

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, OD
UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA**

***CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CIRROTICOS CON ASCITIS QUE
REQUIEREN PARACENTESIS EVACUADORA DE REPETICIÓN***

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA

P R E S E N T A

FLOR DE MARÍA MONTES DE OCA SALINAS

TUTOR DE TESIS:

DRA. MARÍA DE FÁTIMA HIGUERA DE LA TIJERA

COTUTORES:

DR. DANIEL MURGUÍA DOMÍNGUEZ

DR. SANTIAGO CAMACHO HERNÁNDEZ

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

MÉXICO, D. F., JULIO 2018



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 esta 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.

Dra. María de Fátima Higuera de la Tijera
Jefa del Servicio de Gastroenterología
Servicio de Gastroenterología
Hospital General de México.
Tutor de Tesis

Dr. Daniel Murguía Domínguez
Médico Adscrito del Servicio de Gastroenterología
Servicio de Gastroenterología
Hospital General de México.
Co-tutor de Tesis

Dr. Santiago Camacho Hernández
Coordinador de Investigación
Servicio de Gastroenterología
Hospital General de México.
Co-tutor de Tesis

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	10
MATERIALES Y MÉTODO	11
Diseño	11
Sujetos	11
Metodología	12
Muestra	13
Variables	13
Análisis estadístico	13
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	19
Limitaciones	22
Conclusión	22
REFERENCIAS	24

INTRODUCCIÓN

Se considera a la cirrosis hepática como una enfermedad crónica del hígado caracterizada por la presencia de daño celular, fibrosis y nódulos de regeneración. Los cambios fisiopatológicos en los pacientes con cirrosis hepática incluyen aumento de la presión de la vena porta, alteración de la síntesis hepática y desnutrición. Estos cambios fisiopatológicos desencadenan el desarrollo de signos y síntomas físicos que impactan en el bienestar psicológico del individuo que vive con cirrosis. Los signos y síntomas físicos incluyen varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, ictericia, prurito, fatiga, movilidad alterada, disnea, malestar abdominal, síntomas gastrointestinales, cambio de la imagen corporal y edema con fóvea ⁽¹⁾.

La ascitis se define como la acumulación de líquido dentro de la cavidad peritoneal, la cirrosis hepática es la principal causa de su desarrollo. La ascitis es la descompensación más frecuente de la cirrosis hepática, presente aproximadamente en el 60% de los pacientes a los 10 años del diagnóstico. Esta descompensación está asociada con una alta incidencia de futuras complicaciones, tales como hiponatremia dilucional, infecciones bacterianas y síndrome hepatorenal ⁽²⁾.

La ascitis se clasifica en complicada y no complicada. La ascitis no complicada está definida como aquella que no presenta hiponatremia, refractariedad a diuréticos, lesión renal y peritonitis bacteriana espontánea. Así igual la podemos clasificar en tres grados en cuanto a su cantidad en la cavidad peritoneal: (1) ascitis leve, solo detectable por ultrasonido; (2) ascitis moderada, con asimetría abdominal y (3) ascitis a tensión ⁽³⁾.

La primera línea de manejo médico es la restricción de sodio así como el uso de antagonistas de aldosterona sólo o en combinación con diurético de asa con seguimiento bioquímico y disminución ponderal. La paracentesis es el procedimiento invasivo de referencia para drenar una cantidad significativa de ascitis de manera más rápida en comparación al manejo farmacológico. En caso de ascitis refractaria al tratamiento farmacológico, ascitis a tensión o ascitis intratable (que no puede ser tratada con dosis adecuadas de diuréticos debido al desarrollo de complicaciones inducidas por los mismos medicamentos, como: insuficiencia renal, hiponatremia dilucional y encefalopatía hepática) la paracentesis evacuadora de repetición se considera como el procedimiento de primera elección, aunque incrementa el riesgo de infecciones, hemorragia abdominal y principalmente disfunción circulatoria post-paracentesis. En dichos casos, el volumen y la frecuencia dependen del tiempo de reaparición de la ascitis y la severidad de los síntomas (4).

En caso de que la paracentesis no sea tolerada o este contraindicada, la derivación intrahepática portosistémica transyugular (TIPS) está indicada, la cual tiene como objetivo reducir la presión venosa portal. Aunque se ha determinado una mejoría en la supervivencia, su uso es controversial debido a que puede descompensar al paciente y causar encefalopatía hepática (4).

