



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

Cirrosis II

Mar307

VALOR DE MELD-LACTATO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO VARICEAL

S. Rodríguez-Jacobo, R. A. Jiménez-Castillo, C. A. Cortez-Hernández, J. O. Jáquez-Quintana, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El sangrado variceal es una causa frecuente de descompensación en pacientes con cirrosis hepática. La mortalidad calculada en estos pacientes es hasta de 15%. Hoy en día no se dispone de escalas validadas para predecir la mortalidad a corto plazo. Es necesaria la implementación de herramientas pronósticas para instituir tratamientos más intensivos en pacientes con alto riesgo de mortalidad y mejorar de esa manera su sobrevida, por lo que se analizaron las calificaciones del MELD-lactato al ingreso como predictor de mortalidad intrahospitalaria y compararlas con las escalas pronósticas convencionales.

Objetivo: Determinar el valor de MELD-lactato calculado durante la admisión hospitalaria que se relaciona con mayor mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hepatopatía crónica ingresados por sangrado del tubo digestivo alto variceal (STDAV).

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico de noviembre de 2022 a marzo de 2024. Se incluyó a pacientes con diagnóstico previo de cirrosis hepática que acudieron al servicio de urgencias por STDAV. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de hepatitis alcohólica, peritonitis bacteriana espontánea, o personas que cumplieran criterios de falla hepática aguda sobre crónica. Al ingreso se realizó medición del lactato arterial y de escalas pronósticas como las de Child-Pugh-Turcotte (CPT), MELD-Na

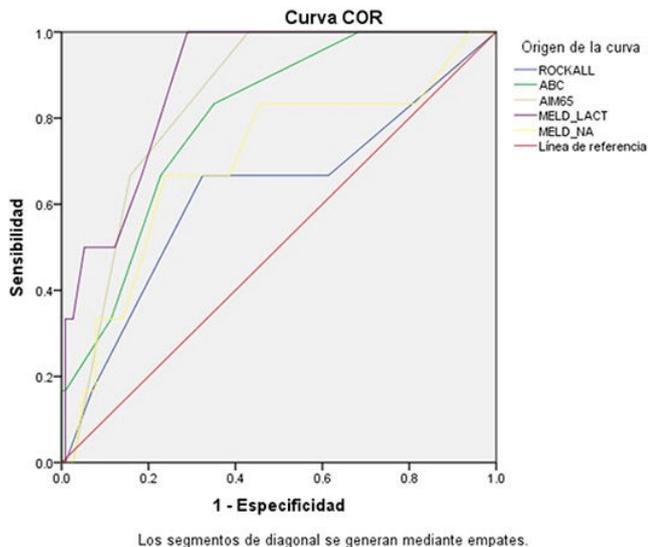
(*model for end-stage liver disease-sodium*), MELD-lactato, Rockall, AIMS65 y ABC. Se obtuvo mediante análisis de curva de la característica operativa del receptor (ROC) el punto de corte de MELD-lactato y de las escalas pronósticas convencionales que predecían con mayor sensibilidad y especificidad la mortalidad intrahospitalaria. Se realizó un análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier con los puntos de corte obtenidos y los grupos se compararon mediante la prueba *log-rank*.

