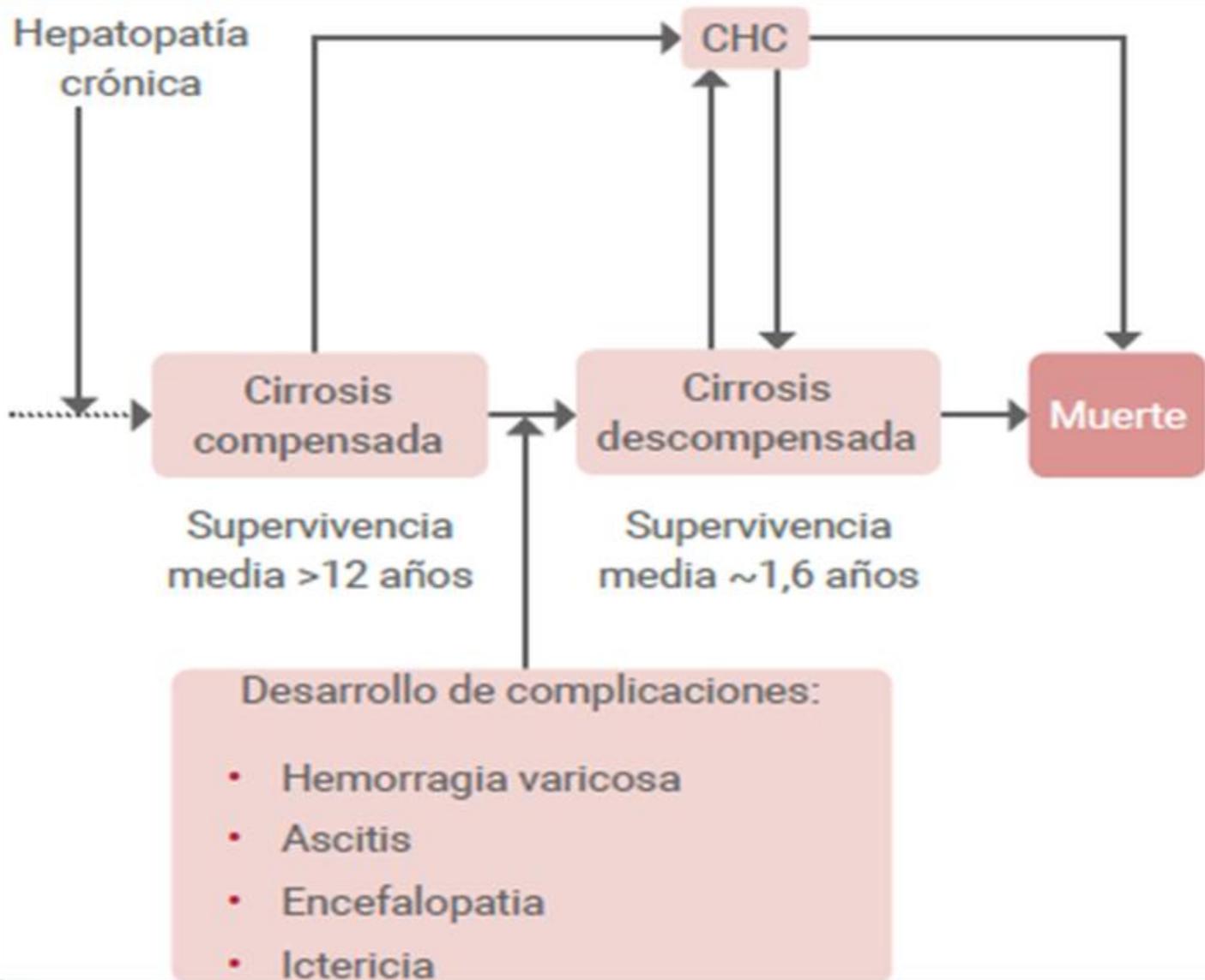


Principales urgencias en pacientes con CIRROSIS HEPÁTICA



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



