



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**COMPLICACIONES AGUDAS ASOCIADAS AL CHILD PUGH EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
ABRIL 2017 - MARZO 2018.**

Autor: Rebeca E. Inojosa B.

Octubre, 2018.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**COMPLICACIONES AGUDAS ASOCIADAS AL CHILD PUGH EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
ABRIL 2017 - MARZO 2018.**

Autor: Rebeca E. Inojosa B.

Tutor: Dra. Haydeé Oliveros

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

Octubre, 2018.



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

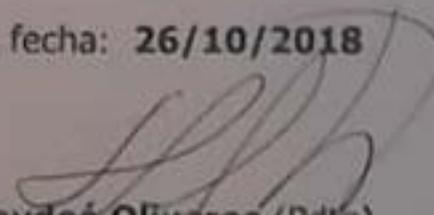
COMPLICACIONES AGUDAS ASOCIADAS AL CHILD PUGH EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" ABRIL 2017 - MARZO 2018.

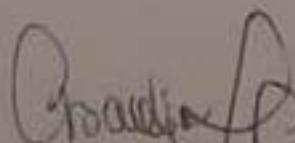
Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

INOJOSA B., REBECA E.
C.I. V - 20511944

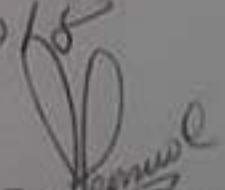
Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Haydeé Oliveros C.I. 3025988, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **26/10/2018**


Prof. Haydeé Oliveros (Pdte)
C.I. 3025988
Fecha 26-10-2018


Prof. Aracelis, Mostafá
C.I. 7687439
Fecha 26/10/18




Prof. Francis Scovino
C.I. 7876282
Fecha 26/10/2018

TG: 38-18

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Índice de Tablas.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	1
Materiales y Métodos.....	9
Resultados.....	13
Discusión.....	16
Conclusiones.....	20
Recomendaciones.....	21
Referencias Bibliográficas.....	22
Anexos.....	25

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características clínico epidemiológicas de los pacientes con Enfermedad Hepática Alcohólica.....	28
Tabla 2: Procedencia y ocupación de pacientes con Enfermedad Hepática Alcohólica.....	29
Tabla 3: Ocupación de los pacientes con Enfermedad Hepática Alcohólica en el sexo femenino.....	30
Tabla 4: Ocupación de los pacientes con Enfermedad Hepática Alcohólica en el sexo masculino.....	31
Tabla 5: Complicaciones agudas desarrolladas por los pacientes con Enfermedad Hepática Alcohólica.....	32
Tabla 6: Clasificación de los pacientes con EHA según el Child Pugh y tiempo de ingesta alcohólica.....	33
Tabla 7: Asociación del Child Pugh con el tiempo de diagnóstico de la EHA y la cantidad de complicaciones agudas.....	34
Tabla 8: Asociación del Child Pugh con el tiempo de diagnóstico de la EHA.....	35
Tabla 9: Relación del Child Pugh según el motivo de egreso en pacientes con EHA	36
Tabla 10: Asociación de cantidad de complicaciones agudas con las condiciones de egreso, tiempo de consumo de OH y diagnóstico de la EHA.....	37

**COMPLICACIONES AGUDAS ASOCIADAS AL CHILD PUGH EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”
ABRIL 2017 - MARZO 2018.**

Autor: Rebeca E. Inojosa B.
Año: 2018.

RESUMEN

La hepatopatía alcohólica es el conjunto de enfermedades hepáticas producidas por el consumo excesivo de alcohol, describe un espectro de condiciones que van desde el hígado graso reversible hasta la hepatitis alcohólica, cirrosis y carcinoma hepatocelular. El mecanismo por el cual el etanol produce daño hepático es multifactorial, y en él participan los efectos dañinos del alcohol y de su metabolismo junto con factores de susceptibilidad individual. **Objetivo:** Relacionar las complicaciones agudas con el Child Pugh en pacientes con hepatopatía crónica alcohólica que ingresan al Servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el periodo comprendido entre Abril 2017 a Marzo 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, de corte transversal que incluyó 82 pacientes con diagnóstico de enfermedad hepática crónica alcohólica ingresados al servicio de Medicina Interna; mediante un instrumento de recolección de datos que contenía variables socio-demográficas, clínico-patológicas y valores de laboratorio para estadificar el Child Pugh, así como una entrevista al paciente y/o familiar previo consentimiento informado. **Resultados:** La edad promedio fue de 59,94 años \pm 0,99, en cuanto al sexo predominó el masculino (68,29%), de estado civil soltero (31,71%) cuya ocupación predominaron los comerciantes y sin ocupación cada una con el 14,63% para el sexo masculino; mientras que en mujeres predominaron las casadas (34,15%) de ocupación ama de casa (23,17%); escolaridad y estrato socioeconómico bajo (Graffar IV) para ambos sexos. Prevalió el historial de ingesta alcohólica entre 10 a 20 años (43,90%), con diagnóstico de la enfermedad hepática crónica menor a 5 años (87,80%), en su mayoría en Child Pugh C. La complicación más frecuente fue la encefalopatía (74,39%), seguida de la HDS expresada en melena (26,83%) e infecciones (21,96%). La mortalidad fue del 29,27% en su mayoría correspondiente al Child Pugh C y relacionada a mayor número de complicaciones. **Conclusión:** La complicación aguda más frecuente fue la encefalopatía, prevaleció el Child Pugh C y se determinó que a mayor número de complicaciones desarrolladas y años de ingesta alcohólica, mayor es el estadio Child Pugh y peor es el pronóstico.

Palabras Claves: Enfermedad Hepática Alcohólica, Child Pugh, Complicaciones.

**ACUTE COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH CHILD PUGH IN PATIENTS
WITH ALCOHOLIC HEPATIC DISEASE.
HOSPITALITY CITY "DR. ENRIQUE TEJERA"
APRIL 2017 - MARCH 2018.**

Author: Rebeca E. Inojosa B.
Year: 2018

ABSTRACT

Alcoholic liver disease is the set of liver diseases caused by excessive alcohol consumption, describes a spectrum of conditions ranging from reversible fatty liver to alcoholic hepatitis, cirrhosis and hepatocellular carcinoma. The mechanism by which ethanol produces liver damage is multifactorial, and involves the harmful effects of alcohol and its metabolism along with factors of individual susceptibility. **Objective:** To relate acute complications with Child Pugh in patients with chronic alcoholic liver disease admitted to the Internal Medicine Service of the Hospital City "Dr. Enrique Tejera "in the period between April 2017 to March 2018. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, correlational, cross-sectional study was conducted that included 82 patients diagnosed with chronic alcoholic liver disease admitted to the Internal Medicine service; by means of a data collection instrument that contained socio-demographic, clinical-pathological variables and laboratory values to stage the Child Pugh, as well as an interview with the patient and / or family member with informed consent. **Results:** The average age was 59.94 years \pm 0.99, sex was predominantly male (68.29%) of socioeconomic status under Graffar IV (67.07%), and unmarried marital status (31, 71%) whose occupation was dominated by the merchants and without occupation each with 14.63% for the male sex; whereas in women married (34.15%) dominated by housewife (23.17%) and low schooling for both sexes predominated. The history of alcohol intake between 10 and 20 years (43.90%) prevailed, with a diagnosis of chronic liver disease less than 5 years (87.80%), mostly in Child Pugh C. The most frequent complication was encephalopathy (74.39%), followed by HDS expressed in melena (26.83%) and infections (21.96%). Mortality was 29.27%, mostly corresponding to Child Pugh C and related to a greater number of complications. **Conclusion:** The most common acute complication was encephalopathy, Child Pugh C prevailed and it was determined that the greater the number of developed complications and years of alcohol intake, the greater the Child Pugh stage and the worse the prognosis.

Key Words: Alcoholic Liver Disease, Child Pugh, Complications.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hepática por alcohol es una de las situaciones clínicas más adversas con las que tienen que enfrentarse el médico en su práctica profesional. Puede presentarse desde una inflamación hasta una cirrosis severa en donde existe una alteración difusa e irreversible de la arquitectura del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración, lo que condiciona una reducción de la función hepática y una alteración de la vascularización intrahepática¹.

