



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

Cirrosis

Lun245

COMPARACIÓN DE ESCALAS MELD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADOS CON HEMORRAGIA VARICEAL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

L. V. Cupil-Escobedo, K. Cazarín-Chávez, D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La hemorragia variceal es una causa común y grave de descompensación en pacientes con cirrosis hepática y posee una morbilidad y mortalidad elevadas. Uno de los sistemas de puntuación más importantes es el *Model for end-stage liver disease* (MELD) que se ha establecido como herramienta para estratificar el riesgo y la predicción de mortalidad en pacientes con enfermedad hepática avanzada, incluso en estado descompensado. Las escalas MELD-Na, MELD-La y MELD 3.0 son variantes para mejorar la precisión en distintas poblaciones y contextos clínicos.

Objetivo: Comparar la eficacia de las diferentes escalas MELD en enfermedad hepática crónica descompensada con hemorragia variceal y determinar cuál proporciona la mayor precisión en la estratificación del riesgo y la predicción de la mortalidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, comparativo y longitudinal que evaluó a individuos con cirrosis hepática y diagnóstico de ingreso de hemorragia variceal hospitalizados en el servicio de gastroenterología durante 12 meses en el periodo 2023-2022. Se utilizaron las puntuaciones MELD, MELD-La, MELD-Na y MELD 3.0 para determinar la capacidad de predicción en la mortalidad por medio del análisis y curvas ROC. Por cada puntuación se calcularon el área bajo la curva (AUROC), la desviación

estándar, los intervalos de confianza al 95% y la significancia estadística. Por otro lado, se construyeron dos modelos lineales generales (MLG) de efectos principales con distribución binomial y función de enlace logit para determinar los factores que influyen significativamente en la mortalidad del paciente (defunción o mejoría) como variable de respuesta; en el primer MLG se incluyeron las características de ingreso del paciente (sexo, edad, comorbilidades, causas, consumo de betabloqueadores y escala de Child-Pugh); en el segundo MLG se tomaron en cuenta los procedimientos (tratamiento endoscópico, transfusiones). Todos los análisis se efectuaron con el programa IBM SPSS Statistics versión 27.0.1.0

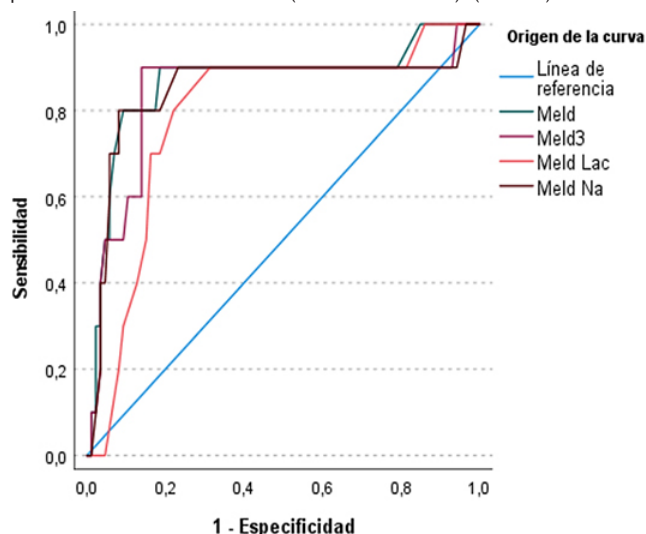
Resultados: Se analizó a un total de 96 pacientes, 60 hombres (62,5%) y 36 mujeres (37,5%), con una media de edad de 62 ± 8 años. El alcohol fue la principal causa de la cirrosis (51,0%), seguida de la causa dual (18%). Las puntuaciones de Child-Pugh fueron A (21,9%), B (50%) y C (28,1%). Todos recibieron reanimación, antibióticos y fármacos vasoactivos de acuerdo con el protocolo. En la endoscopia, 80 pacientes (83,3%) tenían varices esofágicas y 16 (16,7%) varices gástricas causantes de hemorragia. De acuerdo con el análisis de los MLG, se determinó que el sexo, edad, causa, comorbilidades, consumo de betabloqueadores y puntuación de Child-Pugh no influyen en la mejoría o defunción. La transfusión de sangre tiene un efecto marginalmente significativo en la mortalidad, es decir, debe tomarse en cuenta con precaución ya que puede o no contribuir a la mejoría. El análisis de curvas ROC mostró que las puntuaciones MELD, MELD-Lac, MELD-Na y MELD 3.0 cuentan con una significativa capacidad de predicción de la mortalidad (Figura 1). El corte de MELD de 26 puntos tuvo una AUROC de 0,866 (IC95%: 0,71-1,00; $p \leq 0,001$); la MELD-Na de 26,5 puntos una AUROC de 0,848 (IC95%: 0,67-1,00; $p \leq 0,001$), la MELD 3,0 de 24,5 puntos una AUROC de 0,40 (IC95%: 0,67-1,00; $p \leq 0,001$) y la MELD-lactato de 19,5 puntos una AUROC de 0,791 (IC95%: 0,644-0,939; $p = 0,003$).

Conclusiones: Todas las puntuaciones MELD demostraron una capacidad significativa para predecir la mortalidad, lo cual confirma su utilidad en la práctica clínica en pacientes descompensados con hemorragia. Es importante destacar que los factores como el sexo, la edad, las comorbilidades, la causa,

el consumo de betabloqueadores, así como la escala de Child-Pugh, no tienen una influencia significativa en los resultados de los pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Gráfica de la curva ROC de los modelos de las escalas MELD, MELD-Lac, MELD-Na, y MELD 3.0 en la predicción de mortalidad del paciente; comparación con el modelo aleatorio (línea de referencia). (Lun245)



Lun246

NIVEL PLASMÁTICO DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA

S. P. Mendivil-Sáenz, P. A. López-Hernández, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Existe una interacción profunda entre la cascada de la coagulación y el estado del daño hepático en el paciente con hepatopatía crónica. La fibrosis hepática reacciona al daño crónico en estrecha relación con los cambios de los factores anticoagulantes y procoagulantes. Se ha establecido una correlación entre los valores del factor de von Willebrand y la mortalidad en pacientes con estas características. Otros autores han encontrado una mayor concentración del factor de von Willebrand en pacientes con cirrosis e hipertensión portal, que aumenta su producción a medida que los sinusoides hepáticos se transforman por el proceso necroinflamatorio crónico. En este estudio se analiza la correlación entre el valor del factor de von Willebrand y la mortalidad en pacientes con hepatopatía crónica.

Objetivo: Determinar si la cifra plasmática del factor de von Willebrand es útil como predictor de mortalidad en pacientes con hepatopatía crónica evaluados y tratados en el departamento de gastroenterología de la UMAE CMNN No. 25 IMSS, Nuevo León.

Material y métodos: Se trata de una cohorte retrospectiva, no aleatorizada, en la que se incluyó a un total de 59 pacientes valorados en la consulta de gastroenterología en un hospital de tercer nivel; se calculó un modelo de regresión logística para predecir el efecto de la concentración sérica del factor de von Willebrand sobre la mortalidad a un año, con base en lo cual se realizó un análisis de la curva ROC para determinar el corte de la medición.

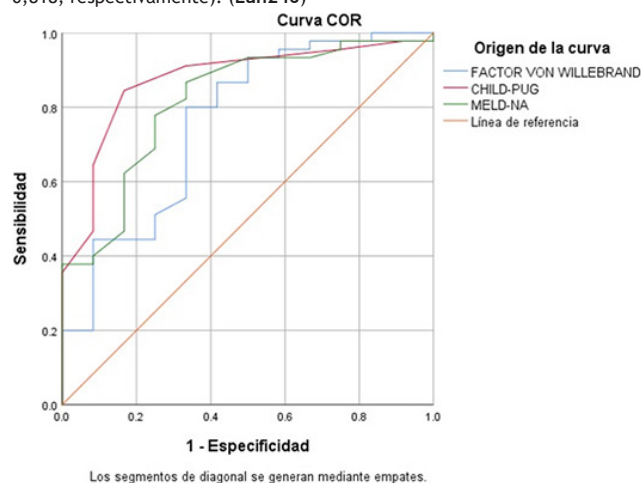
Resultados: Se analizó a 59 pacientes, 71% de ellos mujeres, con un promedio de edad de 49 años (± 11.92 ; intervalo, 15-66). El 72,9% de los pacientes ($n = 43$) satisfacía criterios diagnósticos de cirrosis. La causa más frecuente de afección hepática en el grupo de pacientes analizado fue la hepatitis autoinmunitaria ($n = 14$, 23,7%), seguida de la enfermedad hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD, $n = 9$, 15,3%) y la enólica ($n = 7$, 11,9%). Se encontró una causa mixta en al menos 9 (15,3%) pacientes, en particular la combinación de colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmunitaria como la más frecuente (CBP/HA; $n = 8$, 13,6%). En el análisis se identificaron 12 casos de defunción, todos en el primer año de la inclusión al protocolo (mortalidad, 21,1%). Se realizó un análisis de la curva de eficacia diagnóstica (curva ROC) con uso solo del factor de von Willebrand y el resultado del área bajo la curva

fue de 0,761 ($p = 0,006$; IC95%, 0,597-0,925). El punto más preciso de la prueba se alcanzó al corte de 225% ($S = 80\%$, $E = 58\%$). Con este punto de corte se efectuó una prueba de ji cuadrada y se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de pacientes fallecidos a un año con valor debajo del punto de corte (12%) y los pacientes fallecidos a un año por arriba del punto de corte (43%) ($p = 0,009$). Se empleó también el análisis de curvas ROC para comparar la sensibilidad y la especificidad de las escalas utilizadas hoy día contra las concentraciones del factor de von Willebrand y se halló una calificación de Child-Pugh-Turcotte con AUROC de 0,874 y MELD-Na de 0,818 (Figura 1).

Conclusiones: Puede definirse con este estudio que la determinación de la concentración plasmática del factor de von Willebrand es útil como predictor de mortalidad. Un punto de corte de 225% de actividad predice con 80% de sensibilidad y 58% de especificidad la mortalidad de un paciente a un año; esto es equiparable a las determinaciones de las escalas usadas en la actualidad, como la de Child-Pugh-Turcotte y la MELD-Na.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Figura 1. Análisis comparativo de la curva ROC entre el factor de von Willebrand, la escala de Child-Pugh-Turcotte y la MELD Na (AUROC 0,761, 0,874 y 0,818, respectivamente). (Lun246)



Lun247

EXPERIENCIA CON DEXMEDETOMIDINA EN EL MANEJO DE SÍNDROME DE SUPRESIÓN ETÍLICA EN PACIENTES CON CIRROSIS

L. I. Gallardo-González, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El lorazepam es el tratamiento de primera línea en pacientes con síndrome de supresión etílica (SSE). En pacientes con cirrosis y SSE, la dexmedetomidina (DXM) se ha estudiado en escasa medida.

Objetivo: Notificar el efecto de la DXM en el paciente con cirrosis y SSE.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyó a pacientes con cirrosis y SSE tratados con lorazepam, DXM o ambos. Se recopiló la Escala de Evaluación de Abstinencia Alcohólica del Instituto Clínico (CIWA-Ar) antes y después del tratamiento, así como los días de estancia intrahospitalaria (EIH). Las variables cuantitativas se resumieron mediante estadística descriptiva no paramétrica de acuerdo con la distribución de las variables (mediana y rango), además de frecuencias y porcentajes en caso de variables cualitativas. Para comparar entre tres grupos independientes se emplearon las pruebas de Kruskal-Wallis (KW) y Jonckheere-Terpstra (JT). Se consideró una diferencia significativa aquella con valor de $p < 0,05$.

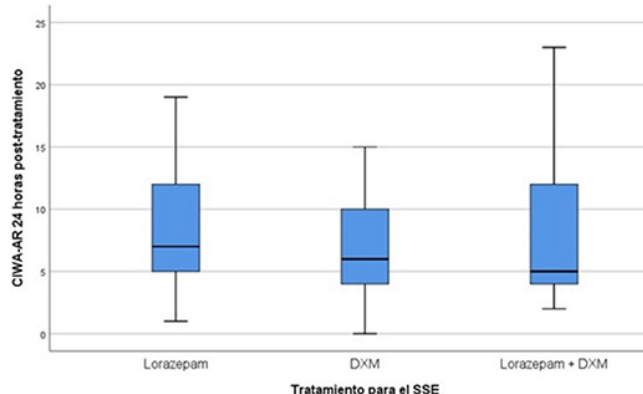
Resultados: Se incluyó a 39 pacientes, 37 (94,9%) hombres, con mediana de edad de 41 (27-66) años, consumo de alcohol de 287 (64-960) g/día, CIWA-Ar al ingreso de 20 (10-46) puntos, Child-Pugh de 10 (5-14) puntos y MELD-Na de 16 (8-40) puntos. En cuanto al tratamiento del SSE: 17 (43,6%) recibieron lorazepam, 13 (33,3%) DXM y 9 (23,1%) lorazepam + DXM. Cuando se comparó entre grupos no se identificaron diferencias en relación con los días de EIH [4 (1-30) vs. 3 (1-18) vs. 2 (1-5) respectivamente para lorazepam, DXM, lorazepam +

DXM; KW $p = 0,86$, JT $p = 0,82$], ni en cuanto a CIWA-Ar a las 24 horas posteriores al tratamiento [7 (1-19) vs. 6 (0-15) vs. 5 (2-23) respectivamente para lorazepam, DXM, lorazepam + DXM; KW $p = 0,19$, JT $p = 0,45$], **Figura 1**. En cuanto a la dosis, DXM 0,26 (0,13-0,5) mcg/h, lorazepam 5 (4-8) mg, DXM + lorazepam 0,3 (0,13-0,6) mcg/h + 4 (2-6) mg/día. No se informaron efectos adversos graves con ninguna de las tres estrategias.

Conclusiones: La DXM parece ser una opción efectiva y segura para el tratamiento del SSE en pacientes con cirrosis; sin embargo, se requieren estudios clínicos que validen estos hallazgos.

Financiamiento: Los autores declaran no contar con financiación externa.

Figura 1. CIWA-Ar a las 24 horas después del tratamiento. (Lun247)



Lun248

PATRONES DE RESISTENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN PACIENTES CON PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

G. Rangel-Zavala, P. M. Diego-Salazar, K. Cazarín-Chávez, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) representa una complicación grave y potencialmente letal en pacientes con cirrosis hepática, con una elevada morbilidad adjunta. En este contexto, la resistencia antimicrobiana ha surgido como un desafío significativo que complica el tratamiento efectivo de estas infecciones. Es fundamental investigar los patrones de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con PBE, ya que esto no solo guía las estrategias terapéuticas, sino que también juega un papel crucial en la mejoría de los resultados clínicos y la reducción de la mortalidad.

Objetivo: Investigar y caracterizar los patrones de resistencia antimicrobiana en los microorganismos causales de la peritonitis bacteriana espontánea en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, además de evaluar la prevalencia de resistencia a diferentes clases de antimicrobianos, incluidos los antibióticos de uso común en el tratamiento de infecciones bacterianas, como los betalactámicos, fluoroquinolonas, aminoglucósidos y otros compuestos relevantes.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre patrones de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea atendidos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga entre enero de 2022 y enero de 2024. Se recopiló información clínica de los expedientes del servicio de gastroenterología. Los resultados microbiológicos se recogieron de los informes del servicio de microbiología. Se incluyó a pacientes diagnosticados con cirrosis hepática y que cumplían los criterios para PBE. Se integraron datos clínicos y microbiológicos y se analizaron variables como edad, sexo, causa de la enfermedad hepática y descompensaciones relacionadas, como hemorragia gastrointestinal y encefalopatía hepática. Se revisaron los patrones de resistencia antimicrobiana, así como las características clínicas y microbiológicas de los pacientes con PBE. Este análisis busca contribuir al tratamiento óptimo de la PBE y al desarrollo de estrategias de tratamiento antimicrobiano más efectivas.

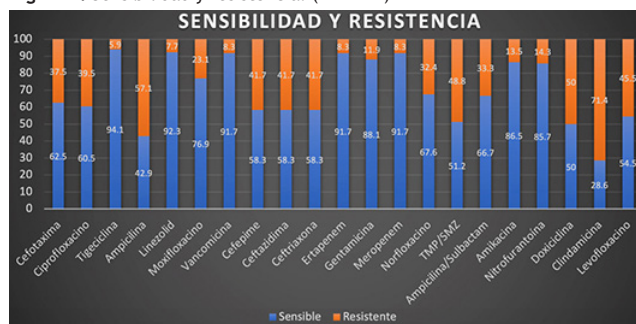
Resultados: Se incluyó a un total de 48 pacientes, de los cuales el 52,1% correspondió a hombres, con una edad media de $52,4 \pm 12,7$ años. La causa predominante de la cirrosis fue el alcohol, presente en el 56,3% de los casos. Entre las bacterias aisladas destacaron: *Escherichia coli* en 27 (56,25%), *Klebsiella*

pneumoniae en 6 (12,5%), *Enterococcus faecalis* en 3 (6,25%), *Streptococcus spp.* en 3 (6,25%), *Staphylococcus epidermidis* en 2 (4,16%), *Staphylococcus aureus* en 2 (4,16%), *Enterococcus gallinarum* en 2 (4,16%), *Staphylococcus marcescens* en 1 (2,08%), *Acinetobacter sobria* en 1 (2,08%), y *Staphylococcus haemolyticus* en 1 (2,08%). Las sensibilidades y resistencias a los diferentes antimicrobianos se presentan en la **Figura 1**.

