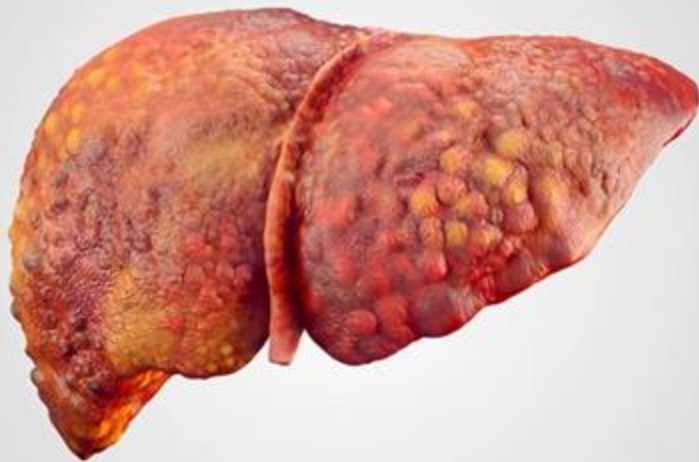
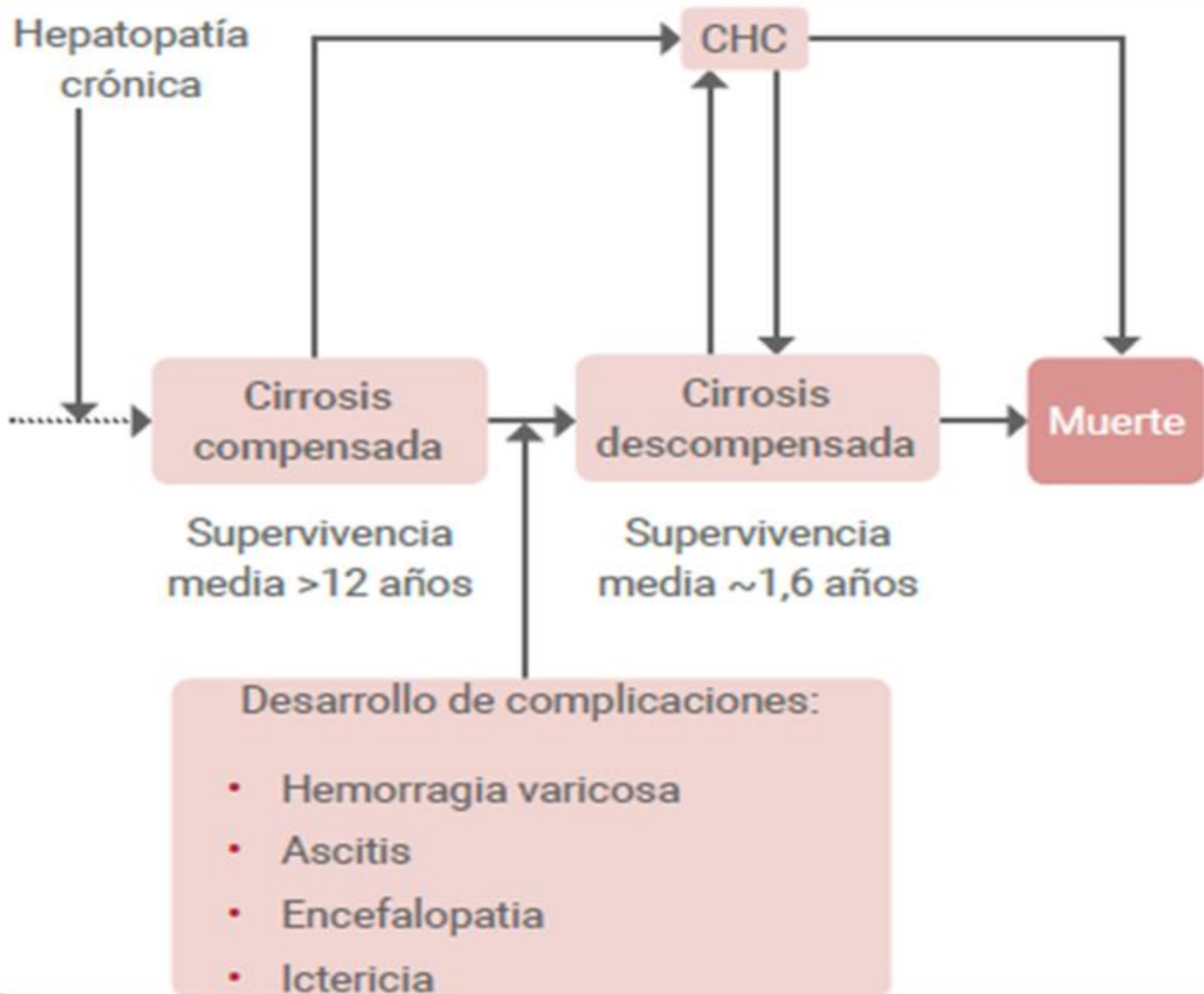


