

# Complicaciones de la Cirrosis

## *en el Servicio de Urgencias*

Descripción · Diagnóstico · Tratamiento

HDA

Ascitis / PBE

Encefalopatía

SHR

# Objetivos de la sesión

1

## Reconocer

Identificar las principales descompensaciones agudas del paciente cirrótico en urgencias.

2

## Estratificar

Aplicar Child-Pugh, GEMA-Na y signos de gravedad para priorizar manejo y destino.

3

## Diagnosticar

Definir las pruebas mínimas necesarias para confirmar cada complicación.

4

## Tratar

Iniciar el tratamiento empírico precoz que cambia la mortalidad en las primeras horas.

# Cirrosis descompensada y estratificación

## Descompensación aguda

*Aparición o empeoramiento brusco de:*

- Hemorragia digestiva variceal
- Ascitis (nueva o refractaria)
- Encefalopatía hepática
- Ictericia progresiva
- Infección bacteriana / sepsis
- Lesión renal aguda / SHR

## Estratificación rápida

### Child-Pugh (5 ítems)

Bilirrubina · albúmina · INR · ascitis · encefalopatía

**A: 5-6** (compensada) · **B: 7-9** · **C: 10-15** (grave)

### GEMA-Na

Bilirrubina · INR · creatinina · sodio · género · edad · ascitis

*Predice mortalidad a 90 días.  $\geq 15$ : priorizar evaluación de trasplante.*

### ALERTA EN URGENCIAS

Toda descompensación = búsqueda activa de infección + función renal + electrolitos + hemograma + coagulación.

# Principales complicaciones



**HDA variceal**

Mortalidad 15-20%



**Ascitis**

Más frecuente



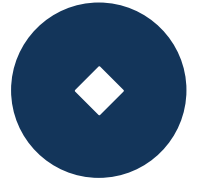
**PBE**

Sospechar siempre



**Encefalopatía**

Buscar precipitante



**SHR-LRA**

Pronóstico ominoso



**Hidrotórax**

Disnea + cirrosis



**Hiponatremia**

Marcador gravedad



**Sepsis**

Hasta 50% en cirrosis



# Hemorragia variceal aguda

## Definición y relevancia

Sangrado por rotura de varices esófago-gástricas en el contexto de hipertensión portal. Es la urgencia hepatológica con mayor mortalidad a corto plazo (15-20% a 6 semanas).

## Sospecha clínica

- Hematemesis franca, melenas o hematoquecia con inestabilidad.
- Hipotensión, taquicardia, palidez en cirrótico conocido.
- Empeoramiento brusco de encefalopatía o función renal.
- Anemización aguda con caída de hemoglobina.

## CIFRAS CLAVE

**15-20%**

mortalidad a 6 semanas

**30-40%**

resangrado sin profilaxis

**≥ 7 g/dL**

umbral transfusional

**< 12 h**

endoscopia precoz

# HDA variceal — diagnóstico y tratamiento

## DESCRIPCIÓN

Confirmación endoscópica obligatoria. La estabilización hemodinámica y el tratamiento farmacológico no deben demorarse esperando a la endoscopia.

## DIAGNÓSTICO

- Anamnesis dirigida: cirrosis conocida, AINE, alcohol, sangrado previo.
- Hemograma, coagulación, función renal, gasometría, lactato, grupo y pruebas cruzadas.
- Endoscopia digestiva alta en las primeras 12 h tras estabilización.
- Diagnóstico endoscópico: varices con estigmas de sangrado (jet, coágulo).
- Considerar TC si sangrado masivo o sospecha de fístula aorto-entérica.

## TRATAMIENTO

- Vía periférica gruesa x2, cristaloides restrictivos. Hb objetivo 7-8 g/dL.
- Somatostatina: bolo inicial 250 mcg, luego 6 mg/24h. Terlipresina 2 mg/4 h IV (o somatostatina/octreotida) durante 3-5 días.
- Antibiótico profiláctico precoz: ceftriaxona 1 g/24 h IV x 7 días.
- Endoscopia urgente: ligadura con bandas (esofágicas) o cianoacrilato (gástricas).
- Refractario: balón Sengstaken-Blakemore como Puente, protésis tipo Danis, TIPS de rescate.
- IBP IV (omeprazol/pantoprazol) y profilaxis de encefalopatía con lactulosa.