Resultados: Se incluyó a 120 pacientes con sangrado variceal. Veinticuatro (27,6%) pacientes fueron CPT A, 49 (56,3%) CPT B y 14 (16,1%) CPT C. El valor promedio del lactato sérico al ingreso fue de 2,85 mmol/L ($\pm 2,20$). El valor promedio de las escalas de MELD-Na, Rockall, AIMS65, ABC y MELD-lactato fueron de 16,06 ($\pm 4,93$), 3,11 ($\pm 1,05$), 1,64 ($\pm 1,09$), 4,50 ($\pm 1,82$) y 13,94 ($\pm 3,64$), respectivamente. Ocurrieron seis (5,0%) muertes durante el estudio. La causa de muerte de los pacientes que fallecieron durante la hospitalización fue el choque hipovolémico secundario a hemorragia variceal. La mediana de sobrevida en los pacientes que perecieron fue de seis días (intervalo, 1-13). Estos pacientes tenían una media de lactato sérico al ingreso de 7,25 mmol/L ($\pm 4,79$) frente a una media de 2,65 mmol/L ($\pm 1,75$) en los que no murieron ($p < 0,001$). Asimismo, los pacientes que fallecieron tenían una media de MELD-lactato de 20,0 ($\pm 4,97$) contra una media de 13,62 ($\pm 3,29$) en los que no fallecieron ($p < 0,001$). El valor de MELD-lactato que mejor se correlacionó con la mortalidad intrahospitalaria fue $\geq 14,5$, con una sensibilidad del 100% y especificidad de 71,1%, y un área bajo la curva (AUC) de 0,886. El AUC de las escalas fue 0,798 para ABC, 0,841 para AIMS65, 0,626 para Rockall y 0,700 para MELD-Na (Figura 1). La sobrevida intrahospitalaria de pacientes con calificación de MELD-lactato $\geq 14,5$ fue de 78,5% contra 100% en aquellos con una calificación menor ($p = 0,001$).

Conclusiones: La medición de MELD-lactato al ingreso parece ser un excelente predictor para mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cirrosis hepática y STDAV.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Curva COR para establecer el valor de corte de MELD-lactato y escalas pronósticas con respecto a la mortalidad intrahospitalaria. (Mar307)



Mar308

SOBREVIDA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA POR ASCITIS A LOS QUE SE LE REALIZA PARACENTESIS DE GRAN VOLUMEN

K. P. Pérez-López, M. G. Reyes-Zermeño, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La cirrosis es la principal causa de ascitis en el mundo occidental con casi 80% de los casos. Es la complicación más común de la cirrosis y se desarrolla en 5% a 10% de los pacientes por año. El paciente con ascitis tiene una mortalidad a los dos años del 40%. Se desconoce la sobrevida de los pacientes que requieren someterse a paracentesis de gran volumen por lo que es necesario establecerla en esta población.

Objetivo: Determinar la sobrevida a dos años, el número de ingresos hospitalarios anuales y la principal causa de la cirrosis en pacientes con cirrosis hepática descompensada por ascitis sometidos a paracentesis de gran volumen comparada con la paracentesis de menor volumen.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico. Se seleccionó a los pacientes con cirrosis hepática tratados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre durante enero de 2018 a junio de 2023, con un seguimiento de dos años y un periodo de inclusión de 2018 a 2021. Se integraron dos grupos de estudio: pacientes con cirrosis hepática con ascitis sometidos a paracentesis de gran volumen y con paracentesis < 5 L. Los criterios de exclusión fueron mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, menores de 18 años y ascitis de un origen diferente de la enfermedad hepática crónica. Análisis: estadística descriptiva e inferencial y prueba t de Student para variables con distribución normal; para variables cualitativas se usaron ji cuadrada y el análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier y log-rank.

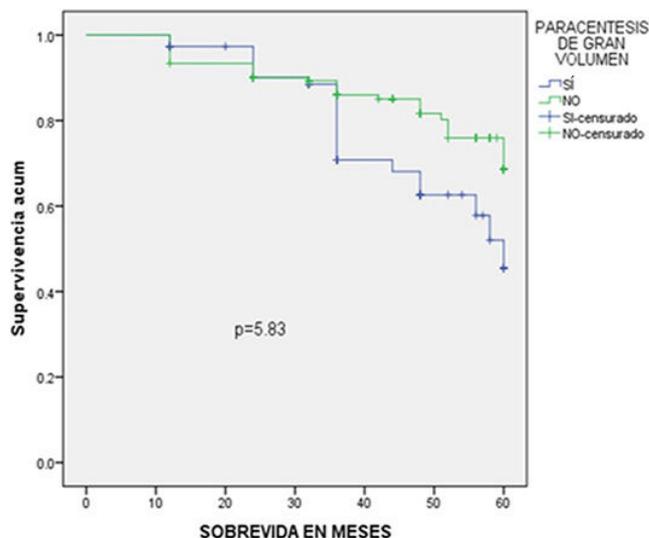
Resultados: Se analizó a 226 pacientes, 140 mujeres y 86 hombres, con edad promedio de 64,28 años (DE 13,33). La distribución por la clasificación de Child-Pugh fue B en 69% (n = 156) y C en 31% (n = 70). El promedio de la puntuación de MELD-NA fue de 16,93 (DE 7,10). En 33,2% (n = 75) se practicó paracentesis de gran volumen y en 66,8% (n = 151) paracentesis < 5 L, con un seguimiento promedio de dos años y una sobrevida del 90% en ambos grupos (p = 5,83) (Figura 1). Las principales causas fueron esteatosis hepática en 34,07% (n = 77), hepatitis C en 19,91% (n = 45) y alcoholismo en 12,38% (n = 28). Las principales comorbilidades fueron diabetes mellitus tipo 2 en 36,7% (n = 83), hipertensión arterial sistémica en 24,8% (n = 56), enfermedad renal crónica en 15% (n = 34) y obesidad en 16,4% (n = 37). Respecto de los ingresos hospitalarios anuales, la media fue de 1,36 (DE 1,05) en ambos grupos.

