de Child Pugh C y várices esofágicas. Además, de los que ingresaron con hepatitis alcohólica, presentaron un Maddrey mayor a 32, por lo cual se consideran pacientes gravemente enfermos y con riesgo de mala evolución.

Más de la mitad de los pacientes presentaron un cuadro de ascitis no complicada, con buena respuesta al tratamiento médico.

De los datos y análisis obtenidos del líquido ascítico, en nuestra población estudiada, los microorganismos Gram Negativos, entre ellos *E. Coli* y *Klebsiella P.* son los principales patógenos de la peritonitis bacteriana espontánea, presentando sensibilidad a las cefalosporinas de tercera generación y quinolonas, por lo cual es importante a la hora de instaurar el tratamiento, considerar este punto para elegir el antibiótico adecuado en nuestro efector.

Tras todos estos hallazgos, considero importante conocer las características de estos pacientes para un manejo apropiado de su internación, debido a que constituyen una población frecuente en la sala de Clínica Médica de nuestro hospital.

Referencias bibliográficas

¹ Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2008. p 2-6

² Fassio, E., Mazzolini, G., y la Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado. consenso y guías argentinas para la vigilancia, diagnóstico y tratamiento del hepatocarcinoma. *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2016;46(4):350–74. Disponible en: <https://actagastro.org>

³ Caballería, J. Caballería, A., Parés, A. Enfermedad hepática alcohólica. *Medicina Integral* [Internet]. 2000;35(10):474–80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral>.

⁴ Whitfield, J. B., Masson, S., Liangpunsakul, S., Hyman, J., Mueller, S., Aithal, G., Eyer, F., Gleeson, D., Thompson, A., Stickel, F., Soyka, M., Daly, A. K., Cordell, H. J., Liang, T., Foroud, T., Lumeng, L., Pirmohamed, M., Nalpas, B., Bence, C., Jacquet, J. M. Evaluation of laboratory tests for cirrhosis and for alcohol use, in the context of alcoholic cirrhosis. *Alcohol* [Internet]. 2018;66:1–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

⁵ Vicco M. H., Rodeles, L., Ferini, F., Karina Long, A., Musacchio, H.M. n-hospital mortality risk factors in patients with ascites due to cirrhosis. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2015;61(1):35–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

⁶ Tuomisto, S., Pessi, T., Collin, P., Vuento, R., Aittoniemi, J., & Karhunen, P. J.. Changes in gut bacterial populations and their translocation into liver and ascites in alcoholic liver cirrhotics. *BMC gastroenterology*. 2014.(24)14-40.

⁷ Marciano, S., Díaz, J. M., Dirchwolf, M., Gadano, A. Spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis: incidence, outcomes, and treatment strategies. *Hepat Med*. 2019;11:13–22.

⁸ Vorobioff J., Piñero, G.S., Hernandez, L., et al. Estudio de pacientes cirróticos institucionalizados en 25 centros. Análisis de recursos y conductas terapéuticas. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2018;48(4):284-295.

⁹ Ferreti, M.V., Parodi, R., Carcano, M. et al. Infecciones en pacientes cirróticos: Serie de casos. *REV. MÉD. ROSARIO*, 2009; 75:38-46.

¹⁰ Mansour, D., McPherson, S. Management of decompensated cirrhosis. *Clinical medicine*. 2018.18(2):60–65.

¹¹ Fiore M, Di Franco S., Alfieri A., Beatrice Passavanti M, Pace M., Kelly M. et al. Spontaneous bacterial peritonitis caused by Gram-negative bacteria: an update of epidemiology and antimicrobial treatments. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2019. Vol:13:7;683-692.,

