

La mejora de un régimen asistencial en el manejo de la Ascitis Refractaria (AR) puede mejorar la supervivencia

García Gavilán, MC (*); Moreno Mejías P (*), Rosales Zabal, JM (*), Aguilar Urbano VM (**), González Bárcenas, ML(*), Hinojosa Guadix, J(*), Sánchez Cantos AM (*), Rivas Ruiz, F(**), Navarro Jarabo, JM (*). (*)Unidad de Aparato Digestivo. Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. (**) Unidad de Investigación Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella.

INTRODUCCIÓN: La ascitis refractaria (AR) se define como aquella que no responde a tratamiento diurético o en la que éstos dan efectos secundarios inaceptables. La AR supone una situación de riesgo para el cirrótico por un aumento del riesgo de complicaciones (PBE, insuficiencia renal, hiponatremia, encefalopatía) que condicionan un empeoramiento de la supervivencia. Parece que cambios en el manejo ambulatorio de estos pacientes contribuyen a mejorar la supervivencia. En 2004 diseñamos en nuestro servicio un régimen de manejo programado (no a demanda) de la AR en régimen de hospital de día (UHD). Previo a esa fecha el tratamiento estándar (TE) era la asistencia en consultas externas y urgencias para paracentesis a demanda.

OBJETIVOS: Analizar el impacto en supervivencia e ingresos hospitalarios que ha tenido en nuestros pacientes con AR el régimen de UHD frente al régimen previo.

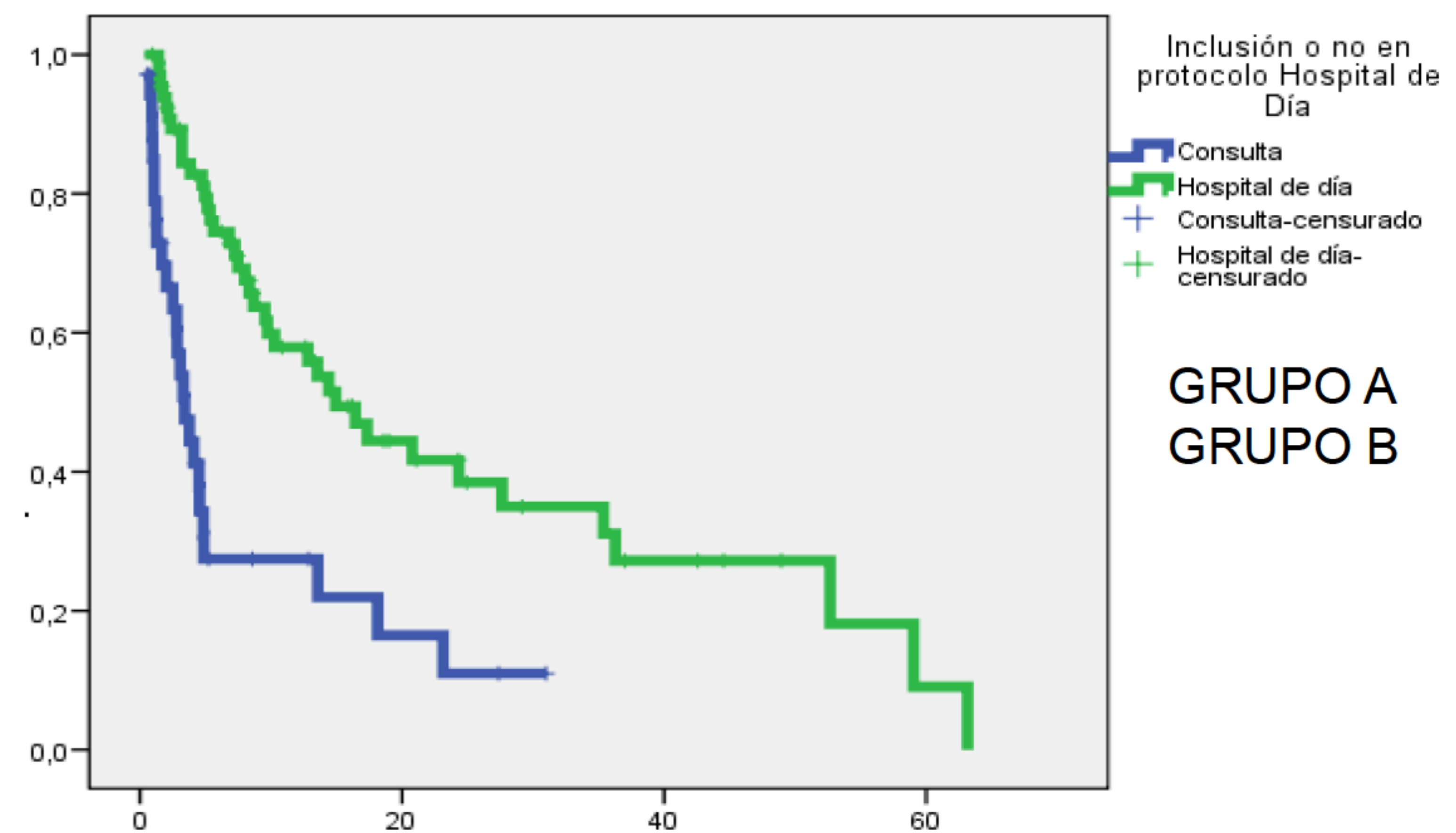
MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis comparativo retrospectivo de pacientes con AR seguidos en UHD (grupo A) frente a régimen TE (grupo B). Se analiza supervivencia en meses y número de complicaciones que requieren hospitalización. Tomando como variable de comparación el tipo de seguimiento, se construyó una curva de Kaplan-Meier con test de Log-Rank para valorar el tiempo de supervivencia, y el test t-Student para la variable nº de complicaciones. Nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se analizaron 280 pacientes, 147 se excluyen por no llegar a desarrollar ascitis refractaria y 30 por hallarse un hepatocarcinoma previo al diagnóstico. 103 pacientes fueron incluidos: 67 en grupo A, 36 en grupo B.