Conclusiones: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la sobrevida entre los pacientes sometidos a paracentesis de gran volumen

y aquellos que no; tampoco se identificó una diferencia en el número de ingresos hospitalarios anuales en ambos grupos. La principal causa de la cirrosis hepática en esta población fue la esteatosis hepática.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Sobrevida en pacientes objeto de paracentesis de gran volumen comparada con el grupo control. (Mar308)



Mar309

MORTALIDAD EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA VARICEAL

G. A. Román-Lugo, J. Pérez-Sánchez, L. R. Antuna-Villaseñor, A. E. Chavarín-Meza, Y. Tadeo-Jiménez, R. Moreno-Alcántar, A. Bautista-Santos, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La hemorragia variceal (HV) es una de las complicaciones más graves de los pacientes con cirrosis, particularmente en aquellos en fase de descompensación. En este escenario se ha descrito una frecuencia de 65% a 70% de sangrado por varices esofágicas y 10% a 36% por varices gástricas. Se ha determinado una mortalidad a las seis semanas con cada episodio de HV de 15% a 20%, que varía de acuerdo con la clase funcional al momento del sangrado hasta alcanzar un 30% en pacientes con clasificación de Child-Pugh-Turcotte (CPT) C. Sin embargo, la mortalidad del primer sangrado por varices gástricas se mantiene en 38% a 55% a las seis semanas. En pacientes con profilaxis secundaria se ha informado hasta 35% de mortalidad. Existe poca información sobre la mortalidad de HV en pacientes con cirrosis en México; este estudio surge a partir de la necesidad de fortalecer la epidemiología mexicana al respecto.

Objetivo: Describir la mortalidad y las características demográficas en pacientes cirróticos con HV en un centro de referencia que cuenta con disponibilidad de tratamiento médico y endoscópico las 24 horas para la atención integral del paciente acorde a las guías y consensos internacionales.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con cirrosis hepática que ingresaron al servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el diagnóstico de HV, que fueron objeto de tratamiento endoscópico y que recibieron vasopresores. Periodo de estudio: junio del 2022 a junio del 2024. Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. De acuerdo con el tipo de variable y la distribución de los datos, los resultados se presentaron en frecuencias, porcentajes, medianas, medias y desviación estándar. Se utilizaron t de Student, U de Mann-Whitney y ji cuadrada acorde a la distribución de las variables.

Resultados: Se incluyó a 98 pacientes, con predominio del sexo femenino (58,2%) y edad promedio de 55,42 ± 12,2 años; la causa más prevalente fue la enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD) con 41,8%. La mediana de puntuación de MELD 3.0 fue de 16 (16-21) y la de CPT de 7 puntos (6-9). La mediana de días de estancia intrahospitalaria fue de seis días. El resto de las características demográficas se describe en la