Un tratamiento alternativo recientemente desarrollado es un sistema automatizado de bomba de ascitis de bajo flujo (Sistema alfapump®, Sequana Medical AG, Zurich, Suiza), el cual en diversos estudios, los pacientes con ascitis refractaria experimentaron una mejoría de la calidad de vida, con una superioridad significativa en el dominio del dolor,

fatiga y otros síntomas sistémicos. Sin embargo es necesario estudios con seguimiento a más de 6 meses para verificar la persistencia de mejoría significativa ⁽⁵⁾.

La cirrosis hepática tiene un marcado impacto en la calidad de vida del individuo. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la percepción del individuo de su funcionamiento físico, cognitivo, emocional y social. Está bien documentado que la CVRS es menor en pacientes con cirrosis que en la población general. Otros estudios han determinado que la ascitis genera un aumento del estrés y ansiedad relacionados con el deterioro de la imagen corporal, inmovilidad y una mayor probabilidad de caídas; así como un aumento de uso sustancial de los servicios hospitalarios, debido a los ingresos frecuentes que a menudo no son planificados ^(6, 7).

Se han identificado factores relacionados a una CVRS alterada que incluye la etiología no alcohólica de la cirrosis, gravedad de la ascitis, antecedentes de encefalopatía hepática y tratamiento con lactulosa. A nivel bioquímico, los pacientes con hiponatremia tienen un marcado deterioro de la CVRS. Los posibles mecanismos que explican la relación entre hiponatremia y deterioro de la CVRS son difíciles de determinar, aunque se ha especulado que altera el funcionamiento de las áreas del sistema nervioso central relacionadas con el sentido de bienestar ⁽⁸⁾.

Se ha descrito que los niveles bajos de albúmina sérica y anemia también se asociaron con peor CVRS con un deterioro en los dominios de función física y vitalidad. Por lo que el aumentar la concentración de hemoglobina puede ser un objetivo específico de la terapia para mejorar la CVRS en la cirrosis ⁽¹¹⁾.

La fatiga se ha identificado una fuerte correlación entre la depresión y la calidad de vida, lo que demuestra que cuanto más severa es la fatiga, más severa es la sintomatología depresiva y el mayor deterioro en la calidad de vida. Hauser W y col. determinaron un deterioro en la CVRS a mayor cantidad de medicamentos recetados y la importancia de evaluación sobre comorbilidad psiquiátrica en todos los pacientes con baja calidad de vida (9,10).

En cuanto a las escalas pronósticas utilizadas para la estadificación de la gravedad de la enfermedad hepática, aunque la escala MELD ha sustituido a Child-Pugh en la priorización de candidatos para trasplante de hígado; varios estudios han demostrado una asociación entre Child-Pugh y la CVRS, la cual podría explicarse por la inclusión en este índice de varios factores que están relacionados de forma independiente como la ascitis, encefalopatía y niveles de albúmina ⁽¹¹⁾.

El Cuestionario de Salud SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado salud y evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos; compara la carga de muy diversas enfermedades y detecta los beneficios en la salud producidos por un tratamiento. El cuestionario de salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) agrupados en 8 dominios no superpuestos que representan diversos aspectos de la CVRS: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, rol emocional y salud mental ⁽¹²⁾.

El cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años de edad y preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.

Los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia ⁽¹³⁾.

Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión española del SF-36 aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Estos resultados son consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales ⁽¹²⁾.

Las limitaciones del cuestionario SF-36 son que no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Se han descrito problemas para su aplicación en personas mayores, por lo que se aconseja revisar la cumplimentación de los cuestionarios auto administrados en presencia del paciente para evitar el problema de la no respuesta ⁽¹³⁾.

El manejo de la cirrosis ha cambiado considerablemente durante la última década. El progreso en el tratamiento de las descompensaciones, como la hemorragia gastrointestinal, el síndrome hepatorenal, la peritonitis bacteriana espontánea y el hepatocarcinoma, han conducido a mejoras significativas en la supervivencia.

En cuanto a las medidas para el incremento de la CVRS se ha identificado que el trasplante hepático logra incrementar la expectativa de vida y mejorar la calidad de vida en población mexicana. Sin embargo no todos los pacientes se benefician de dicho procedimiento debido a la escasez de donantes, el tiempo prolongado en la lista de espera y las políticas de asignación actuales ya que en la mayoría de los países se basan en los riesgos de mortalidad. Los pacientes con puntajes más bajos en CVRS no reciben prioridad para el trasplante de hígado. Además, la CVRS también disminuye en los pacientes que caen fuera de los criterios de trasplante. Por estas razones, la mejora de la CVRS de los pacientes con cirrosis es hoy en día un objetivo principal de su tratamiento ⁽¹⁴⁾.

