



**Libros
Virtuales
IntraMed**



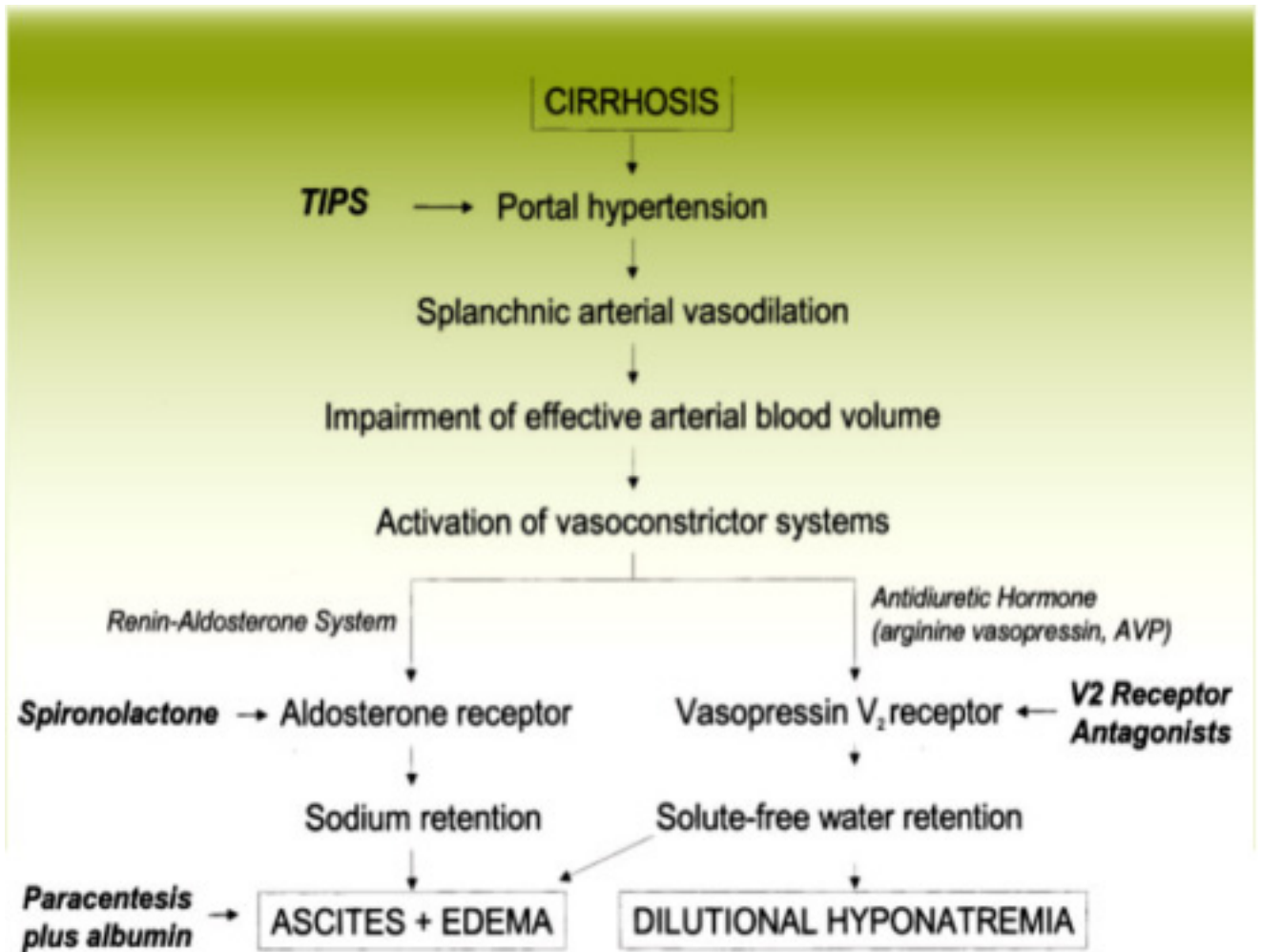
COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS

Las complicaciones de la cirrosis hepática son:

- ❖ Ascitis
- ❖ Peritonitis bacteriana espontánea
- ❖ Hemorragia digestiva por hipertensión portal
- ❖ Encefalopatía hepática
- ❖ Síndrome hepatorenal tipo I y II
- ❖ Hiponatremia dilucional

ASCITIS

Es la causa más frecuente de descompensación de la cirrosis, afectando en forma significativa la supervivencia de los pacientes, siendo de 85% al año de aparición bajando a 56% a los cinco años.



EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA

- ❖ Función hepática y test de coagulación.
- ❖ Estudio de laboratorio.
- ❖ ECO o TC.
- ❖ VEDA para evaluación de VE.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL Y CIRCULATORIA

- ❖ Medición de creatinina sérica y electrolitos.
- ❖ Medición del sodio urinario.
- ❖ Medición de la proteinuria.
- ❖ Medición y control de la presión arterial

EVALUACIÓN DEL LÍQUIDO ASCÍTICO

- ❖ Recuento celular: > de 250 PMN, es diagnóstico de PBE (ver PBE).
- ❖ Cultivo: debe inocularse 10 ml en frasco de hemocultivo.
- ❖ Medición de proteínas totales y albúmina: GASA >1.1: diagnóstico de http: presión portal mayor a 10 mmHg.
- ❖ Otros test como: glucosa, LDH, amilasa, triglicéridos, exámen citológico.

GASA	PROT asc	ENFERMEDAD
>1,1	<2,5	CIRROSIS
>1,1	>2,5	Insuficiencia Cardíaca; Budd-Chiari, ascitis mix
<1,1	>2,5	Enf. peritoneal (CA, TB)
<1,1	<2,5	Síndrome nefrótico.

PARÁMETROS PRONÓSTICOS

- ❖ Insuficiencia renal (creatinina >1.2 mg/dL)
- ❖ Sodio sérico (\leq 130 mEq/L)
- ❖ Sodio urinario (\leq 10 mEq/L)
- ❖ Presión arterial media (< 80 mmHg)
- ❖ Clasificación de Child-Pugh B-C
- ❖ Clasificación MELD >15

SI EL PACIENTE TIENE CUALQUIERA DE ESTOS FACTORES AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO O EN SU EVOLUCIÓN, DEBE SER EVALUADO PARA TRASPLANTE EN FORMA INMEDIATA

Clasificación clínica

ASCITIS NO REFRACTARIA

- ❖ Grado 1 Ascitis ecográfica no detectable por exploración clínica
- ❖ Grado 2 Ascitis detectable por exploración clínica
- ❖ Grado 3 Ascitis a tensión

ASCITIS REFRACTARIA

se denomina a la que no responde a dosis máxima de diuréticos (400 mg de Espironolactona - 160 mg de Furosemida) o es intratable por diuréticos debido a la aparición de efectos colaterales (falla renal, encefalopatía hepática, hipoNa, hiperK, mastodinea)

MANEJO DE LA ASCITIS

MEDIDAS GENERALES:

- ❖ Dieta hiposódica: 1.5 - 2 g
- ❖ Reposo
- ❖ Restricción hídrica a 1000 ml para la hipoNa
- ❖ Evitar AINES
- ❖ Con esto responde hasta el 20%

ASCITIS MODERADA:

- ❖ GENERALMENTE ES POSIBLE EL TRATAMIENTO AMBULATORIO
- ❖ COMENZAR CON MEDIDAS GENERALES Y DIURÉTICOS
- ❖ DIURÉTICOS: se recomienda comenzar con 200 mg de Espironolactona y 40 mg de Furosemida
- ❖ La pérdida de peso debe ser gradual: 300 - 500 g/día sin edemas y hasta 1000 g/día si presenta edemas periféricos.
- ❖ La dosis de la Espironolactona se puede incrementar en forma gradual cada 7 días, hasta una dosis máxima de 400 mg. La dosis máxima de furosemida es de 160 mg.