La cirrosis hepática se ha descrito desde muchos años antes de Cristo, esta patología constituye un problema de salud en el mundo debido al elevado índice de consultas, hospitalizaciones, gastos en salud y morbilidad. Aunque el 90 a 100% de las personas con consumo excesivo de alcohol presentan indicios de esteatosis hepática, solo un 10 a 35% tienen hepatitis alcohólica y un 8 a 10% desarrolla cirrosis².

En todo el mundo 3,3 millones de personas murieron en 2012 debido al uso nocivo del alcohol, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El consumo de alcohol puede conducir a la dependencia, así mismo aumenta el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades, incluyendo la cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer².

En el mundo occidental, y en los países subdesarrollados la enfermedad hepática crónica es la tercera causa de mortalidad en los pacientes con edades entre los 45 a 65 años, especialmente causada por el consumo excesivo de alcohol. En América Latina, como Chile y México, la cirrosis ocupa el 5° y 6° lugar como causa de muerte general, de los cuales para el grupo de edad comprendido entre los 35 y 55 años es la segunda causa^{2,3}.

En Venezuela la cirrosis está dentro de las primeras 10 causas de mortalidad y todo paciente cirrótico tiene 30% de riesgo de presentar complicaciones agudas, mientras más deteriorada tenga su función hepática

mayor es el riesgo. Una vez instaurada la enfermedad, esta presenta complicaciones que son causa de mortalidad, entre las cuales destacan la hemorragia variceal (37,7%), síndrome hepatorenal (30,1%), insuficiencia hepática (24,6%), sangrado digestivo alto no variceal (2,2%), carcinoma hepatocelular (2,7%) y complicaciones extrahepáticas (2,7%)⁴.

La enfermedad hepática por alcohol es una de las enfermedades con altos índices de morbimortalidad en Venezuela; siendo la 6^{ta} causa de mortalidad general en hombres en edades entre 45 – 64 años para el 2013 (6,23%)⁵. Constituye un problema clínico que conlleva a un alto riesgo de incapacidad, muerte y considerables gastos en salud.

La importancia de buscar las características epidemiológicas y las complicaciones de esta patología en nuestro medio, radica en los escasos datos estadísticos publicados, que permitan plantear a posteriori, proyectos de intervención en los diferentes niveles de prevención, pudiéndose así equipar y mejorar los servicios de salud⁶.

En Ecuador, Vinuesa y cols⁷ evaluaron las características y el comportamiento clínico de la cirrosis hepática entre los años 2008 a 2011, donde se incluyeron 157 personas que fueron diagnosticadas con cirrosis hepática de los cuales 81 eran hombres (51,6%), y 76 eran mujeres (48,4%). La edad promedio fue de 55,43, y la principal etiología fue alcohólica (52,9%), entre las complicaciones más frecuentes se encontraron la ascitis (75,8%) y las várices esofágicas (49%). La mayoría de los pacientes con cirrosis alcohólica estuvieron en los estadios B y C de Child-Pugh con el 43,4% y 49,4%; respectivamente.

En Perú, un estudio realizado por Larico⁸ publicado en el año 2012, que incluyó 91 pacientes, se determinaron las principales características de los pacientes con cirrosis hepática: sexo masculino (53%), edad mayor a 60 años (71%), sin enfermedades asociadas (20%), tiempo de enfermedad menor de 1 año (53%), etiología alcohólica (72%), diagnóstico clínico laboratorial (56%). Con una tasa de complicaciones de 100%, las más

frecuentes: la ascitis descompensada (71%), encefalopatía hepática (61%), ictericia (59%), anemia (81%), pancitopenia (34%). El 81,3% presentaba Child-Pugh estadio C. La tasa de mortalidad fue 23,1%, principalmente por sepsis y disfunción multiorgánica.

Espinoza y cols⁹ en el año 2014 investigaron a 61 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática en la Ciudad de Loja en Ecuador, donde determinaron las principales complicaciones de cirrosis hepática que fueron motivo de hospitalización, entre ellas: hemorragia digestiva alta (60,7%), ascitis (27,9%), encefalopatía hepática (13,1%); en relación al género se presentó en hombres (60,7%) y mujeres (39,3%) con mayor frecuencia entre edades comprendidas desde los 70 a 79 años (24,6%). El tiempo de aparición de las complicaciones se presenta en su mayoría en pacientes con diagnóstico de cirrosis menor a 1 año (44,3%).

En un estudio realizado por Mejias y cols¹⁰ publicado en el año 2013 se establecieron las características clínicas y los factores pronósticos de mortalidad en pacientes con el diagnóstico de hepatitis alcohólica que ingresaron en el servicio de medicina interna del hospital general de Tlalnepantla, México. Se valoraron 42 expedientes de pacientes con hepatitis alcohólica leve-moderada y severa, de los cuales todos los fallecidos estaban en una condición severa, el 78% tenía edad menor a 50 años, nivel socioeconómico bajo, ingesta diaria de alcohol, con más de 10 años de consumo.

En Venezuela, Morales y cols⁴ determinaron la prevalencia de la enfermedad hepática alcohólica y factores de riesgo en ambulatorios de Barquisimeto, Estado Lara en el año 2008. Para ello se realizó esta investigación con 268 sujetos, entre 18 y 65 años de edad, de ambos sexos y sin patologías hepáticas previas; la prevalencia general de enfermedad hepática alcohólica fue 3,7 %; de los cuales la enfermedad hepática alcohólica cirrótica representó el 0,38 %, los enfermos fueron mayoritariamente hombres.

La hepatopatía alcohólica, o etílica, es el conjunto de enfermedades hepáticas producidas por el consumo excesivo de alcohol. En su desarrollo influyen la cantidad de alcohol consumida, el tiempo de consumo y la susceptibilidad de cada persona. La OMS establece como consumo excesivo de alcohol aquel que sobrepasa los 70 g de alcohol al día para los hombres y los 50 g/día para las mujeres¹¹.

La mayoría de los pacientes con enfermedad hepática alcohólica consumen más de 100g/día de alcohol (lo que corresponde a 6-7 tragos/día, en donde un trago tiene aproximadamente 13 a 15 gramos de alcohol). Se considera que cualquier persona que ingiera más de 30 a 50 g/día por más de 5 a 10 años tiene riesgo de desarrollar enfermedad hepática por alcohol. El consumo excesivo de 40-80 gr/día en hombres y de 20-40 gr/día en mujeres por un tiempo de 10 a 20 años producirá ineludiblemente una enfermedad hepática crónica. Sin embargo, no todos los alcohólicos crónicos desarrollan cirrosis, ya que ésta también se halla relacionada con factores nutricionales, inmunológicos y genéticos^{2, 3, 12}.

La enfermedad hepática alcohólica describe un espectro de condiciones que van desde el hígado graso reversible hasta la hepatitis alcohólica, cirrosis y carcinoma hepatocelular. En cuanto a la fisiopatología del daño por alcohol a nivel hepático actualmente se acepta que el mecanismo por el cual el etanol produce daño hepático es multifactorial, y en él participan los efectos dañinos del alcohol y de su metabolismo junto con factores de susceptibilidad individual^{1, 13, 14}.

Una vez ingerido, el alcohol es rápidamente absorbido por el estómago y el intestino delgado, desde donde se distribuye por el agua corporal. El 10% del alcohol absorbido es eliminado por los riñones, la piel y los pulmones, el resto es metabolizado en el hígado, donde sufre dos procesos oxidativos que lo transforman primero en acetaldehído (AcH) y después en acetato. En el interior del hepatocito existen tres sistemas enzimáticos capaces de oxidar el etanol a AcH: Sistema de la vía alcohol-deshidrogenasa (ADH), sistema

microsomal oxidativo (MEOS) y la vía de la catalasa. El AcH, producto de la oxidación del etanol, presenta una segunda oxidación hepatocitaria cuyo producto final es el acetato, el cual se incorpora al ciclo de Krebs en forma de acetilcoenzima A ^{15, 16}.

