

PROTOCOLO INGRESO CIRROSIS / HEPATITIS AGUDA. 2025. Dr Noelia Campos

DEFINICIÓN / CONCEPTOS RELEVANTES:

- La hipertensión portal es la complicación más frecuente y grave de la cirrosis hepática. Sus manifestaciones principales incluyen la ascitis, trastornos de la función renal, peritonitis bacteriana espontánea (PBE), encefalopatía hepática (EH), hemorragia variceal y el síndrome hepatopulmonar.
 - **PBE:** infección del líquido ascítico en ausencia de perforación o foco séptico intraabdominal aparente. Causa principal gérmenes de origen entérico
 - **AKI (insuficiencia renal aguda en CH):** aumento de la creatinina sérica ≥ 0.3 mg/dL en un periodo de 48 horas o aumento $\geq 50\%$ respecto al valor basal que ha ocurrido o, presumiblemente ha ocurrido, en los últimos 7 días (tabla 1), una vez descartadas otras causas de insuficiencia renal.
 - **EH:** síndrome confusional agudo que incluye desde alteraciones subclínicas de habilidades cognitivas hasta episodios de confusión y coma. Descartar otras causas (encefalopatía metabólica, meningoencefalitis, lesión estructural, fármacos, abstinencia...)
 - **Descompensación edemoascítica (DEA):** presencia de ascitis (acumulación patológica de líquido en cavidad abdominal) generalmente con edemas asociados.
- Hepatitis aguda alcohólica (HAA): hepatitis aguda tras un período de ingesta prolongado y excesivo de alcohol. Pacientes con o sin cirrosis subyacente. Alteraciones típicas: elevación de bilirrubina (>3 mg/dL) con elevación moderada de transaminasas (<400 UI/L) con predominio de GOT (GOT/GPT > 1.5), aumento de GGT y leucocitosis (tabla 2). Existen índices para establecer gravedad (Maddrey, ABIC...).
- Hepatitis aguda (HA): daño o inflamación del hígado de menos de 6 meses de duración caracterizado por una elevación de transaminasas hasta 10 veces por encima del límite superior de la normalidad y fosfatasa alcalina < 3 veces el límite superior de la normalidad tras un insulto agudo (hepatitis viral, sobreingesta de paracetamol, fármacos hepatotóxicos...) en un paciente sin enfermedad hepática previa. La clínica suele ser inespecífica (astenia, anorexia, prurito, molestias abdominales...) hasta que aparece ictericia. Cuando asocia coagulopatía e ictericia y posteriormente desarrolla encefalopatía hepática se considera fallo hepático agudo o hepatitis fulminante.

CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

- Todo paciente que requiera de la realización de una paracentesis, administración de enemas de lactulosa o su situación clínica lo requiera (inestabilidad hemodinámica...).
- Hepatitis aguda grave (vigilancia neurológica)

CRITERIOS DE VALORACION POR UCI

- Cirrosis hepática descompensada con inestabilidad hemodinámica asociada que no responde a tratamiento.
- En hepatitis aguda grave con mala evolución analítica o que asocia encefalopatía

CRITERIOS CLINICOS DE INGRESO EN PLANTA:

- PBE confirmada tras paracentesis.
- AKI 1b o superior
- EH que no responde a tratamiento con enemas / intolerancia a vía oral
- 1ª descompensación edemoascítica o ascitis asociada a otras complicaciones
- Hepatitis aguda con criterios de gravedad (ictericia y coagulopatía - INR > 1.5 -)