OBJETIVOS

General

1. Determinar la calidad de vida mediante la escala SF-36 en los pacientes cirróticos con ascitis sometidos a paracentesis evacuadora de repetición.

Específico

1. Comparar la calidad de vida mediante la escala SF-36 entre los pacientes cirróticos con ascitis sometidos a paracentesis evacuadora de repetición vs pacientes con ascitis sin historia previa de paracentesis y controles normales.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño

Este es un estudio prospectivo, controlado con sujetos normales. Fue conducido en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México y de acuerdo con la Declaración de Helsinki. El comité local de investigación y ética aprobaron el protocolo (DI/18/107/03/052). Se obtuvo el consentimiento informado para todos los sujetos previo a la aplicación del cuestionario.

Sujetos

Los pacientes se reclutaron de forma consecutiva conforme fueron referidos a nuestra unidad durante junio del 2017 a junio del 2018 y los datos obtenidos entraron a una base de datos para análisis posterior.

Pacientes con paracentesis

Los pacientes con antecedente de paracentesis necesitaron ser mayores de 18 años, que cumplieran criterios clínicos, bioquímicos e imagenológicos de cirrosis hepática, presencia de ascitis con antecedentes de al menos dos eventos de paracentesis en un período menor de 6 meses, aceptar el consentimiento informado y conclusión del cuestionario SF-36.

Los pacientes con falla hepática aguda sobre crónica, hepatitis aguda por alcohol, sospecha diagnóstica o confirmación de carcinoma hepatocelular, otras malignidades activas o ascitis de etiología neoplásica fueron excluidos.

Pacientes con ascitis sin paracentesis

Los pacientes con ascitis sin antecedentes de paracentesis necesitaron ser mayores de 18 años, que cumplieran criterios clínicos, bioquímicos e imagenológicos de cirrosis hepática, ascitis determinada por ultrasonido o por exploración física, ningún evento previo de paracentesis diagnóstica o evacuadora, aceptar el consentimiento informado y conclusión del cuestionario SF-36.

En los pacientes que no se pudo obtener el expediente para la identificación de variables clínicas o bioquímicas fueron eliminados.

Controles normales

Nuestros controles se adquirieron de pacientes que acudieron a un centro de salud y que contaran con estudios generales de laboratorio.

Metodología

Protocolo de estudio

A los pacientes incluidos en el grupo de paracentesis se les aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36 de manera privada, en un ambiente tranquilo y previo al procedimiento de paracentesis. A los pacientes incluidos en el grupo sin paracentesis se les aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36 en la consulta externa y en un ambiente tranquilo. Del expediente clínico se obtuvo el historial de descompensación hepática y se registraron los datos clínicos y bioquímicos más recientes para el llenado de la hoja de recolección de datos.

Muestra

Por ser un protocolo piloto, los pacientes fueron reclutados por un muestreo de oportunidad. Se consideraron todos los pacientes subsecuentes referidos a la clínica de hígado y hospitalización en el servicio de Gastroenterología. Los controles normales fueron reclutados de una clínica de primer nivel que asistían para control médico y que contaran con laboratorios recientes.

Variables

La variable principal fue la determinación de calidad de vida en el grupo de paracentesis por los valores obtenidos en el cuestionario SF.36. Otras variables incluidas fueron edad, género, etiología de la cirrosis hepática, grado de ascitis, número de eventos previos de paracentesis en 6 meses, cantidad promedio de ascitis evacuada previamente, eventos previos de encefalopatía, eventos previos de lesión renal, eventos previos de hemorragia digestiva variceal, eventos previos de peritonitis infecciosa, y eventos previos de infecciones a cualquier nivel, edema de extremidades, encefalopatía hepática en base a la clasificación West Heaven, escala Child Pugh, escala MELD, escala MELD-Na, número de medicamentos ingeridos en 24 horas, comorbilidades médicas, niveles séricos de bilirrubina total, nivel de albúmina, tiempo de protrombina, determinación de INR, nivel sérico de creatinina, nivel sérico de sodio, niveles séricos de glucosa y nivel sérico de hemoglobina.