ASCITIS



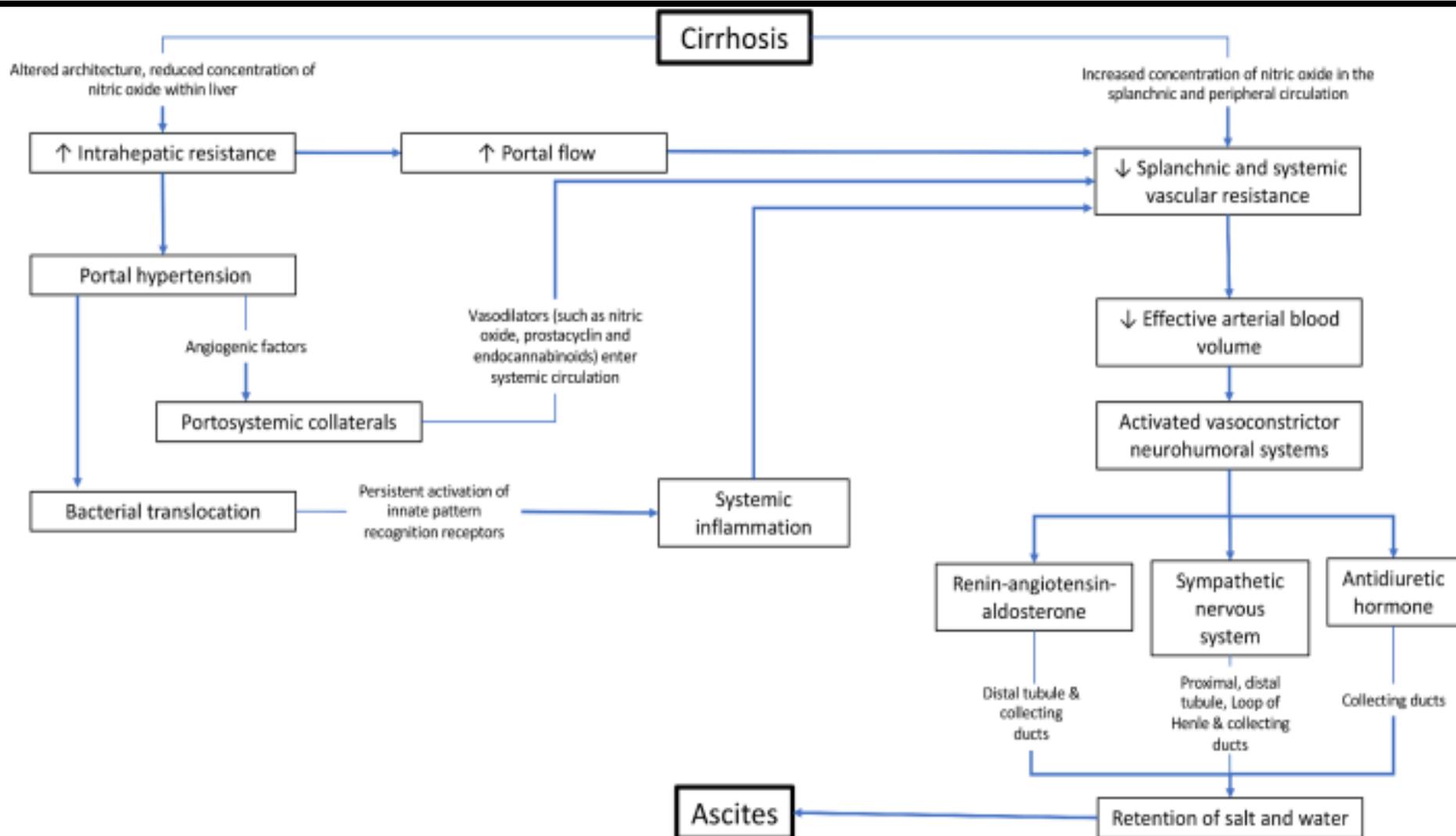


Figure 1 The pathogenesis of ascites in cirrhosis.

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).

