

Ascitis refractaria en cirrosis hepática: variables asociadas con mortalidad en un centro de hepatología en Maracaibo.

Autores Edgardo J Mengual-Moreno^{1,2,3}, Abnery V Sánchez-Bermúdez², Ana C Boscan-Contreras², Ayarlan A Hernandez-Diaz², Leidy C Medina-Villasmil³, María A Santiago- Delgado³

Afiliación 1 Laboratorio de Investigaciones Gastrointestinales. Instituto de Investigaciones Biológicas "Doctores Orlando Castejón y Haydée V. Castejón". Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
2 Postgrado de Gastroenterología con sede en la Unidad Docente Hospital Universitario. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
3 Servicio Gastroenterología. Hospital Universitario de Maracaibo. Venezuela.

Autor de Correspondencia: Edgardo J Mengual-Moreno. Correo: mengual88@hotmail.com. ORCID [0000-0002-9872-5186](https://orcid.org/0000-0002-9872-5186)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2024; 78(1):17-20.

© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

<https://doi.org/10.61155/2024.78.1.004>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Fecha de recepción: 12/01/2024

Fecha de revisión: 17/02/2024

Fecha de aprobación: 29/02/2024

Resumen

La ascitis refractaria está asociada a una alta tasa de mortalidad en pacientes con cirrosis hepática. Se diseñó un estudio prospectivo y longitudinal con un período de seguimiento de 6 meses en 92 pacientes con cirrosis hepática y ascitis refractaria que no cumplen con los criterios de trasplante hepático y que fueron sometidos a paracentesis terapéutica de gran volumen en el Centro de referencia de hepatología ubicado en el Hospital Universitario de Maracaibo. La tasa de mortalidad de paciente con cirrosis hepática y ascitis refractaria sometidos a paracentesis de gran volumen fue de 42,4% en 6 meses de seguimiento. El género masculino, la paracentesis semanal y 2 o más episodios de descompensación se correlacionó significativamente con mayor mortalidad ($p < 0,005$). Se requieren estudios multicéntricos en Venezuela que implanten otras opciones terapéuticas como uso de derivaciones portosistémicas (TIPS) en pacientes con cirrosis hepática avanzada y ascitis refractaria.

Palabras claves: cirrosis hepática, ascitis refractaria, mortalidad.

REFRACTORY ASCITES IN LIVER CIRRHOSIS: VARIABLES ASSOCIATED WITH MORTALITY IN A HEPATOLOGY CENTER IN MARACAIBO

Summary

Refractory ascites is associated with a high mortality rate in patients with liver cirrhosis. A prospective and longitudinal study with a 6-month follow-up period was designed in 92 patients with liver cirrhosis and refractory ascites who did not meet the criteria for liver transplantation and who underwent large-volume therapeutic paracentesis at the Hepatology Reference Center located at the University Hospital of Maracaibo. The mortality rate of patients with liver cirrhosis and refractory ascites who underwent large-volume paracentesis was 42.4% at 6-month follow-up. Male gender, weekly paracentesis, and 2 or more episodes of decompensation were significantly correlated with higher mortality ($p < 0.005$). Multicenter studies in Venezuela are required to introduce other therapeutic options such as the use of portosystemic shunts (TIPS) in patients with advanced liver cirrhosis and refractory ascites.

Keywords: Keywords: liver cirrhosis, refractory ascites, mortality.

Introducción

La ascitis refractaria es una complicación frecuente y potencialmente mortal de la cirrosis hepática, se define como ascitis que no se puede movilizar o cuya recurrencia temprana después de una paracentesis de gran volumen no se puede

prevenir con tratamiento médico adecuada (es decir, una dieta baja en sal combinada con un tratamiento con diurético. Se divide en dos subtipos: resistente a los diuréticos o intolerante a los diuréticos. La patogenia de la ascitis refractaria es multifactorial, siendo la vía final común la hipoperfusión renal y la retención de sodio¹.

Los pacientes con cirrosis hepática pueden desarrollar una amplia gama de complicaciones secundarias a hipertensión portal y/o insuficiencia hepática. Entre ellos, la ascitis ocurre en casi el 60% de los pacientes con cirrosis hepática compensada dentro de los 10 años durante el curso de su enfermedad y aproximadamente el 10% de los pacientes con ascitis desarrollan ascitis refractaria¹.