Principales urgencias en pacientes con CIRROSIS HEPÁTICA



Carmen Rasero Hernández
R4 Ap. Digestivo. HUB.
9/11/2020



ASCITIS



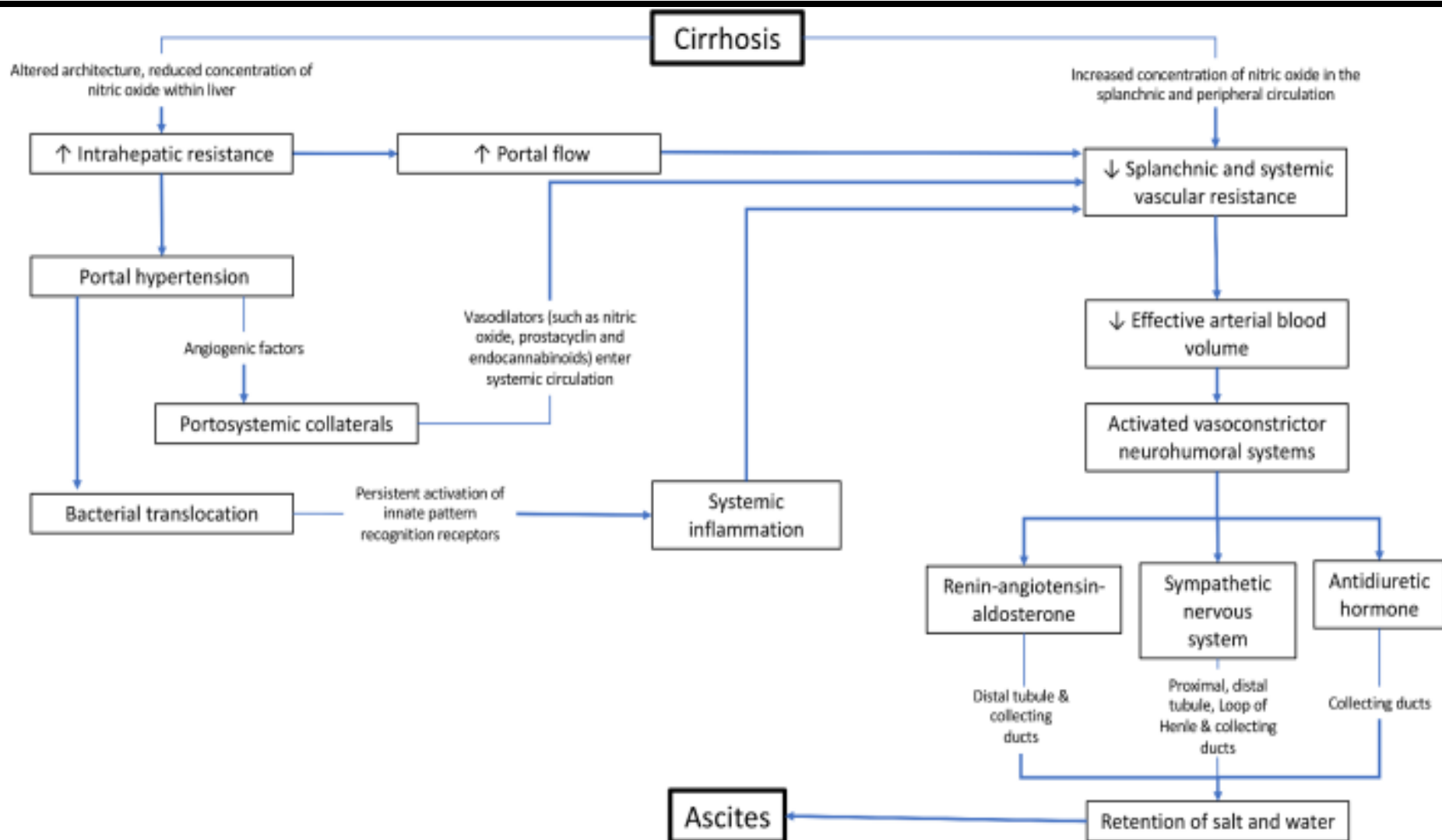
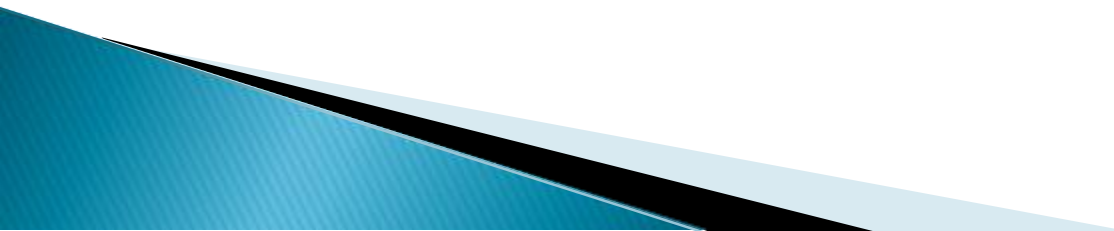


