

MANUEL A. MANZANILLA JR.*
JOSÉ AURELIO ATHIE**
MIGUEL A. FLORES GARCÍA***

CRITERIO SOBRE EL
MANEJO CLINICO
Y TERAPEUTICO DEL
PACIENTE CON CIRROSIS
HEPÁTICA QUE AMERITA
ATENCIÓN PROLONGADA

IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL PADECIMIENTO

DURANTE los últimos 20 años se han producido en México cambios alentadores en la asistencia de los enfermos. Las Instituciones de Seguridad Social han cubierto las necesidades principales de profilaxis de padecimientos endémicos frecuentes, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y atención socio-económica por incapacidades transitorias o permanentes. Esta ampliación de los servicios, con el consiguiente beneficio para la población, ha traído consigo mayor eficiencia en la continuidad de la atención y control de las enfermedades crónicas; de gran importancia médica y socio-económica por las características epidemiológicas de éstas. La cirrosis hepática junto con los padecimientos inflamatorios de la vesícula biliar, constituye la quinta causa de defunción en el país, dentro de los diez padecimientos crónicos más frecuentes¹, (Fig. 1). En el ISSSTE los estudios postmortem realizados en 1000 casos, señalaron a la cirrosis hepática como la sexta causa de mortalidad general, siendo responsable del 7.2% de todas las muertes², (Fig. 2 y Cuadro 1). No conocemos estadísticas en cuanto a personas incapacitadas por cirrosis hepática, pero es de suponerse su importancia creciente en relación al aumento de defunciones en tasa de población³, (Fig. 3), y aumento en el índice de crecimiento de la misma⁴, (Fig. 4). Por otra parte,

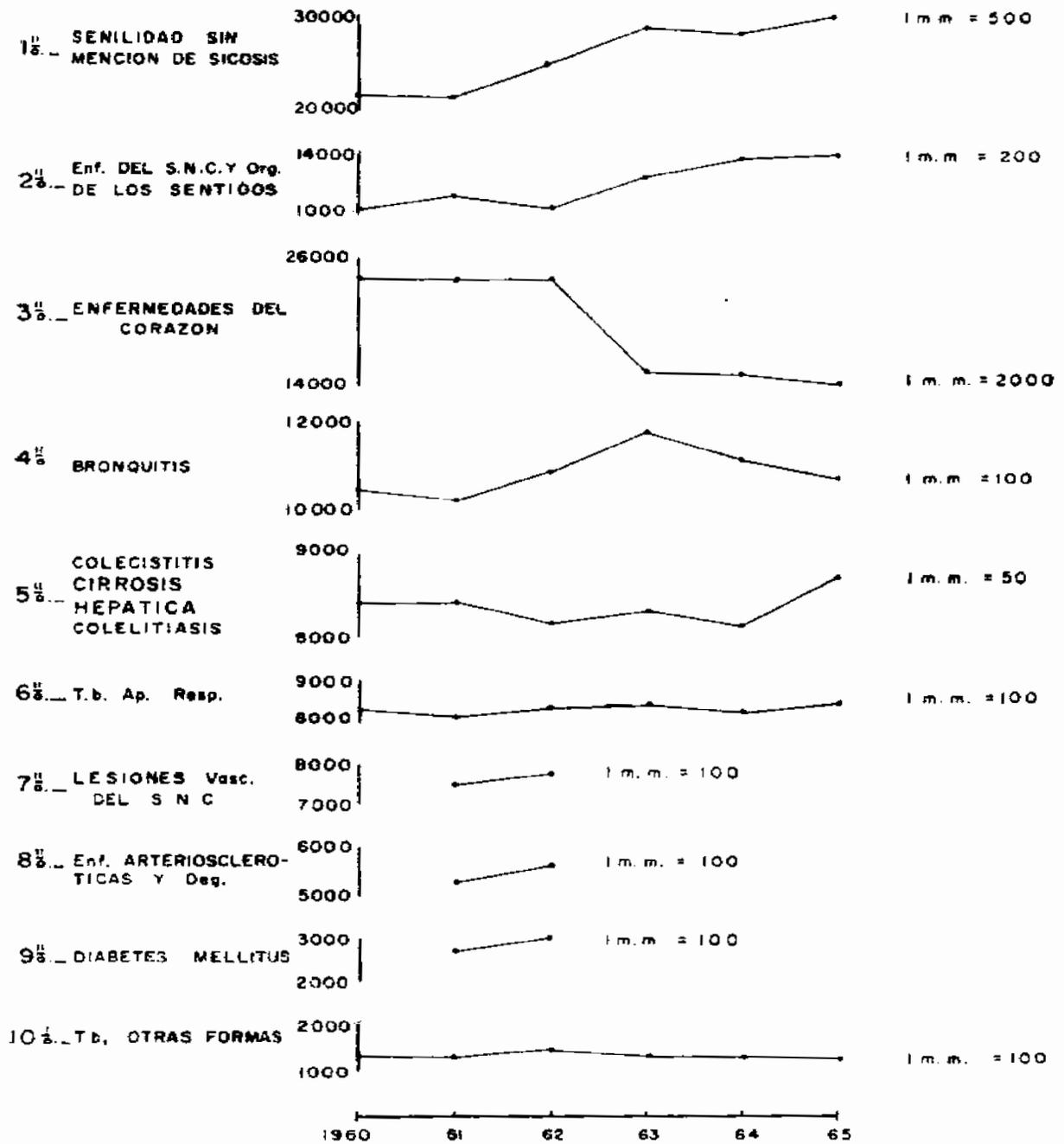
* Profesor Titular de Gastroenterología, Facultad de Medicina UNAM. Jefe de Servicio del C.H. "Dr. Darío Fernández", ISSSTE.

