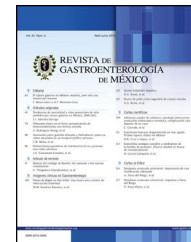




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



EDITORIAL

Mortalidad hospitalaria en pacientes cirróticos en un centro de tercer nivel de Latinoamérica[☆]



Hospital mortality in cirrhotic patients at a tertiary care center in Latin America

La cirrosis hepática (CH) sigue siendo una causa frecuente de mortalidad a nivel mundial. En Norteamérica, la CH es la duodécima de muerte¹. Sin embargo, establecer el pronóstico en los pacientes con CH sigue siendo un reto clínico, ya que este puede ser muy variable y depende de muchos factores, como la etiología, el estado de función hepática, la presencia y la severidad de la hipertensión portal, la posibilidad de tratamiento y el potencial desarrollo de hepatocarcinoma².

De manera práctica, sabemos que los pacientes con cirrosis descompensada tienen peor pronóstico (mediana de supervivencia de 2 años) en comparación con los pacientes compensados (mediana de supervivencia de 9-12 años)³. Podemos utilizar escalas convencionales, como Child-Pugh⁴ o MELD score⁵, que nos ayudan a establecer el pronóstico e incluso priorizar a pacientes a trasplante hepático.

Sin embargo, cuando los pacientes con CH son hospitalizados, la mortalidad aumenta de manera significativa, en un rango del 44 al 74%⁶. La variabilidad de estos resultados no está determinada principalmente por la gravedad de la enfermedad hepática, sino por el grado de falla orgánica. Existen varios modelos predictivos de mortalidad en pacientes con insuficiencia hepática crónica agudizada (IHCA). Uno de estos modelos es el desarrollado por el estudio CANONIC (Chronic Liver Failure in Cirrhosis). Este es un estudio prospectivo y multicéntrico, fue llevado a cabo por el Consorcio Europeo para el Estudio de la Falla Hepática Crónica (CLIF), que tuvo como objetivos desarrollar una definición clínica para la IHCA y establecer un modelo para evaluar el riesgo

de mortalidad a corto plazo en estos pacientes⁷. Este modelo tiene mejores valores predictivos de mortalidad comparado con los modelos clásicos como el MELD y MELD-Na⁸.

Un estudio en Barcelona, España, que evaluó 12,671 hospitalizaciones de pacientes con CH del 2003 al 2010, demostró que la mortalidad intrahospitalaria global en los pacientes con IHCA fue del 11.6%⁹, y que hubo una disminución del 27% en la mortalidad intrahospitalaria durante el periodo 2006–2010, comparado con el periodo 2003–2005. Los autores concluyeron que la mortalidad intrahospitalaria ha disminuido de manera significativa en años recientes⁹. Esta disminución de la mortalidad parece deberse a la detección más temprana de cirrosis con métodos diagnósticos no invasivos y a el mejor manejo de las complicaciones asociadas. Este estudio también demostró que la causa más frecuente de mortalidad fue el síndrome hepatorenal, seguido de la peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía hepática y neumonía. Otro factor de riesgo significativo para mortalidad fue la admisión a la unidad de cuidados intensivos⁹.

Otro estudio similar del Reino Unido¹⁰ demostró un incremento en la mortalidad a 30 días en pacientes con cirrosis y la presencia de fallas orgánicas de acuerdo con la clasificación de Sepsis Organ Failure Assessment (SOFA) modificada fue significativamente mayor en comparación con pacientes sin fallas orgánicas (58% vs. 8%). Además, la progresión de la(s) falla(s) orgánica(s) se asoció con enfermedad hepática avanzada e inflamación sistémica y la mortalidad a 3 años en los pacientes que se recuperaron de la falla orgánica fue prácticamente universal¹⁰.

Latinoamérica cuenta con pocos estudios que evalúen la mortalidad de pacientes con cirrosis, de ahí la importancia de esta edición de la REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO. En el presente artículo, de Zubieta-Rodríguez et al¹¹, determinaron la mortalidad y las características clínicas de pacientes con ICHA en un hospital de tercer nivel en Bucaramanga,

[☆] Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.10.002>, Zubieta-Rodríguez R, Gómez-Correa J, Rodríguez-Amaya R, et al. Mortalidad hospitalaria en pacientes cirróticos en un hospital de tercer nivel. Rev Gastroenterol Méx. 2017;82:203–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.04.002>

0375-0906/© 2017 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Asociación Mexicana de Gastroenterología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Santander, Colombia. Los autores evaluaron a pacientes con ICHA detectados entre marzo del 2015 y febrero del 2016 e incluyeron a un total de 81 pacientes. La principal etiología de CH fue la alcohólica y la mortalidad hospitalaria fue del 24%. La principal causa de mortalidad fue sepsis en el 68% (infección de vías urinarias 30%), seguido de choque hipovolémico en el 11%, hepatocarcinoma en el 11% y falla renal aguda en el 5%. Los resultados del estudio de Zubieta-Rodríguez et al.¹¹ son similares a lo reportado en estudios de Perú y Ecuador^{12,13}; sin embargo, difieren de lo reportado en estudios de Norteamérica y Europa, ya que en estos el síndrome hepatorenal fue la principal causa de mortalidad.