Conclusiones: La resistencia a los antimicrobianos se halla en aumento en pacientes con PBE, lo que limita las alternativas eficaces. Los antibióticos recomendados como las cefalosporinas y las quinolonas ya no resultan suficientemente útiles, lo cual es peligroso en el contexto del tratamiento empírico debido al alto riesgo de falla de la respuesta terapéutica.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Figura 1. Sensibilidad y resistencia. (Lun248)



Lun249

EFFECTO DE LOS BETABLOQUEADORES EN LA SUPERVIVENCIA Y FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA POR ASCITIS

K. P. Pérez-López, M. G. Reyes-Zermeño, Centro Médico Nacional

Introducción: Los betabloqueadores no selectivos han demostrado su eficacia en la reducción de la presión portal en cirróticos y de forma consecuente previenen los episodios de hemorragia variceal. Existe debate acerca del efecto deletéreo de los betabloqueadores en la supervivencia de pacientes con cirrosis y ascitis, lo cual puede sustentarse en la "hipótesis de la ventana", según la cual los efectos benéficos de los betabloqueadores se pierden en las fases avanzadas de la cirrosis al agotarse la reserva compensatoria cardíaca, sumado a su efecto intrínseco de reducir el gasto cardíaco, además de su disminución de la presión arterial y por tanto del flujo sanguíneo renal; esto se ha vinculado con un efecto negativo en la función renal y una disminución de la supervivencia.

Objetivo: Determinar la supervivencia y la frecuencia de complicaciones en pacientes con cirrosis hepática descompensada por ascitis con administración de betabloqueadores de tipo no selectivo y α -selectivo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico en el periodo de enero de 2013 a enero de 2023. Criterios de inclusión: pacientes con cirrosis hepática descompensada por ascitis de grados 2 o 3, mayores de 18 años, tratados con propranolol o carvedilol por hipertensión portal, con frecuencia cardíaca en objetivos de 50 a 60 lpm. Criterios de inclusión para el grupo control: las características ya mencionadas sin tratamiento con betabloqueador. Análisis: estadística descriptiva e inferencial, prueba t de Student para variables con distribución normal; para variables cualitativas ji cuadrada y análisis de supervivencia mediante la prueba de Kaplan-Meier y log-rank.

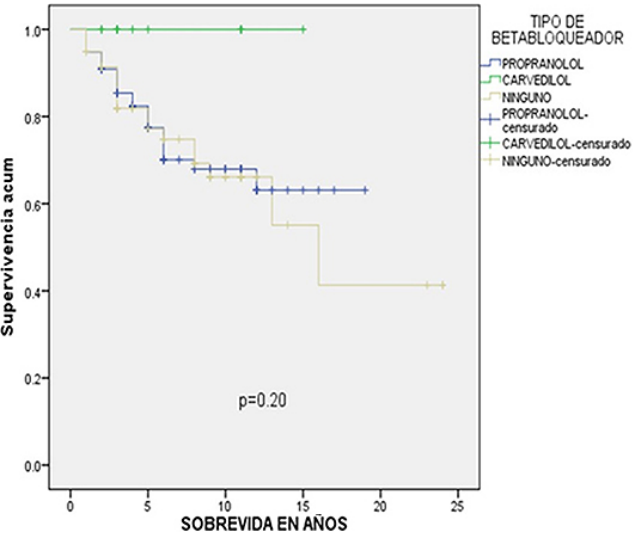
Resultados: De una muestra total de 227 pacientes que cumplieron criterios de inclusión se eliminó a un total de 79 individuos por encontrarse fuera de los objetivos de frecuencia cardíaca, para una muestra final de 148 pacientes; de estos, el 40% sin betabloqueador ($n = 60$), 52% con propranolol ($n = 77$) y 8,1% con carvedilol ($n = 12$). La frecuencia cardíaca media fue de 59 lpm (DS, 9,56). En el análisis de supervivencia global la media de sobrevida fue de siete años. Los pacientes con ascitis sin betabloqueador tuvieron una sobrevida de 70%, el grupo de propranolol de 71,4% y el grupo con carvedilol de 100% ($p = 0,20$) (**Figura 1**). La complicación principal fue la encefalopatía hepática en el grupo control con 28,2% ($n = 20$), propranolol con 63,4% ($n = 45$) y carvedilol con 8,5% ($n = 6$), OR 0,36 (IC95% 0,18-0,71; $p = 0,003$); seguida de la hemorragia

variceal con 16,7% (n = 9), grupo sin betabloqueador con 75% (n = 36), el grupo de propranolol con 8,3% (n = 4) y carvedilol, OR 0,18 (IC95%, 0,7-0,43; p = 0,001). En tercer lugar se identificó la peritonitis bacteriana espontánea con 40% (n = 6) en el grupo control y 75,7% (n = 7) en el grupo de propranolol y 13,3% (n = 2) en el de carvedilol, OR 0,97 (IC95%, 0,32-2,8; p = 0,96). En cuanto a la lesión renal aguda, 31,6% (n = 12) en el grupo control, 68,4% (n = 26) con propranolol y 0% (n = 0) con carvedilol, OR 0,59 (IC95%, 0,27-1,3; p = 0,19).

Conclusiones: El uso de un betabloqueador no selectivo y α -selectivo no tiene efecto negativo en la sobrevida de pacientes descompensados con ascitis de grados 2 o 3, lo que permite concluir que su uso es seguro en este tipo de pacientes. Los betabloqueadores reducen la frecuencia de complicaciones, como hemorragia digestiva variceal y encefalopatía hepática, pero no tienen un efecto en la lesión renal y la peritonitis bacteriana espontánea.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Supervivencia en la cirrosis hepática descompensada por ascitis y administración de betabloqueador. (Lun249)



Lun250

FRECUENCIA DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD

D. L. Granados-Espinosa, R. Sandoval-Salas, R. Moreno-Alcántar, J. R. Aya-la-Ramírez, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es una forma grave de cirrosis descompensada que se acompaña de una elevada mortalidad a los 28 días y se ha informado en un 32%, a diferencia del 5% en pacientes con cirrosis descompensada sin ACLF. La sarcopenia se refiere a la reducción de la masa, la fuerza, la función muscular y la intolerancia

al ejercicio. Se ha demostrado que la desnutrición y la sarcopenia son factores de riesgo independientes para el desarrollo de infecciones bacterianas, descompensación y muerte en pacientes con cirrosis. Asimismo, se ha notificado sarcopenia en el 22% a 62% de los pacientes con cirrosis y, aunque faltan datos específicos, se infiere que la mayoría de los pacientes con ACLF se halla desnutrida y sarcopénica. La evaluación mediante imágenes transversales por tomografía computarizada o resonancia magnética es la herramienta más validada, precisa y objetiva para evaluar la sarcopenia. La definición de sarcopenia en pacientes con enfermedad hepática en poblaciones occidentales proviene de una cohorte multicéntrica de pacientes en lista de espera para trasplante de hígado, que propuso un valor de corte para el índice de músculo esquelético en L3 (L3-SMI) < 50 cm²/m² en hombres y < 39 cm²/m² en mujeres.

Objetivo: Determinar la frecuencia de sarcopenia en pacientes con ACLF e identificar si hay un nexo entre la sarcopenia y la mortalidad en estos pacientes.

Material y métodos: Pacientes con falla hepática aguda sobre crónica según los criterios del Consorcio de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado hospitalizados en el servicio de gastroenterología del CMN Siglo XXI entre el 2019 y el 2023, que contaran con tomografía abdominal realizada hasta tres meses antes de su internamiento para calcular el índice L3-SMI. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo y transversal. Variables analizadas: género, edad, grado de ACLF, Child-Pugh, MELD, L3-SMI. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio, diferencia de medias y desviación estándar.

Resultados: Se recolectaron datos de 35 pacientes, con una incidencia de mortalidad a los 28 días del 71,5% y a los 180 días del 85,7%. La frecuencia de sarcopenia fue del 39,1% en mujeres y del 83,3% en hombres, con un valor de p calculado de 0,013. La media de edad fue de 54,9 años (± 12,9), la mediana de la puntuación de Child-Pugh de 12 puntos (7-15) y la media de la puntuación MELD de 33,6 puntos (± 5,6). El precipitante más común fue de origen infeccioso: 68,3% de los casos. No se encontró una vinculación entre la sarcopenia y la mortalidad, con un riesgo relativo de mortalidad a los 28 días de 1,27 (IC95%, 0,29-5,53; p = 0,748), mientras que para la mortalidad a los 180 días el riesgo relativo fue de 0,762 (IC95%, 0,111-5,23). Se reconoció una relación significativa entre la mortalidad y el grado de ACLF, la puntuación de Child-Pugh y la puntuación MELD (Tabla 1).

Conclusiones: Se observó una frecuencia de sarcopenia similar a la registrada en las publicaciones médicas; destaca una diferencia significativa de género con una mayor prevalencia en los hombres. Sin embargo, no se encontró nexo entre la sarcopenia y la mortalidad a los 28 y 180 días en esta muestra. En cambio, se identificaron relaciones significativas para la mortalidad con parámetros como la clase de ACLF, la puntuación de Child-Pugh y la puntuación MELD en esta población estudiada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun251

PREVALENCIA DE POLIFARMACIA E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DEL HES CMN LA RAZA

M. Rivera-Huizar, R. Leija-Walle, J. Carrillo-Rojas, F. Martínez-Silva, M. Soto-Villalpando, S. Zavala-Villegas, N. Bueno-Hernández, J. C. Aguilar-de la O, K. García-Campos, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret de la Raza, Centro Médico Nacional La Raza

Tabla 1. Frecuencia de sarcopenia y relación con mortalidad en pacientes con ACLF. (Lun250)

Características de los pacientes			Mortalidad	
	Frecuencia	p	Riesgo de muerte a 28 días	1,27 (0,29-5,53), p = 0,748
Mujeres	39,1%	0,013	Riesgo de muerte a 120 días	0,762 (0,111-5,23)
Hombres	83,3%		ACLF clase I	1,142 (0,221-5,898)
Precipitante			ACLF clase II	3,667 (0,617-21,801), p = 0,153
Infección	68,3%		ACLF clase III	13,013 (1,214-139,460)
DE		Intervalos	Child-Pugh	1,438 (0,280-7,376) p 0,663
Edad	54,9 ± 12		RR	1,789 (1,076-2,977), p = 0,025
Child-Pugh	12	(7-15)	MELD	3,3758 (0,492-28,699), p = 0,202
MELD	33,6 ± 5,6			1,310 (1,047-1,640) p 0,018

Se describen características epidemiológicas, precipitantes de ACLF y estadio funcional de la enfermedad hepática. Se muestran resultados de regresión logística para riesgo de mortalidad.

ACLF, falla hepática aguda sobre crónica; DE, desviación estándar; RR, riesgo relativo; MELD, modelo para enfermedades hepáticas en etapas terminales.

Introducción: La necesidad de múltiples fármacos para tratar las complicaciones vinculadas con la cirrosis hepática, así como sus comorbilidades, colocan a los pacientes con enfermedad hepática crónica en alto riesgo de polifarmacia, con la posible prescripción de fármacos innecesarios e interacciones farmacológicas.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de polifarmacia e interacciones farmacológicas en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en esta unidad.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo para evaluar a hombres y mujeres con diagnóstico de cirrosis hepática en seguimiento por el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Se evaluará la prevalencia de polifarmacia con base en la definición de la Organización Mundial de la Salud de un consumo de cinco o más fármacos. La evaluación de interacciones farmacológicas considera la herramienta *Lexicomp-online formulary* que clasifica como X (debe evitarse el fármaco), D (considerar modificar el tratamiento), C (requiere vigilancia terapéutica), B (no se requiere ninguna acción) y A (sin interacción conocida). Tipo de estudio: cohorte retrospectiva. Análisis estadístico: se realizó a través del programa SPSS 25. Las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central; las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. La relación se evaluó mediante tablas cruzadas y ji cuadrada. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 200 pacientes, de los cuales 130 (65%) fueron mujeres y 70 (35%) hombres, con edad de $57,7 \pm 12,0$ años. Las principales causas de la cirrosis hepática fueron MASLD (41%), infección por VHC (17%) y colangitis biliar primaria (15%). Estadificación de Child-Pugh: 40% de clase A, 43% de clase B y 17% de clase C. Se encontró al menos una comorbilidad concomitante en el 65% de los pacientes (intervalo, 1-4); las más frecuentes fueron diabetes tipo 2 (41%), hipertensión arterial (34%), hipotiroidismo (13%) y enfermedad renal crónica (10%). Se documentó polifarmacia en 91 pacientes (46%) (Tabla 1); los fármacos empleados con más frecuencia fueron propranolol (82%), espironolactona (48%), ácido ursodesoxicólico (43%), lactulosa (30%), rifaximina (26%), furosemida (26%), metformina (19%) e insulina glargina (19%). En este grupo, el 97% sufrió interacción farmacológica tipo C, 32% interacción tipo D y 11% interacción tipo B; no se documentaron interacciones tipos A o X.

Conclusiones: La prevalencia de polifarmacia en esta población fue mayor a la informada en las publicaciones internacionales, lo que representa para los pacientes con cirrosis hepática un elevado riesgo de efectos adversos e interacciones farmacológicas.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Análisis comparativo entre los pacientes con polifarmacia. (Lun251)

	Pacientes con polifarmacia (n = 91)	Pacientes sin polifarmacia (n = 109)	p
Sexo, n (%)			0,396
Hombres	29 (32)	41 (38)	
Mujeres	62 (68)	68 (62)	
Edad, años $\pm$ DE	58,3 $\pm$ 11,9	57,1 $\pm$ 12,9	0,488
Causa de la cirrosis hepática, n (%)			0,013
MASLD	33 (36)	48 (44)	
CBP	18 (20)	11 (10)	
HAI	8 (9)	5 (5)	
Superposición HAI/CBP	8 (9)	5 (5)	
ALD	8 (9)	8 (7)	
Criptogénica	8 (9)	5 (4)	
Infección por VHC	7 (8)	27 (25)	
CEP	1 (1)	0 (0)	
Child-Pugh, n (%)			0,011
A	26 (29)	54 (49)	
B	46 (50)	39 (36)	
C	19 (21)	16 (15)	
MELD, puntos $\pm$ DE	15,2 $\pm$ 7,0	13,4 $\pm$ 5,8	0,054

MASLD, esteatosis hepática metabólica; CBP, colangitis biliar primaria; HAI, hepatitis autoinmunitaria; ALD, enfermedad hepática relacionada con el alcohol; VHC, virus de la hepatitis C; CEP, colangitis esclerosante primaria.

Lun252

PREDICTORES DE MORTALIDAD Y NECESIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON HEPATITIS VIRAL A

C. A. Bautista-Mondragón, A. M. Mijangos-Trejo, O. González-Chon, P. Mondragón-Ratkovich, N. C. Chávez-Tapia, Médica Sur

Introducción: La infección por el virus de la hepatitis A representa una de las formas más frecuentes de hepatitis viral aguda global. Predecir el curso clínico de la infección por el virus de la hepatitis A es todavía un desafío. Los factores de riesgo como la encefalopatía, leucocitosis, lesión renal aguda, hipoalbuminemia e hiperbilirrubinemia ayudan a identificar a pacientes con riesgo de desarrollar falla hepática aguda. Con anterioridad se ha publicado una incidencia de hepatitis fulminante del 0,3%, que se eleva al 1,8% en individuos mayores de 49 años; los valores séricos de creatinina > 2 mg/dL constituyen el mejor predictor de hepatitis fulminante o mortalidad. Es crucial obtener información actualizada debido a la transición epidemiológica que ha experimentado esta enfermedad en México.