El pronóstico de la ascitis refractaria es malo, con una tasa de supervivencia libre de trasplante a los 6 meses que varía según la región y nivel de atención hospitalaria, se estimada que oscila cercana al 50 % debido a una asociación con el desarrollo de falla renal. Este cuadro también produce desnutrición severa, deterioro de la calidad de vida y síntomas o complicaciones molestas como anorexia, hernia abdominal y disnea².

El tratamiento de primera línea para la ascitis refractaria consiste en paracentesis de gran volumen. Este procedimiento puede ser realizado bajo estricta supervisión médica junto con infusiones de albúmina administradas para la prevención de la disfunción circulatoria post-paracentesis, muchas veces no mejora la calidad de vida del paciente debido a las repetidas paracentesis incluso pueden llegar a ser semanales y no está exenta de complicaciones².

El trasplante hepático es la solución definitiva para la ascitis refractaria en paciente con cirrosis hepática y debe considerarse sistemáticamente. En pacientes que no son elegibles para trasplante hepático debido a edad avanzada y/o comorbilidades o para quienes el acceso a trasplante hepático sigue siendo limitado de deben considerar terapias alternativas como derivación portosistémica transyugular (TIPS), bomba automatizada de bajo flujo (alfapump®), derivación peritoneovenosa y catéter peritoneal permanente³.

El **objetivo** fue determinar la tasa de mortalidad y las características clínicas asociadas en pacientes con ascitis refractaria en cirrosis hepática, sometidos a paracentesis terapéutica de gran volumen en un periodo de seguimiento de 6 meses en un centro de referencia de hepatología en la ciudad de Maracaibo.

Pacientes y Métodos:

Se diseñó un estudio prospectivo y longitudinal con un período de seguimiento de 6 meses, desde enero a junio de 2023, en donde se seleccionaron 92 pacientes con cirrosis hepática y ascitis refractaria que no cumplen con los criterios de trasplante hepático y que fueron sometidos a paracentesis terapéutica de gran volumen en el Centro de referencia de hepatología ubicado en el Hospital Universitario de Maracaibo,

según los criterios internacionales establecidos para el diagnóstico y manejo de ascitis refractaria¹.

Se realizó una historia clínica completa y se registró la evolución médica de los pacientes estudiados en cada visita hospitalaria: número de paracentesis terapéutica realizada, las características clínicas y los paraclínicos solicitados por un período de seguimiento longitudinal de 6 meses bajo los principios éticos de la investigación en seres humanos. Se mantuvo comunicación estrecha y constante con los familiares en caso de alguna complicación o deceso del paciente. Se excluyeron aquellos pacientes que no desearon participar en el estudio, presentaban dificultad en mantener un seguimiento intrahospitalario o falla en la comunicación constante con el personal médico, así como etiología de la ascitis distinto a cirrosis hepática e hipertensión portal como ascitis; maligna, insuficiencia renal crónica, tuberculosis, entre otras.

Los resultados fueron almacenados y analizados en una base de datos creada mediante el Paquete Estadístico SPSS, versión 22. Los datos obtenidos fueron expresados en media más o menos una desviación estándar o en cifras absolutas y porcentajes, según el caso. Se calculó la tasa de mortalidad y supervivencia acumulativa. La significancia estadística fue determinada mediante la prueba de correlación de Spearman, valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados

En la tabla 1, se detallan los datos demográficos de los pacientes estudiados. Predominó el género masculino, la esteatohepatitis fue la principal etiología de la cirrosis hepática y Child Pugh B fue la principal puntuación obtenida por los pacientes estudiados. La edad promedio de los pacientes estudiados fue de $62,2 \pm 10,5$ años y la mayoría de los pacientes requirió más de 2 paracentesis terapéutica al mes.