# Ascitis: descripción y diagnóstico

## DESCRIPCIÓN

Acúmulo de líquido en cavidad peritoneal por hipertensión portal y disfunción circulatoria. Es la primera descompensación más frecuente. Clasificación EASL: G1 (eco), G2 (moderada), G3 (a tensión).

## DIAGNÓSTICO

- Exploración: matidez en flancos, oleada ascítica, distensión.
- Ecografía abdominal: confirma y guía paracentesis.
- Paracentesis diagnóstica obligada en TODA ascitis nueva o ingreso.
- Análisis: recuento celular + albúmina + proteínas + cultivo en frasco hemocultivo.
- GASA  $\geq$  1,1 g/dL = hipertensión portal.

## CLASIFICACIÓN EASL

**Grado 1** — sólo detectable por ecografía.

**Grado 2** — moderada, distensión simétrica.

**Grado 3** — a tensión, disnea, dolor.

**Refractaria** — no responde a diuréticos a dosis máxima o reaparición precoz tras paracentesis.

# Ascitis: tratamiento en urgencias

## Medidas generales

- Restricción de sodio: < 80-90 mEq/día ( $\approx$  5 g sal).
- Restricción hídrica solo si Na < 125 mEq/L.
- Diuréticos: espironolactona 100 mg + furosemida 40 mg/día (ratio 100:40).
- Aumentar cada 3-5 días hasta máximo 400 + 160 mg/día.
- Pérdida ponderal objetivo: 0,5 kg/día sin edemas; 1 kg/día con edemas.
- Evitar AINE, IECA/ARA-II, aminoglucósidos.

## Paracentesis evacuadora

- Indicada en ascitis a tensión (G3) o refractaria.
- Extracción de gran volumen (> 5 L): reposición de albúmina 8 g por cada litro extraído.
- < 5 L: cristaloides; albúmina opcional.
- Punto: fosa ilíaca izquierda o línea media infraumbilical.
- Contraindicaciones relativas: CID grave, fibrinólisis, infección de pared.
- Vigilar disfunción circulatoria post-paracentesis.

# PBE — sospechar siempre

## DESCRIPCIÓN

Infección del líquido ascítico sin foco intraabdominal evidente. Prevalencia 10-30% en cirróticos hospitalizados. Mortalidad sin tratamiento > 50%; con tratamiento precoz < 20%.

## DIAGNÓSTICO

- Sospecha en TODO paciente cirrótico con ascitis ingresado.
- Síntomas: dolor abdominal, fiebre, encefalopatía, deterioro renal o leucocitosis (a veces asintomática).
- Paracentesis diagnóstica: PMN  $\geq 250/\text{mm}^3$  → diagnóstico.
- Cultivo del líquido en frasco de hemocultivo (E. coli, Klebsiella, S. pneumoniae).
- Hemocultivos en paralelo. Procalcitonina puede ayudar.
- Diferencial: peritonitis secundaria (PMN muy altos, polimicrobiano, glucosa baja, LDH alta).

## TRATAMIENTO

- Antibiótico empírico precoz: cefotaxima 2 g/8 h IV (o ceftriaxona 2 g/24 h) x 5-7 días.
- Si nosocomial o exposición previa: piperacilina-tazobactam o carbapenémico.
- Albúmina 1,5 g/kg día 1 y 1 g/kg día 3 si Cr > 1 mg/dL, BT > 4 mg/dL o BUN > 30 (previene SHR).
- Suspender betabloqueantes si hipotensión o LRA.
- Profilaxis 2ª: norfloxacin 400 mg/24 h (o ciprofloxacino) de por vida o hasta trasplante.
- Reevaluar paracentesis a las 48 h si no mejora (caída de PMN  $\geq 25\%$ ).

# PBE: profilaxis y red flags

## Profilaxis primaria

*Indicada en pacientes de alto riesgo:*

- Hemorragia digestiva: ceftriaxona 1 g/24 h IV x 7 días.
- Proteínas en líquido ascítico < 1,5 g/dL + función hepática o renal alterada.
- Fármaco de elección ambulatorio: norfloxacin 400 mg/24 h.
- Alternativa: ciprofloxacino 500 mg/día o trimetoprim-sulfametoxazol.