Objetivo: Determinar los predictores de mortalidad y necesidad de trasplante hepático en pacientes con infección por el virus de la hepatitis A.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y analítico, transversal, retroactivo y observacional. Se realizó una revisión de expedientes electrónicos de pacientes hospitalizados en el hospital Médica Sur entre 2018 y 2024 con prueba IgM positiva para virus de la hepatitis A. Los resultados se describieron con medidas de tendencia central y dispersión, y se compararon diferencias de medias con t de Student. Para las variables cualitativas se utilizó ji cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 69 casos de pacientes infectados con virus de la hepatitis A, con una edad media de 38 ± 11 años. El 65% correspondió a hombres, 14% tenía antecedentes de esteatosis hepática, 10% tenía diabetes tipo 2 y 45% se integró con fumadores. Se observó que 47 de ellos desarrollaron lesión hepática aguda (68%), cinco sufrieron falla hepática aguda (7,2%) y 3 (4,3%) fallecieron o requirieron trasplante hepático (dos fallecieron y 1 fue objeto de trasplante). Se llevó a cabo un análisis por subgrupos que comparó a los pacientes que fallecieron o requirieron trasplante hepático con el resto de la población; los principales resultados se detallan en la Tabla 1. Debido al

Tabla 1. Análisis por subgrupos: pacientes con trasplante hepático ortotópico o muerte. (Lun252)

Variable	Pacientes con THO o muerte (n = 3)	Pacientes sin THO o muerte (n = 66)	P
Edad (años)	58,3 $\pm$ 3,51	37,1 $\pm$ 10,7	0,001
IMC (kg/m ²)	23,6 $\pm$ 3,6	26,5 $\pm$ 5,09	0,34
FC (lpm)	111,7 $\pm$ 22,36	87,3 $\pm$ 14,64	0,007
Frecuencia respiratoria (rpm)	23,7 $\pm$ 4,72	18,7 $\pm$ 2,43	0,001
Leucocitos (x 10 ³ /μL)	8,83 $\pm$ 0,60	6,05 $\pm$ 3,06	0,12
INL (x 10 ³ /μL)	6,88 $\pm$ 2,87	3,54 $\pm$ 2,25	0,21
Creatinina (mg/dL)	1,54 $\pm$ 0,73	1,07 $\pm$ 0,67	0,486
Sodio (mEq/L)	130 $\pm$ 2,52	135 $\pm$ 2,98	0,015
Tiempo de protrombina (s)	39,97 $\pm$ 22,1	14,1 $\pm$ 5,03	< 0,001
INR	4,05 $\pm$ 2,21	1,35 $\pm$ 0,51	< 0,001
Albúmina (g/dL)	2,49 $\pm$ 0,29	3,31 $\pm$ 0,516	0,009
ALBI	-0,55 $\pm$ 0,48	-1,55 $\pm$ 0,61	0,006
MELD	34,3 $\pm$ 13,3	15,9 $\pm$ 5,46	< 0,001
MELD-Na	35,7 $\pm$ 10,1	17,4 $\pm$ 6,16	< 0,001
MELD 3.0	37,3 $\pm$ 10,7	18,4 $\pm$ 5,24	< 0,001

IMC, índice de masa corporal; FC, frecuencia cardíaca; lpm, latidos por minuto; rpm, respiraciones por minuto; INL, índice neutrófilos-linfocitos; s, segundos; MELD, *model for end-stage liver disease*; MELD-Na, MELD con sodio; MELD 3.0, MELD-Na ajustada por sexo; ALBI, albúmina-bilirrubina; THO, trasplante hepático ortotópico.

reducido número de episodios de muerte o trasplante hepático, no fue posible realizar análisis multivariado.

Discusión: Los pacientes con falla hepática aguda tenían una edad más avanzada y puntuaciones más elevadas en las escalas MELD, MELD-Na, MELD 3.0 y ALBI. Estos resultados son consistentes con investigaciones anteriores que indicaron una relación entre las puntuaciones más altas de MELD-Na y un mayor riesgo de falla hepática (OR 1,2; IC95% 1,018-1,427; $p = 0,031$). Otro estudio previo ha señalado que los valores elevados de creatinina (> 2 mg/dL) y bajos de albúmina ($< 2,5$ g/dL) son indicativos de mal pronóstico. Sin embargo, en este estudio no se hallaron diferencias en las cifras séricas de creatinina, aunque sí en los valores de albúmina.

Conclusiones: La edad avanzada y las altas puntuaciones de las escalas MELD, MELD-Na, MELD 3.0 y ALBI podrían predecir mortalidad y necesidad de trasplante hepático en pacientes con infección por el virus de la hepatitis A.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun253

PROFILAXIS SECUNDARIA DE HEMORRAGIA VARICEAL CON ATORVASTATINA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA COMPENSADA E HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA

R. T. Hernández-Rodríguez, M. G. Reyes-Zermeño, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: En México, las enfermedades hepáticas crónicas ocupan el sexto lugar de morbimortalidad para ambos sexos, por lo que se consideran un problema de salud pública y prioridad nacional. Las principales causas de cirrosis en México son virus de la hepatitis C, alcohol y enfermedad por hígado graso. Los pacientes cirróticos con hipertensión portal presentan con frecuencia varices esofágicas grandes con hemorragia o necesidad de intervención endoscópica. El tratamiento de elección para la hemorragia variceal es la ligadura endoscópica y los betabloqueadores, los cuales se pueden indicar como profi-

laxis secundaria. Existen informes de los efectos pleiotrópicos de los inhibidores de la hidroximetil-glutaril coenzima-A reductasa, mejor conocidas como estatinas, que se han utilizado para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, pero en el plano hepático favorecen la reducción del gradiente de presión venosa hepática (GPVH), con disminución del número de episodios de hemorragia variceal; sin embargo, se había restringido su uso en pacientes cirróticos por vincularse con una elevación de las enzimas hepáticas.

Objetivo: Evaluar el uso profiláctico de la atorvastatina (20 mg/24 h PO por seis meses) en pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal clínicamente significativa y antecedente de hemorragia variceal o varices esofágicas con riesgo alto de hemorragia.

Material y métodos: Se realizó un estudio clínico abierto, no aleatorizado, prospectivo, no cegado, en pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre con diagnóstico de cirrosis hepática Child A o B que sufrieron un episodio previo de hemorragia variceal o varices esofágicas con riesgo alto de hemorragia, con o sin ligadura con banda endoscópica de varices esofágicas del 2018 al 2022, y que no tuvieran contraindicación para la atorvastatina (20 mg por seis meses), con previo consentimiento informado para participar en el estudio. Se realizó un seguimiento a los 30, 90 y 180 días y se solicitaron estudios bioquímicos de control.

Resultados: Se incluyó a un total de 52 pacientes, 26 con administración de estatinas y 26 sin ellas; 34,6% de hombres ($n = 18$) y 65,4% de mujeres ($n = 34$). La edad promedio fue de 62 ± 9 años. La causa más frecuente fue criptogénica 21,2% ($n = 11$). En los grupos de estatinas y sin estatinas, los valores promedio iniciales de las siguientes variables fueron: escala de Child-Pugh A 84,6% ($n = 22$) vs. 46,1% ($n = 12$); Child-Pugh B 15,3% ($n = 4$) vs. 53,8% ($n = 14$); TP $12,7 \pm 1,4$ vs. $14,5 \pm 2,8$; AST $44,2 \pm 13,5$ vs. $53,8 \pm 27,9$; ALT $38,9 \pm 19,3$ vs. $53,8 \pm 27,9$; albúmina $3,8 \pm 0,6$ vs. $3,6 \pm 0,6$; colesterol total $167,5 \pm 40,1$ vs. $159,6 \pm 37,9$; INR $1,1 \pm 0,1$ vs. $1,2 \pm 0,2$ ($p \leq 0,05$). En los grupos de estatinas y sin estatinas, los valores promedio finales de las siguientes variables fueron: Child-Pugh A 76,9% ($n = 20$) vs. 3,8% ($n = 1$); Child-Pugh B 23% ($n = 6$) vs. 23% ($n = 6$); Child-Pugh C $n = 0$ vs. 73% ($n = 19$); TP $12,9 \pm 1,6$ vs. $14,4 \pm 3,1$; AST $41,9 \pm 17,9$ vs. $46,8 \pm 17,0$; ALT $36,4 \pm 16,6$ vs. $38,1 \pm 12,5$; albúmina $3,9 \pm 0,6$ vs. $3,3 \pm 0,7$; colesterol total $142,3 \pm 41,9$ vs. $145,6 \pm 49,5$; INR $1,1 \pm 0,1$ vs. $1,2 \pm 0,2$ ($p \leq 0,05$) (Tabla 1). En los consumidores de estatinas y ligadura variceal, el RR fue 0,25, (IC95% 0,030-2,089), con una tendencia protectora para la ligadura variceal. En el grupo sin estatinas y hemorragia variceal, el RR fue 1,04,

Tabla 1. Características demográficas y bioquímicas. (Lun253)

Características	Pacientes, % (n = 52)		P
Sexo:			
Femenino	65,4 (34)		0,614
Masculino	34,6 (18)		
Causa:			
Criptogénica	21,2 (11)		0,336
VHC	19,2 (10)		
CBP	19,2 (10)		
MAFLD	15,4 (8)		
Alcohol	13,5 (7)		
HAI	11,5 (6)		
Edad	62 $\pm$ 9		0,320
Bioquímicos:	Inicial DS	Final DS	
Hemoglobina	Con estatina	12,1 $\pm$ 2,6	0,389
	Sin estatina	12,7 $\pm$ 1,9	
AST	Con estatina	44,2 $\pm$ 13,5	0,12
	Sin estatina	53,8 $\pm$ 27,9	
ALT	Con estatina	38,9 $\pm$ 19,3	0,371
	Sin estatina	53,8 $\pm$ 27,9	
Plaquetas	Con estatina	122 769 $\pm$ 63 269	0,72
	Sin estatina	116 076 $\pm$ 70 522	
Albúmina	Con estatina	3,8 $\pm$ 0,6	0,002
	Sin estatina	3,6 $\pm$ 0,6	
Bilirrubina total	Con estatina	1,2 $\pm$ 0,6	0,068
	Sin estatina	1,7 $\pm$ 1,4	

TP	Con estatina	12,7 ± 1,4	12,9 ± 1,6	0,005
	Sin estatina	14,5 ± 2,8	14,4 ± 3,1	
CT	Con estatina	167,5 ± 40,1	142,3 ± 41,9	0,469
	Sin estatina	159,6 ± 37,9	145,6 ± 49,5	
INR	Con estatina	1,1 ± 0,1	1,1 ± 0,2	0,022
	Sin estatina	1,2 ± 0,2	1,2 ± 0,2	

(IC95%, 0,96-1,1), con una tendencia de riesgo para hemorragia variceal. Ninguno de los participantes sufrió efectos adversos clínicos.
Conclusiones: Las estatinas en pacientes cirróticos muestran una tendencia a un menor número de episodios de ligadura y hemorragia variceal; sin embargo, es importante aumentar el tamaño de la muestra. Los pacientes con administración de estatinas se mantuvieron sin progresión en la escala de Child-Pugh, como lo reflejan las diferencias entre albúmina, TP e INR.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun254

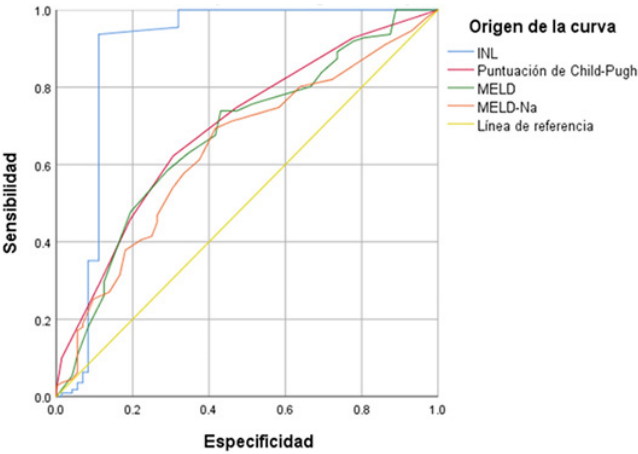
ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO (INL) COMO PREDICTOR PARA IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE INFECCIONES BACTERIANAS EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACIÓN

P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, C. Y. Sánchez-Sánchez, K. Cazarín-Chávez, G. Rangel-Zavala, C. S. Tinitana-Jumbo, S. A. Vera-Nungaray, L. A. Tórrez-Arias, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El daño hepático, manifestado en la cirrosis hepática, conlleva una mayor susceptibilidad de desarrollar infecciones bacterianas, cuya incidencia es hasta cinco veces mayor que en la población general. Sin embargo, estas infecciones se subestiman debido a la presencia sutil de síntomas evidentes o la ausencia de fiebre. La falta de marcadores tempranos adicionales dificulta la identificación de infecciones al ingreso hospitalario. Por lo tanto, contar con herramientas simples y calculables puede ser crucial para determinar el riesgo de infección y establecer pautas de profilaxis efectivas en caso de ser necesario.
Objetivo: Determinar la efectividad del índice neutrófilo/linfocito (INL) como predictor de infecciones bacterianas en pacientes hospitalizados con cirrosis descompensada, para mejorar la identificación temprana.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico y transversal para validar el índice pronóstico. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática que ingresaron a hospitalización en el periodo de octubre del 2023 a marzo del 2024. Se identificaron variables como edad, sexo, causa de la enfermedad hepática, episodios de descompensación que llevaron al ingreso y datos bioquímicos para calcular las puntuaciones de MELD, Child-Pugh, MELD-Na y el grado de falla hepática aguda sobre crónica al ingreso con la puntuación de EASL-CLIF-ACLF. La infección bacteriana se determinó mediante estudios de laboratorio, gabinete y cultivos correspondientes. El índice neutrófilo/linfocito se estableció al dividir el número total células mencionadas, respectivamente. Las variables se resumieron con estadística descriptiva y se construyó el área bajo la curva con intervalos de confianza al 95%; se consideró significativo un valor de $p < 0,01$.
Resultados: Se incluyó a 183 pacientes, 93 (50,8%) de ellos hombres, con edad de $55,8 \pm 10$ años y la siguiente distribución etiológica: alcohol 72 (39,3%), MASLD 55 (30,1%), autoinmunitaria 27 (14,8%), virus de la hepatitis C 16 (8,7%), MetALD 16 (8,7%). De acuerdo con la puntuación de Child-Pugh, 91 (49,7%) fueron clase C, 68 (37,2%) B y 24 (13,1%) A. Las descompensaciones agudas señaladas fueron: hemorragia variceal en 90 pacientes (49,1%), ascitis en 79 (43,1%) y encefalopatía hepática en 102 (55,7%). Se estableció el grado de falla hepática aguda sobre crónica al ingreso: grado 1 en 30 pacientes (16,3%), grado 2 en 29 (15,8%) y grado 3 (6,5%). Se encontró que 111 (60,7%) pacientes desarrollaron infecciones bacterianas durante la hospitalización: infecciones urinarias en 69 (37,7%), peritonitis bacteriana espontánea en 22 (12%), neumonía en 13 (7,1%), bacteriemia en 7 (3,8%). El $INL \leq 1,9$ predijo infección bacteriana con S: 94%, E: 89% (AUC-ROC: 0,89; IC95%, 0,82-0,95; $p < 0,0001$), a diferencia del resto de las escalas como Child-Pugh, MELD o

MELD-Na con AUC-ROC de 0,69 (0,62-0,77), 0,68 (0,60-0,76), 0,64 (0,56-0,72), respectivamente (**Figura 1**).
Conclusiones: El índice neutrófilo/linfocito (INL) mostró alta efectividad como predictor de infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis hepática, mejor que las escalas de Child-Pugh, MELD y MELD-Na. Esto sugiere que el INL es una herramienta útil para la identificación temprana de infecciones en este grupo.
Financiamiento: Este protocolo no fue objeto de financiamiento.

Figura 1. Áreas abajo de la curva de diferentes predictores en pacientes que ingresan a hospitalización por descompensaciones agudas de cirrosis hepática. (Lun254)



Lun255

ASOCIACIÓN ENTRE LA DESNUTRICIÓN MEDIDA POR FUERZA DE AGARRE Y LA PRESENCIA DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA EN MUJERES CON CIRROSIS HEPÁTICA

V. Rangel-Espinosa, M. López-Sánchez, A. Allende-López, N. X. Ortiz-Olvera, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, S. Morán-Villota, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) es la etapa más temprana del espectro de encefalopatía hepática (EH). Se han vinculado con ella alteraciones musculares, como la disminución del índice musculoesquelético, presente en el 84% de los pacientes con EHM. De modo adicional, entre 41% y 49% de los pacientes con EHM sufre disminución muscular de acuerdo con la evaluación de la circunferencia media muscular del brazo (CMMB) que los clasifica por debajo del 5° percentil. La fuerza de agarre (FA) es un indicador de la funcionalidad muscular, pero se desconoce la relación entre sus valores y la EHM.
Objetivo: Identificar el valor del punto de corte para clasificar la desnutrición a partir de los valores de la FA y la relación entre la desnutrición evaluada mediante FA y la EHM.
Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a 241 mujeres asistentes al servicio de gastroenterología en el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Las participantes debían tener entre 18 y 76 años y cirrosis hepática de cualquier causa, excepto por consumo excesivo de alcohol. Se excluyó de la investigación a las pacientes con consumo reciente

de antibióticos (< 1 mes), con enfermedad renal crónica, valores elevados de creatinina, hepatocarcinoma, analfabetas y antecedente de EH o descompensación actual por hemorragia variceal. Se evaluaron variables cronométricas, clínicas, bioquímicas, antropométricas y dietéticas. La determinación del punto de corte para desnutrición por fuerza de agarre se estableció con el cálculo de terciles y la relación de estos valores con la EHM se evaluó con análisis de regresión logística. Los cálculos se efectuaron en el programa estadístico SPSSa 27.

