



# Manejo de las urgencias del paciente cirrótico

A.M. Matilla Peña\*, A. Clemente Sánchez y L. Carrión

Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

## Palabras Clave:

- Hipertensión portal
- Hemorragia por varices
- Ascitis refractaria
- Encefalopatía hepática

## Keywords:

- Portal hypertension
- Variceal haemorrhage
- Refractory ascites
- Hepatic encephalopathy

## Resumen

**Tratamiento.** El mejor manejo de las complicaciones asociadas a la cirrosis hepática y la hipertensión portal ha hecho que disminuya de forma significativa su mortalidad.

**Hemorragia.** La hemorragia por varices esofágicas es una de las más graves urgencias médicas, siendo necesario un diagnóstico temprano que permita iniciar precozmente el tratamiento.

**Ascitis.** Es la complicación más frecuente del paciente cirrótico, de fácil manejo en estadios iniciales y de enorme complejidad en pacientes con criterios de ascitis refractaria con o sin deterioro de la función renal.

**Encefalopatía hepática.** Será fundamentalmente diagnosticada por sospecha clínica, siendo necesario siempre descartar causa orgánica que la justifique y de fácil manejo tratando específicamente la causa desencadenante, así como con medidas específicas.

## Abstract

### Managing emergencies for patients with cirrhosis

**Treatment.** A better management of complications associated to liver cirrhosis and portal hypertension has led to a significant decrease of their mortality.

**Hemorrhage.** Bleeding from esophageal varices is one of the most severe medical emergencies; an early diagnosis is required in order to start prompt treatment.

**Ascites.** It is the most common complication of cirrhotic patients, easily managed during early stages and of great complexity in patients who meet criteria for refractory ascites with or without impaired kidney function.

**Hepatic encephalopathy.** Diagnosis will be mainly based on clinical suspicion and ruling out a justifiable underlying organic cause is compulsory. Management is easy by treating the triggering causes, as well as taking specifically targeted measures.

## Hemorragia por hipertensión portal

### Hemorragia por varices esofágicas

#### Medidas generales de tratamiento y prevención de complicaciones

Se esquematizan en las tablas 1 y 2.

#### Medidas de tratamiento específico

**Tratamiento farmacológico.** Se precisan 2-5 días con fármacos vasoactivos:

1. Terlipresina: 2 mg cada 4 horas (1,5 mg si el peso es entre 50-70 kg y 1 mg si el peso es inferior a 50 kg) durante las primeras 48 horas y después 1 mg/4-6 horas. Está contraindicada en pacientes con cardiopatía, ya que sus efectos secundarios son similares, aunque más leves, a los de la vasopresina<sup>1</sup>.

2. Somatostatina: en bolo de 250 mcg (puede repetirse hasta 3 veces con una frecuencia horaria) y posteriormente

\*Correspondencia

Correo electrónico: aammatilla@gmail.com

TABLA 1

**Diagnóstico diferencial de la colestasis extrahepática**

|  |
|--|
| Valoración hemodinámica corrigiendo con la administración de sueroterapia en caso de inestabilidad e hipovolemia (objetivo: PAS 90-100 mm Hg y FC < 100 lpm)   |
| Valoración de la anemia y la necesidad de uso de hemoderivados. Con el objetivo de mantener una hemoglobina en torno a 8 g/dl  |
| Asegurar la vía aérea e incluso intubación orotraqueal antes de proceder a la endoscopia en pacientes con hemorragia masiva, encefalopatía grave o con saturación de oxígeno de más del 80-90%           |
| Valorar transfusión de plaquetas (manteniéndolas > 50.000) o plasma fresco congelado en caso de coagulopatía   |
| Eritromicina intravenosa (125-250 mg) como procinético 30 minutos antes de la gastroscopia. Puede ser de utilidad en pacientes con hematemesis reciente, favoreciendo la visualización en la exploración |

TABLA 2

**Prevención de las complicaciones de la hemorragia digestiva por varices**

**Encefalopatía hepática**

Disacáridos no absorbibles (lactulosa o lactitol) vía oral o por sonda nasogástrica

**Insuficiencia renal**

Prevenir el desarrollo mediante corrección de la hipovolemia y mantenimiento de la estabilidad hemodinámica

Evitar los fármacos nefrotóxicos y aquellas maniobras que puedan causar hipotensión arterial

**Infección bacteriana**

Profilaxis antibiótica con ceftriaxona 1 g/día o quinolonas, norfloxacino oral 400 mg/12 horas durante 7 días

TABLA 3

**Tratamiento de la ascitis de acuerdo con la gravedad**

| Clasificación de la ascitis |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| Grado                       | Definición   | Tratamiento   |
| 1                           | Ascitis leve solo detectable por ecografía                     | No precisa tratamiento  |
| 2                           | Ascitis moderada, se detecta por moderada distensión abdominal | Restricción de sodio y diuréticos   |
| 3                           | Ascitis importante, con marcada distensión abdominal           | Paracentesis evacuadora total, seguida de restricción de sodio y diuréticos |

en perfusión continua (250 mcg/hora). La dosis de 500 mcg/hora produce un mayor descenso en la presión portal, lo que podría traducirse en un mayor efecto hemostático, indicada en pacientes con sangrado activo en la endoscopia<sup>2</sup>. Tiene pocos efectos secundarios (hiperglucemia, náuseas, etc.) y generalmente leves.

**Tratamiento endoscópico** Realizar una endoscopia digestiva alta en las primeras 12 horas tras el ingreso; si existe sangrado activo o compromiso hemodinámico, la endoscopia digestiva alta debe hacerse dentro de las 6 horas. El diagnóstico se establece por la presencia de varices con sangrado activo, signos de hemostasia reciente (pezón de fibrina) o sangre en el estómago en ausencia de otras lesiones potencialmente sangrantes<sup>3,4</sup>.

La ligadura endoscópica con bandas elásticas (LEBE) ha demostrado un mejor control del episodio hemorrágico, con menos complicaciones locales que la escleroterapia. Por lo tanto, la terapia endoscópica de elección en pacientes con hemorragia por varices esofágicas (HVE) es la LEBE, debiendo reservarse la escleroterapia para los casos en que la ligadura no esté disponible o no sea técnicamente posible<sup>4</sup>.

**Terapia de rescate de la hemorragia refractaria o recidivante.** Se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Un segundo intento endoscópico es una alternativa válida.

2. Colocación de un taponamiento esofágico con sonda balón de Sengstaken-Blakemore, en HVE masiva con el fin de estabilizar hemodinámicamente al paciente hasta realizar un tratamiento definitivo. Sin embargo, su uso se asocia a complicaciones graves y es mal tolerado. La utilización de prótesis autoexpandibles (Danis) es una alternativa prometedora.

3. La derivación portosistémica percutánea intrahepática (DPPI) logra el control de la hemorragia en el 95% de los casos de hemorragia refractaria al tratamiento estándar<sup>5</sup>. Pese a ello, la mortalidad de estos pacientes es muy elevada (35%). Además, actualmente la utilización de prótesis cubiertas disminuye de forma muy significativa la incidencia de disfunción, la necesidad de reintervención y la recidiva clínica<sup>6</sup>. La anticipación de la realización de DPPI en pacientes con hemorragia por varices con Child C < 10 y Child B con hemorragia activa mejora la supervivencia.

**Hemorragia por varices gástricas**

Las varices fúndicas aisladas (IGV1) o en continuidad con las esofágicas (GOV2) requieren consideraciones específicas,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805092>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805092>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)