

**XXIV Congrés de la Societat Catalana de Digestologia**

**Girona , 29-31 Gener 2015**

**Recomanacions per l'Avaluació i  
Tractament del Pacient Cirròtic Crític**

**Grup de Treball de la SCD**

# GRUP DE TREBALL SOBRE EL PACIENT CIRRÒTIC CRÍTIC

Carles Aracil

Maria Cinta Cardona

Susanna Coll

Javier Fernández

Joan Genescà

Manuela Hombrados

Marta Martín-Llahí

Rosa Maria Morillas

Albert Pardo

Jordi Sánchez-Delgado

Elsa Solà

Germán Soriano

Victor Vargas

Xavier Xiol

Pere Ginès

Hospital Arnau de Vilanova

Hospital Verge de la Cinta

Hospital del Mar

Hospital Clínic

Hospital Vall d'Hebron

Hospital Dr Josep Trueta

Hospital Moisès Broggi

Hospital Germans Trias i Pujol

Hospital Joan XXIII

Corporació Sanitària Parc Taulí

Hospital Clínic

Hospital de Sant Pau

Hospital Vall d'Hebron

Hospital de Bellvitge

Hospital Clínic

# AVALUACIÓ I TRACTAMENT DEL PACIENT CIRRÒTIC CRÍTIC

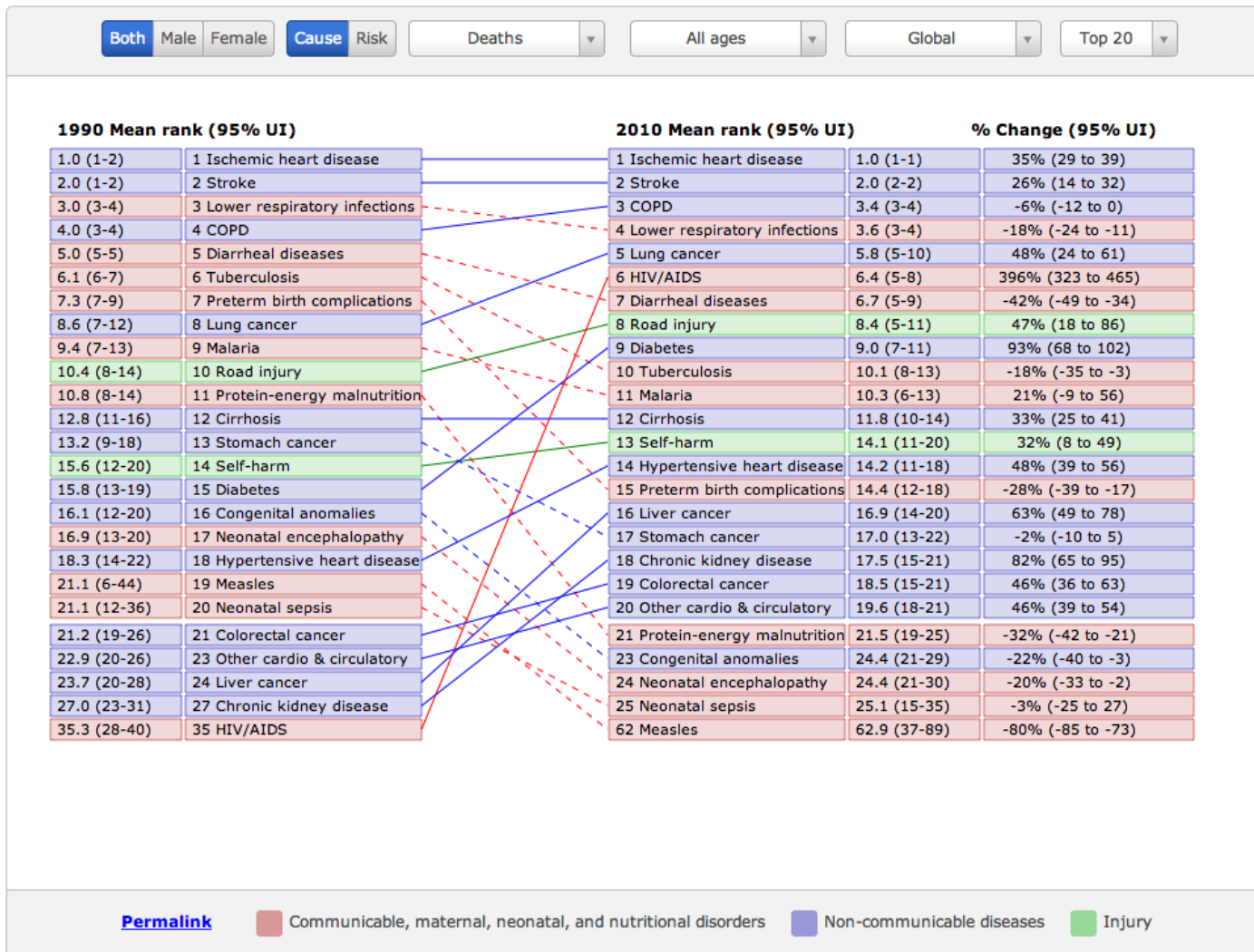
## Premisses

- La cirrosi hepàtica és una malaltia molt prevalent i una causa molt freqüent de mort
- Les complicacions greus tenen millor pronòstic si reben una atenció i tractament intensius
- Existeixen poques unitats especialitzades en el tractament d'aquests pacients
- Hi ha una clara resistència a l'ingrés de pacients amb cirrosi a les unitats generals de medicina intensiva