Figure 1 The pathogenesis of ascites in cirrhosis.

Clasificación

- **Grado I** : Ascitis leve. Se diagnostica por Ecografía (100 ml).
- **Grado II** : Ascitis moderada (3 a 6 L).
- **Grado III** : Ascitis severa o a tensión
- (aprox. 10 L).

Ginés P, Quintero E, Arroyo V. Compensated cirrhosis: natural history and prognosis.
Hepatology 1987;7:122-128.

- ▶ Historia clínica
 - ▶ Examen físico
 - ▶ Analítica con H, C Y Bq (función hepática y renal, iones, albúmina)
 - ▶ Orina con iones (**solicitar orina de 24 horas para recoger en observación si va a ingresar**)
- 


PARACENTESIS EVACUADORA si ascitis a tensión.

- ▶ **Riesgo muy bajo de complicaciones locales.**
- Transfusión de plaquetas → $AP < 40\%$ y el recuento de plaquetas $< 40,000$.
- ▶ **Albúmina 20% IV, 8 gr por cada litro de ascitis extraído.**
- ▶ **No evacuar más de 5 L si IR.**
- ▶ **Análisis del LA → DESCARTAR PBE**

Búsqueda del punto de punción para realizar una paracentesis

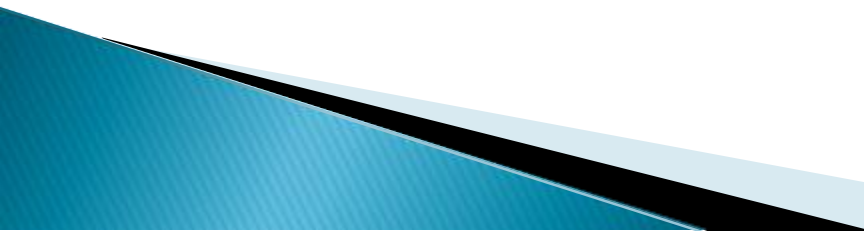


CONTRAINDICACIONES PARA PARACENTESIS

- ▶ Paciente no cooperativo.
 - ▶ Infección de la piel abdominal.
 - ▶ El embarazo.
 - ▶ Coagulopatía severa.
 - ▶ Distensión intestinal severa
- 

TRATAMIENTO ASCITIS

Medidas generales

- ▶ **Restricción de sodio en la dieta (2gr de sal al día).**
 - ▶ **Restricción de agua? → sólo si $\text{Na} < 125$ (hiponatremia dilucional)**
 - ▶ **Control estricto de diuresis.**
- 