Análisis estadístico

Los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010, Microsoft). El análisis estadístico fue realizado con GraphPad (Prism 3.2). Los resultados se expresan el promedio \pm DE, intervalo de confianza al 95% (95%IC) y porcentajes según fuera

apropiado. Las diferencias estadísticas se evaluaron por medio de t de Student y chi cuadrada.

RESULTADOS

Población

Se incluyeron un total de 146 pacientes: 100 pacientes en el grupo de paracentesis, 24 pacientes sin historia de paracentesis y 22 controles normales. Las características de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la Tabla 1.

Comorbilidades médicas y antecedente de infecciones

En el grupo de paracentesis la comorbilidad más común fue diabetes mellitus en el 27% de los pacientes y menos del 3%: hipotiroidismo, hipertensión arterial y osteoporosis. En cuanto a la historia de descompensación hepática en el grupo de paracentesis, el antecedente de hemorragia digestiva fue el más elevado en un 40% de los pacientes, con un tiempo previo promedio de 15.16 ± 22.63 meses (8.06-22.26). Los eventos de encefalopatía se presentaron en tiempo previo de 6.7 ± 9.9 meses (3.27-10.26). Los pacientes con paracentesis en comparación con los pacientes sin paracentesis presentaron un cuadro infeccioso previo de infección del tracto urinario en un 12% ($p < 0.00$).

Estado Clínico

Al momento del interrogatorio, el 77% de los pacientes con paracentesis presentaban algún grado de edema con un 45% grado +/++++ ($p < 0.0006$) en comparación con los pacientes sin paracentesis. El 60% de los pacientes no presentaban de manera clínica algún grado de encefalopatía hepática por West Heaven, el resto se determinó como grado 2 en comparación con los pacientes sin paracentesis ($p < 0.0030$).