** Profesor Adjunto de Gastroenterología, Profesor Adjunto de Introducción a la Clínica, Facultad de Medicina, UNAM.

*** Pasante, Facultad de Medicina, UNAM.

FIGURA 1

DEFUNCIONES EN EL PAIS POR ENFERMEDADES CRONICAS PRINCIPALES 1960-1965



CUADRO I

Causas más frecuentes de mortalidad en el ISSSTE
(C.H. 20 de Noviembre)

<i>Enfermedad</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
1) Aterosclerosis	298	197	495	49.5
2) Bronconeumonía	153	121	274	27.4
3) Pielonefritis	71	52	123	12.3
4) Diabetes mellitus	49	72	121	12.1
5) Colecistitis crónica con o sin litiasis	31	60	91	9.1
6) Cirrosis hepática	52	20	72	7.2
7) Cardiopatía reumática	5	28	33	3.3
8) Enterocolitis aguda	16	17	33	3.3
9) Amibiasis	16	14	30	3.0
10) Carcinoma del cérvix	—	31	31	3.1
11) Carcinoma del pulmón	18	6	24	2.4

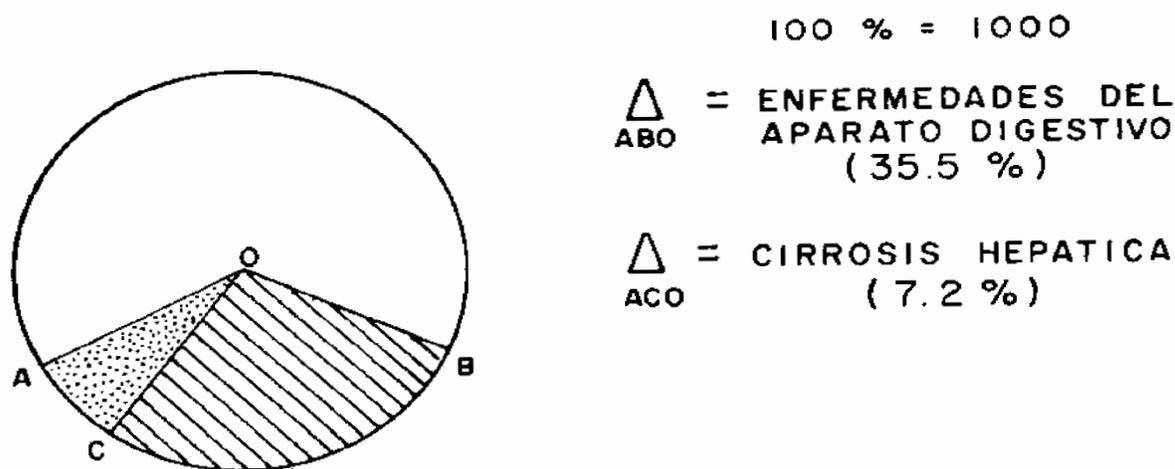
hay que considerar que la cirrosis hepática afecta principalmente al grupo de población comprendido entre los 40 y 80 años, con la repercusión socio-económica consiguiente, particularmente entre los 40 y los 60, en que el individuo sano puede desarrollar al máximo sus actividades ocupacionales. (Fig. 5).

PROBLEMAS EN LOS CRITERIOS ASISTENCIALES ACTUALES

Los estudios médicos en México sobre cirrosis hepática han sido abundantes y variados, pero se han concretado principalmente a aspectos anatómo-patológicos, fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos⁵. No sabemos de datos precisos sobre los problemas epidemiológicos y formas de solucionarlos, ya que faltan programas de medicina preventiva y rehabilitación. Es de pensarse que la variedad alcohol-nutricional y en menor grado la consecutiva a hepatitis viral, habrán de disminuir su frecuencia con el desarrollo de la educación higiénica, el aumento del standard económico de vida y la mejoría cultural de la población, todo ello relacionado en buena parte el desarrollo de las Instituciones de Seguridad Social y Dependencias Médicas Oficiales. La re-

FIGURA 2

FRECUENCIA DE CIRROSIS HEPATICA EN 1000 ESTUDIOS POST-MORTEM, EN EL C.H. "20 DE NOV". ISSSTE.