# GLOBAL MORTALITY

## Global Burden of Disease Study 2010

### All ages (in thousands)

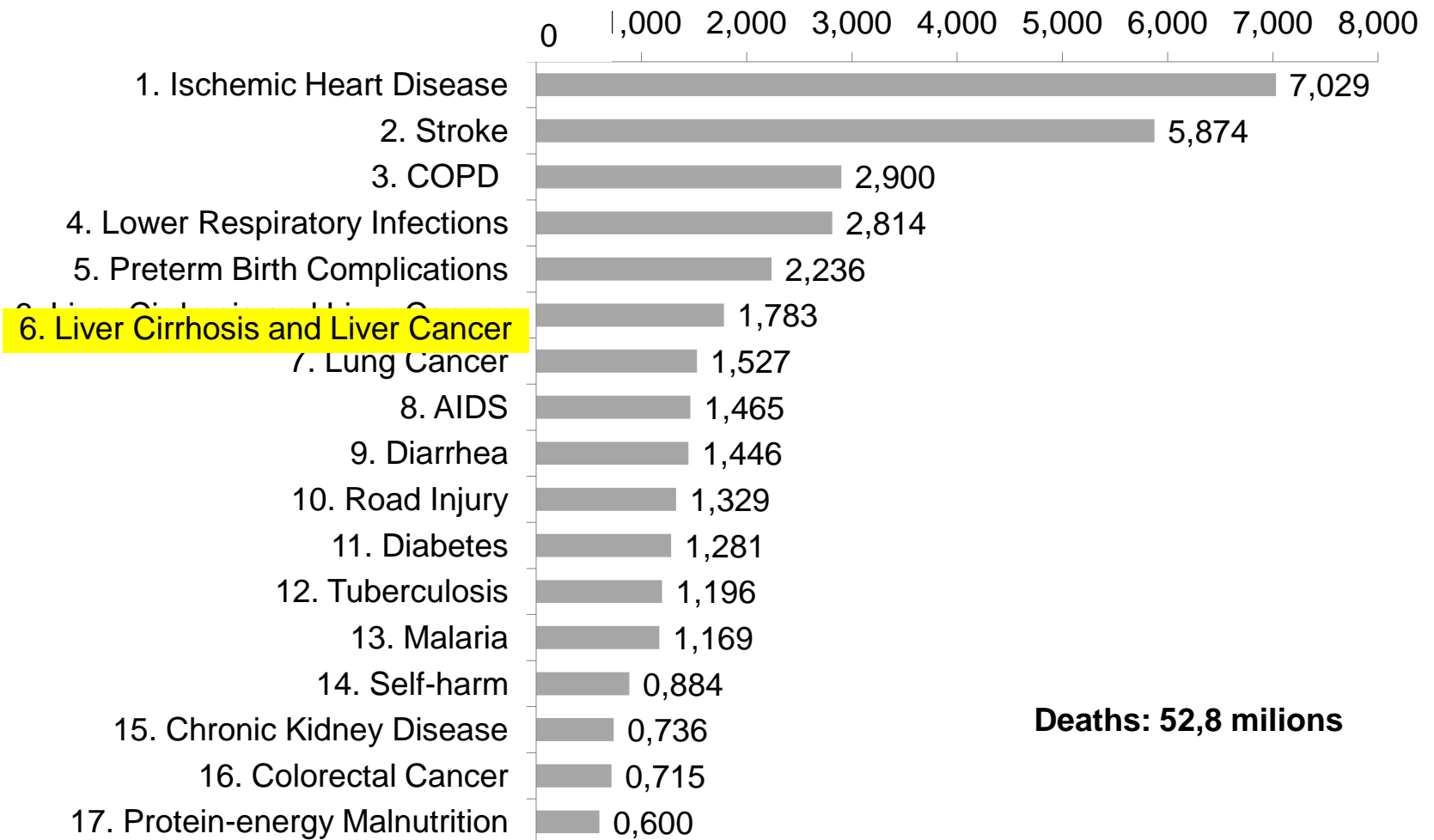


Murray CJL, et al. The Lancet 2012

# GLOBAL MORTALITY

## Global Burden of Disease Study 2010

### All ages (in thousands)



# AVALUACIÓ I TRACTAMENT DEL PACIENT CIRRÒTIC CRÍTIC

## Objectius

- Aportar recomanacions de diagnòstic i tractament de les complicacions greus de la cirrosi que puguin servir a tots els centres per la identificació i tractament inicial d'aquests pacients
- Proporcionar la base racional que recolzi l'ingrés dels pacients a les unitats de medicina intensiva
- Aportar recomanacions per el trasllat de pacients a centres de trasplantament hepàtic

# AVALUACIÓ I TRACTAMENT DEL PACIENT CIRRÒTIC CRÍTIC

## Àrees analitzades

- Sèpsia i shock sèptic
- Insuficiència renal aguda
- Encefalopatia hepàtica
- Hemorràgia digestiva per varices
- Insuficiència hepàtica crònica aguditzada
- Pronòstic i situacions de futilitat

# SÈPSIA GREU I SHOCK SÈPTIC

## Recomanacions (1)

- Diagnòstic precoç de la infecció i la causa per mètodes habituals. Inici ràpid de la reanimació en el lloc del diagnòstic (urgències, sala d'hospitalització). No esperar a que el pacient arribi a la Unitat de Crítics
- Inici de tractament antibiòtic empíric d'ampli espectre adequat lo abans possible, preferentment en el termini d'una hora després del diagnòstic