ASCITIS SEVERA:

- ❖ PARACENTESIS EVACUADORA (método de elección)
- ❖ CONTINUAR CON DIURÉTICOS A ALTAS DOSIS
- ❖ PREVENIR DISFUNCIÓN CIRCULATORIA, CON ALBÚMINA O EXPANSORES PLASMÁTICOS (8 g de albúmina por litro)

luego de los 5 litros)

- ❖ NO REALIZAR PARACENTESIS CON RIN MÁS DE 1.6; PLAQUETAS MENOS DE 50.000 PROTROMBINA MENOR DEL 40%

ASCITIS REFRACTARIA

- ❖ Se propone el manejo con paracentesis evacuadora cada 2-4 semanas
- ❖ TIPS: disminuye el mecanismo de retención del Na y mejora la respuesta a diuréticos
- ❖ Desventaja: alto costo, encefalopatía, estenosis (75%). No recomendado para Child C, no hay diferencias con sobrevida
- ❖ Alto riesgo de SHR
- ❖ Siempre descartar AINES antes del diagnóstico

PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA

- ❖ DEFINICION: mas de 250 PMN/mm³
- ❖ Las bacterias más frecuentes Son los BG - (70% E coli)
- ❖ Se produce por translocación bacteriana a los linfáticos desde la luz intestinal y de ahí bacteriemia seguida de colonización e infección del líquido ascítico
- ❖ PREVALENCIA: 10 - 30% de los cirróticos internados
- ❖ MORTALIDAD: 20%
- ❖ Recurrencia a un año si no es prevenida 70%
- ❖ Siempre descartar PBE
- ❖ Otra infecciones en cirróticos: ITU, neumonía, bacteriemias espontáneas

PMN	CULTIVO	ENTIDAD
>250	Pos	Peritonitis bacteriana
>250	Neg	Ascitis neutrocítica (PBE)
<250	Pos	Bacterioascitis

>250	Pos/neg	PBE debe tratarse
<250	Pos	Tratamiento
<250	Neg	Resolución / contaminación

TRATAMIENTO DE PBE

MANEJO

- ❖ TRATAMIENTO DEL EPISODIO AGUDO
- ❖ PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA
- ❖ PROFILAXIS PRIMARIA

EPISODIO AGUDO

- ❖ ATB: Cefotaxima 2 g c/12 hs o Ceftriaxona 1g c/12 hs. al menos 5 días (se recomienda hasta 8 días)
- ❖ Albúmina: evita la disfunción renal mejorando la respuesta a los ATB. Se administra en forma arbitraria a dosis de 1.5 g/Kg de peso al momento del diagnóstico y 1 g/Kg de peso a las 48 hs, los pacientes que más se benefician son los que presentan bilirrubina mayor a 4 mg/dl y creatinina > a 1 mg/dl

PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA

- ❖ SE DEBE REALIZAR A TODO PACIENTE QUE HAYA TENIDO PBE
- ❖ ¿HASTA CUÁNDO? Desaparición de la ascitis, trasplante o muerte
- ❖ ¿CÓMO? Con Norfloxacin 400 mg día.
- ❖ Esto disminuye la tasa de recurrencia de 70 a 20%, y si es por BG - de 60 a 3%.
- ❖ Se plantea la utilización de TMS para evitar la resistencia

PROFILAXIS PRIMARIA

- ❖ ¿A QUIÉN? TODO CIRRÓTICO CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE CUALQUIER CAUSA (es por la hipovolemia que aumenta la traslocación). Reduce de 27 a 8%
- ❖ ¿CÓMO? Con Norfloxacin 400 mg c/12 hs por 7 días
- ❖ Se evalúa la posibilidad de realizarla en pacientes con albúmina en líquido menor a 1 gr/dl. Si tiene más de 1 gr no desarrollarán PBE.
- ❖ Alto riesgo: bilirrubina total ≥ 3.2 + Plaquetas < 98.000/mm³ + proteínas totales en líquido ascítico < 1 g, la probabilidad de desarrollo de PBE es de 55% al año

“TODO PACIENTE CON EPISODIO DE PBE DEBE SER EVALUADO PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO”

Bibliografía

1. Pere Gine` s, M.D.,¹ and Andre´s Ca´rdenas, M.D. The Management of Ascites and Hyponatremia in Cirrosis. *Semin Liver Dis* 2008; 28:26–42. 2008
2. Puneeta Tandon, M.D.,¹ and Guadalupe Garcia-Tsao. Bacterial Infections, Sepsis, and Multiorgan Failure in Cirrhosis. *Semin Liver Dis* 2008; 28:26–42. 2008
3. Bruce A. Runyon. Management of Adult Patients With Ascites Due to Cirrosis. *HEPATOLOGY*, Vol. 39, No. 3, 2004.