Resultados: La mediana de edad de las participantes fue de 59 (RIQ, 52-63) años; en 168/241 (50,8%) la cirrosis hepática se relacionaba con virus de la hepatitis C, en 136/241 (56,4%) se encontraba en el estadio 2 de la cirrosis y 37/241 (15,4%) tenían ascitis. Adicionalmente, 36/241 (14,9%) desarrollaron EHM. El punto de corte para identificar desnutrición a partir de la FA se estableció a partir de los valores del tercil menor de la muestra (< 16,5 kg) y se catalogaron como tales 76/241 (31,5%). La desnutrición se vinculó con EHM, OR: 2,214 (IC95%, 1,077-4,552, $p = 0,031$). Los modelos ajustados por hiponatremia, IMC, CMMB, pliegue cutáneo tricipital y Child-Pugh no modificaron la relación. Sin embargo, al ajustar por cifras de albúmina (g/dL), ambas variables se relacionaron con EHM (desnutrición OR: 2,104; IC95%, 1,014-4,364; $p = 0,046$ /albúmina OR: 0,512; IC95%, 0,282-0,932; $p = 0,028$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que la disminución de la fuerza de la mano se vincula con un mayor riesgo de EHM, lo cual apoya el papel del tejido muscular en la génesis de EHM.

Financiamiento: Este trabajo recibió financiamiento parcial del proyecto No. SALUD- 2014-1-233823 del CONACyT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología).

Lun256

EVALUACIÓN DEL “TIEMPO-PUERTA-PARACENTESIS” EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ACLF

D. Díaz de la Vega-Broissin, M. E. Rodríguez-García, F. D. Martínez-Sánchez, S. M. Armendáriz-Pineda, A. M. Vargas-Beltrán, J. A. Ruiz-Manríquez, C. J. Córdova-Gallardo, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es una entidad que engloba a la enfermedad hepática crónica con descompensación aguda acompañada del deterioro de uno o más órganos, y se acompaña de un pobre pronóstico e incremento de la mortalidad. La descompensación aguda incluye el desarrollo de ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia gastrointestinal e infección bacteriana secundarias a factores precipitantes. De estos, la ascitis es la complicación más común de la cirrosis y está indicada la paracentesis en todos los pacientes con ascitis por primera vez, y también en pacientes con sangrado del tubo digestivo, choque, fiebre u otros signos inflamatorios sistémicos, encefalopatía hepática y empeoramiento de las pruebas de función hepática y función renal. Se recomienda la paracentesis en todo enfermo hospitalizado con cirrosis, de preferencia en las 12 a 24 horas del internamiento.

Objetivo: Determinar la frecuencia de paracentesis y el tiempo desde la admisión hospitalaria hasta la práctica del procedimiento, así como la vinculación con mortalidad en un grupo de pacientes hospitalizados con ACLF.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva y observacional. Se incluyó a pacientes con ACLF en un periodo comprendido entre el 2018 y el 2024 en esta unidad hospitalaria. Se recabaron características demográficas, factor precipitante de ACLF, fecha y hora de valoración en urgencias y realización de paracentesis, tiempo-puerta-paracentesis, supervivencia a 30 días y a seis meses. Se definió tiempo-puerta-paracentesis al tiempo transcurrido desde la fecha y hora de la valoración en el servicio de urgencias hasta la fecha y hora de realización de paracentesis. Los resultados se analizaron mediante variables de frecuencia para la obtención de medias, medianas y rangos, de acuerdo con la distribución de las variables. Se utilizaron gráficas de Kaplan-Meier para evaluar la supervivencia del grupo de paracentesis en comparación con el grupo en el que no se efectuó la paracentesis.

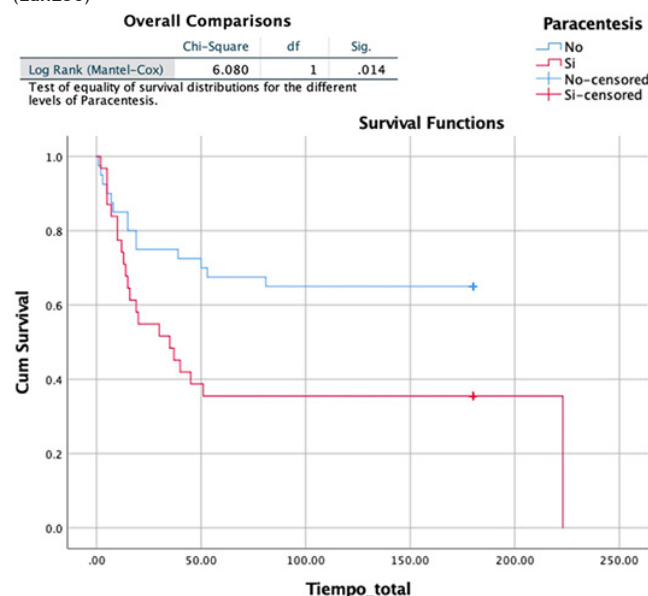
Resultados: Se incluyó a 80 pacientes con ACLF; la causa más frecuente de la cirrosis fue consumo de alcohol (ALD) ($n = 52$, 65%), seguido de esteatosis hepática acompañada de disfunción metabólica (MASLD) ($n = 12$, 15%) e infección crónica por hepatitis C ($n = 6$, 7,5%). Los factores precipitantes más comunes fueron hemorragia digestiva ($n = 34$, 42,5%), seguida de infección bacteriana ($n = 21$, 26,2%) y no se identificó un desencadenante en 22,5% ($n = 18$). Solo se realizó paracentesis en 40% ($n = 32$). El tiempo-puerta-paracentesis fue < 12 h en 18,7%, 12 a 24 h en 9,3%, 24 a 48 h en 9,3%, 48 a 72 h en

9,3%, y > 72 h en 53,1%. El tiempo-puerta-paracentesis promedio fue de 157 horas. En cuanto a los desenlaces se registró 60% ($n = 48$) entre los pacientes no sometidos a paracentesis, de los que 62,5% ($n = 30$) sobrevivió. Del grupo objeto de paracentesis sobrevivió el 31,25% ($n = 10$) sin mostrar una diferencia estadística significativa respecto de los enfermos en quienes no se practicó una paracentesis (Figura 1, gráfica de Kaplan-Meier). Los pacientes sometidos a una paracentesis temprana < 12 h mostraron una supervivencia de 50% ($n = 3$), en contraste con los pacientes objeto de una paracentesis tardía > 12 h ($n = 26$) que registraron una supervivencia de 26,9% ($n = 7$).

Conclusiones: En una población con ACLF se identificó que las paracentesis se efectúan en menos de la mitad de los pacientes y el tiempo-puerta-paracentesis promedio es > 72 h. La importancia de este análisis radica en que el ACLF incluye una alteración con un pobre pronóstico y alta mortalidad; por ello, la identificación temprana es fundamental para un abordaje y control oportuno, por ejemplo, la paracentesis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Gráfica de Kaplan-Meier de los pacientes con y sin paracentesis. (Lun256)



Lun257

VALIDACIÓN DE LOS ÍNDICES NEUTRÓFILO/LINFOCITO (INL), LINFOCITO/MONOCITO (ILM) Y PLAQUETA/LINFOCITO (IPL) PARA PREDECIR MORTALIDAD A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA

P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, K. Cazarín-Chávez, C. Y. Sánchez-Sánchez, C. S. Tinitana-Jumbo, L. A. Tórrez-Arias, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La cirrosis descompensada (CD) es una afección grave que a menudo representa mortalidad de corto plazo. La capacidad de predecir la mortalidad en estos pacientes es crucial para tomar decisiones y gestionar recursos para el tratamiento. En este contexto, los índices relacionados con inflamación sistémica, como el índice neutrófilo/linfocito (INL), el índice linfocito/monocito (ILM) y el índice plaqueta/linfocito (IPL), han emergido como posibles marcadores pronósticos en diversas enfermedades. Sin embargo, su validez y utilidad específica en pacientes con cirrosis descompensada aún no están del todo establecidas.

Objetivo: Determinar si estos índices pueden ser herramientas útiles en la estratificación de mortalidad a corto plazo en comparación con las escalas preestablecidas.

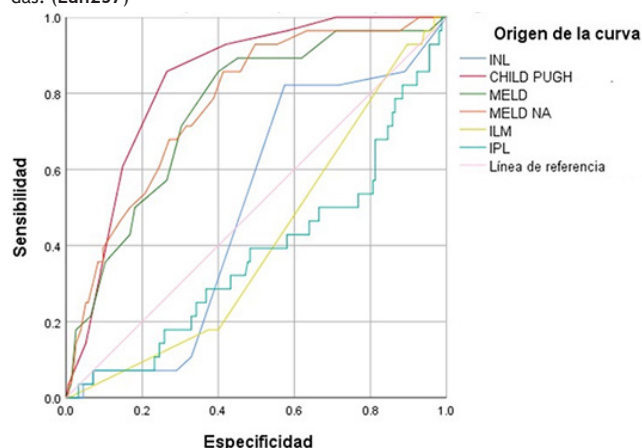
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, transversal y retrolectivo para validar índices pronósticos. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis que ingresaron a hospitalización en el periodo de octubre del 2023 a marzo del 2024 por alguna descompensación. Se identificaron variables

como edad, sexo, causa de la enfermedad hepática, episodios de descompensación que llevaron al ingreso y datos bioquímicos para calcular las puntuaciones de MELD, Child-Pugh y MELD-Na. Se determinaron los índices neutrófilo/linfocito, linfocito/monocito y plaqueta/linfocito mediante estudios de laboratorio, al dividir el número total de las células mencionadas, respectivamente, de acuerdo con cada uno de ellos. Las variables se resumieron mediante estadística descriptiva y se construyó el área bajo la curva con intervalos de confianza al 95%; se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyó a 183 pacientes, 93 (50,8%) de ellos hombres, con edad de $55,8 \pm 10$ años y la siguiente distribución por causa: alcohol 72 (39,3%), MASLD 55 (30,1%), enfermedad autoinmunitaria 27 (14,8%), virus de la hepatitis C 16 (8,7%) y MetALD 16 (8,7%). De acuerdo con la puntuación de Child-Pugh, 91 (49,7%) fueron clase C, 68 (37,2%) B y 24 (13,1%) A. La descompensación aguda más frecuente fue la encefalopatía hepática en 102 pacientes (55,7%). El INL (AUROC: 0,49; IC95%, 0,39-0,60; $p = 0,98$) y el ILM (AUROC: 0,41; IC95%, 0,31-0,51; $p = 0,16$) no mostraron capacidad predictiva significativa; el IPL registró predicción baja con significancia estadística límite (AUROC: 0,37; IC95%, 0,26-0,49; $p = 0,04$). Las escalas Child-Pugh, MELD y MELD-Na fueron superiores en cuanto a la capacidad de predecir mortalidad ([AUROC 0,83; IC95%, 0,76-0,90; $p < 0,001$]; [AUROC 0,75; IC95%, 0,66-0,85; $p < 0,001$] y [AUROC 0,77; IC95%, 0,68-0,86; $p < 0,001$], respectivamente) (Figura 1).

Conclusiones: Los índices INL, ILM e IPL no mostraron ser efectivos en la predicción de mortalidad, por lo que no deben utilizarse como herramientas primarias para la evaluación del riesgo en estos pacientes y no sustituyen a las escalas Child-Pugh, MELD y MELD NA como herramientas efectivas para predecir la mortalidad a corto plazo.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Figura 1. Áreas abajo la curva de diferentes índices y escalas predictoras de mortalidad a 28 días en pacientes hospitalizados por descompensaciones agudas. (Lun257)



Lun258

TIEMPO DE INICIO DE ANTIBIÓTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ACLF Y SU ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD

M. E. Rodríguez-García, D. Díaz de la Vega-Broissin, F. D. Martínez-Sánchez, S. M. Armendáriz-Pineda, A. M. Vargas-Beltrán, C. J. Córdova-Gallardo, J. Ruiz-Manríquez, V. P. Vargas-Abonce, Grupo Colaborativo: Servicio de Hepatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es un trastorno en el que un paciente con enfermedad hepática crónica sufre un deterioro agudo ante la presencia de alguna lesión, se acompaña de un pobre pronóstico y es una de las principales causas de mortalidad en esta población. Las infecciones ocurren en más de 40% de los pacientes con ACLF y su identificación se considera un factor sólido de mal pronóstico; sin embargo, en algunos casos la presentación clínica puede ser atípica (ausencia de fiebre o de elevación de leucocitos, etc.), lo que retrasa la identificación de la infección y por tanto el inicio del antibiótico.

Objetivo: Determinar la mortalidad en pacientes hospitalizados con ACLF en relación con el tiempo de admisión hospitalaria y el tiempo de inicio del antibiótico.

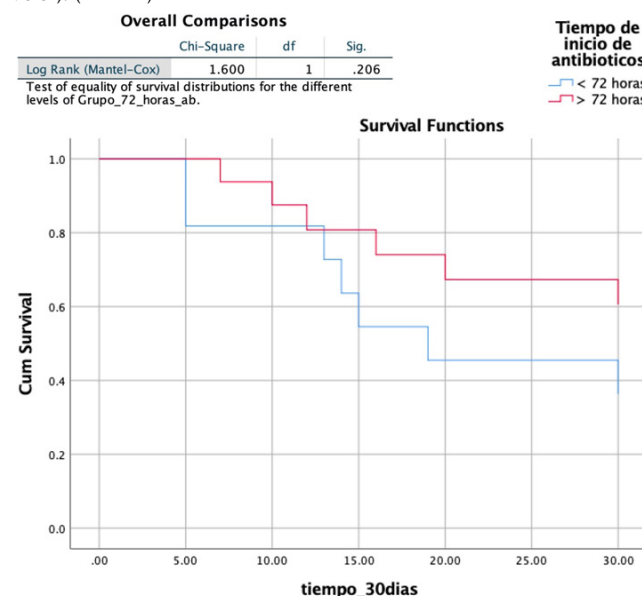
Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo y observacional. Se incluyó a pacientes con diagnóstico establecido de hospitalización por ACLF entre 2018 y 2024. La información se obtuvo de expedientes clínicos e incluyó variables demográficas, causa de cirrosis, factor precipitante, fecha de admisión hospitalaria, antibioticoterapia empleada, y supervivencia a 30 días y seis meses. Se utilizó estadística descriptiva (medidas de frecuencia relativas y centrales; porcentajes y mediana, variables categóricas y continuas). Además, se realizaron análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier para comparar las tasas de supervivencia a 30 días en relación con la institución de antibioticoterapia tras el ingreso.

Resultados: Se reunió a 80 pacientes con cirrosis y ACLF. La causa más frecuente fue la enfermedad hepática vinculada con el consumo de alcohol (ALD) en 65% ($n = 52$), seguido de esteatosis hepática relacionada con disfunción metabólica en 15% ($n = 12$). Los precipitantes más frecuentes fueron hemorragia gastrointestinal ($n = 34$, 42,5%) e infección bacteriana ($n = 21$, 26,2%) y no se identificó una causa precipitante en 22,5% ($n = 18$). Al momento del diagnóstico de ACLF, 27 pacientes (33,65%) cursaron con ACLF de grado 1, 37 (46,25%) con grado 2 y 12 (15%) con grado 3. La supervivencia a 30 días fue del 55% ($n = 44$) y 47,5% ($n = 38$) a los seis meses. De los 44 supervivientes a 30 días, 43,1% había recibido tratamiento antibiótico durante las primeras 72 horas de su internamiento. De aquellos que murieron antes de 30 días, seis pacientes tenían una ACLF de grado 3 (37,5%), 7 (43,75%) de grado 2 y 3 (18,75%) de grado 1. En el análisis de supervivencia, al comparar el grupo con administración de antibioticoterapia antes y después de 72 horas desde su ingreso hospitalario, se identificó un valor no estadísticamente significativo entre las distribuciones de supervivencia a 30 días entre los dos grupos ($p > 0,05$) (Figura 1).