- Infeccions comunitàries: cefalosporines de tercera generació o amoxicil·lina-clavulànic
- Infeccions nosocomials:
  - Baixa prevalença de bacteris multirresistents: piperazobactam
  - Alta prevalença de bacteris multirresistents: carbapenem ± glicopèptid



# SÈPSIA GREU I SHOCK SÈPTIC

## Recomanacions (2)

- Líquids: cristal·loides (fisiològic o Ringer). No hidroxietilalmidons. Albúmina en PBE. Evitar sobredosificació de cristal·loides per risc de hipervolemia i anasarca: potencial paper de l'albumina
- Vasoconstrictor d'elecció: noradrenalina
- Insuficiència suprarrenal relativa: tractament controvertit. Indicats en shock refractari
- Instrumentalització: via central i sonda uretral. Catèter arterial si fracàs respiratori o shock. Retirada ràpida de vies i sonda post-resolució
- Suport nutricional precoç

# INSUFICIÈNCIA RENAL AGUDA

## Recomanacions. Diagnòstic

- Monitoritzar sovint la creatinina en pacients hospitalitzats per complicacions de la cirrosi
- Petits increments de creatinina representen reduccions importants del filtrat glomerular sobretot en valors propers al límit de la normalitat
- Utilitzar la classificació AKIN que valora petits increments de creatinina ( $>0,3$  mg/dL) per identificar la insuficiència renal de forma precoç
- Un cop diagnosticada, cal investigar el tipus (SHR, hipovolèmic, NTA, nefrotòxics). Molt important: investigar possibles infeccions associades i tractar-les