CARACTERÍSTICAS BASALES DE AMBOS GRUPOS

| | GRUPO A | GRUPO B | NIVEL DE SIGNIFICACIÓN |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| SEXO | | | |
| • Varón | 72.7% (48) | 72.2% (26) | $p=1.00$ |
| • Mujer | 27.3% (28) | 27.8% (10) | |
| ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS | | | |
| • VHC | 29.9% (20) | 13.9% (5) | $p=0.33$ |
| • VHB | 1.5% (1) | 5.6% (2) | |
| • Alcohólica | 47.8% (32) | 55.6% (20) | |
| • Mixto (alcohólico+Virus) | 7.5% (5) | 11.1% (4) | |
| • NASH | 3.0% (2) | 0.0% (0) | |
| • OTRAS | 10.4% (7) | 13.9% (5) | |
| MELD (Mediana) | 14 | 15 | $p=0.30$ |
| CHILD (Mediana) | 9 | 10 | $p=0.001$ |
| TRIGLICERIDOS (Mediana) | 76 | 65 | $p=0.32$ |
| COLESTEROL (Mediana) | 101 | 106 | $p=0.36$ |
| COMORBILIDAD | | | |
| • VIH | 4.5% (3) | 2.8% (1) | $p=1.00$ |
| • Diabetes tipo II | 44.8% (30) | 22.2% (8) | $p=0.041$ |
| • Hipertensión arterial | 17.9% (11) | 8.3% (3) | $p=0.30$ |
| • Cardiopatía | | | $p=0.08$ |
| ◇ Isquémica | 11.9% (8) | 0.0% (0) | |
| ◇ Valvular | 4.5% (3) | 11.1% (4) | |
| ◇ Otras | 6.4% (4) | 2.8% (1) | |
| • Insuficiencia renal crónica | 31.3% (21) | 13.9% (5) | $p=0.88$ |
| crónica | 11.9% (8) | 0.0% (0) | $p=0.48$ |
| • Dislipemia | 7.5% (5) | 2.8% (1) | $p=0.66$ |
| • Obesidad | 10.4% (7) | 11.1% (4) | $p=1.00$ |
| • EPOC | | | |
| Media de ingresos | 3.6 | 1.87 | $p=0.001$ |
| Media de supervivencia (Meses) | 25.22 (IC 18.63-31.81) | 8.25 (IC 4.54-11.95) | $p=0.000$ |

SUPERVIVENCIA EN MESES



| CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN | GRUPO A | GRUPO B | SIG. ESTADÍSTICA (p) |
|-----------------------------|------------|------------|----------------------|
| • Infecciones | 59.7% (40) | 55.6% (20) | 0.84 |
| • PBE | 23.9% (16) | 19.4% (7) | 0.78 |
| • Infección de orina | 32.3% (21) | 27.8% (10) | 0.88 |
| • Neumonía | 14.9% (10) | 22.2% (8) | 0.51 |
| • Bacteriemia | 11.9% (8) | 2.8% (1) | 0.15 |
| • Otras infecciones | 10.4% (7) | 8.3% (3) | 1.00 |
| • Hemorragia digestiva alta | 22.4% (15) | 30.6% (11) | 0.50 |
| • Encefalopatía | 58.2% (39) | 55.6% (20) | 0.96 |
| • Fracaso renal agudo | 67.2% (45) | 38.9% (14) | 0.01 |
| • Descompensación ascítica | 1.5% (1) | 33.3% (12) | 0.00 |

CONCLUSIONES: El cambio en nuestro modelo asistencial de los pacientes cirróticos con AR ha supuesto un incremento en la supervivencia que paralelamente se ha acompañado de un aumento en el número de ingresos hospitalarios relacionado con el aumento en la expectativa de vida

40 Congreso Anual

Madrid febrero 2015