La cirrosis hepática es un proceso inflamatorio crónico que lleva a la fibrosis difusa con nódulos de regeneración, disminución de la masa celular, alteración vascular, formación de fístulas porto hepáticas y déficit de la función del órgano, pudiendo estos cambios ser irreversibles al mantenerse el agente etiológico. Los pacientes son diagnosticados, fundamentalmente, al identificarse las alteraciones de la anatomía y función hepática mediante el examen clínico, bioquímico, imagenológico y/o histológico ^{17, 18}.

Independientemente de la etiología, el proceso que a nivel parenquimatoso lleva a la instauración de una cirrosis hepática pasa por tres tipos de lesiones características: la necrosis hepatocelular, la formación de nódulos de regeneración y la presencia de septos fibrosos ^{1,19}. El tejido necrótico va sustituyéndose paulatinamente por colágeno, el mismo que forma un entramado de septos fibrosos, en cuyo interior, se aísla el parénquima hepático todavía sano, produciéndose hiperplasia de células hepáticas, que da lugar a los nódulos de regeneración ^{2, 3}.

El fenómeno central que produce la fibrosis hepática es la activación de las células hepáticas estrelladas por factores liberados por los hepatocitos y las células de Kupffer. Al ser activadas, las células estrelladas asumen una conformación de tipo miofibroblasto y, bajo la influencia de citocinas como el factor transformador de crecimiento beta, producen colágeno de tipo I, formador de fibrillas. El incremento del depósito de colágeno en el espacio de Disse y la disminución de tamaño de las fenestraciones endoteliales conducen a la capilarización de los sinusoides, esta capilarización y constricción sinusoidal por las células estrelladas contribuyen al desarrollo de hipertensión portal²⁰.

Las lesiones de los hepatocitos producen cambios de la función hepática, lo que puede llevar a la insuficiencia grave con el cuadro clínico característico. La alteración de este órgano provoca la falta de inactivación de los estrógenos responsable de sus propios signos y síntomas. Las alteraciones que la patología ocasiona en la circulación hepática aportan signos y síntomas secundarios al hiperesplenismo y la hipertensión portal.¹

La insuficiencia hepática crónica por alcohol es una patología silenciosa y generalmente subclínica; suele aparecer después de la ingesta crónica de alcohol por lo menos de 10 años. Frecuentemente estos pacientes presentan malnutrición con pérdida de peso, disminución de la masa muscular, equimosis y astenia.

Los signos más representativos de la cirrosis hepática son la ictericia, ascitis, angiomas, eritema palmar, esplenomegalia, temblor y aumento en el tamaño de las glándulas parótidas. Un signo característico, pero no específico de la cirrosis, es la contractura de Dupuytren que se presenta en pacientes alcohólicos y se debe a la fibrosis en la fascia palmar, originando flexión de los dedos. Puede aparecer alteración del nivel de conciencia, síntomas neuropsiquiátricos y los signos neuromusculares, secundario a la encefalopatía hepática, las cuales se caracterizan por ser manifestaciones muy heterogéneas y oscilantes, pudiendo abarcar desde cambios poco aparentes, como la alteración del ritmo del sueño o déficits de la atención, hasta situaciones de coma hepático²¹.

Otros trastornos que puede causar la insuficiencia hepática es la disminución del vello corporal, ginecomastia y atrofia testicular en hombres debido a la alteración en el metabolismo hormonal de los estrógenos. En las mujeres pueden aparecer irregularidades en el ciclo menstruales y signos de virilización¹².

La cirrosis puede permanecer en un estado de compensación; pero, cuando ocurre lo contrario, se manifiesta complicaciones como la hemorragia digestiva de tipo variceal, sangrado digestivo alto no variceal, síndrome

hepatorrenal, insuficiencia hepática severa, encefalopatía metabólica, complicaciones infecciosas como peritonitis bacteriana espontánea e infecciones subyacentes, incluso, puede evolucionar a un carcinoma hepatocelular⁴.

La clasificación modificada Child-Pugh de severidad de enfermedad hepática se realiza de acuerdo al grado de ascitis, las concentraciones plasmáticas de bilirrubina y albúmina, el tiempo de protrombina, y el grado de encefalopatía. Se trata de un modelo iniciado en el año 1964 por Child y Turcotte con el objetivo de estratificar el riesgo quirúrgico en pacientes con descompensación portal. Posteriormente fue modificada por Pugh en el año 1972 al cambiar el parámetro de estado nutricional por el tiempo de protrombina, siendo esta escala la vigente en la actualidad. Es un score derivado empíricamente al nacer para estratificar riesgo quirúrgico, sin embargo es el sistema más usado para clasificar el grado de disfunción hepática en hepatopatías, siendo validado como buen predictor pronóstico para las complicaciones de la hipertensión portal e insuficiencia hepática^{14,22}.

Una puntuación total de 5-6 es considerada grado A (enfermedad bien compensada); 7-9 es grado B (compromiso funcional significativo); y 10-15 es grado C (enfermedad descompensada). Estos grados se correlacionan con una sobrevida del paciente al año y a los 2 años, donde para el grado A presenta una sobrevida al año del 100%, y a los 2 años del 85%; para el grado B, una sobrevida del 80 y 60%, al año y a los 2 años, respectivamente; y para el grado C con una sobrevida del 45% al año, y 35% a los 2 años (11)^{15,16}.

En vista de la aparición de complicaciones secundarias a la hipertensión portal y a la insuficiencia hepática, conocida como enfermedad hepática descompensada, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación de las complicaciones agudas y el estadio del Child Pugh en los pacientes con hepatopatía crónica alcohólica que ingresan a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”?

Esta investigación tiene como objetivo general: Relacionar las complicaciones agudas con el Child Pugh en pacientes con hepatopatía crónica alcohólica que ingresan al Servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el periodo comprendido entre Abril 2017 a Marzo 2018. Entre sus objetivos específicos están:

1. Establecer las características clínico epidemiológicas de los pacientes con enfermedad hepática crónica alcohólica.
2. Identificar las complicaciones agudas desarrolladas por los pacientes con enfermedad hepática crónica alcohólica.
3. Clasificar según el Child Pugh a los pacientes con hepatopatía crónica alcohólica que desarrollaron complicaciones agudas y relacionar con el tiempo de ingesta alcohólica.
4. Asociar el estadio Child Pugh con las complicaciones agudas y el tiempo de diagnóstico de la hepatopatía crónica alcohólica.
5. Relacionar el Child Pugh con el motivo de egreso (Mejoría o fallecimiento) los pacientes con hepatopatía crónica alcohólica descompensada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, prospectivo de corte transversal que incluyó 82 pacientes con diagnóstico de enfermedad hepática crónica alcohólica ingresados al servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Mediante la aplicación de un muestreo intencional, no probabilístico, previo consentimiento informado y tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Pacientes masculinos y femeninos con edades mayores de los 35 años con diagnóstico de Hepatopatía crónica de etiología enólica que ingresaron a la Emergencia de Adultos y a los Servicios de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" durante el período Abril 2017- Marzo 2018, y de exclusión: Pacientes con diagnóstico de hepatopatía crónica que hayan sido hospitalizados debido a otra patología que no esté directamente relacionada con la enfermedad hepática crónica; pacientes con Hepatopatía crónica de otras etiologías; y pacientes con historia clínica que no cuente con los parámetros para calcular Child Pugh.

En cuanto al diagnóstico de enfermedad hepática crónica alcohólica, se estableció mediante criterios clínicos y epidemiológicos, así como paraclínicos, desglosándolos de la siguiente manera:

-Criterios Epidemiológicos: Determinación de historial de ingesta alcohólica, mediante los Criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de alcohol; y el volumen de alcohol consumido, para lo cual se les presento un listado de todas las bebidas alcohólicas conocidas en el país en cada una de sus presentaciones, donde el paciente y/o familiar (en el caso de pacientes bajo algún grado de encefalopatía) identificaba la bebida consumida indicando la frecuencia de su consumo, el número de unidades consumidas diarias y el tiempo que ingesta. Con esta información se calculaba el consumo de alcohol diario aproximado expresados en mililitros (ml), para transformar dicho volumen a gramos se aplicaba la siguiente formula: Grado alcohólico de la

bebida x Volumen (mL) x 0,8 / 100; tomándose en cuenta como criterio una cantidad igual o mayor a 70 gr/día para hombre y 50 gr/día para mujeres, según la definición de la OMS.

