

GUÍA DE ACTUACIÓN EN UNA GUARDIA DE MEDICINA INTERNA:

Prevención y Tratamiento del Síndrome Hepatorrenal

(Dr. Alfonso Infantes; 16/06/2009)

SINDROME HEPATORRENAL

El síndrome Hepatorrenal se define como: Insuficiencia renal funcional en el marco de un paciente cirrótico con hipertensión portal y ascitis y en ausencia de una nefropatía intrínseca. Se caracteriza por una vasoconstricción intensa de la vasculatura arterial renal con oliguria y retención ávida de Na.

Incidencia: El 8% en un año y el 39% en 5 años.

Clínica: Oliguria con una diuresis de 400 a 800 ml/día, con una evolución progresiva.

En el diagnóstico hay que: Demostrar una reducción del Filtrado Glomerular, Diferenciar SHR de otros tipos de insuficiencia renal, por ej. en la necrosis tubular aguda en paciente cirrótico y ascitis cursa con oliguria, [Na] orina baja, y osmolaridad en orina mayor que plasma. Al carecer de test diagnósticos específicos de SHR, el Diagnóstico es por exclusión de otras causas.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

Criterios mayores:

- 1.- Hepatopatía aguda o crónica con insuficiencia hepática e hipertensión portal.
- 2.- F. G. bajo con Cr >1.5 mg/dl o Aclaramiento Cr <40 ml/min
- 3.- Ausencia de Tto con fármacos nefrotóxicos, shock, infección, pérdida reciente e importante de líquidos.
- 4.- Ausencia de mejoría FR después de retirar diuréticos y expansión de volumen con 1.5 l de s. salino isotónico o albúmina a dosis única de 1 gr/kg peso.
- 5.- Proteinuria < 500 mg/dl y ausencia en ECO de nefropatía obstructiva o parenquimatosa

Criterios Menores:

- 1.- Volumen de orina < 500 ml/día
- 2.- osmolaridad en orina mayor que en plasma.
- 3.- Na en orina < 10 mEq/l.
- 4.- Eritrocitos en orina < 50 /campo de gran aumento
- 5.- Concentración Sérica Na < 130 mEq/l

CLASIFICACION:

TIPO I: Insuficiencia renal importante y rápidamente progresiva, definida por un aumento del doble de la creatinina sérica hasta valores > 2.5 mg/dl en menos de 2 semanas. Frecuentemente ocurre con factores precipitantes.

TIPO II: Insuficiencia renal moderada (Creatinina sérica < 2.5 mg/dl), mantenida y constantemente progresiva.

TRATAMIENTO:**TRATAMIENTO DE SINDROME HEPATORRENAL TIPO 1:**

TERLIPRESINA: Dosis, comenzar con 0.5 mg/4h. Si creatinina sérica no desciende mas del 30 % al tercer día, la dosis debe ser duplicada.

ALBUMINA: Comenzar con 1 gr/kg peso el primer día, continuando con 20 a 40 gr/día.

En pacientes respondedores se mantiene hasta normalización de creatinina o creatinina sérica <1-5 mg/dl, en general hasta 2 semanas. Induce remisión en el 34 – 84 % de los casos

Factores predictivos de respuesta positiva a Tratamiento: bajos niveles de creatinina sérica al diagnóstico de SHR. Un alto índice de Child-Pugh (>10) o MELD >20, es predictivo de fallo de tratamiento. Aproximadamente el 50 % no mejora función renal con tratamiento vasopresor y albúmina, importante descartar necrosis tubular aguda.

En pacientes candidatos a trasplante, establecer prioridad alta.

Evaluar trasplante hepático.

Considerar TIPS si no hay respuesta a vasoconstrictores.

Realizar hemodiálisis sólo si existe indicación.

TRATAMIENTO SINDROME HEPATORRENAL TIPO 2:

-Utilizar diuréticos para el tratamiento de la ascitis sólo si aumentan significativamente la natriuresis (>30 mEq/día).

-Tratar la recidiva de la ascitis mediante paracentesis repetidas con albúmina ev.

-Restringir el aporte de líquido si existe hiponatremia dilucional

-Evaluar trasplante hepático.

PREVENCION SINDROME HEPATORRENAL:

1.- Peritonitis bacteriana espontánea: Albúmina i.v , con una dosis inicial de 1,5g/kg , seguida de una segunda dosis al tercer dia 1g/kg

2.- Paracentesis total superior a 5 L: Albúmina iv a dosis de 8g/L ascitis extraída

3.- Hepatitis alcohólica grave: Pentoxifilina a dosis de 1200 mg/día durante 28 días.

PREVENCION DE DISFUNCION RENAL:

1.- Ascitis Ingresado: Norfloxacino 400 mg/día

2.- Diuréticos: ajustar dosis para perder hasta 500 gr/dia si no edemas y hasta 1000 gr/día si edemas

3.- AINES: evitarlos

4.- Sonda vesical evitar en lo posible

5.- Infecciones: Control precoz

6.- Paracentesis terapéutica con reposición albúmina: 8 gr/ litro de ascitis extraído.