Tabla 1. Al momento del ingreso se identificó ascitis > grado 1 en un 49%, encefalopatía hepática en 15,3% y LRA en 25,5%. Hasta 61 pacientes se encontraban en profilaxis con betabloqueo. El 87,8% recibió terlipresina y el resto octreótida. En 23 pacientes se observaron varices pequeñas según la escala de Bave-no y varices grandes en 72 (73,8%). De acuerdo con la clasificación de Sarin: 36 pacientes tenían GOV1, 33 GOV2; cinco IGV-1 y cuatro IGV-2. En 22 pacientes se necesitó la obliteración con cianoacrilato y en uno TIPS. Durante el

Tabla 1. (Mar309)	
Variable	n = 98
Género (femenino)	57 (58,2)
Edad (años, mediana, DE)	55,42 ± 12,2
Peso (kg, mediana, IQR)	64 (58-76,2)
IMC (mediana, IQR)	25,7 (23,46-29,38)
Causas de la cirrosis hepática	
MASLD	41 (41,8%)
CBP	15 (15,3%)
metALD	11 (11,2%)
ALD	9 (9,2%)
Otras*	22 (22,5%)
MELD 3.0 (puntos, mediana, IQR)	16 (12-21)
Child-Pugh-Turcotte (puntos, mediana, IQR)	7 (6-9)
Comorbilidades	
DM2	39 (39,8%)
HAS	23 (23,5%)
Betabloqueo	61 (61,2%)
Propranolol	55 (56,1%)
Carvedilol	6 (6,1%)
Bioquímica	
Bilirrubina total (mg/dL, mediana, IQR)	1,43 (0,83-1,98)
Sodio (mmol/L, mediana, IQR)	136 (132-139)
Albumina (g/dL, media, DE)	2,72 ± 0,59
INR (mediana, IQR)	1,36 (1,22-1,57)
Hemoglobina (g/dL, media, DE)	8,6 ± 2,55
Creatinina basal (mg/dL, mediana, IQR)	0,75 (0,65-0,92)
Creatinina al ingreso (mg/dL, mediana, IQR)	0,86 (0,74-1,25)
Mortalidad	
n = 6	
MELD 3.0	
0-9	0
10-18	1
Mayor a 18	5
Child-Pugh-Turcotte	
A (5-6 puntos)	1
B (7-9 puntos)	2
C (10 puntos en adelante)	3

*Pacientes con cirrosis hepática secundaria a infección por virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, colangitis esclerosante primaria, hepatitis autoinmunitaria, síndrome de Budd-Chiari, colangitis esclerosante secundaria, causa no filiada y síndromes de sobreposición, hepatitis autoinmunitaria con colangitis biliar primaria. DE, desviación estándar; IQR, rango intercuartílico; MASLD, enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica; CBP, colangitis biliar primaria; metALD, enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica y alcohol; ALD, enfermedad hepática alcohólica; MELD, modelo de enfermedad hepática terminal; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica.

seguimiento a seis semanas, 6 (6,1%) pacientes fallecieron, de los cuales el 66,6% (4) cursó con ACLF de grado 3. Se categorizó al MELD 3.0 en tres grupos: 0-9, 10-18, > 18, y se encontró diferencia entre los grupos respecto de la mortalidad ($p = 0,042$). Se comparó la mortalidad en relación con la clase funcional acorde a CPT y se obtuvo significancia estadística ($p = 0,004$).

Conclusiones: La mortalidad a seis semanas informada en este centro es inferior a la registrada en diferentes estudios epidemiológicos internacionales. Predominó el sexo femenino y la causa más prevalente de cirrosis hepática en pacientes con HV fue la MASLD, con una mayor puntuación de CPT; la escala MELD 3.0 mostró mayor mortalidad. Estos hallazgos podrían sugerir que la disponibilidad de recursos humanos y el acceso al tratamiento médico y endoscópico basado en las recomendaciones internacionales podrían modificar la mortalidad de esta enfermedad. Los pacientes que murieron cursaron en su mayoría con falla hepática aguda sobre crónica de grado 3 u otra complicación aguda de la afección.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar310

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON RESANGRADO TEMPRANO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA VARICEAL

J. Pérez-Sánchez, G. A. Román-Lugo, L. R. Antuna-Villaseñor, A. E. Chavarrín-Meza, Y. Tadeo-Jiménez, R. Moreno-Alcántar, A. Bautista-Santos, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

