

# Síndrome Ascítico

## Edematoso - Cirrosis

*En la hidropesía hepática avanzada, el médico viejo los deja morir; el médico joven, los mata.*

**Alex Schmidt (1865)**

- **INGRESAR A:** **PISO**  
**UTI** si existe compromiso hemodinámico y/o encefalopatía hepática 3 o 4

- **CONTROLES DE ENFERMERIA:**

Signos vitales cada 1 hora, pulso y TA acostado y sentado  
Balance de Ingresos y Egresos hídricos.

Avisar al medico en caso de:

Diurésis menor a 30 cm<sup>3</sup>/hora  
Frecuencia Cardiaca > 120 o < 50  
T.A. < 100/ 60 o > 160/90  
Frecuencia Respiratoria > 25 o < 10  
Temperatura > 37°C o < 35,5°  
Estado mental alterado  
Menos de dos deposiciones diarias

- **ACTIVIDAD PERMITIDA:** Reposo absoluto en cama.
- **MEDICIONES DIARIAS:** Balance hídrico; diámetro abdominal (medido en el plano que pasa por el ombligo) y diámetro de miembros inferiores (medido a 4 cm. por debajo del borde inferior de la rotula); peso corporal en kilogramos.
- **DIETA:** Las primeras 24 horas se indica una dieta basada en frutas.  
Luego: dieta con 0,5 gramos de sal por día  
Restricción hídrica (1 a 1,5 litros por día)  
Proteínas 75 – 100 gramos por día; 60 gramos por día en caso de encefalopatía, precoma o coma.

- **TERAPEUTICA ESPECIFICA:**

**OBJETIVO:**

**Si tiene edemas** en miembros inferiores, lograr una pérdida de 0,5 a 1 Kg. por día.

**Si NO tiene edemas**, intentar una pérdida de solo 0,25 a 0,5 Kg por día

- **MEDICACION:** discontinuar cualquier droga que sea hepato - tóxica.
- **PARACENTESIS DIAGNOSTICA:** nunca dejar de realizar la extracción de una muestra del liquido ascítico (tener en cuenta que si la Albúmina sérica – Albúmina ascitis es > 1,1 sugiere hipertensión portal)
- **PARACENTESIS TERAPEUTICA:** esta indicada cuando hay
  1. Ascitis a tensión
  2. Compromiso hemodinámico (disnea, hipotensión) por la ascitis
  3. Ascitis refractaria a diuréticos, o efectos secundarios intolerables.

Puede extraerse el volumen total de ascitis (aunque algunos autores aconsejan no extraer más de 5 litros de ascitis por sesión), y repetirla durante varios días, hasta que se resuelva en gran parte la ascitis, teniendo la precaución de reemplazar la albúmina extraída, por la administración por infusión endovenosa de:

**OPCION A:** ALBUMINA HUMANA 20%, 50 mL (1 mL = 200 mg), dar 12,5 gramos por cada litro de ascitis removida:

$$\frac{12,5 \times \text{litros de ascitis}}{10} = Q \text{ (Cantidad) de frascos albúmina 20\% de 50ml a pasar}$$

Velocidad de goteo: 35 a 70 gotas por minuto. Si bien la albúmina es cara (entre \$81,52 a \$114,36 por frasco), su administración tiene la ventaja que reduce la cantidad de días de internación.

**OPCION B:** PLASMA, 1 unidad por cada 2,5 litros de ascitis removida.

**OPCION C:** Dextrán 40, 500 cm<sup>3</sup> por cada 2,5 litros de ascitis removida, a goteo rápido.

### **DIURETICOS:**

- **ESPIRONOLACTONA:** comprimidos de 25- 100 mg, administrar 25 mg cada 6 horas; Incrementar 100 mg por día, hasta una dosis total de 400 mg por día.

Si no responde, agregar:

- **FUROSEMIDA** comprimidos de 40 mg, administrar 40 a 120 mg por día, por vía oral (excepcionalmente se puede llegar hasta 240 mg)

Si no responde, agregar:

- **ALBUMINA 20%**, 100 mL endovenoso a 70 gotas por minuto, y seguida a los 5 minutos de FUROSEMIDA, ampollas de 40 mg, a una dosis de 40 a 80 mg en bolo, cada 6 a 8 horas.

Si tampoco responde, considerar los

- **CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL SINDROME HEPATORENAL** (de acuerdo al Club Internacional de Ascitis\*)

#### **CRITERIOS MAYORES**

- ❖ Rango de filtración glomerular bajo, indicado por una CREATININA sérica mayor que 1,5 mg/ dL o un Clearance de creatinina menor que 40 mL por minuto.  
*Ausencia de shock, infección bacteriana continua, perdida de fluidos, y de tratamiento habitual con drogas nefrotóxicas.*
- ❖ No-mejoría sostenida en la función renal (disminución en la creatinina sérica a 1,5 mg / dL o menos, o incremento en el Clearance de creatinina a 40 mL por minuto o más) siguiendo a la supresión de los diuréticos y expansión del volumen plasmático con 1,5 litro de expansores plasmáticos
- ❖ Proteinuria menor que 50 mg por día y no evidencias ecográficas de uropatía o enfermedad renal parenquimatosa.