Tratamiento diurético

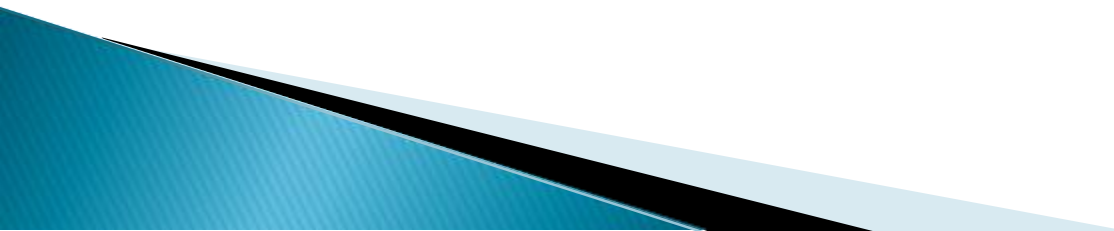
- ▶ Esperar a resultados de la orina.
- ▶ Tratamiento diurético domiciliario (si IR o EH suspender!)
- ▶ Si es el primer episodio comenzar solo con espironolactona 100 mg/día.
- ▶ Si ascitis recurrente, utilizar la combinación: Espironolactona 100 mg/día + furosemia 40 mg/día

Complicaciones de la terapia diurética:

- ▶ **IR:** interrumpir el tto ante una $cr > 2$ o IR progresiva.
- ▶ **Alt. Hidroelectrolíticas:** hiponatremia es una complicación frecuente. Interrumpir si $Na < 120-125$. Las alteraciones del potasio no deben interrumpir los diuréticos, si no un ajuste de las dosis.
- ▶ **Encefalopatía hepática.**

PARACENTESIS DIAGNÓSTICA:

- ▶ **Apariencia:** transparente o ligeramente amarillo.
- ▶ **Recuento celular:** leucocitos (PMN/MN), hematíes
- ▶ Glucosa, LDH
- ▶ **Proteínas, albúmina:** (disminuidas en cirróticos). Si proteínas totales $< 1.5\text{g/dl}$, factor de riesgo para desarrollar PBE.
- ▶ **GASA:** si $> 1.1\text{g/dl}$, el paciente presenta hipertensión portal con una precisión de aproximadamente el 97%.
- ▶ **Cultivo y Gram.**

- ▶ **¡REALIZAR PARACENTESIS DIAGNÓSTICA LO ANTES POSIBLE! Es prácticamente inocua.**
 - ▶ **El diagnóstico de PBE se realizará con la presencia de >250 PMN en LA.**
 - ▶ **Cultivo y Gram de LA. 50% de las PBE tendrán cultivo negativo.**
 - ▶ **Se puede asociar a bacteriemia por lo que deberemos recoger hemocultivos (antes de iniciar el tto antibiótico).**
- 

Peritonitis Bacteriana Espontánea

- Grave y frecuente.
- Infección del LA en ausencia de perforación o foco séptico aparente.

- Asintomático
- Síntomas locales y/o peritonitis
- Signos de inflamación sistémica.
- Empeoramiento fx hepática
- EH
- IR
- HDA

¿Cuándo se debe realizar una paracentesis diagnóstica?

▶ En pacientes cirróticos con ascitis:

- Con clínica de PBE.
- Que ingresen en un hospital.
- Con empeoramiento de la función hepática o renal.
- Con encefalopatía hepática.
- Con fiebre, shock u otros signos de inflamación sistémica.
- Con síntomas gastrointestinales.
- Con sangrado gastrointestinal.

→ Cada hora de retraso en la realización de la paracentesis se ha asociado con un aumento del 3.3% de mortalidad intrahospitalaria.

Tratamiento PBE

1. Medidas de soporte
2. Antibiótico empírico
3. Expansión plasmática con albúmina en casos seleccionados.

Tratamiento antibiótico empírico

▶ Debe comenzarse **INMEDIATAMENTE**.

▶ **PBE extrahospitalaria:**

- Cefotaxima 2 g/12 horas i.v.
- Ceftriaxona 1–2 g/2horas i.v
- Amox/ac. Clav 1 g/8 horas i.v.

▶ **PBE intrahospitalaria:**

- Imipenem 500 mg/6 horas i.v.
- Meropenem 500 mg/8 horas i.v.

Expansión plasmática con albúmina si:

- ▶ Bilirrubina > 4 mg/dl.
- ▶ Urea > 11 mmol/l o BUN > 30 mg/dl.