CRITERIOS DE CALIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

- Historia completa con tratamientos previos (si es cirrótico conocido el tratamiento actual, uso de fármacos nefrotóxicos, en hepatitis aguda tratamientos nuevos, consumo de productos de herbolario, viajes recientes al extranjero, relaciones sexuales de riesgo, tatuajes...) con descripción de evolución en Urgencias, especialmente terapéuticas aplicadas.
- Complementarios mínimos descritos: analítica general, Rx tórax PA y L, sistemático de orina, sedimento y urocultivo, si ascitis paracentesis diagnóstica y evacuadora si precisa.
- Conceptos básicos terapéuticos al ingreso/ durante su estancia en Observación:
 - **En PBE:** Análisis líquido: si PMN > 250/mm³ iniciar tratamiento antibiótico. De entrada ceftriaxona 2g, salvo sospecha de adquisición intrahospitalaria en la que se pautará imipenem 500mg/6h iv.
Si datos de gravedad (bilirrubina > 4mg/dL o BUN > 30mg/dL): pautar albúmina a 1.5g/kg primer día y 1g/kg tercer día
Tener en cuenta si presenta 2/3: proteínas > 1g/dL, glucosa < 50mg/dL o LDH > 225 mU/mL → realizar TC abdominal por sospecha de peritonitis bacteriana secundaria.
 - **En AKI:** Pautar albúmina 1g/kg y retirar diuréticos.
 - **En EH:** Administrar enemas de lactulosa cada 4-6 horas hasta que sea posible su administración vía oral: 20-30g de lactulosa /4-6 horas y tratar causas desencadenantes.
En caso de no responder a tratamiento y presentar focalidad neurológica se debe realizar un TC cerebral.
Los niveles de amonio en sangre presentan una alta tasa de falsos positivos y negativos, por lo que no es una prueba muy fiable.
 - **En DEA:** En paracentesis evacuadora reposición con albúmina (8 gramos por cada litro extraído → 1 bote de 10 g por cada litro y medio) e iniciar tratamiento con 100mg de espirolactona y 40mg de furosemida al día.
 - **En HAA:** Pautar vitamina K, tiamina y piridoxina. Si datos de gravedad pautar metilprednisolona 40mg día iv.
 - **En HA grave:** Retirar todos los fármacos que tome el paciente salvo tratamientos hormonales y mantener únicamente tratamiento de soporte. En caso de desarrollo de fallo hepático agudo o en intoxicaciones por paracetamol está indicado el tratamiento con N-acetilcisteína (tabla 3).

CRITERIOS DE SEGURIDAD DE TRANSFERENCIA DESDE AREA DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN:

- Situación clínica, constantes, parámetros previos a la transferencia: No inestabilidad hemodinámica (sO₂ > 92%, PAS > 90, FC < 100, FR < 25, diuresis > 1 ml/Kg/hora).
- Transferencia con monitorización. Equipo de transferencia no abandona al enfermo hasta recepción por personal de planta. Facilitar acompañante.

CRITERIOS DE TRASLADO A HOSPITAL DE REFERENCIA:

Consultar con servicio de Digestivo de Hospital Carlos Haya de Málaga en casos de hepatitis aguda grave con mala progresión (INR > 1.5 que desarrolla alteraciones del estado mental, hipoglucemia, oliguria o acidosis metabólica).

CRITERIOS DE ALTA DESDE URGENCIAS Y DESTINO (En ausencia de criterios de ingreso):

- AKI 1a. Retirar diuréticos y posibles fármacos nefrotóxicos y asegurar que tiene prevista revisión en consulta (comentar con Digestivo en horario de mañana en caso de duda)
- Encefalopatía hepática que responde a enemas/lactulosa y ausencia de otras complicaciones: dejar pautada lactulosa oral en caso no tenerla y asegurar que tiene prevista revisión en consulta (comentar con Digestivo en horario de mañana en caso de duda).
- Descompensación edemoascítica que no asocie otras complicaciones y que ya ha tenido otras previas: ajuste de tratamiento diurético y asegurar que tiene prevista revisión en consulta (comentar con Digestivo en horario de mañana en caso de duda).

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" y Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

- Hepatitis aguda leve sin criterios de gravedad (ausencia de ictericia y de coagulopatía): retirar posibles fármacos hepatotóxicos y comentar con Digestivo para cita próxima en consulta y control analítico estrecho.