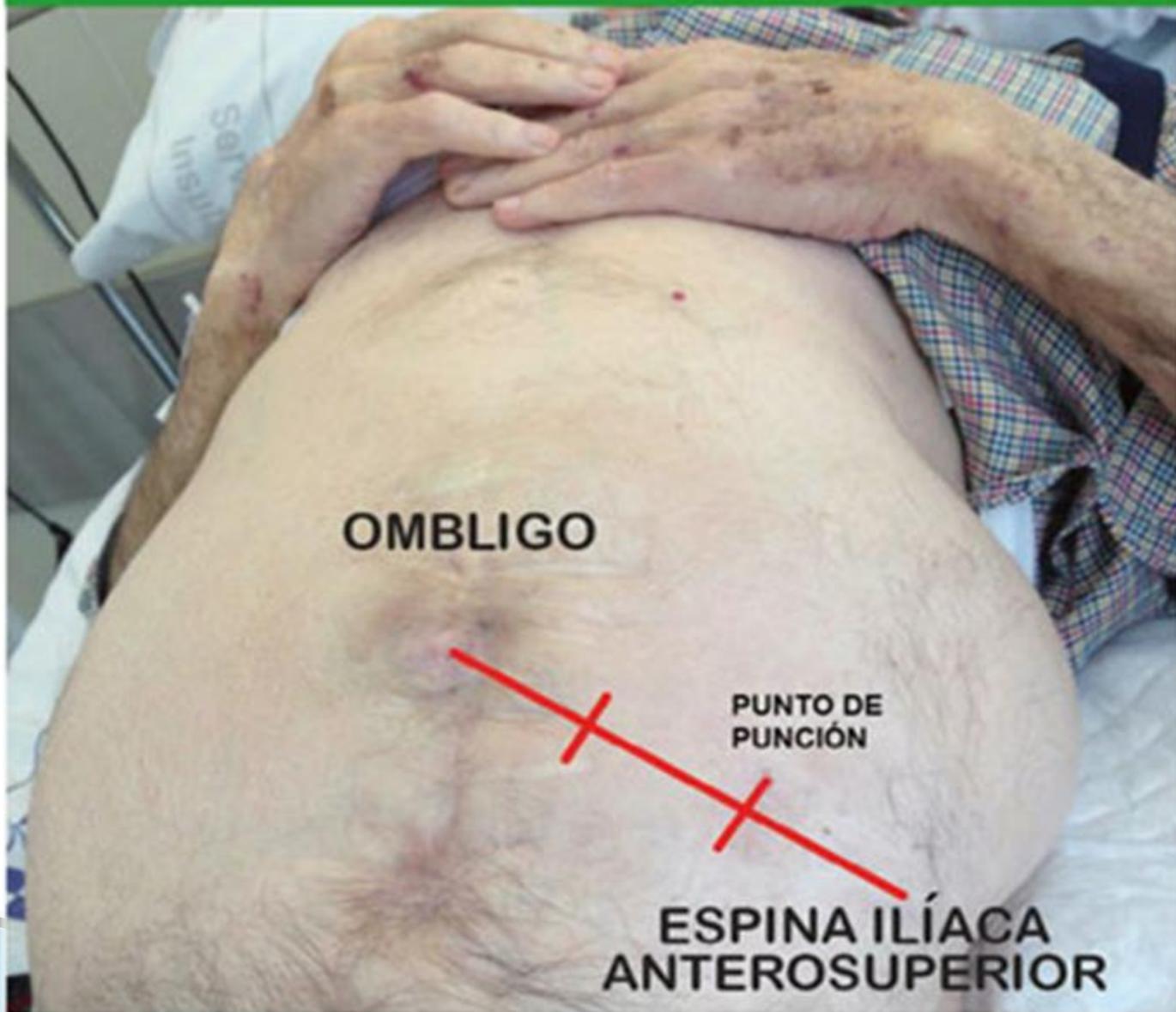
Ginés P, Quintero E, Arroyo V. Compensated cirrhosis: natural history and prognosis.
Hepatology 1987;7:122-128.