Se recomienda el uso de albúmina 1.5 g/kg el primer día y 1 mg/kg el tercer día → previene la disfunción renal y la mortalidad.

Profilaxis primaria de PBE

- ▶ En pacientes que no han tenido un episodio previo de PBE:
 - Hemorragia gastrointestinal:
 - Pacientes con baja concentración de proteínas en líquido ascítico: proteínas <1.5 g/dl + insuficiencia hepática avanzada (Child >9) o bilirrubina mayor o igual de 3 mg/ dl) o evidencia de disfunción circulatoria (creatinina >1.2 mg/dl, BUN >25 mg/dl o Na sérico <130 mEq/l).

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

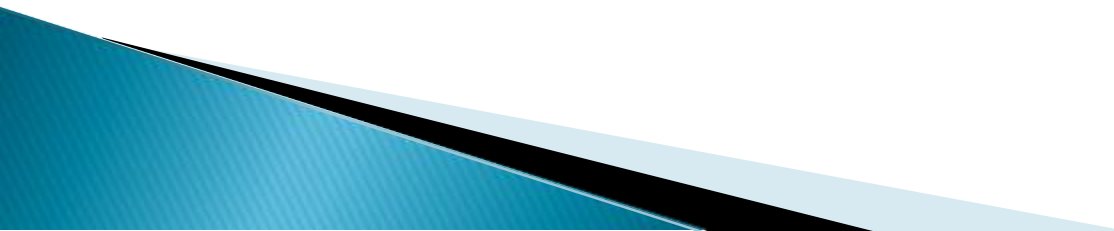
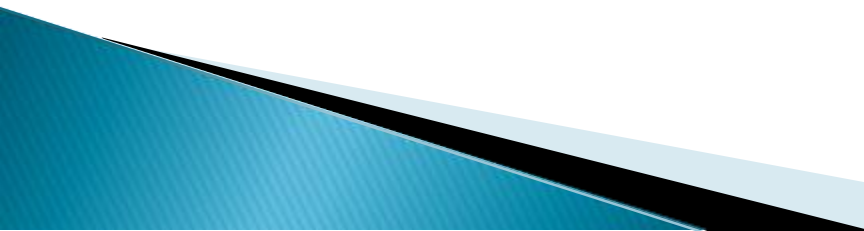
- ▶ Síndrome neuropsiquiátrico agudo.
 - ▶ Alteraciones subclínicas → confusión y coma.
 - ▶ **Alteración del nivel de consciencia + asterixis.**
Ausencia de focalidad neurológica.
 - ▶ DD con otras entidades!!!!
 - ▶ Excluir alteraciones hidroelectrolíticas, sepsis y patología intracraneal.
- 

Tabla 1. Clasificación clínica de EH según los criterios de West Haven

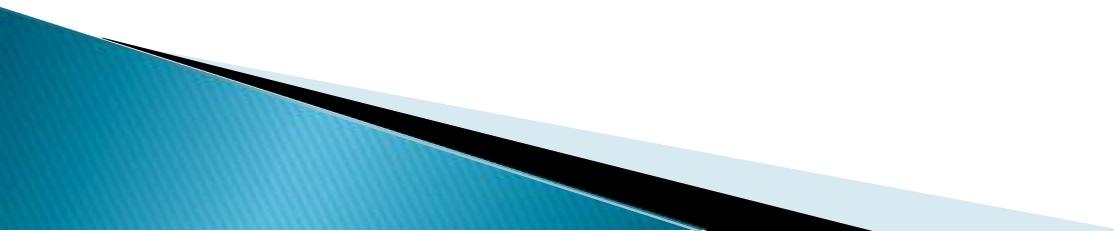
Grado	Características
I	Euforia o ansiedad. Leve falta de atención. Deterioro del desempeño de adición.
II	Letargia o apatía. Desorientación mínima en tiempo o lugar. Cambio sutil de personalidad. Comportamiento inapropiado. Deterioro del desempeño de sustracción.
III	Somnolencia a semiestupor, pero respuesta verbal a estímulo. Confusión. Desorientación grosera.
IV	Coma.

- ▶ **Identificar posibles desencadenantes :**
 - Infecciones (PBE)
 - Hemorragia digestiva.
 - Deshidratación secundaria a tto diurético.
 - Estreñimiento.
 - Psicofármacos.