Tabla 1. Datos demográficos de los pacientes atendidos con cirrosis hepática y ascitis refractaria

Datos demográficos	(n=92)
Edad (años)	62,6 ± 10,5 ^a
Sexo	540 (43,5) ^b
Femenino	52 (56,5) ^b
Masculino	
Etiología de la cirrosis hepática	
Esteatohepatitis	47 (51,1) ^b
Alcohol	28 (30,4) ^b
Cardíaca	9 (9,8) ^b
Hepatitis B o C	4 (4,3) ^b
Cirrosis biliar primaria	4 (4,3) ^b
Puntuación de Child Pugh	
A	0 (0) ^b
B	84 (91,3) ^b
C	8 (8,7) ^b
Número de paracentesis por mes	2,7 ± 1,0 ^a

^a Promedio ± desviación estándar

^b n (%)

En la Figura 1, se aprecia el análisis de supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática y ascitis refractaria. Se observó que durante los 6 meses de seguimiento de los pacientes sometidos a paracentesis terapéutica de gran volumen la tasa de mortalidad fue 42.4% (n=39), (4.652; IC 95% :303-5.002). La causa de las muertes en el transcurso del seguimiento de los pacientes estuvo relacionada con la enfermedad hepática avanzada subyacente y las complicaciones asociadas: 51,3% por falla renal, 25.6% por infecciones, 15,4% por sangrado digestivo variceal y 7,7 % por carcinoma hepatocelular.

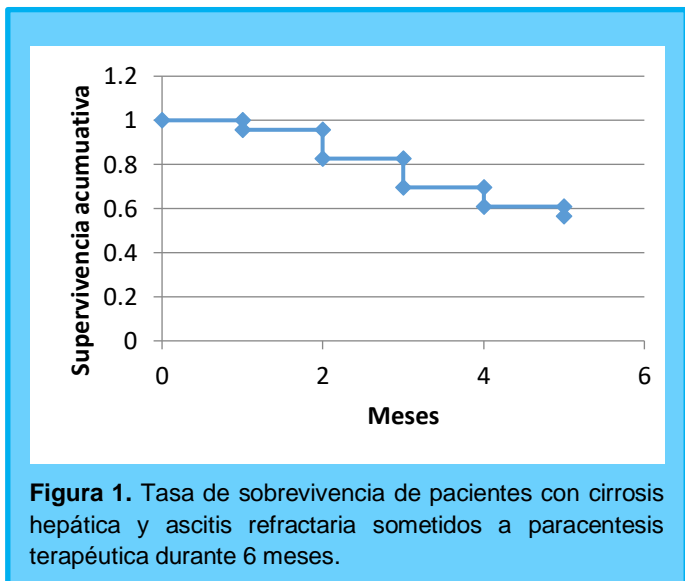


Figura 1. Tasa de supervivencia de pacientes con cirrosis hepática y ascitis refractaria sometidos a paracentesis terapéutica durante 6 meses.

Al correlacionar las variables clínicas con mortalidad; se evidenció que el género masculino, paracentesis semanal y 2 o más episodios de descompensación hepática se correlacionó significativamente con mayor mortalidad (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de correlación de variables que aumentaron la mortalidad en pacientes con cirrosis hepática y ascitis refractaria sometidos a paracentesis terapéutica de gran volumen.

Variabes	Mortalidad n (%)	Correlación	p
Género			
Femenino	24 (26,1)	0,292	0,005
Masculino	16 (17,4)		
Frecuencia de paracentesis			
Semanal	33 (35,9)	0,853	0,001
Quincenal	7 (7,6)		
Número de episodios de descompensación			
2 o más	32 (34,8)	0,833	0,001
1	8 (8,7)		

Discusión

La formación de ascitis es un signo de cirrosis hepática avanzada y presagia un mal pronóstico. Se estima que más de la mitad de los pacientes con cirrosis hepática desarrollan ascitis dentro de los 10 años de evolución, y el 10 % de estos pacientes progresan a ascitis refractaria. La supervivencia a largo plazo se reduce y los que presentan ascitis refractaria tienen un pronóstico particularmente precario. Muchos pacientes con ascitis refractaria no son candidatos para trasplante hepático, derivación portosistémica (TIPS) o bombas automatizadas de ascitis de bajo flujo y, por lo tanto, requieren paracentesis paliativa recurrente de gran volumen en el hospital³.