Conclusiones: En este estudio se analizó la relación entre el tiempo de inicio de la antibioticoterapia y la mortalidad en pacientes hospitalizados con falla hepática aguda sobre crónica. De manera específica, el 43,1% de los pacientes que sobrevivieron a los 30 días había recibido antibióticos de forma temprana, en comparación con aquellos sin los fármacos. Sin embargo, en la supervivencia a 30 días no se reconoció una diferencia estadísticamente significativa entre la administración de antibióticos en las primeras 72 horas de hospitalización y luego de 72 horas, con diferencia de supervivencia a 30 días entre los dos grupos no estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Además, se identificó una mayor mortalidad en pacientes con grados avanzados de ACLF, lo cual destaca la importancia de la identificación y el tratamiento oportunos de las infecciones en estos pacientes. Estos hallazgos subrayan la necesidad de la rápida identificación y tratamiento de infecciones en individuos con ACLF para mejorar los resultados clínicos y reducir la mortalidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Supervivencia a 30 días en relación con el tiempo de administración de antibioticoterapia en pacientes hospitalizados con ACLF (curva de Kaplan-Meier). (Lun258)



Lun259

FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN

D. F. Abendaño-Rivera, C. Y. Sánchez-Sánchez, K. Cazarín-Chávez, P. M. Diego-Salazar, S. A. Vera-Nungaray, A. P. Escobedo-Zúñiga, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La cirrosis es una enfermedad de alta prevalencia. Se clasifica en compensada, descompensada y avanzada, el riesgo de morir es mayor en los pacientes con cirrosis descompensada y avanzada, y existen diferentes factores de riesgo relacionados con la mortalidad.

Objetivo: Determinar los principales factores de riesgo para mortalidad en pacientes con cirrosis descompensada en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico en una cohorte de pacientes con cirrosis de diversas causas, con y sin lesión renal aguda (LRA), que se hospitalizaron durante el año 2022 y fueron objeto de seguimiento hasta el momento actual (2024). Se excluyó del estudio a los pacientes que perdieron seguimiento o tenían diagnóstico de hepatocarcinoma. Los datos recolectados se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 23. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables numéricas se presentaron como medias y desviación estándar o mediana y rango, según fuera su distribución. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística para calcular las razones de momios (OR) ajustadas para cada factor predictor. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 110 pacientes con cirrosis, 54 (49%) de ellos hombres, con una edad de 54 ± 8 años, y 56 mujeres (51%) con una edad de $56 \pm 9,7$ años. La causa más frecuente de la cirrosis fue MASLD (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*, 41%), seguida por alcohol (39%) y 10 pacientes con hepatitis inducida por alcohol (9%). La distribución según el grado de Child-Pugh fue A con 12 (11%) pacientes, B con 40 (36%) y C con 58 (53%). Además, 37 sujetos tenían ACLF (34%). Durante el seguimiento, 28 individuos fallecieron durante su internamiento y 49 a los 24 meses, con una mortalidad global del 44,5%. Entre los pacientes, 53 (43%) tenían otra descompensación, 56 (45%) desarrollaron LRA y de estos 44 (36%) ya habían tenido un episodio de LRA. Asimismo, 25 (20%) tuvieron una infección al ingreso o durante el internamiento y 28 (22%) experimentaron un estado de choque. Se tomaron en cuenta los principales factores de riesgo y se analizaron mediante un modelo de regresión lineal. Los resultados mostraron que la LRA y el choque durante el internamiento fueron los factores más significativos. Se realizó una regresión de Cox para evaluar la vinculación de estos factores con la mortalidad, en la cual el choque durante el internamiento registró un OR de 3,886 (IC95%, 1,928-7,835; $p < 0,001$) y la LRA un OR de 3,540 (IC95%, 1,767-7,092; $p < 0,001$), con un modelo significativo según la prueba ji cuadrada ($\chi^2 = 46,6$; $p < 0,0001$). Véase la Figura 1.

Conclusiones: Existen múltiples factores de riesgo relacionados con la naturaleza y evolución de la cirrosis descompensada. De estos, la lesión renal aguda y

el choque durante el internamiento son factores predictivos significativos de mortalidad a dos años. Por lo tanto, es crucial reconocer y abordar estos factores de manera temprana para mejorar los resultados en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun260

ANTECEDENTES ASOCIADOS E INCIDENCIA DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS A EN EL ISSSTE HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

B. Govea-Mendoza, J. A. Merino-Rivera, O. Contreras-Rivas, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

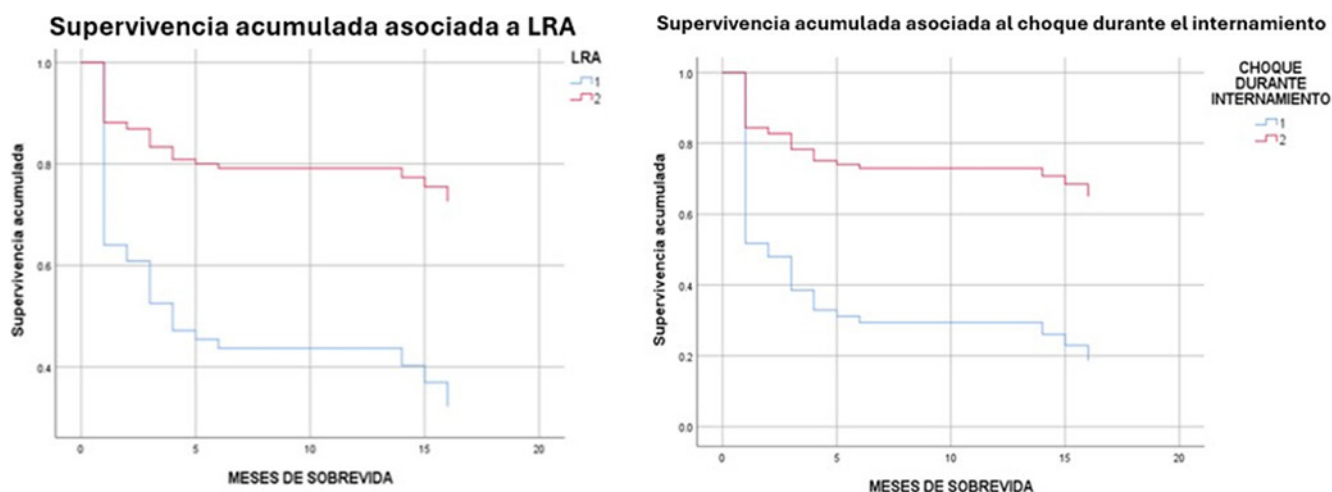
Introducción: El virus de la hepatitis A (VHA) es el agente causante más frecuente de hepatitis viral aguda en el mundo. Existen zonas de muy alta endemicidad en donde la seroprevalencia es $> 90\%$ a la edad de cinco años. Durante 2020 se registró una tasa de incidencia nacional de 3,11 casos por cada 100 000 habitantes en México. La hepatitis A es una infección habitualmente de curso benigno y autolimitada. Sin embargo, en raras ocasiones puede causar falla hepática aguda (FHA) (incidencia, 0,3%) y, con muy poca frecuencia, provoca la muerte o la necesidad de un trasplante de hígado. Algunos estudios relacionan algunos factores con un riesgo incrementado de FHA, como la edad > 40 años, diabetes e incluso los valores de AST. Es por ello que se decidió investigar si alguna variable tiene nexo con el desenlace de FHA en pacientes diagnosticados con VHA en esta población.

Objetivo: Determinar la incidencia y los antecedentes vinculados con FHA secundaria a infección por VHA en el HRLALM del ISSSTE, en el periodo de enero de 2022 a junio de 2024.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en el cual se analizaron datos de pacientes diagnosticados con VHA, mayores de 18 años, entre enero de 2022 y junio de 2024 en un centro único. Los datos de los pacientes se obtuvieron mediante revisión de censos y expedientes del servicio de gastroenterología. Un caso se definió como cualquier paciente, con (1) IgM positiva para VHA y (2) manifestaciones clínicas y bioquímicas consistentes. Los antecedentes de los pacientes procedieron de los datos del expediente. Se excluyó a los pacientes con información incompleta. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva para analizar las características de la población. Para comparar variables cualitativas se usaron las pruebas ji cuadrada y t de Student para variables cuantitativas. Se realizó un análisis de regresión logística univariado para explorar potenciales factores de riesgo para desarrollar FHA. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: La infección aguda por VHA se diagnosticó en 47 pacientes durante el periodo de estudio. La mediana de edad fue de 38 años (RIC, 23-53). El sexo femenino representó el 38% de los casos. Poco más de una tercera parte (34%, $n = 16$) cursaba con obesidad. El 19% ($n = 9$) de los pacientes tenía diagnóstico de diabetes mellitus (DM), 12% ($n = 6$) de hipertensión arterial y

Figura 1. Supervivencia acumulada. (Lun259)



8% (n = 4) de enfermedad hepática crónica. El 100% de los expedientes de los pacientes contaban con la información necesaria para este estudio. El 11% (n = 5) de los individuos cursó con FHA. Se calculó una incidencia de FHA de 0,10% para el periodo estudiado. Al comparar las características de la población (Tabla 1), se encontró que contar con diagnóstico de diabetes mellitus representó una diferencia estadísticamente significativa entre grupos (p = 0,002). Se identificaron como potenciales factores de riesgo para desarrollar FHA la obesidad y la edad.

Conclusiones: La incidencia de FHA fue más alta que la notificada en otros estudios. Los resultados indican una vinculación entre la diabetes mellitus y el desarrollo de FHA. El análisis reveló una potencial relación con la edad y la obesidad. Las limitaciones del estudio sugieren la necesidad de conducir futuras investigaciones, con mayor número de pacientes para identificar el nexo de estos factores, así como para reconocer otros factores de riesgo. La variabilidad de resultados entre centros subraya la necesidad de efectuar una investigación continua para optimizar las estrategias de identificación de pacientes con factores de mal pronóstico en el contexto de la infección por VHA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de la población con FHA secundaria a VHA. (Lun260)			
Variable	Sin FHA (%) n = 42 (%)	Con FHA n = 5 (%)	p
Edad (media)	37	46	0,095
Sexo			0,294
Femenino	18 (43)	0 (0)	
Masculino	24 (57)	5 (100)	
Diabetes			0,002
Si	5 (12)	4 (80)	
No	37 (88)	1 (20)	
Hipertensión			0,221
Si	4 (10)	2 (40)	
No	38 (90)	3 (60)	
Obesidad			0,072
Si	12 (29)	4 (80)	
No	30 (71)	1 (20)	
Enfermedad hepática crónica			0,899
Si	3 (7)	1 (20)	
No	39 (93)	4 (80)	

Lun261

DESARROLLO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS EN PACIENTES POSTRASPLANTADOS: ESTUDIO DE COHORTE EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

N. N. Parra-Holguín, M. M. Alamilla-Pérez, D. A. García-Alonso, F. I. García-Juárez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El trasplante en México ha experimentado un crecimiento en los últimos años; el seguimiento de estos pacientes conlleva una estrecha supervisión para la detección oportuna de enfermedades metabólicas. Las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de muerte de pacientes trasplantados a largo plazo. La frecuencia informada de enfermedades metabólicas es de 44% a 58% en diversas poblaciones que, junto con la inmunosupresión, se consideran los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares en receptores de trasplantes, que a su vez suponen el 19% y el 42% de todas las muertes no relacionadas con el trasplante.

Objetivo: Identificar alteraciones metabólicas en pacientes postrasplantados y los factores vinculados con el desarrollo de estas complicaciones.

Materia y métodos: Es un estudio de cohorte retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes postrasplantados del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE durante el periodo de 2003 a 2023, que cumplieran

por lo menos con un año después del trasplante. Se evaluaron las alteraciones metabólicas, como síndrome metabólico, diabetes tipo 2, sobrepeso u obesidad y dislipidemia antes y después del trasplante hepático. El síndrome metabólico se definió con base en los criterios modificados del *Adult Treatment Panel III*: glucosa > 110 mg/dL, IMC > 27,5 kg/m², hipertensión ≥ 130/85 mmHg, triglicéridos ≥ 150 mg/dL o HDL (mg/dL) < 40 hombres y < 50 mujeres.

Resultados: Se analizó a 116 pacientes postrasplantados, de los cuales 36 se excluyeron por perder el seguimiento dentro de la institución y se integró al final una muestra de 86 pacientes, 34 (39,5%) de ellos hombres y 52 (60,5%) mujeres, con una edad actual promedio de 55 (19-81) años y un tiempo promedio posterior al trasplante de 6 (1-20) años. Las causas más frecuentes para el trasplante fueron: MASLD en 24 (27,9), infección por el virus de la hepatitis C en 19 (22,1%), colangitis biliar primaria en 19 (22,1%), hepatitis autoinmunitaria en 12 (14,0%), hepatocarcinoma en 5 (5,9%), alcohol en 3 (3,4) y otras en 4 (4,6). La frecuencia de complicaciones metabólicas se informó en 53 (61,6%) y las más frecuentes fueron la hipertensión en 20 (23,3%), la dislipidemia en 27 (31,4%), la diabetes tipo 2 en 16 (18,6%) y el sobrepeso o la obesidad en 18 (20,9%); 5 (5,8%) pacientes cumplieron con los criterios de síndrome metabólico antes de trasplante y 11 (12,8%) lo desarrollaron *de novo* luego del trasplante. No se encontraron diferencias significativas (p ≤ 0,05) con base en el tratamiento, tiempo de trasplante, edad y causa para el desarrollo de complicaciones metabólicas.

Conclusiones: El trasplante hepático es una oportunidad de tratamiento para pacientes con enfermedades hepáticas; ante el aumento de las tasas de trasplante en México es necesario concientizar sobre el comportamiento a largo plazo de las enfermedades metabólicas. La relación del trasplante hepático con el desarrollo de estas complicaciones aún prevalece; de acuerdo con estos resultados, la frecuencia de complicaciones metabólicas fue superior a lo notificado previamente (61,6% vs. 44-58%). No se logró identificar una causa única para su desarrollo, lo que sugiere una causa multifactorial. El tratamiento debe ser multidisciplinario para modificar los desenlaces de estas comorbilidades y disminuir al final la mortalidad de estos padecimientos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun262

PRUEBA COLORIMÉTRICA PARA DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, K. M. Bastida-Guadarrama, F. Y. Durán-Vargas, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Grupo Colaborativo: Médicos Residentes en Gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) requiere análisis bioquímico que en ocasiones puede tardar, por lo que contar con un método eficaz y rápido podría acortar los tiempos para iniciar el antimicrobiano y reducir los riesgos de complicaciones.

Objetivo: Validar la prueba colorimétrica (tiras reactivas) en el diagnóstico de PBE.

Materia y métodos: Estudio observacional, prolectivo y analítico de la prueba colorimétrica para el diagnóstico de PBE. Se solicitó paracentesis diagnóstica en pacientes con sospecha de PBE para el análisis del líquido mediante la escala colorimétrica de la tira reactiva Mission y se comparó con el análisis citoquímico en laboratorio (polimorfonucleares ≥ 250 células/mm³). Para valorar la tira reactiva como prueba diagnóstica se usó un punto de corte de lectura de la tira ≥ 15 leucocitos. Se compararon mediante una tabla de 2 x 2 los positivos y negativos a PBE por ambos métodos, citoquímico y tira reactiva. Se calcularon la S, E, VPP y VPN.

Resultados: Se incluyó a 42 pacientes con ascitis y sospecha de PBE. De estos, 24 pacientes (57,14%) se encontraban en el estadio C de Child-Pugh, 17 (40,27%) en el estadio B y solo 1 (2,38%) en el A. Las causas de enfermedad hepática crónica fueron: consumo de alcohol en 17 pacientes (40,27%), MASLD en 15 (35,71%), enfermedad hepática autoinmunitaria en 4 (9,52%), causa no relacionada en 4 (9,52%) e infección secundaria al virus de la hepatitis C en 2 (4,76%). Del total, 23 pacientes (54,7%) eran mujeres con una edad promedio de 54 años (DE ± 12,06). Trece pacientes se diagnosticaron con PBE, el 81% de ellos con ascitis de grado II. La sensibilidad de la tira reactiva comparada con el método citoquímico fue del 92,3%, su especificidad de 86,2%, el valor predictivo positivo (VPP) de 99,4% y el valor predictivo negativo (VPN) de 98,6%.