-Criterios Clínicos: Se realizó el examen físico determinando alguno de los siguientes signos clínicos: Arañas vasculares, ictericia, eritema palmar, ascitis, flapping, tremor, esplenomegalia, hepatomegalia.

-Criterios Paraclínicos: Al menos una de las siguientes prueba de laboratorio alterada: Contaje de plaquetas menor de 140.000 x mm³, Bilirrubina mayor a 2 mg/dl, albumina menor a 3,5 mg/dl, PTT mayor a 4 seg, o INR mayor a 2,3. Además, ecografía abdominal realizada por el servicio de gastroenterología como protocolo en estos pacientes con alguna de estas alteraciones: bordes hepáticos irregulares, aumento de tamaño del lóbulo caudado, del lóbulo izquierdo o de ambos; aumento de la ecogenicidad hepática sin atenuación del sonido, alteración del detalle vascular, vena porta con diámetro mayor de 14 milímetros, esplenomegalia y/o presencia de líquido libre en cavidad abdominal (ascitis); con marcadores virales negativos para hepatitis B y C.

El instrumento de recolección de datos lo constituyó una ficha de trabajo diseñada por el investigador, donde se incluyeron variables socio-demográficas y clínico-patológicas como: nombre, edad, sexo, dirección, Estado Civil, Graffar, Nivel de Instrucción, tiempo de consumo de alcohol, tiempo de diagnóstico de la hepatopatía alcohólica, parámetros de laboratorios (PT y PTT, albumina, bilirrubina total y fraccionada), estadificación del Child Pugh (ANEXO A) y la complicaciones agudas asociadas (Encefalopatía Metabólica, Hemorragia digestiva superior, síndrome hepatorenal, síndrome hepatopulmonar, peritonitis bacteriana espontanea, y otras infecciones bacterianas asociadas). (ANEXO B)

En a las complicaciones agudas se tomó como criterio para su diagnóstico:
-Encefalopatía Metabólica: Se determinaron alteraciones del sensorio y manifestaciones neuromusculares, clasificándose en grados según la escala de West Heaven (I-IV).

-Hemorragia digestiva superior: Evidenciada mediante hematemesis (sangre roja rutilante o en borra de café), así como deposiciones tipo melenas.

-Síndrome hepatorenal: Utilizando para su diagnóstico los Criterios mayores: Baja tasa de filtración glomerular, con una creatinina sérica mayor de 1.5 mg/dl o un aclaramiento de creatinina de 24 horas menor de 40 ml/min; Ausencia de shock, infección bacteriana, pérdidas de líquidos o tratamiento actual con medicamentos nefrotóxicos; Ausencia de mejoría sostenida de la función renal tras la suspensión de los diuréticos y la expansión del volumen plasmático con 1.5 litros de un expansor del plasma; proteinuria inferior a 500 mg/día y ausencia de alteraciones ecográficas indicativas de uropatía obstructiva o enfermedad renal parenquimatosa.

Criterios menores: Volumen urinario inferior a 500ml/día; sodio urinario inferior a 10 mEq/l; osmolaridad urinaria mayor que la plasmática; sedimento de orina con menos de 50 hematíes por campo; y concentración de sodio sérico menor de 130 mEq/l¹⁵.

-Síndrome hepatopulmonar: Dado por los siguientes criterios: Enfermedad Hepática (Hipertensión portal con o sin cirrosis); Dilatación vascular pulmonar (Hallazgos positivos en ecocardiograma con realce de contraste o captación cerebral anormal (>6%) en gammagrafía de perfusión tisular e hipoxemia ($\text{PaCO}_2 < 70$ mmHg o $\text{GAa} > 15$ mmHg)¹⁵.

-Peritonitis bacteriana espontánea: Se estableció mediante los criterios: Sedimento del líquido ascítico (un recuento de PMN mayor o igual a 250 /mm³); con o sin cultivo del líquido ascítico positivo²⁰.

Se determinó además procesos infecciosos subyacentes tales como: Neumonía adquirida en la comunidad, infecciones de piel y partes blandas, síndrome diarreico agudo de etiología infecciosa, infecciones del tracto urinario tanto altas como bajas, entre otras.

Previa autorización escrita por parte del Comité de Ética y la coordinación de investigación y educación de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, el jefe del departamento Medicina Interna y de la Emergencia de Adultos, así

como los Jefes de los Servicios de Medicina A, B, y Emergencia de Medicina Interna; se llevó a cabo una revisión de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Hepatopatía crónica durante su ingreso y egreso en el periodo de tiempo establecido para determinar cuáles fueron las complicaciones agudas que presentaron estos pacientes así como una entrevista al paciente y/o familiar previo consentimiento informado (ANEXO C), para precisar datos no contenidos en la historia médica como son tiempo de la ingesta de alcohol y diagnóstico de la hepatopatía, y posteriormente un seguimiento para establecer el motivo de egreso (Mejoría o fallecimiento).

Los datos se registraron en una base de datos realizada en el programa Microsoft®Excel, para luego ser analizados con las técnicas estadísticas descriptivas en tablas de asociación (frecuencias absolutas y relativas) según el sexo o el resultado de la escala Child Pugh a partir de los objetivos específicos propuestos. A las variables cuantitativas (edad, Tiempo de ingesta alcohólica, Tiempo de diagnóstico de la Hepatopatía Crónica alcohólica), una vez comprobada su tendencia a la normalidad, se les calculó media aritmética \pm error típico, mediana, variabilidad promedio, valor mínimo, máximo y coeficiente de variación. Se comparó los promedios de edad según el sexo mediante la prueba de hipótesis para diferencia entre medias (t student) y se compararon el tiempo de ingesta alcohólica además del tiempo de diagnóstico de la hepatopatía crónica alcohólica según los estadios de la Escala Child Pugh mediante el análisis de varianzas (ANOVA).

Desde una perspectiva categórica (intervalos), se asociaron las variables tiempo de ingesta alcohólica, tiempo de diagnóstico de la hepatopatía crónica alcohólica, número de complicaciones agudas presentadas y las condiciones de Egreso a partir del análisis no paramétrico de Chi cuadrado para independencia entre variables; todo se realizó a través el procesador estadístico SSPS, adoptándose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P \leq 0,05$).

RESULTADOS

De los 82 pacientes con enfermedad hepática crónica alcohólica se registró una edad promedio de 59,94 años \pm 0,99, con una mediana de 61 años, una edad mínima de 42 años, una edad máxima de 80 años y un coeficiente de variación de 15% (serie homogénea entre sus datos); fueron más frecuentes aquellos pacientes con 55 y 65 años (41,46%= 34 casos). En cuanto al sexo predominó el masculino (68,29%= 56 casos); no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de edad según el sexo ($t = 0,38$; $P \text{ valor} = 0,7021 > 0,05$).

El estado civil más frecuente fue el casado con un 34,15% (28 casos), predominando en el sexo femenino (13/26), en segundo lugar fue el soltero con el 31,71% (26 casos) prevaleciendo en el sexo masculino (21/56). En cuanto al nivel de instrucción, predominó con un 32,93% estudios de primaria incluyendo primaria completa (17 casos) e incompleta (10 casos), seguido de bachilleres con un 30,49% (25 casos). Por su parte, el estrato socioeconómico que prevaleció fue la clase IV (pobreza relativa) con un 67,07% (55 casos), siendo el estrato más frecuente en ambos sexos: femenino (15/26) y masculino (40/56) (Tabla 1).

El municipio de procedencia más frecuente fue Valencia con un 59,76% (49 casos) para ambos sexos: femenino (13/26) y masculino (36/56), el segundo municipio más frecuente fue Carlos Arvelo (17,07%= 14 casos) y en tercer lugar fue Libertador (6,10%= 5 casos) (Tabla 2). En cuanto a la ocupación predominaron las ama de casa en el sexo femenino con un 23,17% (19 casos) (Tabla 3); seguidas de los comerciantes y aquellos que no tenían ninguna ocupación con similar proporción (14,63% por igual) en el sexo masculino; en tercer lugar, se encontraban los albañiles, choferes y mecánicos con 4 casos por igual (4,88% c/u) (Tabla 4).