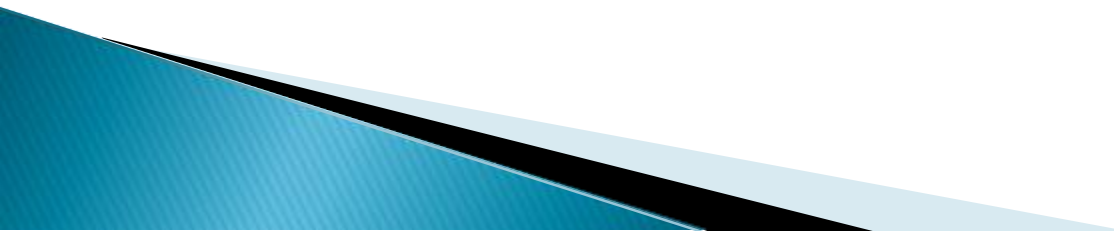
 - ▶ Analítica básica, orina, gasometría venosa, **PARACENTESIS DIAGNÓSTICA**, cultivos de sangre y orina, Rx de tórax.

 - ▶ Tacto rectal: descartar fecaloma, melenas...
- 

Medidas generales

- ▶ Protección de la vía aérea si Glasgow < 8 puntos.
 - ▶ Reposo en cama con cabecero elevado.
 - ▶ Dieta absoluta o dieta normoproteica sin sal si buen nivel de consciencia. Si no tolera ingesta al tercer día, plantear nutrición parenteral.
 - ▶ Si dieta absoluta: 2000 S. glucosalino cada 24 horas aprox. Si hay ascitis 1000cc.
 - ▶ Control del nivel de consciencia.
 - ▶ Control de diuresis en copa o por sonda según nivel de consciencia.
 - ▶ Control del número y aspecto de las deposiciones (apuntar)
- 

Tratamiento

- ▶ **Corregir factores precipitantes.**
 - ▶ **Lactulosa o Lactitol 1 sobre cada 6–8 horas, para lograr de 2 a 4 deposiciones al día. Si no tolera vía oral, poner enemas.**
 - ▶ **Rifaximina 550 mg/ 12 horas vo si no responde al tto con lactulosa a las 24–48 horas.**
 - ▶ **Interrumpir diuréticos.**
- 