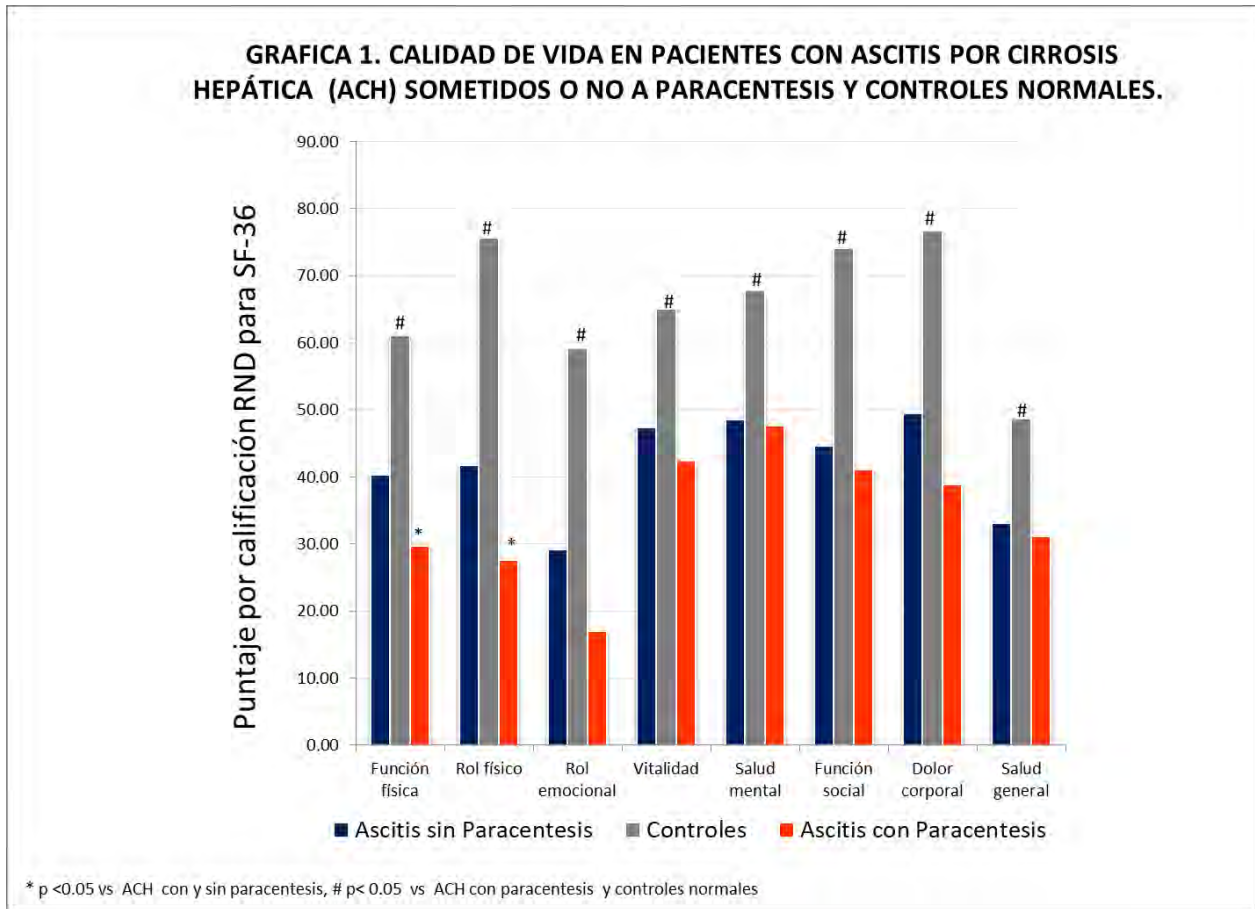
Historia de paracentesis

El número de eventos de paracentesis previo en 6 meses fue de 2.4 ± 0.86 eventos, el volumen promedio habitual de los eventos fueron de 6.9 ± 3.4 litros (rango de 2 a 20 litros) y en su último evento con un drenaje de 7.5 ± 3.87 litros (con una celularidad < 250 cel/mm) aunque no todos contaban con cultivo de ascitis.

Tabla 1. Características de la población			
	Paracentesis (n=100)	No paracentesis (n=24)	Controles normales (n=22)
Características demográficas			
Edad (años) \pm DE	58 \pm 10.71	58.46 \pm 10.99	56.73 \pm 10.39
Mujeres %	47%	54%	54.5%
Diagnóstico (meses)			
Child Pugh score A/B/C	3.5 \pm 2.1 *	10.83 \pm 7.43	NA
MELD \pm DE	0/27/73*	6/12/06	NA
MELD-Na \pm DE	17.48 \pm 5.35 *	12.29 \pm 5.56	NA
MELD-Na \pm DE	21.78 \pm 5.45 *	15.42 \pm 5.82	NA
Etiología			
Alcohol	37%**	37.5%#	NA
Viral	21%**	16.6%#	NA
NASH	13%**	16.6%#	NA
Autoinmune	2%**	4.1%#	NA
No determinada	27%**	24.2%#	NA
Descompensaciones (%)			
Hemorragia previa	40%	24%	NA
Encefalopatía hepática previa	31%	21%	NA
LRA previa	24%	13%	NA
PBE previa	4%*	0%	NA
Tratamiento			
Número de pastillas día \pm DE	5.69 \pm 2.89	4.67 \pm 3.61	4.14 \pm 1.7
Espironolactona (%)	65%	63%	NA
mg \pm DE	130.77 \pm 64.01 *	90 \pm 53.28	NA
Furosemide	64%	50%	NA
mg \pm DE	57.19 \pm 27.57 *	40 \pm 14.77	NA
BBNS	35%	46%	NA
mg \pm DE	39.14 \pm 12.69	42.73 \pm 12.72	NA
Lactulosa	27%	25%	NA
L-ornitina L-aspartato	5%	0%	NA
Rifaximina	6%	8%	NA
Otros	35%	38%	63%
Parametros bioquímicos			
Tiempo de protrombina (seg) \pm DE	18.15 \pm 7.06	18.68 \pm 4.33	16.42 \pm 5.75
INR \pm DE	1.62 \pm 0.74	1.49 \pm 0.36	ND
Bilirrubina (mg/dl) \pm DE	3.65 \pm 4.41	2.51 \pm 2.18	0.93 \pm 1.02
Albúmina (g/dl) \pm DE	2.39 \pm 0.54 *	2.74 \pm 0.87	ND
Hemoglobina (g/dl) \pm DE	11.96 \pm 10.7	11.25 \pm 3.06 #	14.83 \pm 1.17
Glucosa (mg/dl) \pm DE	133.59 \pm 91.47	123.46 \pm 86.21	103.32 \pm 16.37
Creatinina (mg/dl) \pm DE	1.31 \pm 0.7 **, **	0.99 \pm 0.46 #	0.7 \pm 0.22
Sodio (mEq/l) \pm DE	131.99 \pm 5.23 *	136.13 \pm 4.97	ND
NASH=Esteatohepatitis no alcohólica, LRA= Lesión renal aguda, PBE=peritonitis bacteriana espontánea, BBNS=betabloqueadores no selectivos, INR= International normalized ratio. NA= no aplica. ND= no determinado. DE= desviación estándar			
* p < 0.05 comparados con pacientes sin paracentesis, prueba de T Student			
** p < 0.05 comparados con controles			
# p < 0.05 comparados pacientes sin paracentesis vs controles			