Conclusiones: La colorimetría (tiras reactivas) muestra una sensibilidad y especificidad adecuadas, lo que la convierte en una herramienta de bajo

costo, fácil uso, pero sobre todo con rápida interpretación para el inicio temprano de tratamiento antimicrobiano en pacientes con ascitis y peritonitis bacteriana espontánea. Si bien la muestra es pequeña, perfila una tendencia interesante que debe confirmarse.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun263

MORTALIDAD Y DESENLACE DE LA LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS, LESIÓN RENAL E INFECCIÓN BACTERIANA

K. Cazarín-Chávez, P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología y Hepatología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

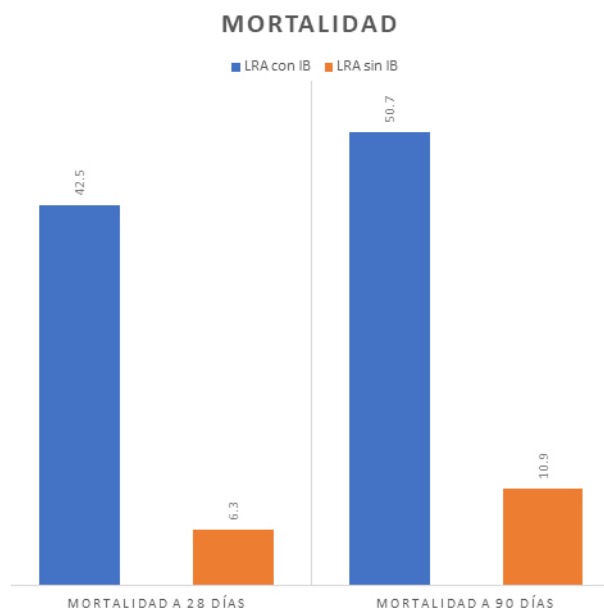
Introducción: La lesión renal aguda (LRA) en pacientes con cirrosis hospitalizados ocurre en 60%, a menudo es precipitada y una causa son las infecciones bacterianas (IB) que empeoran el curso de la cirrosis.

Objetivo: Informar mortalidad y desenlaces de la función renal en pacientes con cirrosis, LRA e IB.

Material y métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva de agosto de 2022 a enero de 2023 con 201 pacientes ($55,42 \pm 10,41$ años, 52,7% de hombres). Se incluyó a sujetos con diagnóstico de cirrosis descompensada secundaria a diferentes precipitantes, entre ellos IB, que desarrollaron o no LRA. Se notificó la frecuencia de LRA relacionada con IB y se dividió la población entre aquellos que tenían IB y quienes no. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes y los cuantitativos en media $\pm$ DE. La comparación estadística se realizó con la prueba t de Student no pareada de dos colas o ji cuadrada, según correspondiera ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Los 73 pacientes con IB ($54,48 \pm 9,58$ años, 54,8% de hombres) no difirieron en la edad ni el sexo comparados con los 128 pacientes sin IB ($55,95 \pm 10,85$ años, 51,6% de hombres, $p = 0,65$). Los pacientes que cursaron con IB tuvieron mayor riesgo de mortalidad a 28 ($42,5\%$ vs. $6,3\%$, $p < 0,0001$) y 90 días ($50,7\%$ vs. $10,9\%$, $p < 0,0001$) (Figura 1). Del total de pacientes que desarrollaron LRA con IB ($78,1\%$ vs. 43%) se observó peor desenlace de la función renal (resolución completa 37%, incompleta 9,6% y falta de resolución 31,5% vs. 32,8%, 2,3% y 7,8%, $p = 0,0036$), más días de estancia intrahospitalaria ($7,64 \pm 5,31$ días vs. $4,23 \pm 3,29$, $p < 0,0001$); y, al analizar los factores de riesgo, también tuvieron significativamente mayores cifras de creatinina ($2,26 \pm 1,38$ vs. $1,43 \pm 1,01$, $p < 0,0001$), así como puntuaciones de Child-Pugh (A = 1,4%, B = 15,1% y C = 83,6% vs. 18,8%, 46,1% y 35,2%, $p < 0,0001$), MELD-Na ($27,22 \pm 8,38$

Figura 1. Mortalidad a 28 y 90 días en pacientes con lesión renal con y sin infección bacteriana. (Lun263)



vs. $18,85 \pm 8,7$, $p < 0,0001$) y grados de ACLF (1 = 20,5%, 2 = 32,9% y 3 = 13,7% vs. 14,1%, 7,8% y 1,6%, $p < 0,0001$). La infección de vías urinarias en 32 (43,8%) fue el tipo de infección más frecuente.

Conclusiones: En pacientes con cirrosis, la LRA vinculada con IB eleva la mortalidad y empeora el desenlace de la función renal; por lo tanto, la IB no solo es un precipitante de las descompensaciones de la cirrosis, sino que además representa un factor de riesgo significativo para un curso clínico grave.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun264

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE SARCOPIENIA EN PACIENTES CIRRÓTICOS EN EVALUACIÓN PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

K. E. Pérez-Reséndiz, Y. Tadeo-Jiménez, J. Valencia-Chávez, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, R. Córdova-Ramírez, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La cirrosis hepática es la sexta causa de muerte en el país, además de que se vincula con una reducción significativa de la calidad de vida. Por su parte, la desnutrición es un estado frecuente en los pacientes en estado final de la enfermedad y engloba la reducción de masa muscular, fuerza y función (sarcopenia), junto con la pérdida de grasa corporal subcutánea y visceral (adipopenia); su presencia se ha acompañado de peores desenlaces clínicos. Es importante el conocimiento de esta entidad ya que las complicaciones relacionadas son potencialmente modificables si se identifican de forma temprana.

Objetivo: Determinar los factores pronósticos para el desarrollo de sarcopenia en pacientes cirróticos en protocolo de trasplante hepático.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, analítico y unicéntrico. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años en evaluación de trasplante hepático dentro de la clínica de trasplante del departamento de gastroenterología de la UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI; se excluyó a aquellos pacientes con expediente clínico incompleto. Se realizó tomografía abdominal como parte del abordaje de protocolo de trasplante y se midió el área transversal del músculo psoas a nivel de la tercera vértebra lumbar (L3) y se normalizó por la altura de los pacientes (valores de referencia para sarcopenia: hombres $< 50 \text{ cm}^2/\text{m}^2$; mujeres $< 39 \text{ cm}^2/\text{m}^2$). El estudio se condujo entre el 1 de enero de 2022 y el 1 de junio de 2023. El análisis estadístico se realizó con medidas de dispersión para variables continuas y con proporciones para variables categóricas. Se usaron media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico de acuerdo con la distribución de las variables de distribución normal con t de Student y para libre distribución la U de Mann-Whitney. Las variables dicotómicas y determinar el riesgo se analizaron con la prueba ji cuadrada.

Resultados: Se incluyó a 63 pacientes con cirrosis hepática en protocolo de trasplante hepático (Tabla 1), con predominio del sexo femenino (74,6%), cuya causa más frecuente fue la enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD, 27%), en su mayoría clase funcional de Child-Pugh B (32%). La mediana de MELD 3.0 fue de 17 puntos; las descompensaciones más frecuentes fueron ascitis en 46 pacientes (73%), seguida de encefalopatía hepática en 31 (49%) y hemorragia variceal en 27 (42,9%). La mortalidad en el grupo evaluado fue de 14% (nueve pacientes) y tres de ellos tenían sarcopenia (33%). Se encontró una prevalencia de sarcopenia en el 55,6% de los individuos evaluados. En el análisis de riesgo, la edad > 60 años tuvo un OR de 5,46 (IC95%, 1,6-17,6).

Tabla 1. Características basales de pacientes en evaluación para trasplante hepático. (Lun264)

Características de los pacientes en evaluación para trasplante hepático (n = 63)	
Edad, años, mediana	52,2 + 11,7
Índice de masa corporal, mediana, percentiles	26,17 (23,2-29,6)
Sarcopenia, n (%)	35 (55,6)
Género	
Mujeres, n (%)	47 (74,6)

Hombres, n (%)	16 (25,4)
Causa	
MASLD, n (%)	17 (27)
CBP, n (%)	14 (22)
VHC, n (%)	7 (11,1)
Síndrome de superposición, n (%)	7 (11,1)
HAI, n (%)	6 (9,5)
Otras causas, n %	12 (20)
Clase funcional	
Child-Pugh-Turcotte A, n (%)	7 (11,1)
Child-Pugh-Turcotte B, n (%)	32 (50,8)
Child-Pugh-Turcotte C, n (%)	24 (38)
MELD-Na, medianas, percentiles	16 (11-20)
MELD 3.0, medianas, percentiles	17 (14-22)
Comorbilidades	
Afección tiroidea, n (%)	17 (27)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	16 (25,4)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	9 (14,3)
Descompensaciones	
Encefalopatía hepática, n (%)	31 (49,2)
Peritonitis bacteriana espontánea, n (%)	5 (7,9)
Ascitis, n (%)	46 (73)
Hemorragia, n (%)	27 (42,9)
Desenlace	
Muerte, n (%)	9 (14)
Trasplante, n (%)	4 (6,3)
Fuente: Investigación propia.	

Conclusiones: El factor de riesgo para sarcopenia en pacientes en evaluación para trasplante hepático es la edad > 60 años. Se deben establecer otros factores que pueden influir en el desarrollo de sarcopenia.

Financiamiento: El estudio no tuvo financiamiento.

Lun265

UTILIDAD DEL ULTRASONIDO DOPPLER PARA PREDECIR HEMORRAGIA VARICEAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA: CORRELACIÓN CON MELD 3.0

L. Robles-Casanova, G. Bretón-Arroy, R. Herrero-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La cirrosis hepática es una de las principales causas de morbi-mortalidad global y provoca resistencia al flujo sanguíneo que precipita hipertensión portal. El ultrasonido Doppler es una técnica no invasiva empleada para evaluar los cambios hemodinámicos del flujo sanguíneo. Su aplicación en pacientes con cirrosis hepática puede proporcionar información valiosa sobre la presión portal y el riesgo de complicaciones relacionadas.

Objetivo: Correlacionar las mediciones hemodinámicas obtenidas mediante ultrasonido Doppler con la puntuación MELD 3.0 y evaluar la presencia de hemorragia variceal en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Se evaluaron de forma retrospectiva la velocidad de la vena porta, la velocidad de la arteria hepática (VAH) y el índice de resistencia de la arteria hepática (IRAH) de pacientes en seguimiento por el servicio de gastroenterología durante el 2023; se registraron la puntuación MELD 3.0 obtenida al momento del USG y los episodios de hemorragia variceal en los seis meses posteriores a la realización del estudio. El análisis de los datos se efectuó al finalizar el estudio con *GraphPad Prism* versión 10.2.3 y el programa

Microsoft Excel. Se analizó la correlación individual entre las variables hemodinámicas y la puntuación MELD 3.0 mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Para determinar la relación entre la VAH y la hemorragia variceal se usó la prueba de Mann-Whitney por datos de distribución no normal. El punto de corte se estableció con una curva ROC de acuerdo con el valor de Youden.

Resultados: Se incluyó a 79 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, de los cuales el 56% correspondió a hombres y el 54% a mujeres, con una edad media de 58,8 años (intervalo, 31-83 años). Las causas de la cirrosis incluyeron a 44 pacientes con cirrosis por alcohol, 10 por enfermedad hepática vinculada con enfermedad metabólica y 25 por otras causas. La puntuación media de MELD 3.0 fue de 15 puntos (intervalo, 6-70 puntos). Quince pacientes sufrieron hemorragia variceal seis meses después del ultrasonido, con una media de 76,8 días (intervalo, 6-178 días). Los valores de VAH se correlacionaron significativamente entre pacientes con y sin hemorragia. La VAH media en el grupo con hemorragia variceal fue de 188 cm/s, mientras que en el grupo sin hemorragia fue de 66 cm/s, con un valor de $p = 0,0007$. Esto indica una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. Se estableció un punto de corte de 115 cm/s para la VAH, con una sensibilidad del 88% (IC%, 78-94) y una especificidad del 53% (IC%, 30-75). La VAH mostró una correlación positiva moderada con la puntuación MELD 3.0 ($r = 0,3942$, $p = 0,0003$). En contraste, el IRAH reveló una correlación inversa débil con la puntuación MELD 3.0 ($r = -0,02190$) y no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre IRAH y MELD 3.0 ni entre la velocidad de la vena porta y MELD 3.0.

Conclusiones: Los resultados de este estudio indican que la velocidad de la arteria hepática (VAH) se correlaciona positivamente con la puntuación MELD 3.0 y se vincula de forma significativa con la hemorragia variceal en pacientes con cirrosis hepática. Estos hallazgos sugieren que la medición de la VAH mediante ultrasonido Doppler puede ser una herramienta útil en el tamizaje y la estratificación del riesgo de hemorragia variceal en estos pacientes, dada su naturaleza no invasiva y mayor accesibilidad en comparación con los estudios endoscópicos.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Lun266

EFFECTOS ADVERSOS DEL USO DE TERLIPRESINA EN INFUSIÓN COMPARADO CON BOLOS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA VARICEAL. ESTUDIO TERMEX

L. R. Antuna-Villaseñor, G. A. Román-Lugo, J. Pérez-Sánchez, A. E. Chavarrín-Meza, Y. Tadeo-Jiménez, D. L. Andrade-González, R. Moreno-Alcántar, A. Bautista-Santos, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La cirrosis es un problema de salud mundial y una de las principales causas de mortalidad. Las complicaciones de esta anomalía se relacionan directamente con el desarrollo de hipertensión portal. La terlipresina es un fármaco útil para este grupo de pacientes en el episodio de hemorragia variceal y por lo regular se ha administrado en bolos. En trabajos recientes se ha demostrado que su administración en infusión podría no ser inferior en mortalidad y control del sangrado, con menos efectos adversos adjuntos.

Objetivo: Analizar los efectos adversos vinculados con la terlipresina administrada en bolos respecto de la infusión en pacientes con cirrosis hepática en un episodio de hemorragia variceal.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, transversal, analítico y observacional que incluyó a pacientes hospitalizados a cargo del servicio de gastroenterología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo de julio de 2022 a junio de 2024 que cumplieran los criterios de inclusión: individuos mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática y hemorragia variceal activa, que recibieron abordaje endoscópico de hemorragia variceal y tratamiento médico ya sea con terlipresina en bolo (2 mg/4 h) o en infusión (6 mg diluidos en 100 mL de solución salina al 0,9% en 24 h) con bolo inicial previo de 2 mg; se comparó el desarrollo de las reacciones adversas relacionadas con la terlipresina en estos dos grupos. Participaron 86 pacientes, 39 en el grupo de administración en infusión y 47 en el grupo de bolo. Se utilizó estadística descriptiva acorde al tipo de variable y su distribución se expresó en medias, medianas, porcentajes y rangos intercuartílicos. El análisis estadístico se llevó a cabo con las pruebas estadísticas t de Student y U de Mann-Whitney de acuerdo con la distribución de las variables, t de

Student para diferencias entre grupos y ji cuadrada para determinar el riesgo de episodios adversos con bolos e infusión de terlipresina. Se aplicó la prueba de Wilcoxon para mostrar diferencias entre grupos.

Resultados: Del total de pacientes, 51% correspondió a mujeres. El 45,3% de los pacientes se incluyó en el grupo de infusión y 54,7% en el de bolos, tal y como se muestra en la **Tabla 1**. La principal causa de cirrosis fue la enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica, seguida de colangitis biliar primaria. No hubo diferencias demográficas en la distribución de los grupos. El porcentaje general de efectos adversos fue de 34% (n = 30); en el grupo de bolo con 31,9% (n = 15) y en el grupo de infusión con 38,4% (n = 15) (p = 0,21). El principal efecto adverso general fue el dolor abdominal en 15%, correspondiente a 20,5% (n = 8) en el grupo de infusión y a 10,6% (n = 5) en el grupo de bolo; diarrea en el 8,5% (n = 4) del grupo de bolo y 10,2% (n = 4) en el grupo de infusión; dolor torácico en el 6,3% (n = 3) del grupo de bolo y 2,5% (n = 1) en el grupo de infusión; bradicardia en el 8,5% del grupo de bolo y 2,5% en el grupo de infusión. Se registró una mortalidad general del 5,8%, correspondiente al 8,7% (n = 4) del grupo de bolo y al 2,56% (n = 1) del grupo de infusión.

Conclusiones: No se identificó diferencia entre los efectos adversos del grupo de terlipresina en infusión comparado con el bolo. El principal efecto adverso fue el dolor abdominal en ambos grupos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de los pacientes con cirrosis y hemorragia variceal incluidos en el estudio*. (Lun266)		
Variable	n = 86	
Mujeres, n (%)	47 (51)	
Edad, años, media, DE	54,98 (± 11,27)	
Peso mediana, percentiles	65 (58,75-76,6)	
IMC kg/m, mediana, percentiles	25,7 (± 4,19)	
Infusión	39 (45,3%)	
Bolo	47 54,7%	
Child-Pugh, mediana, percentiles	7(6-9)	
MELD, mediana, percentiles	16 (12-20)	
Diabetes mellitus (%)	24 (41,4)	
Causas (%)		
MASLD	36 (41,9%)	
Colangitis biliar primaria	12 (14%)	
MetALD	9 (10,5%)	
ALD	9 (10,5%)	
Infección crónica por VHC	5 (5,8%)	
Otros	15 (17,44%)	
Hemoglobina g/dL, media, DE	8,5 ± 2,46	
Bilirrubina total µmol/L, mediana, percentiles	1,4 (0,85-2,05)	
Sodio mEq/L, media, DE	136 ± 4,84	
Albúmina g/dL, mediana, percentiles	2,7 (2,15-3,2)	
INR mediana, percentiles	1,38 (1,22-1,62)	
Creatinina mg/dL, mediana, percentiles	0,8 (0,70-1,18)	
Diabetes mellitus (%)	34 (34,5%)	
Hipertensión	20 (23,3)	
Mortalidad	5,8%	
Uso de betabloqueador	54 (62,8%)	
Encefalopatía	12-14%	
Lesión renal aguda	22 (25,6%)	
Ascitis	43 (50%)	
PBE	2 (2,3%)	
IVU	9 (10,5%)	
	Bolo	Infusión
Reacciones adversas	15 (31,9%)	15 (38,9%)
DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica; ALD, enfermedad hepática alcohólica; MetALD, MASLD más consumo de grandes cantidades de alcohol. *Elaboración propia.		