## Red flags en urgencias

- Hipotensión, taquicardia, fiebre o hipotermia.
- Encefalopatía nueva o que empeora sin causa clara.
- Lesión renal aguda durante el ingreso.
- Leucocitosis o leucopenia con desviación izquierda.
- Cualquier dolor abdominal en cirrótico con ascitis.
- Ante duda: paracentesis y comenzar antibiótico empírico.

# Encefalopatía hepática: descripción

## DESCRIPCIÓN

Disfunción cerebral reversible debida a la insuficiencia hepática y/o shunt porto-sistémico, con acumulación de neurotoxinas (amonio). Casi siempre hay un factor precipitante identificable.

## Clasificación West Haven

Grado	Clínica	Asterixis
I	Bradipsiquia, alteración del sueño, irritabilidad	Leve
II	Letargia, desorientación leve, conducta inapropiada	Presente
III	Estupor, somnolencia, desorientación grave	Marcada
IV	Coma, no responde a estímulos	Ausente

## PRECIPITANTES

- Infección (PBE, ITU, neumonía)
- Hemorragia digestiva
- Estreñimiento
- Deshidratación / diuréticos
- Hiponatremia, hipopotasemia
- Sedantes, BZD, opiáceos
- Incumplimiento de lactulosa
- Lesión renal aguda

# Encefalopatía: diagnóstico y tratamiento

## DESCRIPCIÓN

Diagnóstico fundamentalmente clínico. La búsqueda y corrección del precipitante es tan importante como el tratamiento específico.

## DIAGNÓSTICO

- Anamnesis a familiar: cambios cognitivos, ritmo sueño-vigilia, asterixis.
- Exploración: orientación, atención, asterixis, signos focales.
- Análisis: glucosa, electrolitos, función renal y hepática, amonio.
- Amonio sérico apoya pero no confirma; valor normal no descarta.
- TC craneal si: focalidad, traumatismo, primer episodio, sin mejora.
- Descartar siempre infección: paracentesis, urocultivo, Rx tórax, hemocultivos.

## TRATAMIENTO

- Tratar el precipitante (infección, sangrado, electrolitos, fármacos).
- Lactulosa 25 ml/2-4 h hasta 2-3 deposiciones blandas/día (oral o por SNG).
- Si no tolera vía oral: enemas de lactulosa 300 ml + 700 ml agua cada 6-8 h.
- Rifaximina 550 mg/12 h vía oral (recurrencias, refractarios).
- Soporte: protección vía aérea si grado III-IV, sueroterapia, evitar sedantes.
- Nutrición: NO restringir proteínas; objetivo 1,2-1,5 g/kg/día.

# SHR-LRA (AKI): descripción y criterios

## DESCRIPCIÓN

Lesión renal aguda funcional en cirrosis con ascitis, secundaria a vasoconstricción renal por intensa vasodilatación esplácnica. Diagnóstico de exclusión. Pronóstico ominoso sin tratamiento precoz.

## Criterios diagnósticos (ICA-AKI 2015)

- Cirrosis con ascitis.
- Aumento creatinina  $\geq 0,3$  mg/dL en 48 h o  $\geq 50\%$  en 7 días.
- Sin mejora tras retirar diuréticos y expansión con albúmina 1 g/kg/día x 2 días.
- Ausencia de shock.
- Sin nefrotóxicos recientes (AINE, contrastes, aminoglucósidos).
- Sin signos de daño estructural (proteinuria  $< 500$  mg/día, hematuria, ECO normal).

## Tipos clínicos

**SHR-LRA (antes tipo 1)** — curso rápido, pronóstico grave, requiere tratamiento urgente.

**SHR-NLRA (antes tipo 2)** — deterioro renal lento, asociado a ascitis refractaria.

### Diferencial obligado:

necrosis tubular aguda, prerrenal por hipovolemia, nefropatía por contraste, glomerulopatías.

# SHR-LRA: tratamiento

## PUNTO CRÍTICO

Toda creatinina elevada en cirrosis con ascitis es SHR hasta demostrar lo contrario. Iniciar siempre por retirada de diuréticos y nefrotóxicos + expansión con albúmina 1 g/kg (máx. 100 g) durante 2 días.