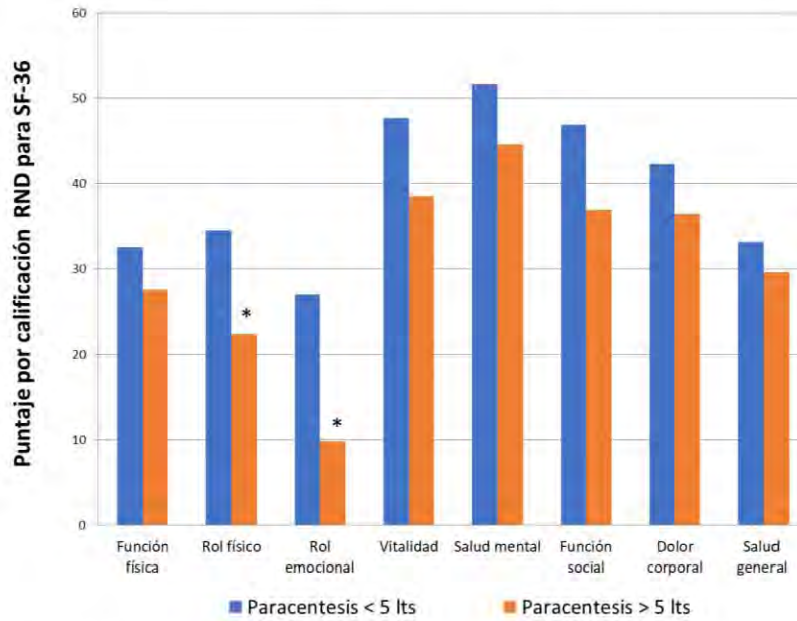
Evaluación del cuestionario de salud SF-36

Los pacientes con ascitis (con o sin paracentesis) mostraron diferencias en los 8 ítems del SF-36 con respecto a los controles. Los pacientes con antecedente de paracentesis de repetición presentaron diferencias significativas con el grupo sin paracentesis en el ítem de función física ($p < 0.0421$) y rol físico ($p < 0.0193$). Los pacientes sin paracentesis presentaron una diferencia significativa ($p < 0.05$) en los 8 ítems evaluados en comparación con los controles normales. Los resultados se expresan en la Gráfica 1.



Entre el grupo de paracentesis, se evaluó si existía una diferencia por ítems entre aquellos que presentaban un volumen habitual de drenaje de $< \text{ó} >$ a 5 litros (Gráfica 2), con una diferencia en el rol físico ($p 0.018$) y del rol emocional ($p < 0.011$).

Gráfica 2. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ASCITIS POR CIRROSIS HEPATICA (ACH) SOMETIDOS A PARACENTESIS DE < 5 LT VS > 5 LT



* p < 0.05, prueba T student

DISCUSIÓN

Un número importante de estudios previos han reportado el deterioro de la calidad de vida en los pacientes cirróticos compensados o descompensados. Se han identificado los factores asociados a su deterioro, como historia previa de encefalopatía, lesión renal aguda, ascitis, etiología no alcohólica y el puntaje de severidad Child Pugh score.

Existen pocos estudios en la población latinoamericana que evalúen la calidad de vida, uno de ellos por Barreto y *col*⁽¹⁶⁾ que determinaron los predictores de calidad en pacientes colombianos con cirrosis hepática; observaron que a mayor grado de fibrosis hepática (determinada por elastografía de transición) un mayor deterioro de la calidad de vida evaluado por SF-36, en especial del ítem de función física el cual fue una de las áreas más afectadas en su cohorte.

Este estudio a diferencia de previos, se enfocó en la evaluación de la calidad de vida por el cuestionario SF-36 en los pacientes descompensados con ascitis e historial de paracentesis a repetición en comparación con pacientes sin historia previa de paracentesis y controles normales. En los grupos de estudio, no hubo diferencias significativas entre el género y edad, por lo que podemos concluir que nuestra población es homogénea.