Lun267

FACTORES PREDICTORES DE REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

R. De la Vega-Mireles, A. E. Chavarín-Meza, A. Bautista-Santos, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El sangrado del tubo digestivo de origen variceal forma parte de las descompensaciones en los pacientes que cursan con cirrosis hepática. Desde varias décadas atrás se estructuró el control de esta entidad, desde la reanimación básica inicial como prioridad hasta el desarrollo de nuevas técnicas endoscópicas para el tratamiento del episodio agudo. Uno de los puntos más importantes a tomar en cuenta en el control de estos episodios es la indicación de hemoderivados. Ya se han investigado de forma amplia los objetivos transfusionales basados en la cantidad de hemoglobina, así como los sistemas de puntuación que predicen mortalidad, resangrado y requerimiento transfusional. Sin embargo, no se cuenta con factores predictores para determinar de manera objetiva el requerimiento transfusional en pacientes con cirrosis por sangrado de causa variceal.

Objetivo: Determinar los factores predictores de requerimiento transfusional en pacientes con cirrosis hepática que ingresan por hemorragia variceal.

Material y métodos: Se realizó una revisión de expedientes de pacientes cirróticos con ingresos hospitalarios en esta unidad debido a hemorragia variceal desde el 1 de marzo del 2022 hasta el 1 de marzo del 2024. Diseño: observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Lugar: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Variables analizadas: sexo, edad, peso, número de paquetes transfundidos, INR, hemoglobina, bilirrubinas, albúmina, ascitis, encefalopatía, transfusión, tratamiento betabloqueador, sangrado variceal previo, choque al ingreso, infección precipitante, consumo de AINE, hematemesis, melena, profilaxis antibiótica. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva con medias, medianas acordes a la distribución de las variables t de Student o U de Mann Whitney; se realizará con medidas de dispersión para las variables continuas y con proporciones para las variables categóricas. Las variables dicotómicas se analizarán con la prueba ji cuadrada.

Resultados: Hasta 255 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y 54,1% correspondió a mujeres con una mediana de edad de 57 años (IQR 50-66); se identificó choque al ingreso con predictor de transfusión de hemoderivados (OR 1,8; p = 0. < 001); la encefalopatía (OR 1,4; IC, 0,72-2,9) y la hematemesis (OR 1,38; IC, 0,83-2,27) mostraron tendencia sin demostrar diferencia estadística. En la **Tabla 1** se enlistan las variables medidas.

Conclusiones: En este estudio solo se identificó el choque como factor de riesgo para requerir transfusión de hemoderivados; sin embargo, algunas otras variables mostraron tendencia (encefalopatía y hematemesis). Es posible que en estudios con mayor potencia estadística se dilucide esta tendencia dado que la sangre en el tubo digestivo se relaciona con estas dos entidades, por lo que existe plausibilidad biológica.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Variables relacionadas con requerimiento transfusional en pacientes con hemorragia digestiva variceal. (Lun267)		
Variable	OR	p
Género	0,87 (0,53-1,44)	0,35
Edad > 60 años	0,96 (0,58-1,5)	0,49
Ascitis	1,2 (0,65-2,1)	0,55
Encefalopatía	1,4 (0,72-2,9)	0,183
Melena	0,83 (0,48-1,43)	0,307
Hematemesis	1,38 (0,83-2,27)	0,127
Uso de betabloqueador	1,01 (0,6-1,7)	0,526
Consumo AINE	1,08 (0,66-1,7)	0,41
Choque al ingreso	1,8	< 0,001
Sangrado variceal previo	1,18 (0,71-1,19)	0,3

Lun268

MODELO MELD 3.0 COMO PREDICTOR DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA GRAVE E INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA

J. R. Espinoza-Acuña, M. S. Cuevas-Maldonado, D. G. Lindoro-Barraza, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La enfermedad hepática avanzada es una causa común de morbilidad y mortalidad. La clasificación de los pacientes en función de las descompensaciones permite implementar medidas preventivas adecuadas. El modelo de enfermedad hepática terminal (MELD, *model for end-stage liver disease*) se creó en 2002 y, a pesar de considerarse un indicador confiable de supervivencia a corto plazo en pacientes con enfermedad hepática terminal, ha caído en mayor desuso debido a la aparición de nuevos modelos que parecen funcionar mejor. Es el caso de la escala MELD 3.0 que incorpora nuevos datos sobre el sexo del paciente y los valores de albúmina sérica, así como nuevas ponderaciones para el sodio sérico, la bilirrubina, las cifras de creatinina y el índice normalizado internacional. Poco se sabe de su utilidad como herramienta para predecir descompensaciones en pacientes ambulatorios, lo cual podría tener implicación pronóstica en la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la puntuación MELD 3.0 como predictor de descompensación aguda e ingreso hospitalario en pacientes con hepatopatía crónica avanzada y determinar la equivalencia entre la puntuación MELD-Na y MELD 3.0 en la predicción de descompensación aguda e ingreso hospitalario en pacientes con hepatopatía crónica avanzada.

Material y métodos: Criterios de inclusión: pacientes con enfermedad hepática avanzada. Estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva que incluyó medidas de tendencia central y dispersión, variables categóricas expresadas como frecuencias absoluta y relativa, y las variables lineales como media y desviación estándar.

Resultados: Se incluyó a un total de 39 pacientes con enfermedad hepática avanzada, con media de edad de 60 años y 38% del género femenino. La causa de la cirrosis más frecuente fue la secundaria al consumo crónico de alcohol en un 36%, seguida de la idiopática en 46% y otras causas en 18%. Se clasificaron en la escala de Child-Pugh A, B y C en 31%, 46% y 23%, respectivamente. Complicaciones observadas: ascitis (31%), hemorragia (54%), PBS (7,7%) e infección del tracto urinario (36%). Para los pacientes sin descompensación, la puntuación MELD-Na tuvo una media de 16 con un intervalo de confianza (IC) de 7. En contraste, para los pacientes con descompensación, la media fue de 17 con un IC de 8. La diferencia no fue estadísticamente significativa con un valor p de

0,796. En cuanto a la puntuación MELD 3.0, la media fue de 15,8 con un IC de 3,6 para los pacientes sin descompensación, y de 18,0 con un IC de 6,4 para los pacientes con descompensación. La diferencia no fue estadísticamente significativa, con un valor de $p = 0,375$. Los resultados indican una sólida correlación positiva entre las puntuaciones MELD-Na y MELD 3.0 con coeficiente de correlación de Pearson de 0,83 (Figura 1). La puntuación MELD 3.0 tiene una capacidad moderada para distinguir a los pacientes con descompensación, con una AUC de 0,597 y un punto de corte óptimo de 18,5 que ofrece una sensibilidad del 80% y una especificidad del 48,3% con una $p = 0,0078$. El MELD-Na muestra una pobre capacidad para distinguir entre pacientes con descompensación, con una AUC de 0,529 y un punto de corte óptimo de 7,5 que ofrece una sensibilidad de 20% y una especificidad del 100% y una $p = 0,0099$.

Conclusiones: MELD 3.0 es un índice pronóstico objetivo y reproducible que ha demostrado utilidad en la determinación del riesgo de mortalidad en hepatopatía avanzada; sin embargo, no está exento de limitaciones. A pesar de identificarse una relación positiva entre su puntuación y la predicción de descompensación aguda e ingreso hospitalario no fue estadísticamente significativo ni superior al MELD-Na.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

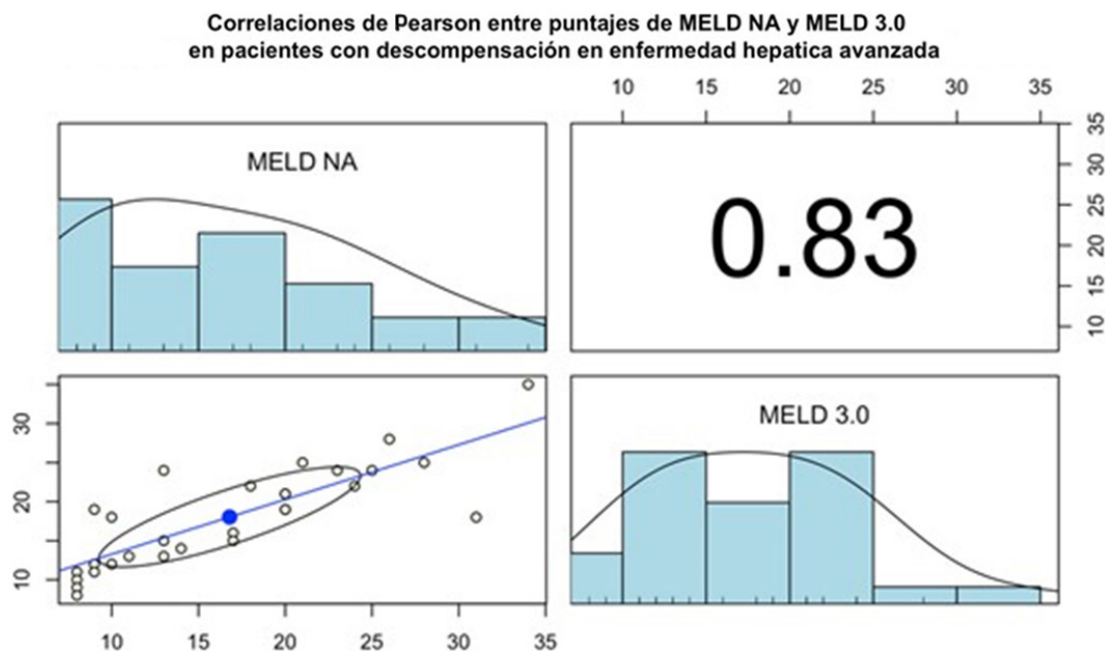
Lun269

USO DE OCTREOTIDE EN HEMORRAGIA VARICEAL: RIESGO DE RESANGRADO SEGÚN LA RESERVA FUNCIONAL HEPÁTICA

S. Hidalgo-Muñoz, N. Aceves-Lozano, M. A. Ávila-Pacheco, P. Valdez-Hernández, H. J. Jaramillo-Ramírez, J. M. Avendaño-Reyes, J. A. Camacho-Escobedo, Hospital General de Mexicali

Introducción: La hemorragia aguda del tubo digestivo alto de origen variceal (HTDAV) es una complicación frecuente en pacientes con cirrosis e hipertensión portal. Las sustancias vasoactivas como la octreótida y la terlipresina han demostrado reducción de la muerte intrahospitalaria y global, así como del resangrado con escasos efectos adversos. Se define como resangrado temprano aquel que ocurre después del quinto día, pero antes de la sexta semana de conseguir la hemostasia en la presentación inicial del sangrado. Las recomendaciones de las guías actuales no estratifican el beneficio de estos fármacos con base en la reserva funcional hepática del paciente medida con las escalas de Child-Pugh y MELD-Na. El grado de hipertensión portal guarda relación con el grado de disfunción hepática, por lo que es factible pensar que, en los pacientes con buena reserva funcional (Child-Pugh A), la octreótida no modifica

Figura 1. Análisis de correlación de Pearson entre las puntuaciones MELD-Na y MELD 3.0 en pacientes con descompensación en la enfermedad hepática avanzada. (Lun268)



de la misma manera la disminución del resangrado y la mortalidad, en comparación con pacientes con estadios B y C.

Objetivo: Evaluar el efecto en las tasas de resangrado y muerte por HTDAV de la octreótida en pacientes con cirrosis clasificados de acuerdo con el grado de función hepática.

Material y métodos: Pacientes con HTDAV tratados en el Hospital General de Mexicali en el periodo comprendido entre julio de 2023 y junio de 2024. Tipo de estudio: analítico, observacional y retrospectivo. Variables analizadas: edad, sexo, consumo de octreótida, resangrado temprano y mortalidad a 30 días. Análisis estadístico: para evaluar las características demográficas y clínicas se utilizó estadística descriptiva para la distribución no paramétrica con medidas de tendencia central y dispersión. Para evaluar las diferencias de proporciones entre los grupos se usaron las pruebas U de Mann-Whitney o ji cuadrada según correspondiera. Se consideró como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 41 pacientes, de los cuales 22 (53,65%) recibieron octreótida. La media de edad fue de 52,5 (36-69) y el 80,4% ($n = 33$) correspondió a hombres. Todos los pacientes recibieron tratamiento con ligadura endoscópica. El número de individuos en cada grupo de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh fue de 10 (24,39%) en estadio A, 23 (56,09%) en el B y 8 (19,51%) en el C. En la **Tabla 1** se muestran los desenlaces de los pacientes de acuerdo con los grupos.

Tabla 1. (Lun269)			
Característica	Pacientes con Child A n = 10 (24,39%)	Pacientes con Child B/C n = 31 (75,6%)	Valor de p
Edad, años*	48-69	36-69	0,011
Sexo, femenino	5 (50%)	3 (9,67%)	0,013
Uso de octreótida	2 (20%)	20 (6,45%)	0,026
Resangrado temprano	0 (0%)	3 (9,67%)	0,41
Mortalidad a 30 días	0 (0%)	1 (3,22%)	1,0
*Expresadas como mediana (mínimo-máximo).			

Conclusiones: El beneficio de la administración de la ocreotida en pacientes con sangrado variceal se ve estadísticamente relacionado con factores significativos propios del paciente; el sexo masculino y la menor edad son un mayor riesgo para el resangrado temprano. En esta población no se presentó resangrado en la clasificación de Child-Pugh A; sin embargo, es necesario incrementar la muestra. Estos hallazgos resaltan la importancia de individualizar el tratamiento de acuerdo con los factores y estratificación de cada paciente y proporcionar información valiosa para continuar la investigación sobre este fármaco. La tendencia es la de reducir los días de aplicación de estos medicamentos debido al alto efecto económico que representa para el sector salud.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun270

TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

J. C. Aguilar-De la O, F. Arreola-Banda, M. C. Baxin-Domínguez, F. Martínez-Silva, UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, IMSS

Introducción: El trasplante hepático se ha convertido en el tratamiento para pacientes que cursan con insuficiencia hepática aguda y crónica de diversas causas en estadios potencialmente letales. La OMS señaló que el 23% de la población mundial estaba infectado con *Mycobacterium tuberculosis*; este riesgo se incrementa en los pacientes que reciben un trasplante de órgano sólido hasta 36 y 74 veces respecto de la población general, así como la letalidad. Por tal motivo es importante reconocer esta enfermedad, pero la evidencia actual es escasa en relación con este problema.

Objetivo: Determinar la prevalencia y las características epidemiológicas de tuberculosis latente en pacientes elegibles para trasplante hepático ortotópico en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional en pacientes con cirrosis hepática que valoró el servicio de gastroenterología para inclusión a protocolo de trasplante hepático y que se sometieron a dicho procedimiento en el Hospital de Especialidades CMN La Raza entre 2019 y 2024. Se registraron las siguientes variables: edad, género, causa de la cirrosis, puntuación de Child-Pugh, PPD y otras comorbilidades. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para obtención de porcentajes y media aritmética.

Resultados: Se registró una muestra total de 60 pacientes, con una edad promedio de 48 ± 11 años, con predominio de mujeres con 51,6% (31). Se identificó una prevalencia del 20% (12) de tuberculosis latente por PPD reactivo durante el protocolo antes del trasplante hepático. Dentro de este grupo, la edad promedio fue de $50 \pm 11,6$ años, sin predominio de algún género (50% hombres y 50% mujeres), con IMC promedio de $25,28 \pm 3,66$. La mayoría era originaria de la Ciudad de México con 58% (11). Respecto de las indicaciones de trasplante hepático, las más comunes fueron la cirrosis hepática por virus hepatotrofos con 50% (6), el carcinoma hepatocelular con 25% (3) y la colangitis biliar primaria con 17% (2). La puntuación MELD promedio fue de $14,66 \pm 5,61$ y, en cuanto a la puntuación de Child-Pugh, el 50% se clasificó como estadio B (6). Dentro de las comorbilidades, el 50% (6) contaba con antecedente de consumo de alcohol con un promedio de ingestión de gramos/semana de $91,16 \pm 85,10$; y en segundo lugar el tabaquismo con 50% (6). El 91,67% (11) recibió tratamiento con isoniazida durante seis meses y uno de los pacientes no aceptó el tratamiento y pereció en los 30 días siguientes al trasplante por neumonía (**Tabla 1**).