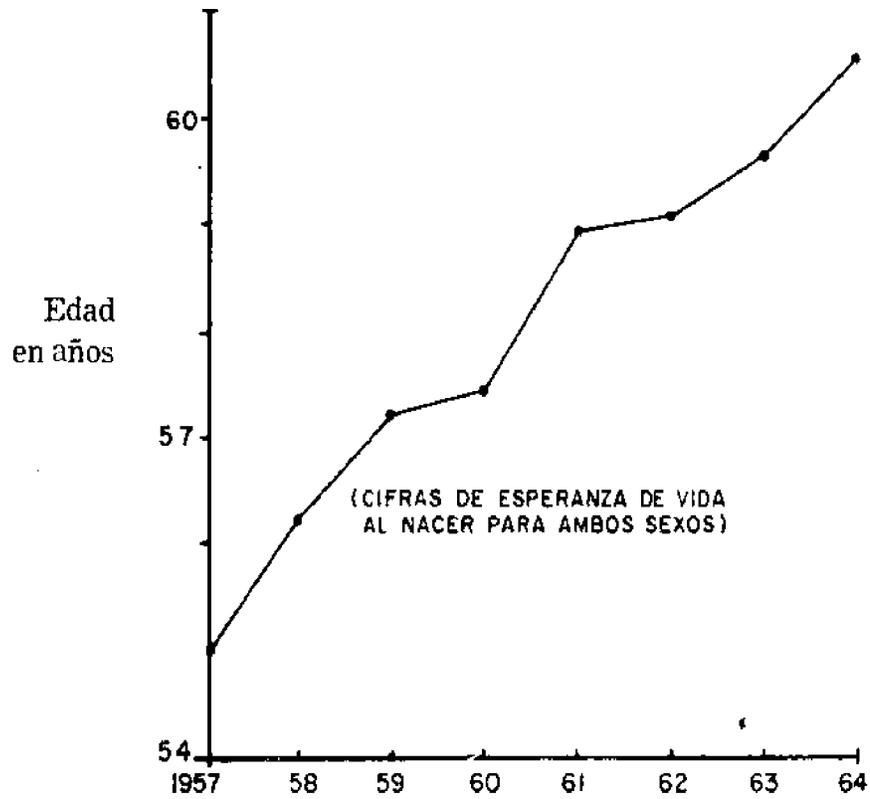
habilitación implica mayores problemas de salud pública. Mientras se logra lo anterior, que corresponde a una solución nacional, es necesario considerar y atacar aspectos asistenciales actuales.

Es un problema vigente, que no se ha tratado, la atención prolongada en el hospital de los pacientes con cirrosis hepática. Se carece actualmente, en la mayoría de las instituciones médicas, de sistematizaciones del manejo clínico y terapéutico de los pacientes que requieren atención prolongada, con los problemas que implica la rehabilitación sico-biológico-social, ya que la cirrosis hepática se acompaña de incapacidades importantes. El criterio que prevalece actualmente en relación a la justificación para hospitalización, se basa en la indicación quirúrgica para tratamiento de hipertensión portal, estudio y tratamiento de complicaciones que amenazan la vida en forma inmediata, insuficiencia hepatocelular aguda con síndromes clínicos de precoma o coma, hipertensión portal con evidencia clínica de hemorragia gastrointestinal, alta, síndromes de alcalosis o acidosis, insuficiencia renal aguda e hiperesplenismo. La mayoría de los nosocomios, equipos de especialistas, gastroenterólogos o médicos generales tienen sus sistemas diagnósticos y terapéuticos particularmente en los casos quirúrgicos, siendo evidente entonces el control y la justificación hospitalaria, ya que se trata de aspectos agudos del padecimiento. Ahora bien, cuando el paciente no presenta alguna de estas

FIGURA 3

LA ESPERANZA DE VIDA EN MEXICO
DE 1957 A 1964.

Bravo Becherelle, M. A., Reyes J., R.,
Sal. Pub. Méx. VIII: 3: 399-401, 1966



POBLACION DE MEXICO 1954-1964.