A diferencia de otros estudios, en nuestro trabajo tomamos en cuenta el tiempo de diagnóstico y gravedad de la enfermedad hepática, si bien los pacientes con paracentesis presentaron un menor tiempo de diagnóstico de la cirrosis en comparación a los pacientes sin paracentesis; los pacientes con paracentesis presentaban un mayor puntaje de gravedad por Child Pugh score, MELD y MELD-Na; probablemente debido a que dichos pacientes

acudían a valoración médica de forma tardía. La comorbilidad médica más frecuente en el grupo de paracentesis fue diabetes mellitus en un 27% similar al reportado por Les y *col.* (2010).

Los grupos de paracentesis y no paracentesis presentaron de forma similar antecedentes de descompensación hepática (hemorragia digestiva, encefalopatía hepática, lesión renal aguda) únicamente con diferencia de peritonitis bacteriana espontánea en el grupo de paracentesis, a diferencia de otros estudios en donde reportaron mayores tasas de peritonitis bacteriana espontánea entre 4-9%^(10, 11). Dichos estudios también incluyeron a los pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma, a diferencia que nosotros los excluimos debido a que este diagnóstico puede agravar la calidad de vida per se y puede sesgar a nuestra población.

En cuanto a la historia de infecciones de manera general, el grupo sometido a paracentesis mostró una mayor tasa de infecciones del tracto urinario y neumonía. Si bien no definimos en los pacientes la forma de adquisición (comunitaria, nosocomial o asociadas a cuidados de la salud) y no descartamos bacterioascitis en la totalidad de los pacientes; en previos estudios donde evaluaron pacientes con falla hepática aguda sobre crónica, la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) junto con la infección del tracto urinario fueron las infecciones más prevalentes al momento del diagnóstico^(17, 18).

En comparación a otros estudios^(7, 10), nuestra población con o sin paracentesis tienen mayor porcentaje de uso de diuréticos, si bien los pacientes sin paracentesis presentaron una menor dosificación de diuréticos como espironolactona y furosemide, los pacientes con paracentesis no presentaban dosis máximas de diuréticos (400mg/día de espironolactona y

160/día mg de furosemide). Esto permite evaluar el incrementar mayores dosis efectivas con tal de disminuir en tiempo de necesidad de nuevo drenaje.

En nuestro grupo de paracentesis, se registró un valor menor de albúmina sérica a diferencia del grupo control sin paracentesis, es posible que la disminución de los valores de albúmina en este estudio refleje la presencia de una enfermedad hepática más avanzada y un grado de desnutrición mayor. Otros de los valores bioquímicos que mostraron diferencia fue los mayores niveles de creatinina (en comparación con el grupo sin paracentesis) estos permitieron evaluar el puntaje de CVRS a diferencia de otros estudios en donde dichos pacientes fueron excluidos.

En el estudio de Sola et al (2012) la concentración de sodio y el edema fueron determinados como factores asociados al deterioro de la CVRS en pacientes cirróticos con ascitis, si bien no determinamos una correlación con estas variables, los pacientes entre el grupo de paracentesis vs no paracentesis presentaron una diferencia significativa entre los niveles de sodio y el grado de edema.

En cuanto a los resultados de calidad de vida por el cuestionario SF-36 y al igual que en nuestro estudio piloto ⁽¹⁵⁾, se determinó una disminución en los 8 ítems (función física, rol físico, rol emocional, vitalidad, salud mental, función social, dolor corporal y salud en general) en la población con ascitis (con o sin paracentesis) en comparación a nuestro grupo de control.

Entre el grupo con paracentesis vs sin paracentesis, dos áreas presentaron una significancia estadística: el impacto en la salud física y el rol físico. Esto puede ser justificado debido a la desnutrición y sarcopenia que se ha descrito en los pacientes con ascitis. Los pacientes

sometidos a paracentesis presentan mayores cambios hemodinámicos debido a que su circulación es más vulnerable y susceptible a los cambios circulatorios por lo que requieren mayor energía para contrarrestarla. Knudsen, W y col (2016) ⁽¹⁹⁾ evaluaron el estado nutricional de pacientes sometidos a paracentesis de gran volumen, determinaron que el 58% de los pacientes presentaban osteopenia, 16% osteoporosis y el 68% presentaba deficiencia de vitamina D. En dicho estudio concluyeron que la ascitis debe incluirse para el cálculo del gasto de energía en reposo (GER) determinado por calorimetría indirecta y con ello calcular de manera más exacta las necesidades nutricionales.