#### **CRITERIOS ADICIONALES**

- ❖ Volumen urinario menor que 500 mL por día
- ❖ Sodio urinario menor que 10 mEq / L
- ❖ Osmolaridad urinaria mayor que la Osmolaridad plasmática
- ❖ Hematíes urinarios: menos de 50 células por campos de alta resolución
- ❖ Concentración de sodio sérico inferior a 130 mEq/ L

*(\*) Solo un criterio mayor es necesario para el diagnóstico de síndrome hepatorenal*

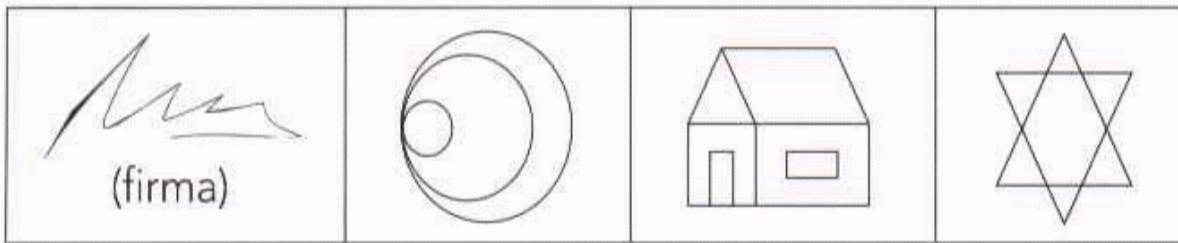
El tratamiento del **SINDROME HEPATO RENAL** se realiza con **ALBÚMINA 20%**, 100 mL endovenoso a 70 gotas por minuto cada 6 horas, y con **TERLIPRESINA**, Fco. Ampolla de 1mg; esta pro hormona, se utiliza en una dosis de 0,5 (para menos de 50 Kg. de peso) a 1 mg (para mas de 70 Kg.) cada 4 horas, en el síndrome ascítico edematoso (la mitad de dosis que para el tratamiento de la hemorragia por varices esofágicas); se la administra por vía endovenosa en un minuto, con monitoreo de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, por no más de 24 a 36 horas. Contrarresta la vasodilatación esplácnic y sistémica, al ser una hormona vasopresora, aumentando la presión de filtración glomerular, y contrarrestando la vasoconstricción renal que se produce por disminución de la síntesis de Prostaglandina E2. Esta contraindicada en shock séptico, embarazo, lactancia, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular, arritmias, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, y mayores de 70 años. La mejoría es transitoria y no prolonga la supervivencia.

Y si tampoco responde, considerar:

- Colocación de **SHUNT PORTOSISTEMICO INTRAHEPatico TRANSYUGULAR**, para manejo a corto plazo de la ascitis y hemorragia digestiva por varices esofágicas, en espera de **TRANSPLANTE HEPATICO**.

#### □ **TERAPEUTICA COMPLEMENTARIA:**

- **POLIVITAMINICO**, administrar 1 ampolla en un frasco de hidratación, o 1 comprimido por vía oral.
  - **ACIDO FOLICO Y COMPLEJO B:** 1 ampolla intramuscular por día si el Quick es mayor a 60%.
  - **RANITIDINA**, comprimidos de 300 mg por día
  - **VITAMINA K**, 1 – 10 mg, administrada diluída en un frasco de 500 mL, o por vía subcutánea (NUNCA por vía endovenosa – *hay informes de muerte súbita* -). No sobrepasar la dosis total de 30 mg.
- **EXAMENES COMPLEMENTARIOS:** Rx de Tórax; Electrocardiograma; Ecografía abdominal y Eco Doppler de Vena Porta; Centellograma Hepato esplénico; evaluar punción biopsia hepática si hay imágenes nodulares; evaluar Endoscopia Digestiva Alta.
- **EVALUACION CLINICA:** mediante la gráfica diaria, con pruebas de coordinación, que tienen más sensibilidad que la determinación de amoniaco:



Se compara la calidad gráfica de los dibujos, día a día, lo cual refleja el grado de encefalopatía hepática, y se guardan en la historia clínica.