- ▶ 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

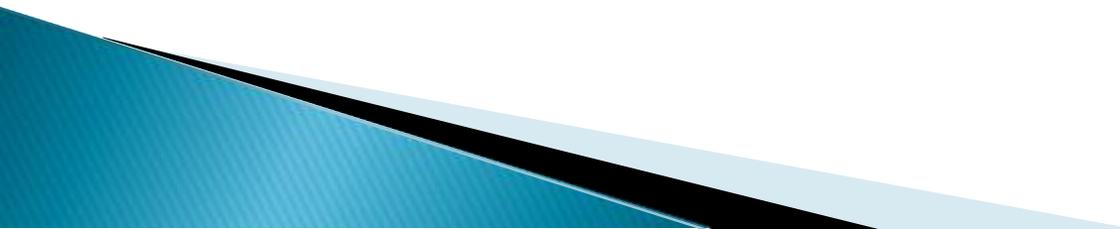
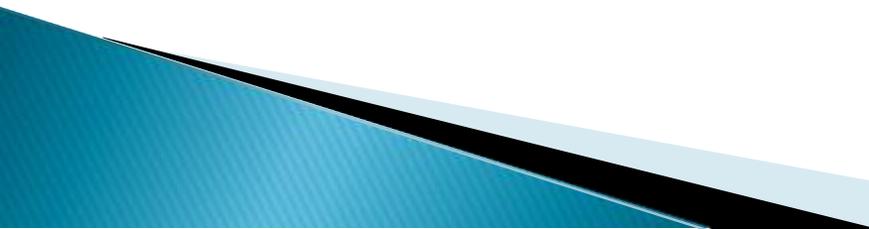
- ▶ Síndrome neuropsiquiátrico agudo.
 - ▶ Alteraciones subclínicas → confusión y coma.
 - ▶ **Alteración del nivel de consciencia + asterixis.**
Ausencia de focalidad neurológica.
 - ▶ DD con otras entidades!!!!
 - ▶ Excluir alteraciones hidroelectrolíticas, sepsis y patología intracraneal.
- 

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

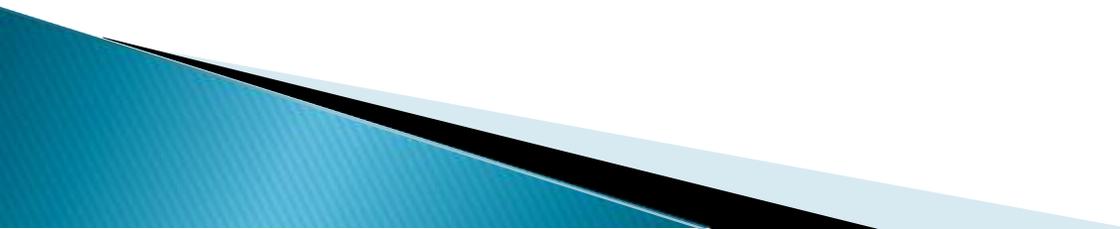
Grado	Características
I	Euforia o ansiedad. Leve falta de atención. Deterioro del desempeño de adición.
II	Letargia o apatía. Desorientación mínima en tiempo o lugar. Cambio sutil de personalidad. Comportamiento inapropiado. Deterioro del desempeño de sustracción.
III	Somnolencia a semiestupor, pero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

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

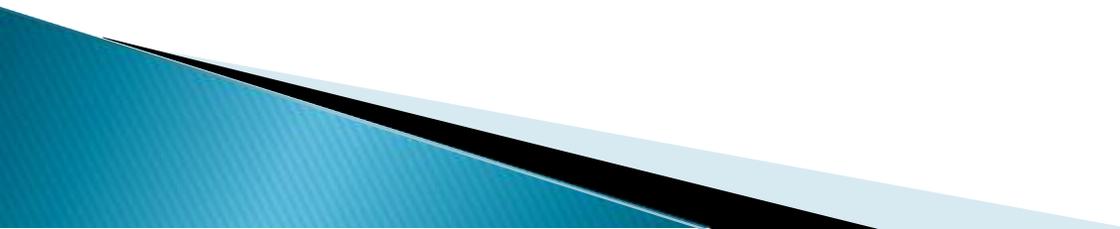
 - ▶ Analítica básica, orina, gasometría venosa, **PARACENTESIS DIAGNÓSTICA**, cultivos de sangre y orina, Rx de tórax.