Introducción: La cirrosis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad mundial; en 2017 se calculaba que había 112 millones de casos de cirrosis en el mundo y en Estados Unidos se ha notificado una prevalencia cercana a 0,27% y es mayor en la población mexicoestadounidense. Sin embargo, en México no se dispone de los datos suficientes para determinar una prevalencia nacional, pero representa la sexta causa de mortalidad y se ha incrementado en los últimos 30 años. Una de las complicaciones más graves relacionadas con la cirrosis y la hipertensión portal es la hemorragia variceal, una de las principales causas de mortalidad en estos pacientes. La incidencia de resangrado temprano ha decrecido desde 30% a 40% en los primeros informes hasta 20% en los más recientes. Se considera al resangrado uno de los principales factores vinculados con la mortalidad en estos pacientes, motivo por el cual surge la necesidad de determinar los factores de riesgo relacionados con resangrado temprano en esta población.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo de resangrado a las seis semanas en pacientes con cirrosis hepática y hemorragia variceal.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional. Periodo de estudio: junio de 2022 a junio de 2024. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática con diagnóstico de hemorragia variceal, a quienes se realizó tratamiento endoscópico y farmacológico, hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se analizaron las variables mediante estadística descriptiva; los resultados se presentaron mediante frecuencias, porcentajes, medias y medianas con rango intercuartílico o desviación estándar a través de la distribución de las variables. Se utilizó ji cuadrada para estudiar la relación entre variables cualitativas y la presencia de resangrado y de manera adicional se utilizó un análisis de regresión logística para identificar el riesgo de resangrado.

Resultados: Se incluyó a 98 pacientes, de los cuales el 58,2% correspondió al sexo femenino. La causa más frecuente en esta población fue la enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica con 41,8%. La mediana de la puntuación de MELD 3.0 se calculó en 16 y la puntuación de Child-Pugh-Turcotte (CPT) en 7. El resto de las características demográficas de la población se describe en la **Tabla 1**. Se obtuvo una mortalidad general del 6,1% a seis semanas. El 14,3% de los pacientes sufrió resangrado a seis semanas. La mortalidad a seis semanas en los pacientes con resangrado fue del 21,4%. Se categorizaron las variables de MELD 3.0 en tres grupos: de 0-9, de 10-18 y > 18. De los pacientes que sufrieron resangrado, 4 de 9 (44,4%) se encontraban en MELD de 0-9, 7 de 54 (13%) en 10-18 y 3 de 35 (8,6%) > 18, respectivamente. De la misma manera se categorizó la clase funcional acorde a la puntuación de CPT. En la clase A se identificó a cuatro pacientes con resangrado de un total de 24 asignados a dicha clasificación (16,7%), en la clase B se agruparon 9 de 64 (14,1%) y C con 1 de 10 (19%). De las variables estudiadas ninguna demostró significancia estadística.

Conclusiones: La frecuencia de resangrado en este estudio es menor al notificado en las publicaciones internacionales. Dentro de las variables del estudio, ninguna alcanzó significancia estadística.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Mar310)

Variable	n = 98
Género (femenino)	57 (58,2)
Edad (años, mediana, DE)	55,42 ± 12,2
Peso (kg, mediana, IQR)	64 (58-76,2)
IMC (mediana, IQR)	25,7 (23,46-29,38)
Causa de la cirrosis hepática	
MASLD	41 (41,8%)
CBP	15 (15,3%)
metALD	11 (11,2%)
ALD	9 (9,2%)
Otras*	22 (22,5%)
MELD 3.0 (puntos, mediana, IQR)	16 (12-21)
Child-Pugh-Turcotte (puntos, mediana, IQR)	7 (6-9)
Comorbilidades	
DM2	39 (39,8%)
HAS	23 (23,5%)
Tabaquismo	36 (36,7%)
Betabloqueo	61 (61,2%)
Propranolol	55 (56,1%)
Carvedilol	6 (6,1%)
Bioquímica	
Bilirrubina total (mg/dL, mediana, IQR)	1,43 (0,83-1,98)
Sodio (mmol/L, mediana, IQR)	136 (132-139)
Albúmina (g/dL, media, DE)	2,72 ± 0,59
INR (mediana, IQR)	1,36 (1,22-1,57)
Hemoglobina (g/dL, media, DE)	8,6 ± 2,55
Creatinina basal (mg/dL, mediana, IQR)	0,75 (0,65-0,92)
Creatinina al ingreso (mg/dL, mediana, IQR)	0,86 (0,74-1,25)
Resangrado	
n = 14	
MELD 3.0	
0-9	4
10-18	7
Mayor de 18	3
Child-Pugh-Turcotte	
A (5-6 puntos)	4
B (7-9 puntos)	9
C (> 10 puntos)	1