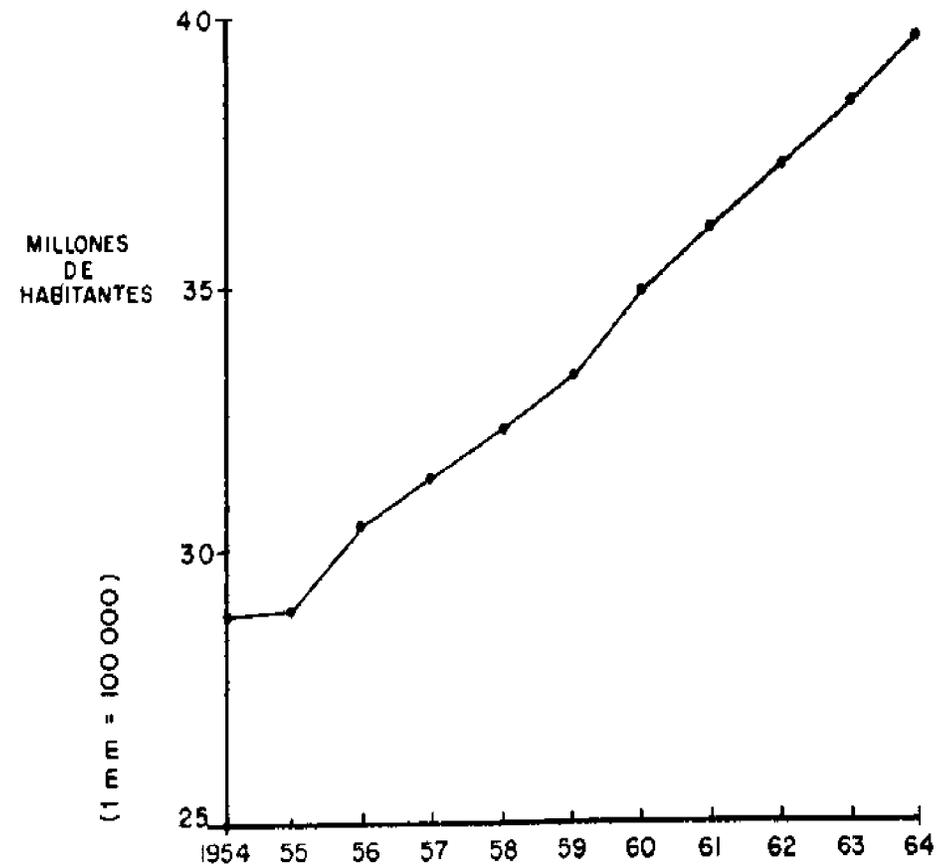
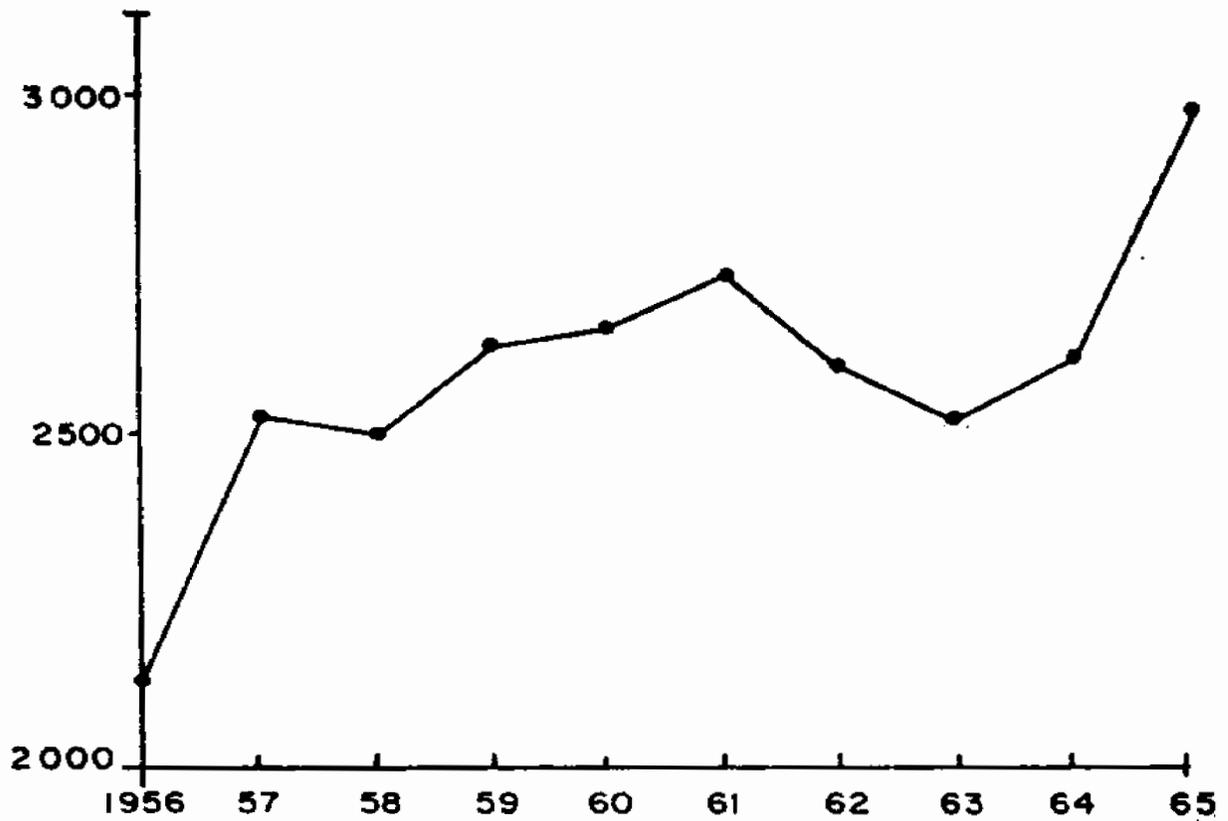


FIGURA 4

DEFUNCIONES POR CIRROSIS HEPATICA EN EL DISTRITO FEDERAL 1956-1965.



DEFUNCIONES POR CIRROSIS HEPATICA EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1956-1965.