INSUFICIENCIA RENAL

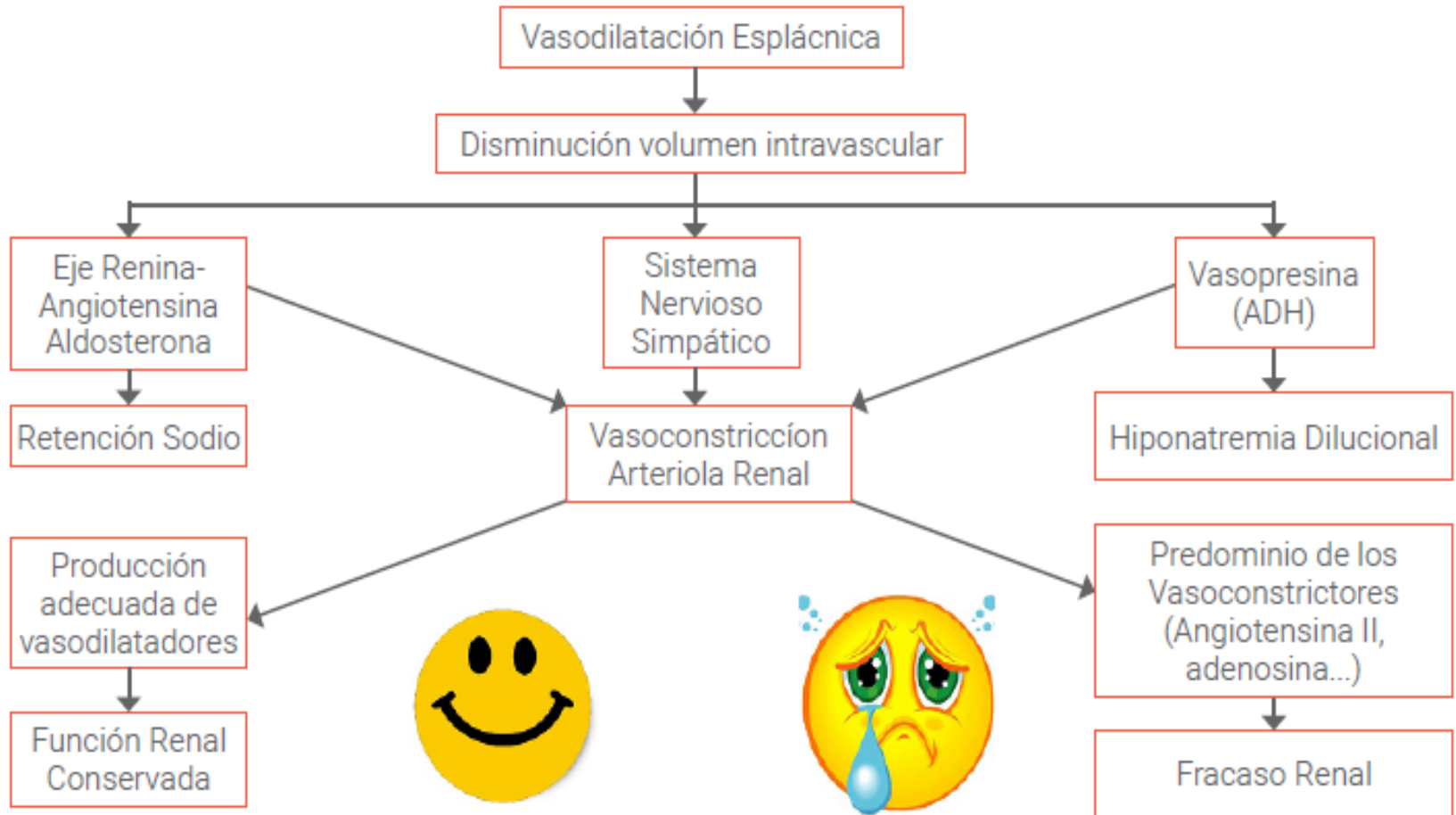


Figura 6. fisiopatología de los trastornos de la función renal del cirrótico.

- ▶ Creatinina > 1.5 mg/dl.
- ▶ Crónica vs aguda (**Acute Kidney Injury, AKI**).

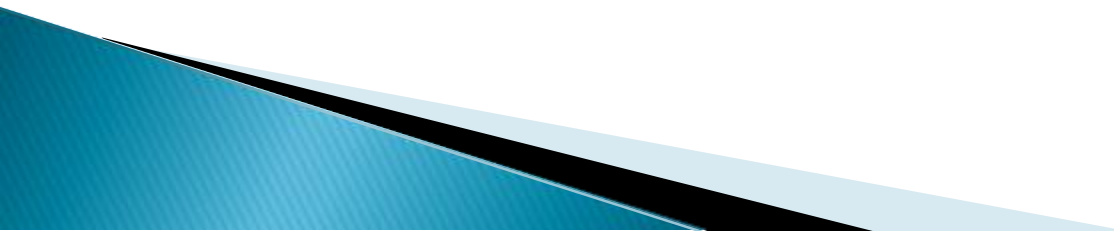
Definición	Criterios funcionales	Criterios estructurales
AKI	Aumento de sCr $\geq 50\%$ en siete días, o aumento de sCr ≥ 0.3 mg / dl en dos días	Sin criterios

- ▶ **Sd. Hepatorrenal (SHR):**
 - AKI
 - Cirrosis + ascitis.
 - Tipo prerrenal
 - No responde a expansión del volumen con albúmina tras retirada de diuréticos..