*Pacientes con cirrosis hepática secundaria a infección por virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, colangitis esclerosante primaria, hepatitis autoinmunitaria, síndrome de Budd-Chiari, colangitis esclerosante secundaria, causa no filiada y síndromes de superposición, hepatitis autoinmunitaria con colangitis biliar primaria. DE, desviación estándar; IQR, rango intercuartílico; MASLD, enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica; CBP, colangitis biliar primaria; metALD, enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica y alcohol; ALD, enfermedad hepática alcohólica; MELD, modelo de enfermedad hepática terminal; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica.

Mar311

FACTORES DE RIESGO Y PROGRESIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CIRRÓTICOS INGRESADOS CON LESIÓN RENAL AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA

J. J. Durán-Castro, J. Serrano-Casas, A. García-Galicia, J. A. Ortega-Tecuatl, A. Galindo-Félix, A. D. Lugo-García, G. López-Urbina, I. D. Espinoza-Villalobos, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La lesión renal aguda es una complicación frecuente de la cirrosis y se acompaña de un mal pronóstico. La mortalidad a 30 días oscila entre 30% y 70%, según sean el estadio de la lesión renal aguda y las comorbilidades del paciente. Sin embargo, en los enfermos que sobreviven, la lesión renal aguda ahora debe considerarse una bomba de tiempo, ya que puede predisponer a la enfermedad renal crónica. La evidencia es insuficiente sobre el deterioro crónico de la función renal en estos pacientes.

Objetivo: Comparar los factores de riesgo de avance a la enfermedad renal crónica en pacientes con cirrosis y lesión renal aguda.

Material y métodos: Se realizó un estudio comparativo, transversal, unicéntrico y homodémico en la UMAE IMSS, Puebla, durante el periodo comprendido entre marzo de 2023 y marzo de 2024. Se incluyó a pacientes hospitalizados con cirrosis y lesión renal aguda en esta unidad y se determinó su tasa de filtrado glomerular con medición de creatinina sérica a los tres meses posteriores al episodio de la lesión renal aguda. Se compararon los factores de riesgo en pacientes con lesión renal aguda con cirrosis que evolucionaron a enfermedad renal crónica respecto de los que no avanzaron a enfermedad renal crónica. Para comparar ambos grupos se utilizó la U de Mann-Whitney y se consideró estadísticamente significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: En este estudio participaron 15 pacientes de los cuales 66,7% correspondió a hombres y 33,3% a mujeres. De estos 15 pacientes, seis desarrollaron enfermedad renal crónica (40%), el 50% de mujeres; de este grupo, cinco tenían cirrosis secundaria a enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (83,3%) y el 100% desarrolló como comorbilidad hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, en un 100% y 80%, respectivamente. Además, un sujeto padecía cirrosis por alcohol (16,7%). Por otro lado, nueve pacientes no evolucionaron a enfermedad renal crónica y de ellos el 77,8% tenía cirrosis por alcohol y solo el 11,1% cirrosis por MASLD (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*). En el grupo con enfermedad renal crónica, la creatinina sérica a los tres meses arrojó una media de 2,15 mg/dL, con un valor mínimo de 1,17 mg/dL y uno máximo de 4,48 mg/dL. Respecto de la tasa de filtrado glomerular a los tres meses, se registró una media de 38 mL/min/1,73m², con un valor mínimo de 14 mL/min/1,73 m² y uno máximo de 58 mL/min/1,73 m². En el análisis estadístico con U de Mann-Whitney se halló una p estadísticamente significativa para hipertensión arterial, creatinina sérica y tasa de filtrado glomerular a los tres meses del episodio de lesión renal aguda (Tabla 1).