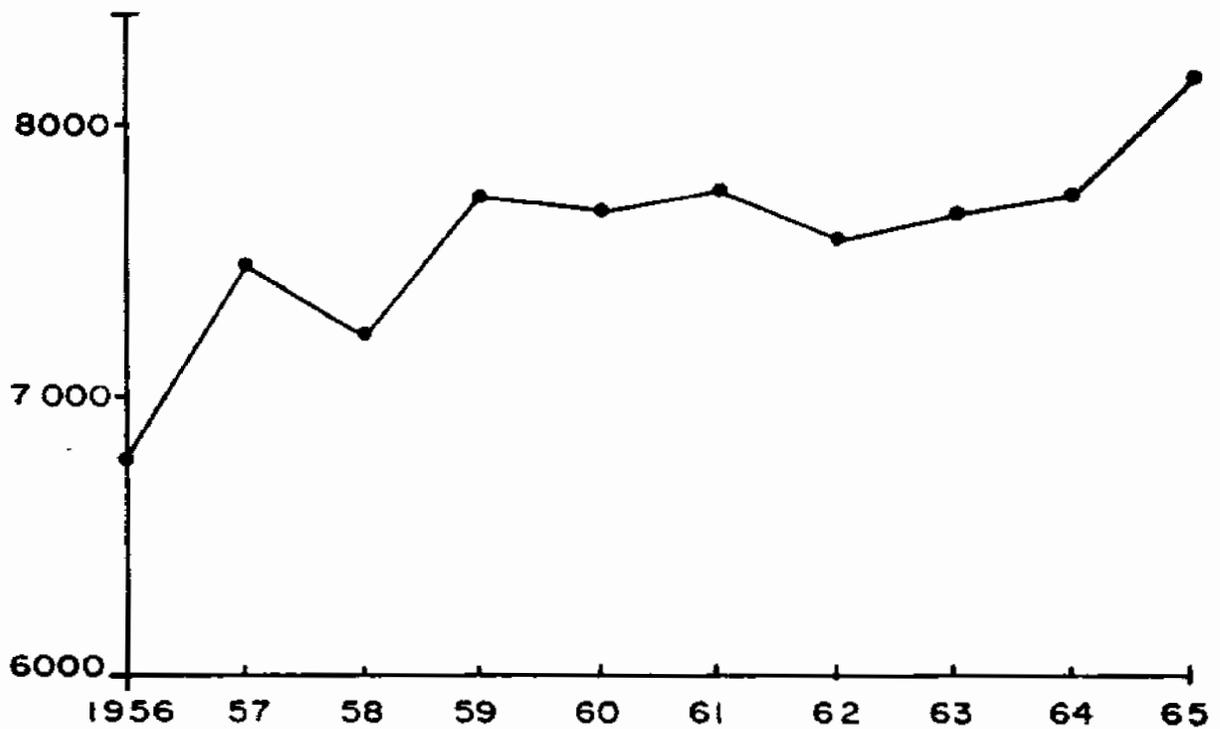
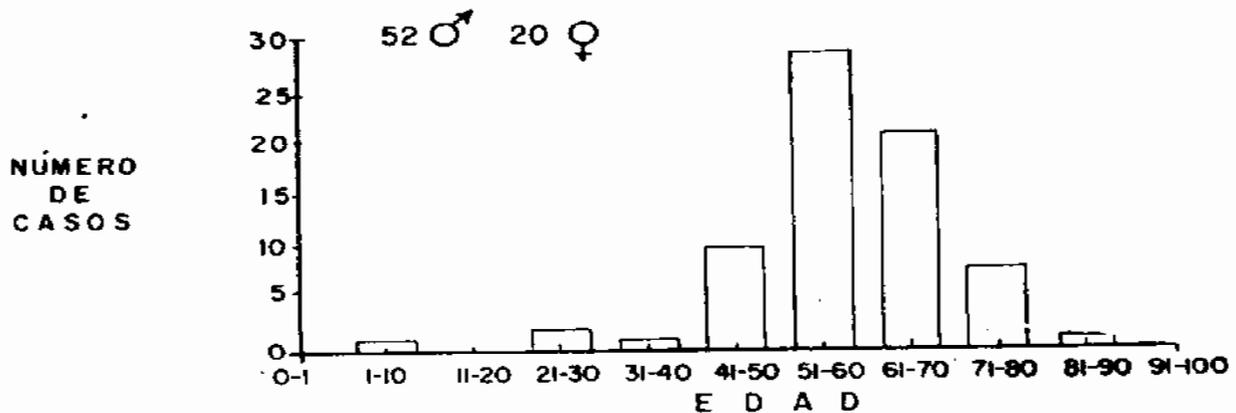


FIGURA 5

CIRROSIS HEPATICA: DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO. 72 CASOS.



condiciones clínicas o complicaciones o se ha completado su estudio inicial, es dado de alta y tratado como externo, por consulta periódica, con la finalidad de solucionar o controlar, por los medios limitados que ésta brinda, problemas de descompensación hepática, relativos a estado general, funciones de síntesis inadecuadas, alteraciones nutricionales, vitamínicas, anemia y balance acuoso positivo. El inconveniente de esta conducta reside en que a un gran número de pacientes no se les proporcionan los beneficios de un control clínico y terapéutico adecuado, necesariamente intensivo, cayendo fácilmente en descompensación hepática o complicaciones que determinan incapacidades importantes y en ocasiones el fallecimiento precoz.

Consideramos que esta manera de actuar se debe, en gran parte, a las condiciones administrativas de los hospitales que admiten a los pacientes cirróticos dentro de una organización que corresponde a la de un hospital "agudo", considerándose incompatibles las estancias prolongadas por los costos de día-cama. Sin embargo, hay que tener en cuenta que dentro de la administración hospitalaria moderna, la atención prolongada debe impartirse, aún dentro de este tipo de hospitales, mediante la creación de unidades para cuidados de atención progresiva, considerándose en el hospital general los cambios relacionados con este programa, en cinco secciones: 1. Cuidado intensivo, 2. Cuidado intermedio, 3. Autocuidados, 4. Atención prolongada, y 5. Atención domiciliaria⁶. Por otra parte, cualquier sistema de manejo clínico y terapéutico del paciente con cirrosis he-

pática que permita facilitar los diferentes aspectos involucrados en el mismo dentro de su atención hospitalaria, y ayude a definir la selección de los pacientes para atención prolongada, así como las ventajas de ésta, puede ser de utilidad actual en México, en que los recursos gubernamentales y económicos están ayudando a la realización de la atención médica progresiva de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