El tipo específico de complicación aguda presentada por los pacientes con enfermedad hepática crónica alcohólica fue la encefalopatía (74,39%= 61 casos), más frecuente en ambos sexos: femenino (22/26) y masculino (39/56), predominando la de grado III (31 casos); seguida de la HDS expresada en melena (26,83%= 22 casos); y en tercer lugar los procesos infecciosos con el 21,96% (18 casos), de éstos la mayor frecuencia la presentaron la Neumonía Adquirida en la Comunidad (6,10%) e infecciones de partes blanda (4,88%) (Tabla 5).

Con respecto al tiempo de ingesta alcohólica fueron más frecuentes aquellos pacientes con 10 a 20 años de ingesta alcohólica (43,90%= 36 casos), entre los cuales predominaron aquellos con estadio C de la escala Child Pugh (26/59) y aquellos en estadio B (9/21). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estadio Child Pugh y el tiempo de ingesta alcohólica ($X^2= 8,04$; 6 gl; P valor= 0,2351 > 0,05). De los 82 pacientes se registró un tiempo de consumo de alcohol promedio de 20,16 años \pm 1,01, con una mediana de 18 años, un tiempo mínimo de 5 años y un tiempo máximo de 40 años. Aunque el mayor promedio de tiempo de ingesta de alcohol lo registraron aquellos pacientes con estadio C en la escala Child Pugh, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($F=1,65$; $P= 0,1990 > 0,05$) (Tabla 6).

Un 69,51% de los pacientes (57 casos) tenían entre 1 y 5 años de diagnóstico de la hepatopatía alcohólica entre los cuales predominó el estadio C del Child Pugh (41 casos), un 18,29% tenían menos de 1 año (15 casos), de los cuales fueron más frecuentes aquellos en estadio C de la escala Child Pugh (9 casos) y los 2 pacientes de estadio A tenían menos de 1 año de diagnóstico; se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estadio Child Pugh y el tiempo de diagnóstico ($X^2= 15,54$; 6 gl; P valor= 0,0164 < 0,05) (Tabla 7).

Fueron más frecuentes aquellos pacientes que presentaron 2 complicaciones agudas (47,56%= 39 casos), entre los cuales predominaron aquellos con

estadio C de la escala Child Pugh (30 casos). En segundo lugar, se presentaron aquellos pacientes con 1 complicación aguda (41,46%= 34 casos), predominando en este grupo igualmente el estadio C (20 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estadio Child Pugh y el número de complicaciones agudas presentadas ($X^2= 8,40$; 6 gl; P valor= 0,2100 > 0,05) (Tabla 7).

Se evidenció que el 87,80% de los pacientes tenían 5 o menos años de diagnóstico de la hepatopatía (72 casos) y un 12,20% tenían más de 5 años (10 casos), entre los cuales predominó el estadio C de la escala Child Pugh (9 casos); no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estadio Child Pugh y el tiempo de diagnóstico dicotomizado ($X^2= 1,88$; 2 gl; P valor= 0,3912 > 0,05) (Tabla 8). De los 82 pacientes se registró un tiempo promedio de diagnóstico de 2,92 años \pm 0,26, con una mediana de 3 años, un tiempo mínimo de 4 meses (<1año), un tiempo máximo de 12 años. Aunque el mayor promedio de tiempo de diagnóstico la registraron aquellos pacientes con estadio C en la escala Child Pugh, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($F=1,58$; $P=0,2122$ > 0,05).

Un 70,73% de los pacientes con hepatopatía crónica egresó con mejoría (58 casos), siendo la característica más frecuente en todas las categorías de la escala Child Pugh. Un 29,27% de los pacientes fallecieron (24 casos), siendo más frecuente entre los pacientes con estadio C en la escala Child Pugh (23/24). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estadio Child Pugh y las condiciones de egreso ($X^2= 9,61$; 2 gl; P valor= 0,0082 > 0,05) (Tabla 9).

Todos los pacientes con 1 complicación aguda experimentaron mejoría (34 casos); de 6 pacientes con 3 complicaciones agudas todos fallecieron, lo mismo aquellos con 4 complicaciones agudas. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las condiciones de egreso y el número de complicaciones ($X^2= 37,41$; 3 gl; P valor= 0,0000 < 0,05) (Tabla 10).

DISCUSIÓN

En la presente investigación que incluyó 82 pacientes con enfermedad hepática crónica alcohólica se evidenció predominio del sexo masculino entre la 5^{ta} y 6^{ta} década de vida. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de edad según el sexo. En comparación con un estudio realizado por Bohorquez²³ en 2015 que tuvo como finalidad determinar los factores de riesgo de pacientes con Enfermedad Hepática por Alcohol encontrándose que el 68% de los pacientes eran de sexo masculino con edades comprendidas de 45-65 años.

El estado civil más frecuente fue el casado en el sexo femenino; y soltero en el masculino. En cuanto al nivel de instrucción, predominaron los estudios de primaria tanto completa como incompleta. Prevalcieron aquellos pacientes de estrato socioeconómico clase IV (pobreza relativa) en ambos sexos; con similares resultados en una investigación realizada en Ecuador por Aguirre¹ donde se estudiaron 50 casos de pacientes con enfermedad hepática por alcohol encontrando al 30% con estado Civil casado, el 56% presentaba nivel socio económico bajo y el 46% con estudios cursados hasta educación primaria. Esto apoya como factor de riesgo al estrato socioeconómico y escolaridad baja para la incidencia de alcoholismo y posterior desarrollo de enfermedad hepática.

En cuanto a la ocupación predominaron las ama de casa en mujeres; seguidas de los comerciantes y aquellos que no tenían ninguna ocupación con similar proporción en hombres. A diferencia de un estudio llevado a cabo entre los años 2014 – 2015 por Pérez²⁴ donde se investigaron los factores de riesgo en pacientes con cirrosis hepática, con respecto a la ocupación se encontró que el 45% eran obreros/agricultores, seguidos de las amas de casa 22% y comerciantes informales 19%.

Con respecto a las complicaciones agudas presentadas por los pacientes con enfermedad hepática crónica alcohólica fue la encefalopatía (74,39%), la más frecuente en ambos sexos; siendo el tipo de encefalopatía más frecuente la de grado III; seguida de la HDS expresada en melena (26,83%); y en tercer lugar los procesos infecciosos con el 21,96%, de éstos la mayor frecuencia la presentaron la Neumonía Adquirida en la Comunidad e infecciones de partes blandas. En comparación con un estudio realizado por Domínguez y cols²⁵, en donde se encontró como principales complicaciones en pacientes con Hepatopatía alcohólica dentro de los primeros 90 días de hospitalización: Ascitis (75,7%), infecciones bacterianas (48,5%), encefalopatía hepática (33%), falla renal (25,2%) y sangrados digestivos (18,5%).

Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 10 a 20 años de ingesta alcohólica, entre los cuales predominaron aquellos con estadio C de la escala Child Pugh, con un tiempo de consumo de alcohol promedio de 20,16 años \pm 1,01, con una mediana de 18 años. Según la OMS^{2, 3, 12}, considera que cualquier persona que ingiera más de 30 a 50 g/día de alcohol por más de 5 a 10 años tiene riesgo de desarrollar enfermedad hepática por alcohol. El consumo excesivo de 40-80 gr/día en hombres y de 20-40 gr/día en mujeres por un tiempo de 10 a 20 años producirá ineludiblemente una enfermedad hepática crónica, lo que concuerda con los datos obtenidos en este estudio. Sin embargo, no todos los alcohólicos crónicos desarrollan cirrosis, ya que ésta también se encuentra relacionada con factores nutricionales, inmunológicos y genéticos.