# INSUFICIÈNCIA RENAL AGUDA

## Recomanacions. Tractament

- Ús de catèters endovenosos i sonda uretral individualitzat
- Fluids en els pacients amb IRA hipovolèmica. A la resta, vigilar l'administració excessiva de fluids
- El tractament d'elecció de la SHR-1 en pacients candidats a trasplantament és terlipressina i albúmina. En la resta de pacients, decisió individualitzada. Teràpia de suport renal no és primera línia
- En pacients seleccionats amb necrosi tubular aguda que no responen al tractament convencional està indicada la teràpia de substitució renal

# ENCEFALOPATIA HEPÀTICA

## Recomanacions

- La classificació més utilitzada és la de West Haven (I a IV)
- Sovint hi ha un factor precipitant que cal identificar i tractar
- Descartar causes diferents de la EH en el cas de focalitat neurològica, convulsions,...
- Investigar shunts portosistèmics en els casos recurrents
- L'amonièmia és poc útil perquè sovint sol estar elevada a la cirrosi avançada. No obstant, nivells normals qüestionen el diagnòstic d'EH
- Els malalts amb EH grau III-IV (Glasgow < 8) han de ser intubats per protegir la via aèria

# HEMORRÀGIA DIGESTIVA PER VARICES

## Recomanacions

- Reposició ràpida de volum per mantenir la pressió arterial sistòlica > 90-100 mmHg
- Mantenir la concentració d'hemoglobina entre 7 i 9 g/dL. Evitar la sobretransfussió
- Profilaxi antibiòtica (norfloxacino baix risc, ceftriaxona alt risc)
- Tractament farmacològic i endoscòpic combinats, iniciats lo abans possible
- Sondes-baló de Sengstaken-Blakemore o Linton en casos d'hemorràgia massiva. Intubació prèvia del malalt
- TIPS precoç en pacients d'alt risc (Child B i sagnat actiu o Child C  $\leq$  13)

# INSUFICIÈNCIA HEPÀTICA CRÒNICA AGUDITZADA (ACLF)

## Conceptes

- Síndrome que es produeix en pacients amb cirrosi caracteritzada per fracàs d'òrgan(s) i que té una alta mortalitat
- Fracàs d'òrgans definits per els criteris CLIF-SOFA
- Desencadenants freqüents: infeccions bacterianes i alcohol
- No exclusiu de cirrosi avançada. Sovint apareix en pacients prèviament compensats. Aquests casos són especialment greus
- Patogènia possiblement relacionada amb una alteració immunològica amb augment de citoquines inflamatòries
- Síndrome molt dinàmica. L'avaluació del pronòstic cal fer-la al cap de 3-7 dies del diagnòstic
- No existeix un tractament específic

# PRONÒSTIC I CRITERIS DE FUTILITAT

## Recomanacions d'ingrés a Unitats de Crítics

- Qualsevol pacient amb una complicació aguda greu (sèpsia, shock sèptic, insuficiència renal aguda, encefalopatia hepàtica, hemorràgia per varices o ACLF) amb MELD baix/mig hauria de ser ingressat a una Unitat de Crítics o semicrítics
- En pacients amb ACLF i MELD alt ( $>30$ ) s'aconsella també ingrés a Unitat de Crítics o semicrítics i valorar l'evolució precoç. Si als 3-7 dies de tractament intensiu els pacients tenen 4 o més fracassos orgànics o un índex CLIF-A ACLF  $> 64$  s'aconsella la limitació de l'esforç terapèutic, mentre no existeixi un tractament específic i eficaç del ACLF

# RECOMANACIONS DE CONTACTE AMB UN CENTRE DE TRASPLANTAMENT

- Es recomana contractar amb un centre de trasplantament per tots els pacients amb complicacions greus de la cirrosi que estiguin en llista d'espera o que siguin potencials candidats a trasplantament
- El contacte s'hauria de fer en fases inicials de les complicacions sense esperar a situacions properes a la futilitat





***No rebem una vida breu, sinó que la fem breu, i no n'anem escassos, sinó que la regalem sense mesura***

Sèneca, ¿És breu la vida?