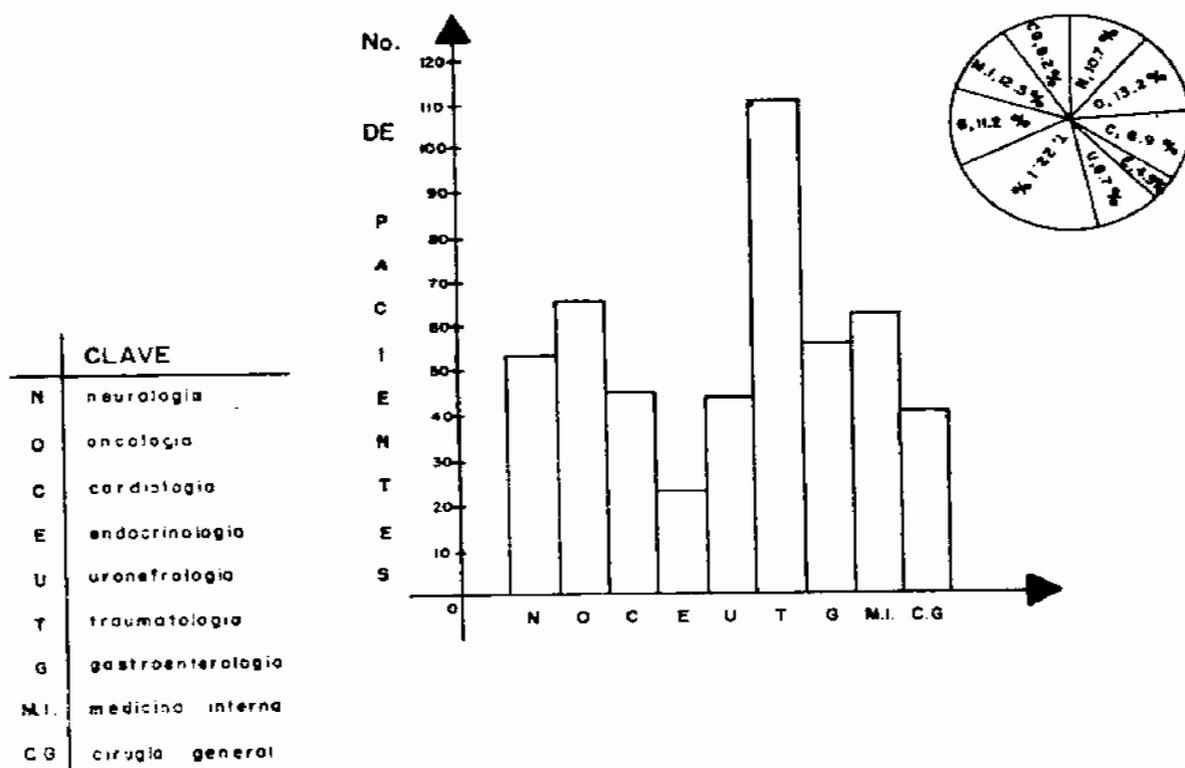
Nuestra experiencia se deriva de un nosocomio, dependiente de una Institución de Seguridad Social,* y comprende la atención a un grupo de cirróticos que, a nuestro juicio, requirieron de atención prolongada en el hospital. Del total de admisiones en un año que ameritaron atención prolongada, los padecimientos gastroenterológicos constituyeron el 11.2%, correspondiendo casi todas ellas a enfermos con cirrosis hepática, generalmente alcoholo-nutricional. (Fig. 6). Para su mejor atención se agruparon los pacientes en un área con personal de enfermería entrenado en los problemas habituales, dietas, control de balance líquido, curva ponderal, etc. Aplicamos un sistema de control clínico y terapéutico, en el cual los registros de papelería y las orientaciones impartidas al personal médico y de enfermería fueron establecidos previamente. Todos los enfermos se admitieron con su padecimiento descompensado y/o amenaza de coma o coma hepático. Por los procedimientos habituales se estudiaron clínicamente con la finalidad de determinar su estado de insuficiencia hepatocelular, hipertensión portal, alteraciones en líquidos corporales y del estado general. De acuerdo con los resultados, se establecieron sistemas terapéuticos intensivos, que variaron ligeramente de los que se consignan en la literatura médica actual. Los registros del estudio clínico y la terapéutica se hicieron en hojas de concentración que incluyen datos de interrogatorio, exploración física y laboratorio y que forman parte del expediente clínico: a) hoja de concentración de datos clínicos en cirrosis. (Fig. 7) y b) hoja de concentración de datos de laboratorio en cirrosis. (Fig. 8). Estas formas ayudan a juzgar con facilidad la evolución del paciente. El estudio médico se completó sistemáticamente con los del Servicio de Psicología y de la Sección de Trabajo Social.

La valoración del alta requiere de una consideración especial. De

* C. H. "Dr. Dario Fernández", ISSSTE., México, D. F.

FIGURA 6

DISTRIBUCION DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ESPECIALIDADES.



acuerdo con los instructivos internos⁷, los médicos adscritos del servicio presentan al jefe la posibilidad de alta, teniendo en cuenta los cuatro aspectos siguientes, que son también de importancia pronóstica, (Fig. 9): a) *Insuficiencia hepatocelular*. Se consideran factores principales que contraindican el alta del paciente, los síndromes clínicos de precoma o coma. Factores secundarios que pueden contraindicarla: un tiempo de protrombina inferior a 50%, albúmina menor de 3 g. y bilirrubina directa de más de 0.60 mg., o cifras promedio en los últimos 20 días de hospitalización. b) *Hipertensión portal*. Se considera factor principal que contraindica el alta, la evidencia clínica de hemorragia gastrointestinal y cifras de amonio plasmático de más de 200 microgramos. Sin embargo, éstas no deben valorarse estrictamente, sino relacionadas a las de potasio sérico, presencia de sangre en heces fecales, datos de exploración neurológica y del examen síquico del paciente. Factor secundario que contraindica el alta es la

FIGURA 9

VALORACION ALTA CIRROSIS HEPATICA.