Aunque el mayor promedio de tiempo de ingesta de alcohol lo registraron aquellos pacientes con estadio C en la escala Child Pugh, tal diferencia no fue estadísticamente significativa. En un estudio realizado por Estévez²⁶ en Argentina en el año 2016 donde se determinó el tiempo de consumo de alcohol relacionado con la enfermedad hepática crónica el cual fue superior a los 10 años en un 58%, con un mayor rango entre los 10 a 20 años de

ingesta de enólicos (36%) y un tiempo mínimo de 3 años que solo representó el 3%; resultados muy similares a la presente investigación.

En cuanto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad hepática alcohólica la mayor parte de los pacientes tenían 5 o menos años de diagnóstico, entre los cuales predominó el estadio C de la escala Child Pugh. Aunque el mayor promedio de tiempo de diagnóstico la registraron aquellos pacientes con estadio C en la escala Child Pugh, tal diferencia no fue estadísticamente significativa. Esto se debe probablemente al diagnóstico tardío de esta patología cuando ya se han desarrollado en su mayoría las complicaciones de la Hepatopatía Enólica. Teniendo en cuenta que la enfermedad hepática alcohólica describe un espectro de condiciones que van desde el hígado graso reversible hasta la hepatitis alcohólica, cirrosis y carcinoma hepatocelular, siendo el daño hepático producido por el alcohol multifactorial, junto con factores de susceptibilidad individual.

Fueron más frecuentes aquellos pacientes que presentaron 2 complicaciones agudas, seguidos de aquellos pacientes con 1 complicación aguda, predominando en ambos casos el Child Pugh C; y aquellos que presentaron mayor número de complicaciones (entre 3 y 4) se encontraban en su totalidad en el estadio C. Por lo tanto podemos decir que a mayor número de complicaciones mayor es el estadio de Child Pugh.

Un 70,73% de los pacientes con hepatopatía crónica egresó con mejoría, siendo la característica más frecuente en todas las categorías de la escala Child Pugh; hallándose una mortalidad del 29,27% (24 casos), siendo más frecuente entre los pacientes con estadio C en la escala Child Pugh (23/24) lo que representa el 95,83% de mortalidad para esta categoría. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estadio Child Pugh y las condiciones de egreso; por lo que a mayor estadio de Child Pugh peor es el pronóstico. A diferencia de una investigación realizada en Perú por Malpica y cols²⁷, en donde se determinó la mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos ingresados en un Hospital General de Lima en el año

2013; se evidenció con respecto a la clasificación Child Pugh, que el 56% se encontraba en la clase C, 37,5% en la clase B y el 6,3% en la clase A. Siendo la mortalidad en la clase C de 57,4%.

Todos los pacientes con 1 complicación aguda experimentaron mejoría y de 6 pacientes con 3 complicaciones agudas todos fallecieron, lo mismo aquellos con 4 complicaciones agudas. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las condiciones de egreso y el número de complicaciones. Con los datos obtenidos en este estudio se puede decir que a mayor número de complicaciones peor pronóstico.

Se estableció una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo de ingesta alcohólica según las condiciones de egreso ($P < 0,05$), siendo el promedio de los que fallecieron mucho mayor que aquellos que experimentaron mejoría; encontrando por lo tanto peor pronóstico en aquellos paciente con mayor historial en años de ingesta alcohólica. No así con el tiempo de diagnóstico de la hepatopatía, aunque el promedio fue mayor entre los que fallecieron, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$), y esto se debe al diagnóstico tardío de dicha patología cuando ya se ha instaurado en su mayoría las complicaciones.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada se obtuvo mayor frecuencia de enfermedad hepática alcohólica en hombres entre la 5^{ta} y 6^{ta} década de vida, de estrato socioeconómico bajo (Graffar IV), con estudios de educación primaria en su mayoría, evidenciando un historial de ingesta alcohólica con una mediana de 18 años; siendo el estado civil casada y la ocupación ama de casa más frecuente en mujeres; y solteros con ocupación comerciante así como sin ocupación en igual proporción, en hombres.

Se determinó un historial mayor a 10 años de ingesta alcohólica, con 5 años o menos del diagnóstico de la enfermedad hepática alcohólica, entre los cuales predominaron aquellos con Child Pugh C.

Con respecto a las complicaciones agudas presentadas por los pacientes con enfermedad hepática crónica alcohólica fue la encefalopatía la más frecuente en ambos sexos; predominando el grado III; seguida de la HDS expresada en melena; y en tercer lugar los procesos infecciosos, de éstos la mayor frecuencia la presentaron la Neumonía Adquirida en la Comunidad e infecciones de partes blandas.

Se encontró que a mayor número de complicaciones desarrolladas peor pronóstico, evidenciándose una mortalidad del 29,27% correspondiente casi en su totalidad al Child Pugh C (23 de los 24 fallecidos).

Se obtuvo una relación entre los años de ingesta alcohólica y las condiciones de egreso, encontrando por lo tanto peor pronóstico en aquellos paciente con mayor historial en años de ingesta alcohólica. No así con el tiempo de diagnóstico de la hepatopatía, esto último se debe probablemente a su diagnóstico tardío cuando ya se ha instaurado en su mayoría las complicaciones. Tomando en cuenta que el desarrollo de la hepatopatía alcohólica es multifactorial e influye no solo la cantidad de alcohol consumido y el tiempo de ingesta sino la susceptibilidad de cada individuo.

RECOMENDACIONES

- Realizar la adecuada promoción de salud a grupos de riesgo, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes ampliando la cobertura de los servicios de salud, en particular dirigidas a la población con bajos nivel socioeconómico para prevenir el alcoholismo y con ello el desarrollo de las enfermedades hepáticas de etiología alcohólica.
- Efectuar el reconocimiento precoz de individuos con problemas de alcoholismo, implementando medidas multidisciplinarias para solucionar su problema de dependencia y abuso del alcohol, debido al amplio espectro de sus complicaciones que van desde alteraciones nutricionales, hasta enfermedad hepática alcohólica y sus complicaciones.
- Reconocimiento y diagnóstico temprano de pacientes que ya han desarrollado enfermedad hepática alcohólica, con seguimiento e instauración de tratamiento oportuno para así prevenir la incidencia de complicaciones a futuro.
- Informar o instruir a los pacientes hepatópatas sobre las complicaciones que puede generar esta enfermedad e incentivar un adecuado apego al tratamiento; ya que con esto podemos evitar que evolucione rápidamente a estadios avanzados y disminuir la mortalidad de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre M. Enfermedad hepática por alcohol en pacientes de 25 a 65 años Hospital General Docente Riobamba 2010. [Trabajo Especial de Grado]. Escuela Superior Politécnica de Chimbonazo: Riobamba, Ecuador; 2010. [Consultado 28 Enero 2017]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1904/1/94T00083.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud [actualizado 12 Mayo 2014; citado 01 feb 2017]. Disponible en: <http://blogs.20minutos.es/el-nutricionista-de-la-general/2014/05/19/informe-oms-2014-consumo-de-alcohol-y-salud-en-el-mundo>.
3. Bolaños P. Epidemiología, pruebas hepáticas, complicaciones y tiempo de sobriedad en cirrosis hepática hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca: Cuenca, Ecuador; 2009. Disponible en: <http://cdjiv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi287.pdf>
4. Morales A, Marín M, Castillo Y, Tirado E. Prevalencia de la enfermedad hepática alcohólica y algunos factores de riesgo en pacientes que acuden a los ambulatorios de Barquisimeto. Gac Méd Caracas. [Internet]. Caracas, oct, 2008 [consultado 02 Febrero 2017]; 116(4).
5. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2013. Caracas: Sistema de Información en Salud; 2015. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2013.pdf>
6. Berman K, Tandra S, Forssell K, Vuppalachchi R, Burton JR Jr, Nguyen J, y cols. Incidence and predictors of 30-day readmission among patients hospitalized for advanced liver disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011;9(3):254-9.
7. Vinuesa G. Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el hospital Eugenio Espejo. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito, Ecuador; 2013. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7298/11.27.001080.pdf?sequence=4>
8. Larico M. Características Clínicas, Complicaciones y Evaluación de Sobriedad de los Pacientes con Cirrosis Hepática del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010-2012. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann: Perú; 2013.

