

Paciente con Cirrosis y Hemorragia Digestiva Alta que Consulta al Servicio de Urgencias. ¿Qué debo Hacer?



Dra. Indira Calzadilla Lara

Referencias



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología



Baveno VI

**April
10-11, 2015**

Grand Hotel Dino
Baveno, Lake Maggiore, Italy

www.baveno6.com

SILVER JUBILEE

Baveno VI Consensus Workshop:
Stratifying Risk and Individualizing
Care for Portal Hypertension

Pediatric Satellite Meeting
Controversies in the Management of Varices in Children – An International Forum
April 11-12, 2015



Baveno VII

CONSENSUS WORKSHOP
PERSONALIZED CARE
IN PORTAL HYPERTENSION

Grand Hotel Dino | Baveno, Lake Maggiore, Italy
20-21 March 2020



EASL POSTGRADUATE COURSE END STAGE LIVER DISEASE

10-11 APRIL 2019



AMERICAN ASSOCIATION FOR
THE STUDY OF LIVER DISEASES



Organización Panamericana
de Gastroenterología

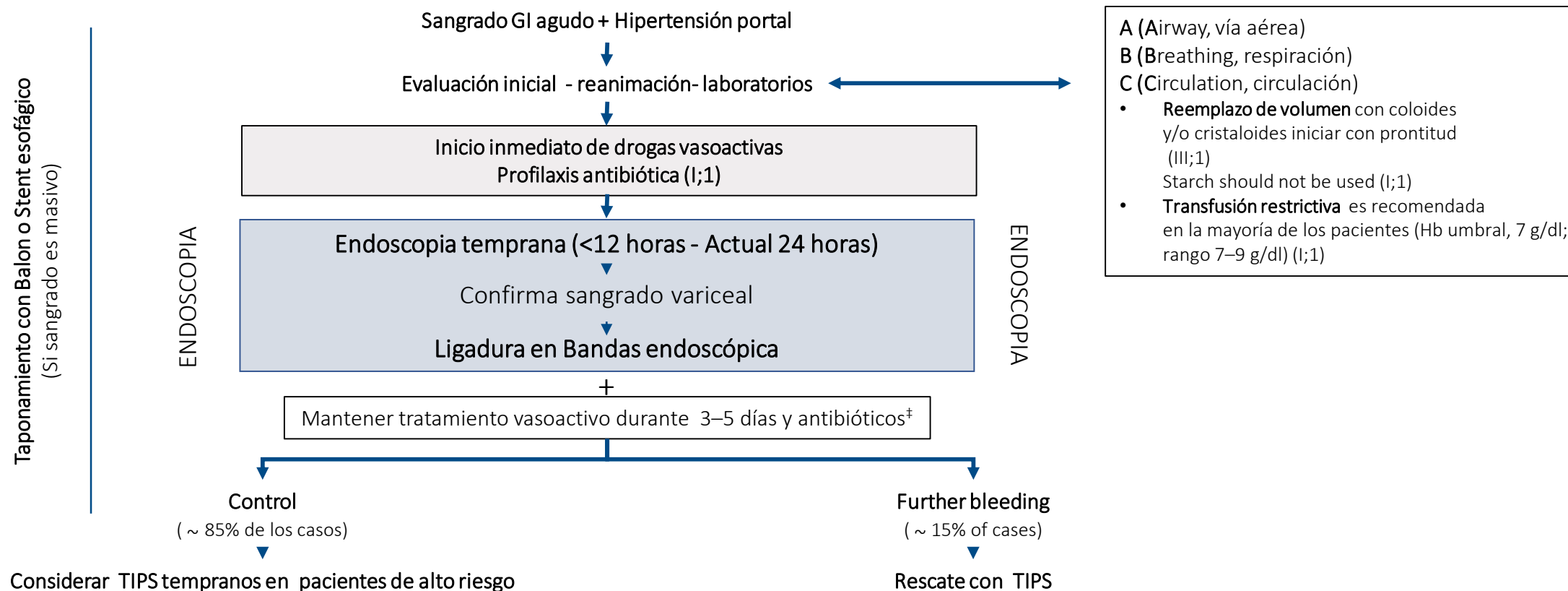
CURSO DE GASTROENTEROLOGÍA TUBO DIGESTIVO ALTO 2019

MODALIDAD ONLINE



- **Emergencia médica:** alta tasa de complicaciones y mortalidad en pacientes cirróticos