INSUFICIENCIA HEPATOCELULAR					HIPERTENSION PORTAL			LIQUIDOS			ESTADO GENERAL	
AGUDA -PRECOMA -COMA	T.P. +50%	ALB. +3grs.	B.D. -0.60	B.S.F.	HEMORRACIA G.I. SUPERIOR	SANGRE EN HECES P. CALES.	N H 3 EN RELACION K E. NEUROL. C. PSIQUICO	NORMALIDAD K Na. CO2. AUSENCIA - DE ALCALOSIS ACIDOSIS CLINICA	NO ASITIS	EDEMAS	HR +10 grs.	NUTRICION ESTADO VITAMINICO APETITO FUERZA FISICA ESTADO PSIQUICO PESO NO RELACIONADO A LIQUIDOS.
(P)	(S)	(S)	(S)	(S)	(P)	(S)	(P)	(P)	(P)	(S)	(S)	(S)
PROMEDIO		20	DIAS		PROMEDIO							
					20							
					DIAS							

P. PRINCIPAL.
S. SECUNDARIO.

presencia de sangre oculta en heces fecales en los últimos 20 días, con intensidad significativa, (más de ++). c) *Alteraciones en líquidos corporales.* Se considera factor principal que contraindica el alta, las alteraciones importantes en potasio, sodio y CO_2 plasmáticos, particularmente con síndromes de alcalosis o acidosis. Asimismo, se considera factor principal, no por su importancia para la vida del paciente, sino para la evolución del padecimiento después del alta, la presencia de líquido ascítico detectable por medio clínicos. Factor secundario que contraindica el alta es la presencia de edema en otras partes del cuerpo. d) *Otros factores en relación al estado general del paciente y a la mejoría global que haya presentado en su hospitalización.* Se consideran como secundarios: carencia nutricional vitamínica, hemoglobina de menos de 10 g., anorexia, astenia y adinamia, alteraciones del estado síquico y variaciones desfavorables del peso no relacionadas a cambios de volumen líquido corporal.

RESULTADOS

Después de laborar durante un año en la forma antes señalada, los resultados en el manejo clínico y terapéutico del paciente con cirrosis hepática que amerita atención prolongada, han sido altamente satisfactorios.

Desde el punto de vista de administración hospitalaria, se justifica la creación de unidades o secciones para atención prolongada de pacientes gastroenterológicos afectados de cirrosis hepática, por los beneficios en organización y atención médica del paciente, producto de una coordinación óptima entre los diferentes servicios de hospitalización.

Desde el punto de vista del funcionamiento del servicio, se logra facilidad evidente en el control clínico y terapéutico de cada caso y en la auditoría médica, mediante los registros de papelería y las orientaciones impartidas al personal médico y de enfermería que labora con estos pacientes.

Los tratamientos médicos y de enfermería y la ayuda de los procedimientos y valoraciones sicoterapéuticos, todo ello en forma intensiva, han revelado mejorías notables, aun en casos considerados previamente como sin posibilidades de alivio o recuperación, por la magnitud de las alteraciones clínicas y lo avanzado del proceso pa-

tológico. Algunos aspectos particulares de estos resultados terapéuticos se comunican en otro lado.

La valoración integral del cirrótico que ha sido sometido a atención prolongada, para ser dado de alta, se facilita mediante nuestro sistema, que ha resultado operante en todos los casos, señalando solamente que en algunos pacientes, ciertos factores secundarios fueron muy refractarios a la terapéutica y los pacientes fueron dados de alta, aun cuando no se modificaron satisfactoriamente. En particular esto se observó en las cifras de protrombina y presencia de sangre en heces fecales. Queremos hacer notar que estos criterios simplifican grandemente los problemas, que dentro de la labor cotidiana del servicio, son valorados con todo detalle en cada caso. La mejoría mental, que estuvo relacionada directamente a la clínica, hasta cierto punto, no constituyó problema para el alta de los pacientes ni determinó su envío a dependencias que se ocupan de problemas mentales, pero fue de gran utilidad para normar la restitución del paciente a su ambiente familiar y social, mediante la colaboración de la Sección de Trabajo Social.

COMENTARIO

El paciente cirrótico como enfermo crónico requiere de una asistencia continua e integral dentro de las posibilidades de cualquier institución, sea hospital general, unidad para intermedios o crónicos, asilo u otros organismos similares. Aun en su domicilio debe controlarse bajo el punto de vista señalado.

En la cirrosis hepática el progreso es lento y los resultados pueden no ser evidentes durante un tiempo prolongado. En su evolución puede haber un quebrantamiento del estado general o aparecer complicaciones usuales que cambien su curso. Por ello, cualquiera que sea, el programa para la atención prolongada de la cirrosis hepática es de utilidad definida. El médico tratante deberá hacer un registro minucioso de todos los elementos clínicos y de laboratorio, valorar los hallazgos usuales, cambiar impresiones sobre las particularidades del caso con otros médicos y hacer revisiones periódicas en relación a la evolución. Además de los aspectos clínicos físicos, deberá tener presente los mentales, procurando estimarlos adecuadamente, no crear dependencias psicológicas, vigilar que no se desarrollen éstas con las enfermeras u otras personas cercanas al paciente y evitar obstaculi-

zar las motivaciones o deseo de vivir del mismo, que indudablemente son importantes para su mejoría.