## Tratamiento específico

- Terlipresina IV: 1 mg/4-6 h en bolo o infusión 2 mg/24 h, escalando hasta 12 mg/día.
- Asociar siempre albúmina 20-40 g/día.
- Duración: hasta respuesta ( $Cr < 1,5$  mg/dL) o máximo 14 días.
- Alternativa: noradrenalina IV en UCI si no se dispone de terlipresina.
- Midodrina + octreotida + albúmina: opción si no UCI ni terlipresina.

## Vigilancia y derivación

- Monitorizar: TA, balance hídrico, signos de sobrecarga, isquemia periférica.
- Contraindicaciones de terlipresina: cardiopatía isquémica, vasculopatía severa.
- Hemodiálisis solo como puente a trasplante o recuperación.
- Considerar TIPS en casos seleccionados.
- Derivación a Hepatología/UCI: todo SHR-LRA confirmado o sospechado.
- Trasplante hepático: tratamiento definitivo.

# Hidrotórax hepático y síndrome hepatopulmonar

## Hidrotórax hepático

Derrame pleural (>500 ml) en cirrosis sin enfermedad cardiopulmonar. Predominio derecho (70%). Aparece por paso del líquido ascítico a través de defectos diafragmáticos.

### Diagnóstico

- Rx/eco torácica + toracocentesis.
- Trasudado, descartar empiema bacteriano espontáneo (PMN  $\geq$  250/mm<sup>3</sup>).

### Tratamiento

- Restricción Na + diuréticos (igual que ascitis).
- Toracocentesis evacuadora si disnea.
- Refractario: TIPS / trasplante.
- Evitar drenaje pleural permanente (alta mortalidad).

## Síndrome hepatopulmonar

Hipoxemia por dilataciones vasculares intrapulmonares en cirrosis. Tríada: enfermedad hepática + hipoxemia (PaO<sub>2</sub> < 80 / gradiente A-a  $\geq$  15) + dilataciones vasculares.

### Sospecha en urgencias

- Disnea, platipnea, ortodeoxia.
- Cianosis, acropaquias, telangiectasias.
- Confirmación: ecocardio con burbujas + GA.

### Manejo

- Oxigenoterapia suplementaria.
- No hay tratamiento médico eficaz.
- Trasplante hepático: única opción curativa.

# Sepsis e infecciones bacterianas

## DESCRIPCIÓN

Hasta el 50% de los ingresos en cirrosis cursan con infección. La inmunoparálisis y la traslocación bacteriana favorecen sepsis. Pueden ser silentes: sin fiebre ni leucocitosis. Mortalidad 4 veces mayor que en no cirróticos.

## DIAGNÓSTICO

- Sospecha sistemática en TODA descompensación.
- Focos frecuentes: PBE, ITU, neumonía, bacteriemia, celulitis, C. difficile.
- Pruebas: hemocultivos x2, urocultivo, paracentesis, Rx tórax, procalcitonina, lactato.
- Considerar SARM, BLEE y MDR si nosocomial o exposición previa.
- qSOFA y SOFA pueden infraestimar gravedad en cirrótico.

## TRATAMIENTO

- Antibiótico empírico precoz (< 1 h) según foco y epidemiología local.
- Comunitaria leve: cefalosporina 3ª. Comunitaria grave/MDR: pip-tazo o meropenem.
- Añadir cobertura SARM (vancomicina/linezolid) si nosocomial o SOFA elevado.
- Reanimación con cristaloides equilibrados; albúmina si hipoalbuminemia + shock.
- Vasopresores: noradrenalina objetivo TAM  $\geq$  65 mmHg.
- Suspender betabloqueantes en sepsis con hipotensión o LRA.

# Ideas para llevar a tu próximo turno

1 Toda descompensación obliga a buscar infección activamente.

2 En HDA variceal: somatostatina + ATB profiláctico antes de la endoscopia.

3 Toda ascitis nueva o ingreso → paracentesis diagnóstica.

4 PBE: PMN  $\geq 250/\text{mm}^3$  → ceftriaxona + albúmina precoz.

5 Encefalopatía: tratar el precipitante, no restringir proteínas.

6 Cr elevada en cirrótico con ascitis = SHR hasta probar lo contrario.

7 Hb objetivo 7-8 g/dL: evitar la sobre-transfusión.

8 INR alterado NO equivale a riesgo hemorrágico ni a sangrado activo.

9 Hiponatremia  $< 125$  → suspender diuréticos, restricción hídrica.