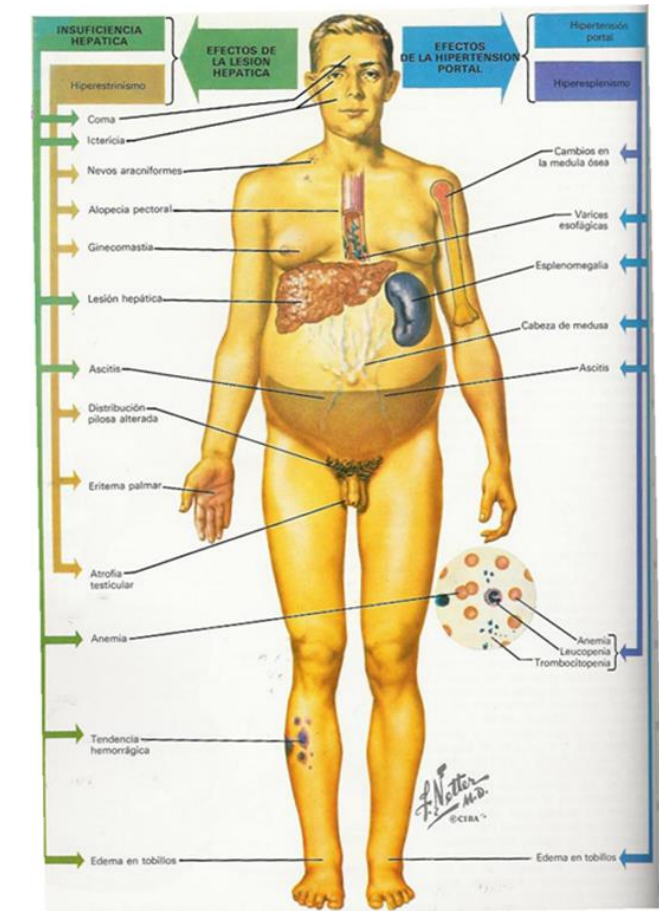
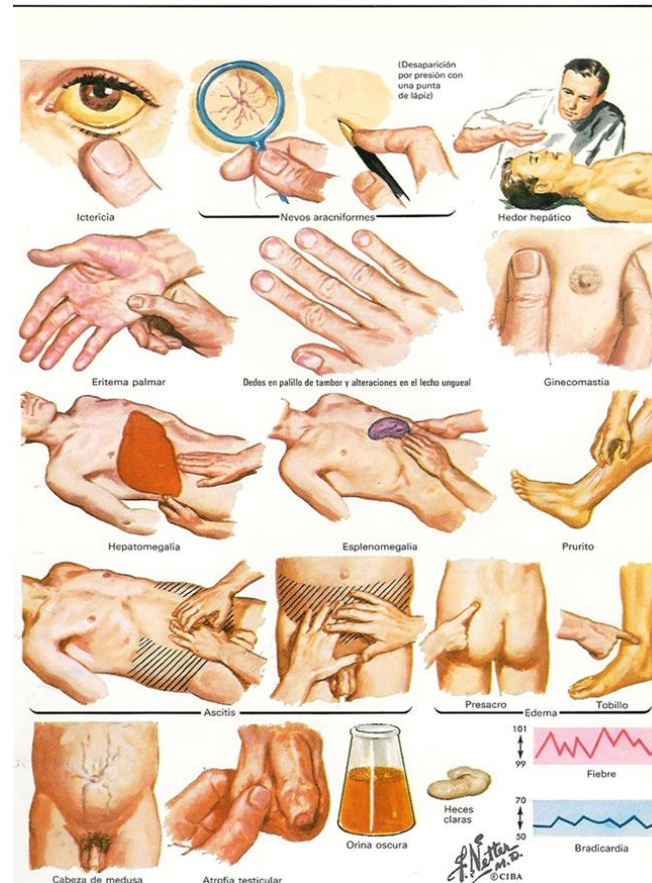
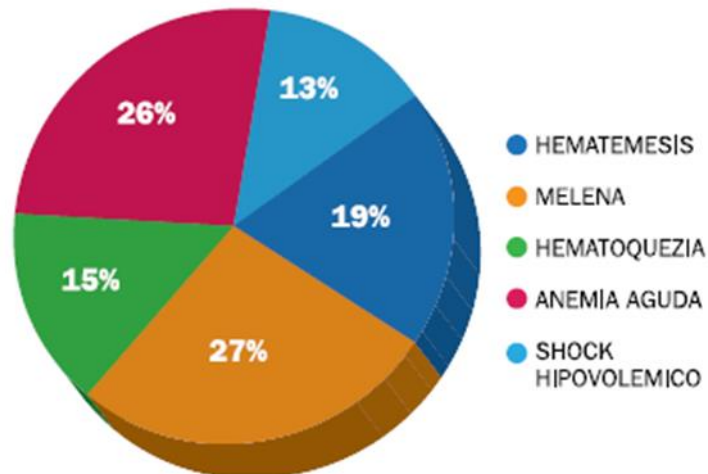
➤ Requiere tratamiento inmediato y monitoreo continuo