9. Espinoza F, Castillo P. Complicaciones de la cirrosis hepática en los pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja: Ecuador; 2016. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/16528>
10. Mejías J, González D. Descripción clínica y factores pronósticos de mortalidad al ingreso de pacientes con hepatitis alcohólica en el servicio de medicina interna del hospital general de Tlalnepantla. Universidad Autónoma de México: México; 2013. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14074/397835.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. V. F. Moreira y A. López San Román. Hepatopatía Alcohólica. Rev. esp. Enferm. Dig. [Internet]. Madrid, jul. 2005 [consultado 02 Febrero 2017]; 97(7).
12. Fajardo González MH, Arce Núñez M, Medina Garrido Y, Esteva Carral L, Osorio Pagola MF. Comportamiento de la cirrosis hepática en el hospital "Arnaldo Milián Castro" de julio de 2007 a marzo de 2009. MediSur. 2010;8(4):40-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=410477&pid=S1022-5129201300040000300012&lng=es
13. Pérez M, Castellano G. Hígado y alcohol. En: Montoro M, García Pagán J; et al, editors. Gastroenterología y hepatología. Vol 1. 2da ed. España: Jarpoy Editores; 2012. p. 799 - 814.
14. Mancebo A, Gonzalez M, Navascués C, y cols. Análisis de un programa de vigilancia para el diagnóstico precoz de carcinoma hepatocelular en pacientes con cirrosis hepática. J Clin Gastroenterol: 2016. Disponible en: http://dijibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/42789/1/TD_AlejoMancebo.pdf
15. Cortés M, Alcántara R. Complicaciones agudas de la cirrosis hepática. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico Virgen de La Victoria de Málaga. España; 2013. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/cirrohep.pdf>
16. Bertot L, Vilar E, Lincheta L. Modelos pronósticos para la cirrosis hepática. Rev, Med. Vol.50. La Habana, Cuba. 2010.
17. Federación Española del aparato Digestivo. Hepatopatía Alcohólica. [Actualizado 2016; Citado 30 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.saludigestivo.es/wp-content/uploads/2016/03/hepatopatía-alcohólica-20140219100514.pdf>.
18. Mendez E, Orbe I, Parra V. Prevalencia, características de hepatopatías y factores asociados en el área de medicina interna del hospital Vicente corral Moscoso. Universidad de Cuenca: Ecuador; 2010. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3419/1/MED126.pdf>

19. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud: Perú; 2007. Rev. Gastroenterol. Perú 27(3).
20. García M, Alcántara R. Complicaciones agudas de la cirrosis hepática. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico "Virgen de La Victoria" de Málaga: España; 2014. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/cirrohep.pdf>
21. Myers RP, Quan H, Hubbard JN, Shaheen AA, Kaplan GG. Predicting in-hospital mortality in patients with cirrhosis: results differ across risk adjustment methods . Hepatology. 2009;49(2):568-77.
22. Attia K, Ackoundou-N'guessan K, N'dri-yoman A, Mahassadi A, Messou E, Bathaix Y, et al. Child-Pugh-Turcott versus Meld score for predicting survival in a retrospective cohort of black African cirrhotic patients . World J Gastroenterol. 2008;14;14(2):286-91. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=410489&pid=S1022-5129201300040000300018&lng=es
23. Bohórquez N. Enfermedad Hepática por Alcohol y factores de riesgo en pacientes de 35-65 años del Hospital IESS de Milagro Federico Bolaños Moreira 2014. Universidad de Guayaquil: Ecuador; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10409>
24. Pérez L. Factores de riesgo en pacientes con Cirrosis Hepática. estudio a realizarse, en el hospital Abel Gilbert Pontón, periodo 2014-2015. Universidad de Guayaquil: Ecuador; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26051/1/TESIS%20EDUARDO%20PEREZ.pdf>
25. Domínguez M, Rincón D, Abraldes J y cols. A new Scoring System for Prognostic Stratification of patients with alcoholic hepatitis. Am J Gastroenterol. España: 2009; 103:2747-2756. Disponible en: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/2290/MDG_TESIS.pdf
26. Estévez C. Estado nutricional y factores que inciden con los hábitos nutricionales en población de alcohólicos en recuperación. Universidad F.A.S.T.A: Argentina; 2016. Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/501/2009_N_100.pdf?sequence=1
27. Malpica A, Ticse R, Salazar M, Cheng L, Valenzuela V y cols. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. Rev. Gastroenterol. 2013; 33 (4).

ANEXO A

CLASIFICACIÓN CHILD PUGH

PARAMETRO	PUNTAJE		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Encefalopatía	Ausente	Grado I – II	Grado III – IV
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	2- 3	>3
Albumina (gr/dl)	>3,5	2,8 – 3,5	<2,8
PTT (Seg/control)	1 – 3	4 - 6	>6
INR	<1,8	1,8 – 2,3	>2,3

GRADO	Puntaje	Descripción
A	5 – 6	Enfermedad compensada
B	7 – 9	Compromiso funcional significativo
C	10 – 15	Enfermedad Descompensada

FICHA DE TRABAJO (ANEXO B)

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

F. Nacimiento: ___/___/___ Telef.: _____

DATOS SOCIO- DEMOGRAFICOS

(marque con X)

Dirección _____

Graffar: I ___ II ___ III ___ IV ___

Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Concubino(a) ___ Viudo(a) ___.

Nivel de Instrucción: No curso estudios: ___ Primaria: Completa ___
Incompleta ___ Secundaria Incompleta: ___ Bachiller: ___ Universitario: ___.

HÁBITOS ENÓLICOS

Tiempo de consumo de alcohol: Menos de 10 años: _____, 10 a 20 años: _____
20 a 30 años: _____, >30 años: _____.

PARÁMETROS DE LABORATORIOS

PT: _____ PTT: _____ Albumina: _____ Bilirrubina total: _____
Directa: _____ Indirecta: _____.

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA HEPATOPATÍA

< 1 año: _____ 1 a 5 años: _____ 6 a 10 años: _____ >10 años: _____.

ESTADIFICACIÓN DEL CHILD PUGH: A: _____ B: _____ C: _____

COMPLICACIONES AGUDAS

Encefalopatía Metabólica: _____ Hemorragia Digestiva superior: _____

Síndrome Hepatorenal: _____ Síndrome Hepatopulmonar: _____

Peritonitis Bacteriana espontanea: _____ Anasarca: _____

Infecciones Bacterianas asociadas:

ANEXO C



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Postgrado de Medicina Interna
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ portador(a) de la Cédula de Identidad __-_____, por medio de la presente hago saber que una vez conocidos los fines de la investigación denominada: **COMPLICACIONES AGUDAS ASOCIADAS CON EL CHILD PUHG EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHOLICA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**, realizado en el periodo comprendido entre Abril 2017 a Marzo 2018 por la investigadora: Rebeca E. Inojosa B. con Cédula de Identidad: V- 20.511.944 para optar al título de Especialista en MEDICINA INTERNA; acepto formar parte de la muestra para dicho estudio, y siempre y cuando se tome en cuenta:

- Guardar la debida discreción con los datos personales recopilados.
- Conocer los resultados que se obtengan.
- Respetar mi integridad física y moral.
- Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Nombre(s) y Apellido(s) : _____ Edad: _____

C.I: _____ Firma: _____

TABLA N° 1

**ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE
LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA
ALCOHÓLICA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” PERIODO ABRIL 2017 A
MARZO 2018**

SEXO	Femenino		Masculino		Total	
Edad (años)	f	%	F	%	f	%
<55	7	8,54	17	20,73	24	29,27
55 – 65	12	14,63	22	26,83	34	41,46
>65	7	8,54	17	20,73	24	29,27
$\bar{X} \pm E_s$	60,5 +/- 3,64		59,68 +/- 2,42		59,94 ± 0,99	
ESTADO CIVIL	f	%	F	%	f	%
Casado(a)	13	15,85	15	18,29	28	34,15
Soltero(a)	5	6,10	21	25,61	26	31,71
Concubinato	4	4,88	14	17,07	18	21,95
Viudo	2	2,44	4	4,88	6	7,32
Divorciado	2	2,44	2	2,44	4	4,88
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	f	%	F	%	f	%
Sin estudios	4	4,88	13	15,85	17	20,73
Primaria incompleta	2	2,44	8	9,76	10	12,20
Primaria completa	6	7,32	11	13,41	17	20,73
Secundaria incompleta	3	3,66	7	8,54	10	12,20
Bachiller	10	12,20	15	18,29	25	30,49
TSU	1	1,22	2	2,44	3	3,66
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	f	%	F	%	f	%
III	11	13,41	11	13,41	22	26,83
IV	15	18,29	40	48,78	55	67,07
V	0	0	5	6,10	5	6,10
Total	26	31,71	56	68,29	82	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)

TABLA N° 2

ANÁLISIS DE LA PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA ALCOHÓLICA.

MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	F	%	F	%
Valencia	13	15,85	36	43,90	49	59,76
Carlos Arvelo	3	3,66	11	13,41	14	17,07
Libertador	2	2,44	3	3,66	5	6,10
Los Guayos	2	2,44	2	2,44	4	4,88
Guacara	2	2,44	1	1,22	3	3,66
Naguanagua	3	3,66	0	0	3	3,66
Bejuma	1	1,22	1	1,22	2	2,44
San Diego	0	0	1	1,22	1	1,22
San Joaquín	0	0	1	1,22	1	1,22

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)

TABLA N°3

**ANÁLISIS DE LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD
HEPÁTICA CRÓNICA ALCOHÓLICA EN EL SEXO FEMENINO.**

Ocupación	F	%
Ama de casa	19	23,17
Comerciante	2	2,44
Peluquera	2	2,44
Administradora	1	1,22
Camarera	1	1,22
Costurera	1	1,22
Total	26	31,71

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)

TABLA N°4

ANÁLISIS DE LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA ALCOHÓLICA EN EL SEXO MASCULINO.

OCUPACIÓN	F	%
Comerciante	10	12,20
Sin ocupación	12	14,63
Albañil	4	4,88
Chofer	4	4,88
Mecánico	4	4,88
Despachador	3	3,66
Obrero	3	3,66
Agricultor	2	2,44
Camionero	2	2,44
Carpintero	2	2,44
Herrero	2	2,44
Taxista	2	2,44
Artesano	1	1,22
Electricista	1	1,22
Mantenimiento	1	1,22
Mesonero	1	1,22
Plomero	1	1,22
Vigilante	1	1,22
Total	56	68,29

TABLA N° 5

**ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS DESARROLLADAS POR
LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA
ALCOHÓLICA.**

Sexo	Femenino (n=26)		Masculino (n=56)		Total (n=82)	
	f	%	F	%	f	%
Complicación aguda						
Encefalopatía	22	26,83	39	47,56	61	74,39
Encefalopatía I	2	2,44	3	3,66	5	6,10
Encefalopatía II	8	9,76	10	12,20	18	21,95
Encefalopatía III	9	10,98	22	26,83	31	37,80
Encefalopatía IV	3	3,66	4	4,88	7	8,54
HDS: melena	8	9,76	14	17,07	22	26,83
Infecciones	6	7,32	12	14,64	18	21,96
NAC	1	1,22	4	4,88	5	6,10
IPB: celulitis	2	2,44	2	2,44	4	4,88
Sx diarreico agudo	1	1,22	2	2,44	3	3,66
ITU baja	0	0	2	2,44	2	2,44
Broncoaspiración	0	0	1	1,22	1	1,22
IPB: Erisipela	0	0	1	1,22	1	1,22
ITU: Pielonefritis	1	1,22	0	0	1	1,22
Sepsis p/p urinario	1	1,22	0	0	1	1,22
HDS: melena y hematemesis	4	4,88	7	5,54	11	13,41
Sx heparorrenal t 1	2	2,44	7	5,54	9	10,98
Anasarca	2	2,44	6	7,32	8	9,76
HDS: hematemesis	2	2,44	5	6,10	7	5,54
Sx heparorrenal t 2	0	0	4	4,88	4	4,88
Peritonitis bacteriana espontánea	1	1,22	2	2,44	3	3,66

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)

TABLA N° 6

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA ALCOHÓLICA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES AGUDAS SEGÚN EL CHILD PUGH Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE INGESTA ALCOHÓLICA.

Child Pugh Tiempo de ingesta alcohólica (años)	A		B		C		Total	
	F	%	F	%	F	%	f	%
<10	1	1,22	5	6,10	5	6,10	11	13,41
10 – 20	1	1,22	9	10,98	26	31,71	36	43,90
21 – 30	0	0	6	7,32	16	19,51	22	26,83
>30	0	0	1	1,22	12	14,63	13	15,85
Total	2	2,44	21	25,61	59	71,95	82	100
$\bar{X} \pm Es$	13,0 ± 5,0		17,90 ± 1,86		21,20 ± 1,22			

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)

TABLA N° 7

**ASOCIACIÓN DEL ESTADIO CHILD PUGH CON EL TIEMPO DE
DIAGNÓSTICO DE LA HEPATOPATÍA CRÓNICA Y LA CANTIDAD DE
COMPLICACIONES AGUDAS.**

Child Pugh	A		B		C		Total	
	F	%	F	%	F	%	f	%
Tiempo de diagnóstico de la Hepatopatía (años)								
<1	2	2,44	4	4,88	9	10,98	15	18,29
1 – 5	0	0	16	19,51	41	50	57	69,51
6 – 10	0	0	0	0	9	10,98	9	10,98
>10	0	0	1	1,22	0	0	1	1,22
$\bar{X} \pm Es$		0		$2,90 \pm 0,58$		$3,03 \pm 0,30$		$2,92 \pm 0,26$
Número de complicaciones	F	%	F	%	F	%	f	%
1	2	2,44	12	14,63	20	24,39	34	41,46
2	0	0	9	10,98	30	36,59	39	47,56
3	0	0	0	0	6	7,32	6	7,32
4	0	0	0	0	3	3,66	3	3,66
Total	2	2,44	21	25,61	59	71,95	82	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)

TABLA N° 8

**ASOCIACIÓN DEL ESTADIO CHILD PUGH CON EL TIEMPO DE
DIAGNÓSTICO DE LA HEPATOPATÍA CRÓNICA Y LA CANTIDAD DE
COMPLICACIONES AGUDAS Y ALCOHÓLICA.**

Child Pugh	A		B		C		Total	
Tiempo de diagnóstico de la Hepatopatía (años)	f	%	F	%	F	%	f	%
≤ 5	2	2,44	20	24,39	50	60,98	72	87,80
>5	0	0	1	1,22	9	10,98	10	12,20
$\bar{X} \pm Es$	0		2,90 ± 0,58		3,03 ± 0,30		2,92 ± 0,26	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)

TABLA N° 9

**RELACIÓN DEL CHILD PUGH SEGÚN EL MOTIVO DE EGRESO.
PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA ALCOHÓLICA
DESCOMPENSADA.**

Child Pugh	A		B		C		Total	
	f	%	F	%	f	%	f	%
Mejoría	2	2,44	20	24,39	36	43,90	58	70,73
Fallecimiento	0	0	1	1,22	23	28,05	24	29,27
Total	2	2,44	21	25,61	59	71,95	82	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)

TABLA N° 10

CANTIDAD DE COMPLICACIONES AGUDAS CON LAS CONDICIONES DE EGRESO, TIEMPO DE CONSUMO DE OH Y TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA HEPATOPATÍA.

Egreso	Fallecimiento		Mejoría		Total	
	f	%	f	%	f	%
Número de complicaciones						
1	0	0	34	41,46	34	41,46
2	15	18,29	24	29,27	39	47,56
3	6	7,32	0	0	6	7,32
4	3	3,66	0	0	3	3,66
Total	24	29,27	58	70,73	82	100
Tiempo OH	24,29 +/- 3,82		18,45 +/- 2,30		t = 2,72; P= 0,0079	
Tiempo Dx	3,33 +/- 1,08		2,75 +/- 0,61		t = 1,0; P= 0,3206	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Inojosa; 2018)