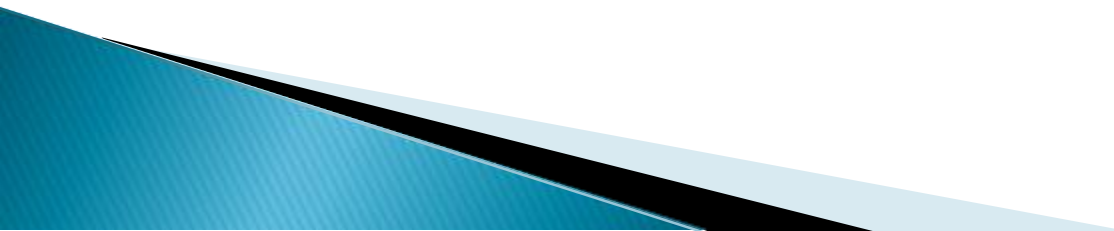
Estadios de AKI

- **Estadio 1**: aumento de la creatinina sérica en al menos 0.3 mg/dl o un aumento de la creatinina sérica de 1.5–2 veces el valor basal.
 - **1 A**: SCr < 1.5
 - **1 B**: SCr \geq 1.5 mg /dl
- **Estadio 2**: aumento de la creatinina sérica de 2 a 3 veces el valor basal.
- **Estadio 3**: aumento de la creatinina sérica por encima de 3 veces el valor basal o creatinina sérica por encima de 4 mg/dl con un aumento agudo de al menos 0.3 mg/dl o inicio de terapia de reemplazo renal.

Factores precipitantes de AKI

- ▶ **Infección (PBE)**
 - ▶ Paracentesis sin reposición del albúmina.
 - ▶ **Hipovolemia (hemorragia digestiva, diuréticos, diarrea...)**
 - ▶ Uso de vasodilatadores
 - ▶ Hepatitis aguda alcohólica.
 - ▶ AINES, contrastes i.v.
- 

Tratamiento AKI

- ▶ Diagnóstico y tratamiento de factores precipitantes (infección, hemorragia...)
 - ▶ **Suspender: diuréticos, betabloqueantes, AINEs, vasodilatadores.**
 - ▶ Reemplazo de volumen acuerdo con la causa y la gravedad.
- 

- ▶ En caso de que no haya una causa obvia y una etapa de AKI > 1 A
- ▶ o AKI debida a infección

→ Administrar albúmina al 20% a la dosis de 1 g de albúmina / kg de peso corporal (con un máximo de 100 g de albúmina) durante dos días consecutivos.


HIPONATREMIA

- ▶ Sodio < 130 mmol / l.
- ▶ Aumento de la mortalidad y la morbilidad.



- ▶ **Hipovolémica:** por terapia diurética excesiva
 - Interrumpir diuréticos.
 - Administración de solución salina.

 - ▶ **Hipervolémica (más común):** aumento del vol extracelular (ascitis y edemas)
 - Restricción de líquidos a **1.000 ml / día (SSF)**
 - La administración de albúmina puede sugerirse (datos son muy limitados).

 - La corrección debe ser lenta (≤ 8 mmol / L por día) para evitar secuelas neurológicas irreversibles, como la desmielinización osmótica.
- 

TRATAMIENTO DEL DOLOR

- ▶ **PARACETAMOL:** opción óptima. Dosis de 3–4 g/día. Si malnutrido o consume alcohol, menos de 2g/día.
- ▶ Metamizol: pocos estudios, pero parece seguro.
- ▶ **AINES: ¡¡ Contraindicados!!**
- ▶ **Opiáceos:** monitorización rigurosa → sedación, estreñimiento → EH. ****Fentanilo** transdérmico o transmucoso es de elección en el paciente cirrótico.

go raibh maith agat
 mercsi
 ngiyabonga
 mochchakkeram
 merçi
 hvala
 merci
 grazie
 dziekuje
 dank je
 sukriya sagolun
 taiku
 arigato
 edering
 teşekkür
 edering
 maururu
 kop khun krap
 dakujem
 thank you
 terima kasih
 obrigado
 bedankt
 takk
 danke
 merci
 obrigado
 bedankt
 takk
 danke
 sukriya sagolun
 taiku
 arigato
 merci
 obrigado
 bedankt
 takk
 danke
 terima kasih
 obrigado
 bedankt
 takk
 danke

© 2019 All Rights Reserved

Bibliografía

- ▶ EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis – Journal of Hepatology
- ▶ Guidelines on the management of ascites in cirrhosis: Aithal GP, Palaniyappan N, China L, et al. Gut Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/ gutjnl-2020-321790
- ▶ EASL Diagnosis and management of acute kidney injury in patients with cirrhosis: Revised consensus recommendations of the International Club of Ascites– Journal of Hepatology
- ▶ AEG Urgencias y emergencias en gastroenterología y hepatología. 3ª edición. Dr Miguel Montoro, Dr Juan Carlos García.