 - ▶ 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

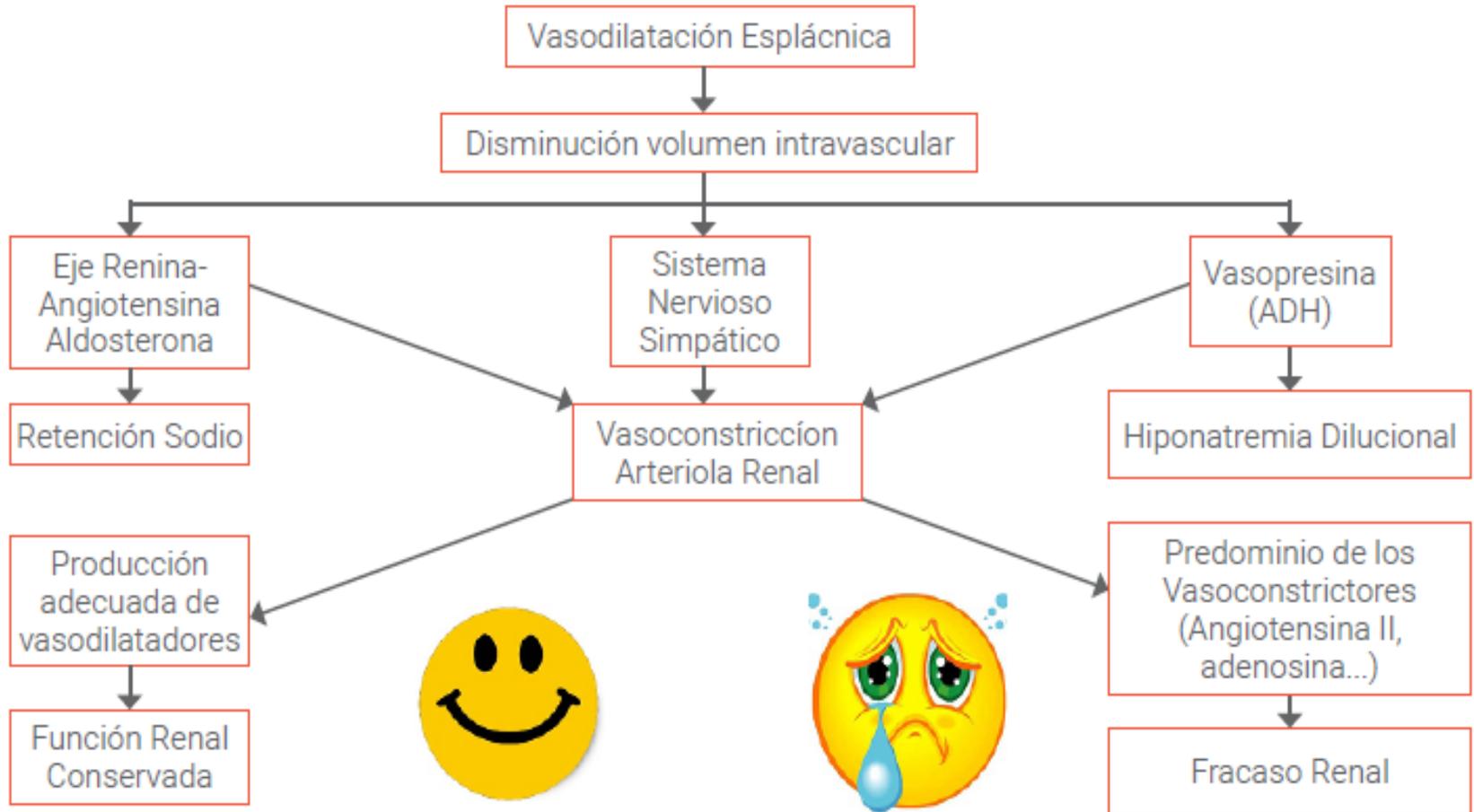


Figura 6. fisiopatología de los trastornos de la función renal del cirrótico.

- ▶ 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!!**
- ▶ **Opiaceos:** monitorización rigurosa → sedación, estreñimiento → EH. **Fentanilo transdérmico o transmucoso es de elección en el paciente cirrótico.

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.