TABLAS

TABLA 1. DEFINICIÓN Y ESTADIOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN LA CIRROSIS DE ACUERDO CON LOS NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL CLUB INTERNACIONAL DE ASCITIS (CRITERIOS ICA-AKI)

DEFINICIÓN DE AKI

Aumento de la creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL ($\geq 26,5$ μ mol/L) en un período de 48 horas o aumento $\geq 50\%$ respecto al valor basal que ha ocurrido, o presumiblemente ha ocurrido, en los últimos 7 días

ESTADIOS DE AKI

AKI 1	Aumento de la creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL ($26,5$ μ mol/L) $\geq 1,5$ -2 veces respecto al valor basal • AKI 1a: creatinina sérica al diagnóstico $< 1,5$ mg/dL • AKI 1b: creatinina sérica al diagnóstico $\geq 1,5$ mg/dL
AKI 2	Aumento de la creatinina sérica > 2 -3 veces respecto al valor basal
AKI 3	Aumento de la creatinina sérica > 3 veces respecto al valor basal, ≥ 4 mg/dL ($353,6$ μ mol/L) con un aumento agudo $\geq 0,3$ mg/dL ($26,5$ μ mol/L) o inicio de terapia de sustitución renal

TABLA 2. DEFINICIONES DE CONSENSO DE HEPATITIS AGUDA ALCOHÓLICA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO (CRITERIOS MÍNIMOS)

- Ictericia de comienzo reciente (8 semanas)
- Consumo activo de alcohol > 40 g/día (mujeres) o 60 g/día (hombres) durante > 6 meses con < 60 días de abstinencia antes del comienzo de la ictericia
- GOT > 50 , GOT/GPT $> 1,5$ con ambos valores < 400 UI/L
- Bilirrubina sérica > 3 mg/dL

HAA DEFINITIVA

Cumple criterios clínicos + confirmación histológica (biopsia)

HAA PROBABLE

Cumple criterios clínicos y ausencia de factores de confusión:

- Pacientes con historia de alcoholismo y alteraciones de laboratorio típicas: ausencia de marcadores de autoinmunidad (ANA $< 1:160$ o SMA $< 1:80$) o enfermedad metabólica hepática, ausencia de sepsis, shock, abuso de cocaína o uso reciente de fármacos con potencial hepatotoxicidad en los últimos 30 días

HAA POSIBLE

Cumple criterios clínicos pero con potenciales factores de confusión:

- Posible hepatitis isquémica (sangrado gastrointestinal grave, hipotensión o uso de cocaína en los últimos 7 días), posible enfermedad hepática inducida por fármacos, ausencia de certeza sobre el abuso de alcohol o presencia de hallazgos de laboratorio atípicos (GOT < 50 o > 400 , GOT/GPT $< 1,5$), o de marcadores de autoinmunidad
- En estos casos se recomienda la biopsia para la confirmación de HAA.

Tabla 3. Dosis de N-acetilcisteína administrada en perfusión intravenosa según el origen del fallo hepático agudo

Paracetamol	No paracetamol (72 horas de tratamiento)
• 150 mg/kg* en 1 hora seguido de • 12,5 mg/kg/h en 4 horas seguido de • 6,25 mg/kg/h en 16 horas • Repetir perfusión de 6,25 mg/kg/h hasta resolución del fallo hepático o trasplante hepático durante un máximo de 5 días.	• 150 mg/kg* en 1 hora seguido de • 50 mg/kg/h en 4 horas seguido de • 6,25 mg/kg/h en 67 horas
*Dilución en 250 mL de suero glucosado al 5%	

BIBLIOGRAFIA:

- *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*, 7.ª ed., de F. Javier Montero Pérez y Luis Jiménez Murillo. 2023.
- *Urgencias y Emergencias en gastroenterología y hepatología*. 3ª ed. de Miguel Montor Huguet y Juan Carlos García Pagán. 2022