- ¹²Municipalidad de rosario. Consultado el 21 de Mayo de 2021. Disponible en <https://www.rosario.gob.ar/inicio/distritos>
- ¹³ Martinez, J., Albillos, A. Tratamiento de la ascitis refractaria. *gastroenterologia y hepatologia* [Internet]. 2014;37(2):68–73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/>
- ¹⁴ Guevaraa, M., Alessandriaa, C., Uriz, J. TIPS y ascitis refractaria. *Gastroenterología y Hepatología* [Internet]. 2004;27(4):285–91. Disponible en: <https://www.elsevier.es/>
- ¹⁵ Ferreti,S., Baccaro Maria E., Tanno, M., Varobioff, Julio D. Síndrome ascítico y sus complicaciones. En: *Terapeutica Clinica*. Córdoba 3055: Corpus; 2011. p. 317–330
- ¹⁶ European Association for the Study of the Liver. EASL. Clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Journal of Hepatology* [Internet]. 2010;53(3):397–417. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- ¹⁷ Phillip S. Ge, M.D., and Bruce A. Runyon, editor. Phillip S. Ge, M.D., and Bruce A. Runyon, M.D. August 25, 2016 *N Engl J Med* 2016; Vol. 375:767-777
- ¹⁸ Mansour, D., & McPherson, S. Management of decompensated cirrhosis. *Clinical medicine*. 2018. Vol 18(2):60–65
- ¹⁹ Campos-Varela, I.,Castells, L. Prognostic scores of cirrosis. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31(7):439-446.
- ²⁰ Aranalde, G., Bartolomei, S., Keller, L. E. *Gastroenterología. Manual de medicina interna. Cálculos, scores y abordajes*. 2da Ed. Rosario, Santa Fe. Corpus. 2010. Pág.165-280.
- ²¹ Caballera, J., Michelena, J., Altamirano J. Hepatitis alcohólica grave. Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). *GH CONTINUADA*. Mayo-Junio 2011. Vol.10 (3): 143-148.
- ²² LaBrecque, D., Khan, A. G., Sarin, S. K., Le Mair, A.W. Várices esofágicas [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/>
- ²³ Marciano, S., Díaz, J. M., Dirchwolf, M.,Gadano, A. Spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis: incidence, outcomes, and treatment strategies. *Hepat Med*. 2019;11:13–22
- ²⁴ Gasparotto, A.M., Gianecini, A., Kasparian, A., Kremer, L., Rocchi, M., Quinteros Greco, C., et al. Infecciones intraabdominales en adultos causadas por *Streptococcus pneumoniae*: reporte de 18 casos. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* [Internet]. 2022;79(3):280–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Anexos

Ficha de recolección de datos

Paciente:

Sexo	Masculino	
	Femenino	

Edad

Consumo de alcohol (gr/día)

Si	No
----	----

Diagnóstico previo de cirrosis

Presencia de Ascitis

Ausente	Grado 1	Grado 2	Grado 3
---------	---------	---------	---------

Respuesta al tratamiento (No complicada – Refractaria)

Si	No
----	----

Encefalopatía Hepática

Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
---------	---------	---------	---------

Cr. Plasmática

CHILD-PUG

A	B	C
---	---	---

Hepatitis Alcohólica

Presente	Ausente
----------	---------

Puntuación de Maddrey

Líquido ascítico

< 250 PMN	>250 PMN	Cultivo positivo	Cultivo negativo

Rescate Bacteriológico	Antibiograma

Comorbilidades

	Si	No
Hipertensión Arterial		
Diabetes Mellitus		
Tabaquismo		
Insuficiencia Cardíaca Crónica		
Enfermedad Renal Crónica		

	Positivo	Negativo
VHC		
VHB		
VIH		

Esteatosis hepática por ecografía

Presente	Ausente

Varices esofágicas por VEDA

Presente	Ausente

Clasificación de Child- Pugh⁽¹⁹⁾

TABLA I. Clasificación de Child-Pugh

	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	2-3	> 3
Albúmina (g/dl)	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
Tiempo de protrombina (s)	< 4	4-6	> 6
%	> 60	40-60	< 40
INR	1,7	1,7-2,3	> 2,3
Ascitis	Ausente	Moderada	Tensa
Encefalopatía	Ausente	Moderada (I-II)	Grave (III-IV)
En caso de cirrosis biliar primaria			
Bilirrubina (mg/dl)	< 4	4-10	>10

Clase A: 5-6 puntos; clase B: 7-9 puntos; clase C: 10-15 puntos.
INR: cociente internacional normalizado.

Crterios de West – Haven para encefalopatía hepática ¹⁸

Table 1. West-Haven criteria for grading hepatic encephalopathy

Grade of encephalopathy	Symptoms/signs
Grade 1	Trivial lack of awareness, euphoria or anxiety, shortened attention span, impaired performance of addition or subtraction
Grade 2	Lethargy or apathy, minimal disorientation for time or place, subtle personality change, inappropriate behaviour, asterix
Grade 3	Somnolence to semi-stupor, but responsive to verbal stimuli, confusion, gross disorientation
Grade 4	Coma