Tabla 1. (Lun270)			
	General n = 60	PPD reactivo n = 12	PPD no reactivo n = 48
Edad, años	48,95 $\pm$ 10,95	50 $\pm$ 11,6	48,76 $\pm$ 10
Hombre	48,6% (29)	50% (6)	47,91% (23)
IMC	25,11 $\pm$ 3,39	25,28 $\pm$ 3,66	25,5 $\pm$ 3,35
Causa primaria			
Cirrosis hepática por MASLD	16,66% (10)	8,33% (1)	18,75% (9)
Cirrosis hepática por consumo de alcohol	5% (3)	8,33% (1)	4,16% (2)
Cirrosis hepática por virus hepatotrofos	26,66% (16)	50% (6)	16,66% (10)
Cirrosis hepática por hepatopatía autoinmunitaria	11,66% (7)	0	14,58% (7)
Cirrosis hepática por colangitis biliar primaria	8,33 % (5)	17,66% (2)	6,25% (3)
Cirrosis hepática por superposición	13,33% (8)	0	16,66% (8)
Cirrosis hepática criptogénica	3,33% (2)	8,33% (1)	1,47% (1)
Poliquistosis hepática	6,66% (4)	8,33%(1)	6,25% (3)
Otras causas	8,33% (5)	0	10,41% (5)
Puntuación MELD	16,65 $\pm$ 6	14,66 $\pm$ 5,61	17,14 $\pm$ 9,32
Puntuación Child-Pugh A	23,33% (14)	25% (3)	18,75 % (9)
Puntuación Child-Pugh B	55% (33)	50% (6)	56,25% (27)
Puntuación Child-Pugh C	21,6% (13)	25% (3)	25% (12)
Comorbilidades			
Diabetes tipo 2	11,6% (7)	8% (1)	12,5% (6)
Consumo de alcohol	36% (22)	50% (6)	33,33% (16)
Gramos/semana de alcohol	78,76 $\pm$ 79	91,16 $\pm$ 85,10	78,81 $\pm$ 80,47

Tabaquismo positivo	31% (19)	50% (6)	27% (13)
Tabaquismo en cigarros por semana	27 ± 41	19 ± 25	26,68 ± 45,49
Albumina sérica (g/dL)	3,02 ± 0,66	3,1 ± 0,83	3,01 ± 0,62
Seguimiento al primer mes de trasplante			
Prevalencia de fallecimiento	10% (6)	18% (2)	8,33% (4)
Causas respiratorias	33,33% (2)	100% (2)	25% (1)

PPD, derivado proteico purificado.

Conclusiones: La prevalencia de tuberculosis latente es mayor en pacientes con cirrosis hepática respecto de la población general; en este estudio, la prevalencia fue superior a la de la OMS. A pesar de que este país es una zona endémica, la Ciudad de México no es de las entidades con mayor número de casos, lo cual contrasta con los resultados. Es importante la búsqueda intencionada de otras afecciones que son factores de riesgo para la tuberculosis latente, como neoplasias, alcoholismo, tabaquismo e incluso el estadio de Child-Pugh en pacientes con cirrosis. El objetivo es instituir el tratamiento antes del trasplante hepático y disminuir la mortalidad, para lo cual es importante realizar cambios en el diagnóstico con otros métodos como el estudio de liberación del interferón gamma.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun271

MELD-LACTATO COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD EN PACIENTES CON SANGRADO AGUDO VARICEAL ESOFÁGICO

K. Romero-Gómez, D. G. Lindoro-Barraza, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: La hemorragia aguda por varices esofágicas es una complicación de la hipertensión portal clínicamente significativa y la causa más común de hemorragia digestiva alta aguda. Hasta el 85% de los pacientes cirróticos desarrolla varices esofágicas y se acompaña de mayor mortalidad y riesgo de resangrado. La mortalidad informada es del 25% en las primeras seis semanas y del 40% dentro del primer año del episodio. Actualmente no existen escalas pronósticas para determinar la mortalidad a corto plazo. Las puntuaciones de Child-Pugh y el Modelo para la enfermedad hepática terminal (MELD) son las herramientas más empleadas para el pronóstico en pacientes con cirrosis. El lactato es un indicador de hipoxia tisular y, en caso de hemorragia grave, los valores de lactato se elevan debido a la hipoperfusión tisular. Se ha propuesto que el lactato sérico combinado con MELD (MELD-La) puede predecir el pronóstico a corto y largo plazos del desenlace del sangrado variceal esofágico.

Objetivo: Determinar el valor pronóstico de gravedad de la puntuación MELD-lactato en pacientes con sangrado agudo variceal esofágico.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes con diagnóstico de sangrado variceal esofágico, hospitalizados durante 2022-2024 en el Hospital Lic. Adolfo López Mateos. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática ingresados por sangrado agudo variceal esofágico que contaran con determinación del lactato sérico al ingreso hospitalario y parámetros bioquímicos necesarios para el cálculo de la puntuación MELD. Se consignaron datos clínicos y demográficos. Se calculó el MELD-lactato a través de la fórmula: $0,251 + 5,257 \times \text{raíz cuadrada (LA)} + 0,338 \times \text{MELD}$, calculada con el programa Excel versión 16.17®. Se consideraron criterios de gravedad la necesidad de transfusión de dos concentrados eritrocitarios o más durante su hospitalización, ingreso a unidad de cuidados intensivos o administración de aminos vasoactivos. Análisis estadístico: estadística descriptiva que incluyó medidas de tendencia central y dispersión, y variables lineales con desviación estándar, evaluación de significancia estadística a través de la prueba exacta de Fisher, mediante el programa estadístico GraphPad prism 10®.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 68 pacientes (n = 68), los cuales 33 eran hombres (48,5%) y 35 mujeres (51,47%), con una media de edad de 60,98 años, mediana de 61 años y moda de 55 años. La causa más frecuente de cirrosis hepática fue el alcohol con 29,4%, MASLD con 19,11%, autoinmunitaria

con 11,76%, viral con 4,4% y sin relación con el internamiento con 35,29%. De los datos analizados, 26 pacientes satisficieron criterios de gravedad (38,2%). El promedio de días hospitalizados fue de 6,3. Se compararon los valores de MELD-lactato para evaluar la necesidad de transfusión o uso de aminos vasoactivos en pacientes con puntuaciones > 12 vs. < 12 puntos. Se encontró un valor de $p = 0,7781$. La sensibilidad fue de 0,7692, la especificidad de 0,2927, el valor predictivo positivo de 0,4082 y el valor predictivo negativo de 0,6667 (Tabla 1).

Conclusiones: La puntuación del MELD-lactato es una herramienta útil para mortalidad a 30 días en pacientes con cirrosis hepática. En este estudio se analizó la puntuación del MELD-lactato como predictor de gravedad en sangrado por varices esofágicas; con una puntuación > 12 resultó estadísticamente no significativa; en cambio, un MELD-lactato < 12 produjo un moderado grado de confianza para determinar qué pacientes no necesitaban intervenciones, como transfusiones, vasopresores o estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Análisis estadístico para evaluar la gravedad del sangrado variceal esofágico con la puntuación del MELD-lactato. (Lun271)

Análisis de datos			
Valor de p y significancia estadística			
Prueba	Prueba exacta de Fisher		
Valor de p	0,7781		
Suma del valor de p	NS		
Prueba de una o dos colas	Dos colas		
Estadísticamente significativo (p < 0,05)?	No		
Tamaño del efecto	Valor	IC95%	
Sensibilidad	0,7692	0,5795-0,8897	
Especificidad	0,2927	0,1761-0,4448	
Valor predictivo positivo	0,4082	0,2822-0,5475	
Valor predictivo negativo	0,6667	0,4375-0,8372	
Índice de probabilidad	1,088		
Métodos utilizados para calcular CLS			
Sensibilidad, especificidad, etc.	Wilson-Brown		
Análisis de datos	Requerimiento de transfusión-vasopresor	No requiere transfusión o aminas	Total
MELD-lactato > 12	20	29	49
MELD-lactato < 12	7	12	19
Total	27	41	68

Lun272

COMPLICACIONES PRESENTADAS EN PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

S. A. Vera-Nungaray, D. F. Abendaño-Rivera, F. Higuera-De-la-Tijera, V. López-Ladrón de Guevara, I. A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, V. M. Páez-Zayas, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El trasplante hepático cuenta en el plano mundial con una serie de complicaciones que es necesario identificar para tratarlas y prevenirlas de modo apropiado; en México esta información es limitada.

Objetivo: Notificar la epidemiología de estas complicaciones en un centro de trasplante de un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo que incluyó a pacientes postrasplantados hepáticos desde 2019 hasta 2023. Se determinó la presencia de complicaciones infecciosas y posquirúrgicas posteriores al episodio, así como la tasa de rechazo agudo y crónico. Los datos se expresan por medio de estadísticas descriptiva mediante proporciones y porcentajes en caso de variables cualitativas, y media y DE o mediana y rango según la distribución que corresponda para variables cuantitativas.

Resultados: Se incluyó a 110 pacientes, 46 mujeres y 64 hombres con una media de edad de 52 años. Se clasificaron las complicaciones de acuerdo con el tipo de complicación, así como temporalidad de presentación de esta a partir de la intervención quirúrgica. Respecto de la tasa de rechazos, se observó un 10% de rechazo agudo con una media de presentación de $7,6 \pm 6,6$

meses; y 2,8% de rechazo crónico (tiempo medio, $17,7 \pm 8,1$ meses); los resultados se resumen en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Las complicaciones en los receptores de trasplante hepático son comunes y ponen en riesgo la vida del paciente y la función del injerto; si bien las tasas de rechazo son todavía elevadas, este centro posee una epidemiología favorable en relación con lo informado en las publicaciones médicas. Las tasas globales oscilan entre 15% y 25% para el rechazo agudo y 3% y 17% para el rechazo crónico. Otros desenlaces también se encuentran por debajo de lo señalado en la bibliografía internacional, con incidencias > 50% para LRA, 30% a 41,5% para ERC y una tasa de 11,1 para infecciones por CMV por cada 1 000 pacientes-año.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Tabla 1. Complicaciones observadas después del trasplante hepático. (Lun272)

	Posoperatorio (1-30 días)		Tempranas (1-6 mes)		Tardías (>6 meses)	
Rechazo hepático	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Rechazo agudo	0	0	6	5,45	5	4,54
Rechazo crónico	0	0	0	0	3	2,72
Infecciones	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Neumonía	0	0	17	15,45	0	0
Diarrea infecciosa	0	0	14	12,72	0	0
IVU	1	0,90	9	8,18	0	0
PBE	0	0	1	0,90	0	0
IVAS	0	0	5	4,54	0	0
CMV	0	0	4	3,63	0	0
Colangitis	0	0	3	2,72	1	0,90
Absceso abdominal	0	0	3	2,72	0	0
Candida orofaríngea/esofágica	0	0	3	2,72	0	0
Infección de tejidos blandos	0	0	1	0,90	0	0
Osteomielitis	0	0	1	0,90	0	0
Bacteriemia	0	0	1	0,90	0	0
Posquirúrgicas	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Estenosis biliar	0	0	5	4,54	2	1,81
Hemotórax	1	0,90	0	0	0	0
Neumotórax	1	0,90	0	0	0	0
Hematoma de pared abdominal	1	0,90	0	0	0	0
Hematoma retroperitoneal	1	0,90	0	0	0	0
Hemoperitoneo	2	1,81	0	0	0	0
Estenosis cavosuprahepáticas	0	0	0	0	1	0,90
Adherencias abdominales	1	0,90	0	0	0	0
Diversas	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Diarrea no infecciosa	2	1,81	7	6,36	11	10
Lesión renal aguda	11	10	13	11,81	11	10
Enfermedad renal crónica	0	0	8	7,27	5	4,54
Colangitis biliar primaria <i>de novo</i>	0	0	0	0	1	0,90
Trombosis venosa portal	0	0	1	0,90	0	0
Derrame pleural	2	1,81	2	1,81	0	0
Crisis epilépticas	4	3,63	1	0,90	0	0
Recaída de cáncer	0	0	0	0	1	0,90
Hemorragia digestiva alta no variceal	0	0	1	0,90	0	0
Fístula anal	0	0	0	0	1	0,90
Fracturas patológicas	0	0	2	1,81	0	0
Hiperplasia linfoide	0	0	1	0,90	0	0
Angina inestable	1	0,90	0	0	0	0
Trombosis del sistema venoso superficial	0	0	0	0	1	0,90

Lun273

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE DISPEPSIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

A. Pena-Montes, Hospital Juárez de México

Introducción: La dispepsia en pacientes con cirrosis hepática se registra hasta en el 84,8%. Dentro de las causas figuran la enfermedad por reflujo gastroesofágico en 55%, la gastropatía congestiva (hipertensiva portal) en 40%, la úlcera gástrica o duodenal en 30% y la litiasis. De manera adicional se ha notificado una combinación de al menos dos de estas anomalías en 50%, pero en este medio no se dispone de estudios.

Objetivo: Determinar la frecuencia y las características clínicas de la dispepsia en pacientes con cirrosis hepática sin ascitis en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional y transversal. Se incluyó a pacientes cirróticos sin ascitis valorados en la consulta del servicio de gastroenterología de diciembre del 2023 a mayo del 2024 y quienes refirieron síntomas de dispepsia. Mediante el pictograma de dispepsia de Tack se estableció el tipo de síntoma; se realizó análisis con estadística descriptiva y análisis de frecuencia y porcentajes; se aplicó la prueba t de Student, así como la ji cuadrada, con el programa estadístico SPSS versión 25.

Resultados: Se incluyó a 85 pacientes, 50 con cirrosis hepática y dispepsia, sin ascitis; y 35 sin dispepsia, sin ascitis. De los 50 pacientes con dispepsia, 27 (54%) eran del sexo femenino y 23 (43%) del masculino; la media de edad fue de 57 años con ($\pm$ DE) de 8,2 años; las medianas de peso, talla e IMC fueron de 82 kg, 1,6 m, 31,5 kg/m², respectivamente. Causas de la cirrosis: alcohol

en 18 (36%) pacientes, MASLD en 17 (34%) y colangitis biliar primaria en 8 (16%). No se identificaron diferencias entre los grupos; se observó superposición etiológica de la cirrosis de alcohol/MASLD en 4 (8%) pacientes en el grupo de dispepsia contra 8 (22,9%) en los que no tenían dispepsia; CBP/MASLD en 2 (4%) pacientes contra 6 (17,1%) con diferencias significativa ($p = 0,027$). Comorbilidades por grupo: esteatosis hepática en 36 pacientes (72%) contra 33 (94,3) ($p = 0,010$); obesidad en 30 pacientes (60%) contra 30 (85,7%) ($p = 0,010$); consumo de alcohol en 22 pacientes (44%) contra 16 (45,7%) ($p = 0,876$); hipertensión arterial sistémica en 8 pacientes (16%) contra 12 (34,3%) ($p = 0,05$); diabetes mellitus en 1 (2%) contra 15 (42,9%) ($p < 0,00$). Por clasificación de Child-Pugh A: 40 pacientes (80%) contra 23 (65,3%) ($p = 0,139$); Child-Pugh B: 10 (20%) contra 12 (34,3%) ($p = 0,139$); mediana de MELD-Na: 11 puntos (RIC 10-14) contra 10 (RIC 12-12) ($p = 0,804$). Varices esofágicas: 45 pacientes (90%) contra 17 (48,6%) ($p < 0,001$). Gastropatía hipertensiva: 50 pacientes (100%) contra 18 (51,4%) ($p < 0,001$). Duodenopatía portal: 20 pacientes (40%) contra 3 (8,6%) ($p = 0,001$). Duodenitis crónica: 9 (18%) contra 14 (40%) ($p = 0,025$). *Helicobacter pylori*: 16 (32%) contra 26 (74,3%) ($p < 0,001$). Las principales manifestaciones de dispepsia fueron el dolor epigástrico con 31 pacientes (70,5%), ardor epigástrico en 15 (34,1%), plenitud posprandial en 12 (27,3%), saciedad temprana en 1 (22,7%), y superposición en 10 (22,7%); sin diferencia estadística.

Conclusiones: La dispepsia en pacientes con cirrosis hepática sin ascitis se encontró en 50 pacientes (58,8%) y las manifestaciones más frecuentes fueron el dolor epigástrico (62%), ardor epigástrico (30%) y plenitud posprandial (24%); a pesar de sus causas múltiples, en el paciente cirrótico influyen de manera notable los cambios estructurales gastroduodenales secundarios a hipertensión portal.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.