En nuestro servicio del C. H. "Dr. Darío Fernández", del ISSSTE, además del control y tratamiento de los tipos de trastornos clínicos que presentan nuestros pacientes cirróticos, cuidamos particularmente de los aspectos mentales⁸, con motivaciones, terapia ocupacional y otras actividades benéficas para el paciente, que se desarrollan por el servicio de Psicología.

La selección de enfermos para cada uno de los diferentes tipos de estudio y tratamiento es el producto del criterio establecido por cada grupo de especialistas en cada institución, pero es importante, antes de proceder, valorar el problema integral del paciente, incluyendo además de aspectos médicos y mentales, los de repercusión socio-económica y trabajo social. Así pues, es conveniente que cualquier médico u organización asistencial que reciba a un cirrótico para su atención, tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. Consideración de los beneficios que habrá de recibir el enfermo, dentro de la institución a la que es admitido, en función de los recursos materiales y del personal que ésta posea en relación a sus necesidades. Para esto habrá que considerar la necesidad de cuidados médico integrales, de enfermería, unidades o equipo especializado, como terapia intensiva, condiciones de las salas de operaciones, del laboratorio, etc., teniendo en cuenta la intensidad y frecuencia con que se deba recurrir a estos servicios. Esta consideración parece muy simple, pero si se observa cómo se trabaja en muchas instituciones, puede ser de utilidad. En ocasiones da la impresión de que el interés del médico para atender un determinado caso, le hace perder la realidad de los recursos personales o materiales con los que cuenta, con las consecuencias desfavorables para él, la institución y el enfermo. Hay que recordar que cuando el paciente cirrótico presenta una complicación, generalmente requiere de condiciones muy especiales para su atención adecuada.

2. Programa o instructivo médico para el estudio y tratamiento de estos pacientes, procurando acelerar su curación o alivio, considerando su problema en la forma integral señalada, estableciendo dentro del mismo una sistematización en cuanto a las participaciones del personal, recursos auxiliares de diagnóstico, procedimientos tera-

péuticos y valoración periódica de cada factor, a fin de lograr un óptimo en la atención.

3. Complementándose con lo anterior se encuentra la Auditoría Médica del Servicio, que es una necesidad en todos los nosocomios, pero es particularmente útil en los servicios en que se imparte atención prolongada, precisamente por las variaciones tan pequeñas que pueden tener los pacientes.

4. Lo señalado anteriormente puede estar controlado por el Jefe del Servicio con la participación de los criterios de los demás médicos del mismo. También puede depender de un comité creado expresamente para ello, según el número de pacientes.

5. Finalmente se debe tener en cuenta en el enfermo con posibilidades de restitución a la sociedad: la colaboración de la Sección de Trabajo Social, particularmente en relación a las condiciones de capacidad de trabajo o económicas del paciente, las características familiares y las responsabilidades y posibilidades de continuar su atención por parte de las Instituciones de Seguridad Social.

6. Es importante valorar también el problema de recaídas futuras por alteraciones de la personalidad, medio ambiente y posibilidades de volver a la dipsomanía, sobre todo en aquellos casos relacionados con este hábito.

La aplicación de un sistema de este tipo al enfermo cirrótico, no como caso clínico, sino como un miembro importante de un grupo significativo de población afectada por este padecimiento, no sólo tiene un mayor enfoque de atención médica e institucional, sino que implica un concepto humano, ya que partimos del principio de que al hombre hay que considerarlo dentro del ambiente para el cual ha sido creado, y esto trae irremediablemente consigo, su ubicación dentro de la familia, la sociedad y la patria.

RESUMEN

Basados en la experiencia de un año de trabajo, los autores presentan su criterio que consideran con aplicación institucional, para el manejo clínico y terapéutico del paciente con cirrosis hepática, señalando la importancia de sistemas adecuados, el concepto de estudio y cuidado integral del mismo y los beneficios de la atención prolongada

dentro del hospital, con aplicación útil a otros sectores o unidades de servicio médico que prestan atención a estos enfermos en México.

REFERENCIAS

1. *Dirección General de Estadística: Compendio Estadístico 1962: 38*. Secretaría de Industria y Comercio. México, 1963.
Dirección General de Estadística: Anuario Estadístico Compendiado 1964: 27 y 41. Secretaría de Industria y Comercio. México, 1965.
2. *Informe Estadístico de 1000 estudios postmortem*. Rev. Med. ISSSTE 1: 117-124, 1964.
3. *Dirección General de Bioestadística y Biometría de Salubridad y Asistencia*. México, D. F.
4. Bravo-Becherele, L. A., Reyes, J. R.: Sal. Pub. Mex. VIII: 399- 401, 1966.
5. Zubirán, S., Guévora, L. Rev. Inv. Clin. 17: 17-27, 1965.
6. Cooney, D. V.: Atención Prolongada. En Owen, J. K.: *Conceptos Modernos sobre Administración de Hospitales*. Interamericana. México, 1963.
7. Manzanilla, M. A. Jr., Lagarde, J. B.: Rev. Fac. Med. México. 7: 487-497, 1966.
8. Manzanilla, M. A. Jr., Athié, J. A. Soberanes. E., Salazar, P. A.: Pendiente de publicación.