Así mismo, el estudio de Zubieta-Rodríguez et al.¹¹ identificó variables relacionadas de forma independiente con la mortalidad hospitalaria, como el puntaje de MELD ≥ 18 (OR 7.4, $p < 0.05$), valor de albúmina < 2.5 g/dl (OR 6.7, $p < 0.05$) y recuento de leucocitos $> 12 \times 10^9/l$ (OR 11.6, $p < 0.05$). Los resultados del estudio son similares a previos reportes donde los pacientes con IHCA con un puntaje MELD ≥ 18 y/o un puntaje CLIF-C mayor (con falla orgánica) tienen una mortalidad significativamente mayor.

El trabajo de Zubieta-Rodríguez et al.¹¹ enfatiza la importancia de los estudios en diferentes poblaciones, ya que las causas de mortalidad y los factores de riesgo asociados a peores desenlaces son heterogéneos. El presente trabajo debe estimular la realización de estudios en otros países de Latinoamérica, para tratar de precisar más objetivamente los factores de riesgo de mortalidad e implementar estrategias para disminuir la morbimortalidad de los pacientes con CH.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Albillos A, Rossi I, Iborra J, et al. Octreotide prevents postprandial splanchnic hyperemia in patients with portal hypertension. *J Hepatol.* 1994;21:88–94.
2. Durand F, Valla D. Assessment of prognosis of cirrhosis. *Semin Liver Dis.* 2008;28:110–22.
3. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. *J Hepatol.* 2006;44:217–31.

4. Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg.* 1973;60:646–9.
5. Malinchoc M, Kamath PS, Gordon FD, et al. A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Hepatology.* 2000;31:864–71.
6. Cholongitas E, Senzolo M, Patch D, et al. Risk factors, sequential organ failure assessment and model for end-stage liver disease scores for predicting short term mortality in cirrhotic patients admitted to intensive care unit. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;23:883–93.
7. Moreau R, Jalan R, Gines P, et al. Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis. *Gastroenterology.* 2013;144, 1426–U189.
8. Jalan R, Saliba F, Pavesi M, et al. Development and validation of a prognostic score to predict mortality in patients with acute-on-chronic liver failure. *J Hepatol.* 2014;61:1038–47.
9. Vergara M, Cleries M, Vela E, et al. Hospital mortality over time in patients with specific complications of cirrhosis. *Liver International.* 2013;33:828–33.
10. Jalan R, Stadlbauer V, Sen S, et al. Role of predisposition, injury, response and organ failure in the prognosis of patients with acute-on-chronic liver failure: A prospective cohort study. *Crit Care.* 2012;16:R227.
11. Zubieta-Rodríguez R, Gómez-Correa J, Rodríguez-Amaya R, et al. Mortalidad hospitalaria en pacientes cirróticos en un hospital de tercer nivel. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82:203–9.
12. Malpica-Castillo A, Ticse R, Salazar-Quinones M, et al. [Mortality and readmission in hospitalized cirrhotic patients in a General Hospital from Lima, Peru]. *Rev Gastroenterol Peru.* 2013;33:301–5.
13. Abarca-Ruiz JPV, Garcés C, Rodríguez P. Etiología, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática, hospital «Carlos Andrade Marín»; evaluación retrospectiva de 15 años, 1989–2003. *Revista Oficial de la Facultad de Ciencias Médicas Ecuador.* 2005;11:294–8.

E. Buganza-Torio^a y A.J. Montano-Loza^{b,*}

^a *Division of Gastroenterology and Hepatology, University of Alberta, Edmonton, Canadá*

^b *Program Director of Hepatology, University of Alberta, Edmonton, Canadá*

* Autor para correspondencia. Division of Gastroenterology and Liver Unit, Zeidler Ledcor Centre, Room 1-20B, 8540 112 Street NW, Edmonton, AB, T6G 2X8, Canadá. Teléfono: (780) 248-1892; fax: +(780) 248-1895. Correo electrónico: aldo.montano-loza@ualberta.ca (A.J. Montano-Loza).