Limitaciones

La validez de este estudio se encuentra limitada por el número de sujetos en los grupos de control (grupo sin paracentesis y controles normales) y que este estudio por ser de una muestra pequeña es susceptible para un error tipo II. Otra limitación podría ser que no se evaluó el estado nutricional de los pacientes en el grupo con y sin paracentesis, lo que pudiera haber otorgado una correlación entre la desnutrición y los ítems de calidad de vida con mayor deterioro.

CONCLUSION

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en los pacientes con cirrosis hepática está influida por diversos factores independientes al grado de severidad de la enfermedad. Nuestro estudio determinó que los pacientes sometidos a paracentesis tienen un mayor deterioro en el rol físico y función física comparados con aquellos que no se han sometido a paracentesis. Los pacientes en los que se evacua de forma repetida una cantidad mayor a 5 litros tienen mayor deterioro en el rol físico y emocional. Si bien durante el seguimiento

médico instauramos el screening de otras descompensaciones hepáticas (búsqueda de várices esofagogástricas, encefalopatía, hepatocarcinoma, etc.) sugerimos de igual manera la implementación de estrategias dirigidas a mejorar el estado físico, nutricional y mental del paciente. Aunque dichas estrategias tendrían un mayor beneficio en los pacientes con estadios tempranos hay que considerar que los pacientes descompensados generan un mayor derrame económico a las instituciones por lo que el mejorar el estado físico, la evaluación correcta del estado nutricio y el estado mental podría impactar en la sobrevida, calidad de vida y con ello disminuir los costos hospitalarios.

REFERENCIAS

1. Polis S, Fernandez R. Impact of physical and psychological factors on health-related quality of life in adult patients with liver cirrhosis: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2015;13:39-51.
2. Gine's P, Quintero E, Arroyo V, et al. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology* 1987;7:122-12.
3. Piano S, Tonon, M, et al. Management of ascites and hepatorenal syndrome. *Hepatology Int* 2018;12:122–134.
4. Zhao R, Lu J, et al. Current management of refractory ascites in patients with cirrhosis. *J International Medical Research* 2018;46:1138–1145.
5. Stepanova M, Nader F, Bureau C, et al. Patients with refractory ascites treated with alfapump® system have better health-related quality of life as compared to those treated with large volume paracentesis: the results of a multicenter randomized controlled study. *Qual Life Res* 2018;27:1513-1520.
6. Runyon B. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. *Hepatology* 2004;39:841-5.
7. Fagan K, Zhao E, Horsfall L, et al. Burden of decompensated cirrhosis and ascites on hospital services in a tertiary care facility: time for change?. *Internal Medicine Journal* 2014;44:865-72.
8. Solà E, Watson H, Graupera I, et al. Factors related to quality of life in patients with cirrhosis and ascites: relevance of serum sodium concentration and leg edema. *Journal of Hepatology* 2012; 57:1199–1206.
9. Rossi D, Galant L, Marroni C, et al. Psychometric property of fatigue severity scale and correlation with depression and quality of life in cirrhotics. *Arq Gastroenterol* 2017; 54:344-348.
10. Hauser W, Holtmann G, Grandt D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clinical gastroenterology and hepatology* 2004; 2:157–163.
11. Les I, Doval E, Flavia M, et al. Quality of life in cirrhosis is related to potentially treatable factors. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2010; 22:221–22
12. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19:135-50.

13. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
14. Sanchez F, Ramírez L. et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático. *Rev Mexicana de trasplantes* 2014;2: 44-48.
15. Montes de Oca F, Murguía D, Higuera F, et al. Quality of life in cirrhotic patients with ascites with or without paracentesis and compared with healthy control. *Annals of Hepatology* 2018;17:681-744.
16. Barreto I, Lapesqueur L, Cadavid S. Predictores de calidad de vida en pacientes con enfermedad hepática crónica en Colombia. *Rev Col Gastroenterol* 2015;30:390-398.
17. Yang L, Wu T, Li J, et al. Bacterial infections in acute on chronic liver failure. *Semin Liver Dis* 2018;38:121-133.
18. Fernandez J, Acevedo J, Wiest R, et al. Bacterial and fungal infections in acute-on-chronic liver failure: prevalence, characteristics and impact on prognosis. *Gut* 2017:01–11.
19. Knudsen A, Krag A, Nordgaard I, et al. Effect of paracentesis on metabolic activity in patients with advanced cirrhosis and ascites. *Scand J Gastroenterol.* 2016;51:601-9.