Conclusiones: En este trabajo se observó que los pacientes con cirrosis por enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica

Tabla 1. Resultados de variables en las que se observa la significancia estadística de la creatinina sérica y la tasa de filtrado glomerular a los tres meses posteriores al episodio de lesión renal aguda. (Mar311)

	Enfermedad renal crónica					U de Mann-Whitney	
	Sí						
	Desviación		Mediana	Mínimo	Máximo		
	Media	estándar					
Creatinina sérica	2,29	0,58	2,16	1,62	3,08	1,85	0,018
Creatinina basal	1,09	0,08	1,10	1,00	1,20	0,89	0,50
Creatinina a los tres meses	2,15	1,24	1,62	1,17	4,48	0,90	< 0,001
TFG a los tres meses	38	16	40	14	58	91	< 0,001

evolucionaron en mayor proporción a la enfermedad renal crónica, a diferencia de otras causas; asimismo, se identificó la hipertensión arterial como un factor de riesgo añadido en este grupo. Por otro lado, la creatinina sérica y la tasa de filtrado glomerular a los tres meses fueron los parámetros con mayor significancia estadística para avance a la enfermedad renal crónica.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Mar312

NIVELES DE ALFA FETOPROTEÍNA SEGÚN LA ETIOLOGÍA DE CIRROSIS HEPÁTICA, EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR: ANÁLISIS DE CASOS

P. J. Soto-Agustín, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, A. Guzmán-Lepe, J. M. Aldana-Ledesma, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: El carcinoma hepatocelular es el tumor maligno más común de hígado y más del 80% de los casos ocurre en pacientes con cirrosis hepática, lo que representa el segundo lugar mundial de mortalidad por cáncer y en México la tercera causa en pacientes mayores de 60 años.

Objetivo: Describir los valores de la fetoproteína α encontrados en los pacientes con carcinoma hepatocelular y cirrosis, según la causa y el comportamiento epidemiológico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal y descriptivo durante cinco años. Variables analizadas: edad de diagnóstico, causa de cirrosis hepática, estratificación de esta por CPT, método diagnóstico, cifras de fetoproteína α , BCLC, ECOG y estado de salud actual. Se realizó un análisis univariado para las variables continuas y el bivariado con la prueba de Kruskal-Wallis, calculado con un intervalo de confianza del 95% y significación de $p < 0,05$.

Resultados: Se realizó una búsqueda en expedientes electrónicos en el periodo comprendido entre junio de 2019 y junio de 2024 y se obtuvo un total de 54 pacientes; se excluyó a cuatro por no cumplir con los criterios de inclusión y en total se analizó a 50 pacientes. La mayoría se encontraba al momento del diagnóstico en el intervalo de edad de 61 a 70 años (30%); las tres principales causas de cirrosis hepática fueron VHC (42%), alcohol (32%) y desconocida (20%). Casi todos tenían CPT B (40%) y el método de diagnóstico más empleado fue la tomografía axial computarizada trifásica (82%) y solo el 24% contaba con estudio histopatológico. La mayor parte de los pacientes se identificó en la categoría D del *Barcelona clinic liver cancer*, (46%) y el estado funcional según la escala *Eastern cooperative oncology group* (ECOG) fue de 0 a 2 en un 70%, con una mortalidad de 44%. Los valores de la fetoproteína α tienden a ascender a más 200 ng/mL en pacientes con carcinoma hepatocelular (62%), pero al observar las relaciones se evidencia que no existe diferencia entre los valores de la fetoproteína y α las causas de la cirrosis ($p = 0,23$).