Los estudios demuestran que solo el 14% de los pacientes cirrosis hepática avanzada y ascitis refractaria se someten a trasplante hepático y/o TIPS. La paracentesis de gran volumen sigue siendo la intervención paliativa más común para la ascitis refractaria⁴. Un estudio epidemiológico en pacientes con cirrosis hepática descompensada hospitalizados en América Latina donde se incluyó datos de Venezuela, demostró que la principal causa de ingreso hospitalario fue la ascitis, la etiología relacionada la cirrosis hepática fue el alcohol y esteatohepatitis⁵.

El presente estudio estableció 42,4% de tasa de mortalidad de los pacientes con cirrosis hepática diagnosticados con ascitis refractaria sometidos a paracentesis de gran volumen en un centro de referencia de hepatología ubicado en el Hospital Universitario de Maracaibo, coincide con lo previamente establecido.

Los cuidados paliativos siguen siendo subóptimos en la cirrosis hepática avanzada en estado terminal, en parte debido a la falta de intervenciones basadas en evidencia⁵. En el Hospital Universitario de Maracaibo conscientes que los cuidados paliativos deben centrarse en mejorar la calidad de vida, se brinda apoyo psicosocial a los pacientes y cuidadores, así como constante información sobre el pronóstico de la enfermedad terminal.

Estudios aleatorizados realizados, demostraron que la paracentesis paliativa puede ser realizada en el domicilio, bajo supervisión de enfermeras comunitarias, principalmente en aquellos pacientes que no son candidatos a trasplante hepático⁶.

En cuanto a las características clínicas y factores relacionados con mortalidad, el estudio demostró que el género masculino se correlacionó con mayor mortalidad de acuerdo a estudios previos⁶. La innovación del presente estudio fue que demostró correlación de algunas variables no tomadas en cuenta, como: paracentesis semanal y 2 o más episodios de descompensación hepática. Aunque son parámetros que refuerzan el estadio final de cirrosis hepática, su importancia clínica podría ser útil para la caracterización de pacientes que pueden ser incluidos en programas de paracentesis

domiciliarias, así como cuidados paliativos y educación sobre el pronóstico.

Conclusiones

En conclusión, la tasa de mortalidad de paciente con cirrosis hepática y ascitis refractaria sometidos a paracentesis de gran volumen en 6 meses de seguimiento fue de 42,4%. El género masculino, la paracentesis semanal y 2 o más episodios de descompensación se correlacionó con mayor mortalidad. Se recomienda realizar otros estudios multicéntricos basados en uso de otras opciones terapéuticas con TIPS, con el fin de ofrecer otras alternativas para pacientes en estadio final de cirrosis hepática y ascitis refractaria.

Conflictos de interés

El autor declara que no tiene conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol* 2018;69(2):406-460.
2. De Gottardi A, Thévenot T, Spahr L, Morard I, Bresson-Hadni S, Torres F, Giostra E, Hadengue A. Risk of complications after abdominal paracentesis in cirrhotic patients: a prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7(8):906-9. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2009.05.004>.
3. Bureau C, Thabut D, Oberti F, Dharancy S, Carbonell N, Bouvier A, Mathurin P, Ota P, Cabarrou P, Péron JM, Vinel JP. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunts with Covered Stents Increase Transplant-Free Survival of Patients with Cirrhosis and Recurrent Ascites. *Gastroenterology* 2017;152(1):157-163. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.09.016>.
4. Cooper M, Pollard A, Pandey A, Bremner S, Macken L, Evans CJ, Austin M, Parnell N, Steer S, Thomson S, Hashim A, Mason L, Verma S. Palliative Long-Term Abdominal Drains Versus Large Volume Paracentesis in Refractory Ascites Due to Cirrhosis (REDUCe Study): Qualitative Outcomes. *J Pain Symptom Manage* 2021;62(2):312-325.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.007>.
5. Vorobioff JD, Contreras F, Tanno F, Hernández L, Bessone F, Colombato L. A Latin American survey on demographic aspects of hospitalized, decompensated cirrhotic patients and the resources for their management. *Ann Hepatol* 2020;19(4):396-403. <https://doi.org/10.1016/j.aohep.2020.03.007>.
6. Mazzarelli C, Prentice WM, Heneghan MA, Belli LS, Agarwal K, Cannon MD. Palliative care in end-stage liver disease: Time to do better? *Liver Transpl* 2018;24(7):961-968. <https://doi.org/10.1002/lt.25193>.