#### □ **INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DE CIRROSIS HEPATICA**

- Virus B:** Hbe Ag., ADN del Virus Hepatitis B por PCR, IgM anti Virus Hepatitis
- Virus C:** Anti HCV (ELISA)
- Virus D:** Anti HDV (delta)
- Auto inmune:** ANA, anti músculo liso, Gammas Globulina altas, Anticuerpo anti LKM1.

**Enfermedad de Wilson:** Anillo Kaysher –Fleisher, Cobre en orina elevado, Ceruloplasmina disminuida; Cobre en hígado aumentando.

**Déficit de Alfa-1 antitripsina:** Dosaje en sangre.

**Hemocromatosis:** Aumento de ferrémia; Aumento del 50% en la saturación de transferrina; Aumento de Ferritina.

**Dosis de Alcohol cirrogénica:** 8 -15% de 120gr por día durante 10 anos ( 1/4 whisky; 1 L vino; 8 latas cervezas).

**Insuficiencia Cardíaca derecha:**

**Cirrosis Biliar Primaria:** Anticuerpos anti mitocondriales

**Fármacos y tóxicos:**

aldomet, isoniacida, Acetaminofeno, cloruro de carbono, cloroformo, metales pesados, mercaptopurina, fósforo, tetraciclinas, ácido valproico, Vitamina A, Amiodarona, Aspirina, Carbamacepina, Cloranfenicol, Diclofenac, halothano, ketoconazol, oxacilina, fenilbutazona, Fenitoina, piracinamida, Quinidina, estreptomycin, azatioprina, estrógenos, esteroides anabólicos, metiltestosterona, amoxi – clavulánico, clorotiácida, clorpromacina, clorpropamida, eritromicina, penicilamina, proclorperacina, sulfadiacina, tiouracilo, sulfonamidas.

## **INDICACIONES DE BIOPSIA HEPATICA**

**Hepatitis auto inmune:** confirma y da pronóstico antes de iniciar el tratamiento.

**Hepatitis viral crónica:** confirma y da pronóstico antes de iniciar el tratamiento

**Cuando se desconoce la causa.**

**Hígado graso:** es controvertida; intentar reducir peso y tratar diabetes si existe.

**Transaminasas:** leve aumento con estudios negativos: no esta indicada hacerla

□ **CRITERIOS PREDICTIVOS DE MUERTE Y NECESIDAD TRANSPLANTE**

• **Criterios del King's College**

**Fallo Hepático causado por Acetaminofeno:**

pH < 7,30 independiente del grado encefalopatía

Tiempo de Protrombina > 100 seg. y Creatinina > 3,4 con encefalopatía III o IV.

**Fallo Hepático por otras causas:**

pH < 7,30 independiente de grado encefalopatía.

O sino:

3 de las siguientes variables, independiente del grado de encefalopatía:

Edad < 10 años o > 40 años

Fallo hepático causado por No A No B, halothano, drogas

Duración de la ictericia, antes de la encefalopatía > 7 días

Tiempo Protrombina > 50 segundos

Bilirrubina > 17,5mg/ dL

• **Criterios del Hospital Beaujon**

A. encefalopatía hepática (independiente del grado) y Factor V de coagulación inferior al 30% (si tiene mas de 30años).

B. encefalopatía hepática (independiente del grado) y Factor V de coagulación inferior al 20% (si tiene menos de 30años).

**ALGUNAS CAUSAS DE FALLO HEPÁTICO AGUDO:**

<b>Virales</b>	Hepatitis A, B, C, D, E, o F? Herpes Simplex
<b>Drogas</b>	Acetaminofeno Reacciones idiosincrásicas
<b>Toxinas</b>	Tetracloruro de carbono Amanita Phalloides Fósforo
<b>Eventos vasculares</b>	Isquémia Enfermedad venoclusiva Golpe de calor
<b>Misceláneas</b>	Infiltración Maligna Enfermedad de Wilson Hígado graso agudo del embarazo Síndrome de Reye.

- **LABORATORIO:** Rutina G y Rutina I; L.D.H.; gamma – GT; 5 - nucleotidasa; amilasa, lipasa, coagulograma completo; serología para Virus de la Hepatitis A–B–C, Mononucleosis y Citomegalovirus; inmunoelectroforesis (Ceruloplasmina; alfa 1 anti-tripsina); ferrémia, transferrina; FAN.; estudio del líquido ascítico.

**CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES**

Lo más relevante en un paciente con un episodio nuevo de ascitis, es ejecutar una punción peritoneal y hacer diagnóstico de la causa. También es fundamental punzar un paciente con enfermedad hepática conocida, en el cual se presenta un deterioro clínico súbito, o empeora su encefalopatía, o tiene fiebre de causa inexplicada. Un error diagnóstico o una demora en el diagnóstico de Peritonitis Bacteriana Espontánea, puede llevar a la sepsis y aumentar significativamente la morbilidad y mortalidad