Conclusiones: La causa más frecuente relacionada con la cirrosis es el virus de la hepatitis C, en el que se registran las cifras más elevadas de la fetoproteína α ; sin embargo, al comparar las medias muestrales, la distribución de los valores de fetoproteína α es la misma en las diferentes causas, sin relación entre los valores y la causa específica de cirrosis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar313

DESENLACES Y CARACTERÍSTICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

J. C. Jiménez-Mendoza, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome hepatopulmonar se caracteriza por la triada de oxigenación arterial anormal causada por dilataciones vasculares intrapulmonares en el contexto de enfermedad hepática avanzada, hipertensión portal o cortocircuitos portosistémicos congénitos. En México se ha calculado una prevalencia de 4% a 30% en pacientes con enfermedad hepática. Existen pocos estudios al respecto.

Objetivo: Describir las características clínicas, gasométricas y ecocardiográficas y los desenlaces vinculados con la enfermedad hepática en pacientes con síndrome hepatopulmonar en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, observacional, transversal y retrospectivo en 164 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y un ecocardiograma de paso tardío de burbujas a cavidades izquierdas. Se analizaron los ecocardiogramas desde marzo de 2015 hasta febrero de 2024. Las variables categóricas se expresaron con frecuencias y proporciones y las variables continuas mediante medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos. Se utilizó el programa SPSS en su versión 29.

Resultados: Se incluyó a 164 pacientes para el análisis, con 36% de hombres y 64% de mujeres. Con respecto a la causa de la cirrosis, la más frecuente fue la autoinmunitaria con un total de 43 pacientes (26,2%), seguida de la viral (7,8%), criptogénica (22,6%), alcohólica (7,9%) y MASLD (6,7%) ($n = 11$). Otras causas se encontraron en 22 pacientes (13,4%), 46 (28%) se habían sometido a trasplante y 16 (34,7%) fueron objeto de trasplante con criterios de excepción al MELD. Hasta 38 (23,2%) pacientes murieron, 18 (47,3%) por alguna causa relacionada con la enfermedad hepática; 149 (90,9%) presentaron alguna descompensación. Se identificaron ascitis en 119 (72,6%) pacientes, encefalopatía (62,2%), hemorragia variceal (44,5%) e hidrotórax (4,9%); 33 (20,1%) individuos desarrollaron algún grado de carcinoma hepatocelular y la etapa más frecuente fue BCLC A (41%), seguida de BCLC-B (18,1%). Se encontró algún grado de trombosis portal en 34 (20,7%) pacientes (13,4%), 46 (28%) tuvieron algún cortocircuito portosistémico en la tomografía multifásica de hígado más reciente; hasta 75 pacientes (45,7%) se encontraban con betabloqueo, 32,9% con propranolol y 12,8% con carvedilol. La mayor parte mostró una etapa descompensada de la enfermedad, 70 (42,7%) enfermos tuvieron una categoría C de Child-Pugh, 72 (43,9%) Child-Pugh B y 20 (12,2%) Child-Pugh A. La mediana de la puntuación de Child-Pugh fue de 9 puntos (IQR = 5-14). La mediana de puntuación de MELD original fue de 13 puntos (IQR = 6,0-39,0), la mediana de la escala MELD-Na de 14 puntos (IQR = 6-39) y la mediana de MELD 3.0 de 16 (IQR = 7-41). Un total de 101 pacientes (61,6%) se clasificó como moderados, seguidos por 29 (17,7%) con una clasificación leve, 18 con un grado muy grave (11%) y 16 (9,8%) con un grado grave; 27 (16,5%) eran usuarios de oxígeno complementario. La mediana de FEVI fue de 65%, la media de PSAP de 27,8 y la media de la velocidad de IT de 2,2 cm/s; 49 (29,9%) pacientes sufrieron disfunción diastólica y 56 (34,1%) tenían alguna valvulopatía.

Conclusiones: La causa más prevalente de la enfermedad hepática fue la autoinmunitaria, seguida de la viral. La mayor parte de los pacientes había sufrido al menos un episodio de descompensación. El 28% se había sometido a trasplante (con aproximadamente una tercera parte bajo criterios de excepción al MELD) y 23,2% había fallecido al momento del análisis. La mayoría de los sujetos se encontraba en una etapa avanzada de la enfermedad hepática, 86,6% con una puntuación de Child-Pugh B o C y una mediana de MELD-Na de 14 y MELD-3.0 de 16.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este protocolo.