- EASL CPG decompensated cirrhosis. J Hepatol 2018;doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.024

Evaluación inicial: Historia Clínica y Examen Físico

Sospecha clínica



HD Alta (88,62%): Causas	
Enfermedad Ulcerosa Péptica	47,10%
Úlcera Duodenal	26%
Úlcera Gástrica	21,1%
Varices Esofágicas	26,00%
Gastroduodenitis Erosiva	12,20%

Las varices esofágicas están presentes en el 50% de los pacientes con cirrosis. Se forman en promedio 5 a 15% anual

Estratificación del Paciente



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

HEPATOLOGY

Practice Guidance |  Free Access

Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases

 Correction(s) for this article 

Guadalupe Garcia-Tsao , Juan G. Abraldes, Annalisa Berzigotti, Jaime Bosch

- Child - Pugh
- MELD
- Insuficiencia renal
- Infección bacteriana
- Shock hipovolémico
- Sangrado activo en la endoscopia
- Carcinoma hepatocelular
- Presión venosa hepática 20 mm Hg



Intubación endotraqueal

BAVENO VI

Considerar intubación:

- Pacientes con alto riesgo de aspiración
- Alteración de conciencia
- Hematemesis activa
- Post - Endoscopia:
 - Neumonía aspirativa: 10 a 15%
- Taponamiento esofágico

Nivel evidencia (5;D)



Volemización – Transfusión

Volemización

Coloides/ Cristaloides

Preservar perfusión tisular

Mantener la estabilidad
hemodinámica

Transfusión

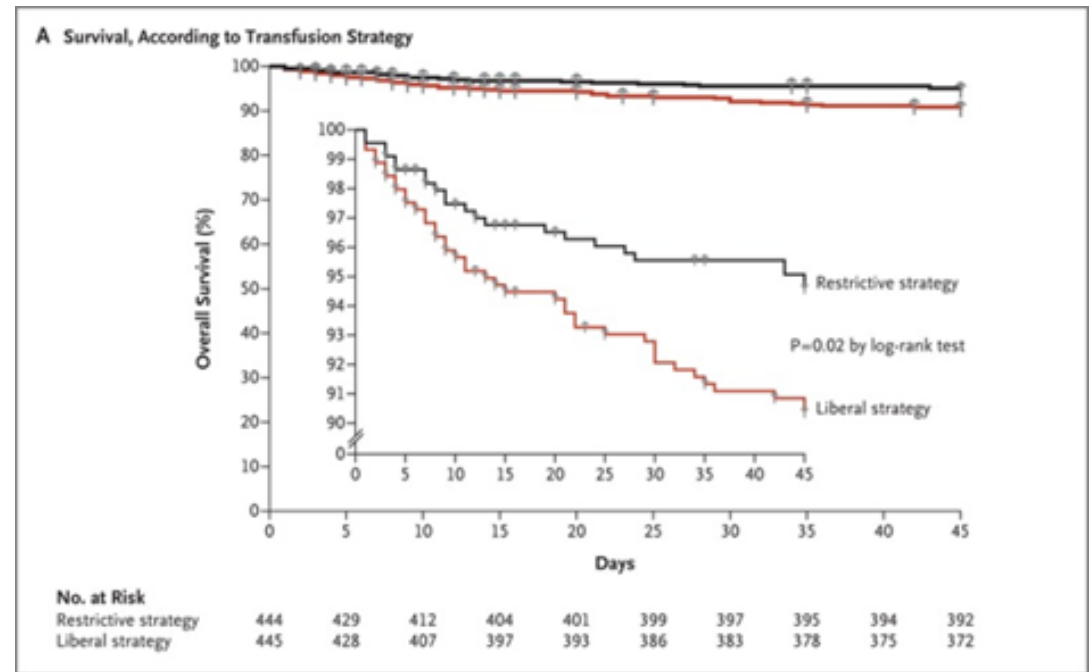
Transfusión restrictiva vs Estrategia
liberal (mayor mortalidad)

Niveles entre 7 - 8 g/dL

Nivel de evidencia (1b;A)

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Cándid Villanueva, M.D., Alan Colomo, M.D., Alba Bosch, M.D., Mar Concepción, M.D., Virginia Hernandez-Gea, M.D., Carles Aracil, M.D., Isabel Graupera, M.D., María Poca, M.D., Cristina Alvarez-Urturi, M.D., Jordi Gordillo, M.D., Carlos Guarnier-Argente, M.D., Miquel Santaló, M.D., *et al.*



Manejo de Coagulopatía y Trombocitopenia

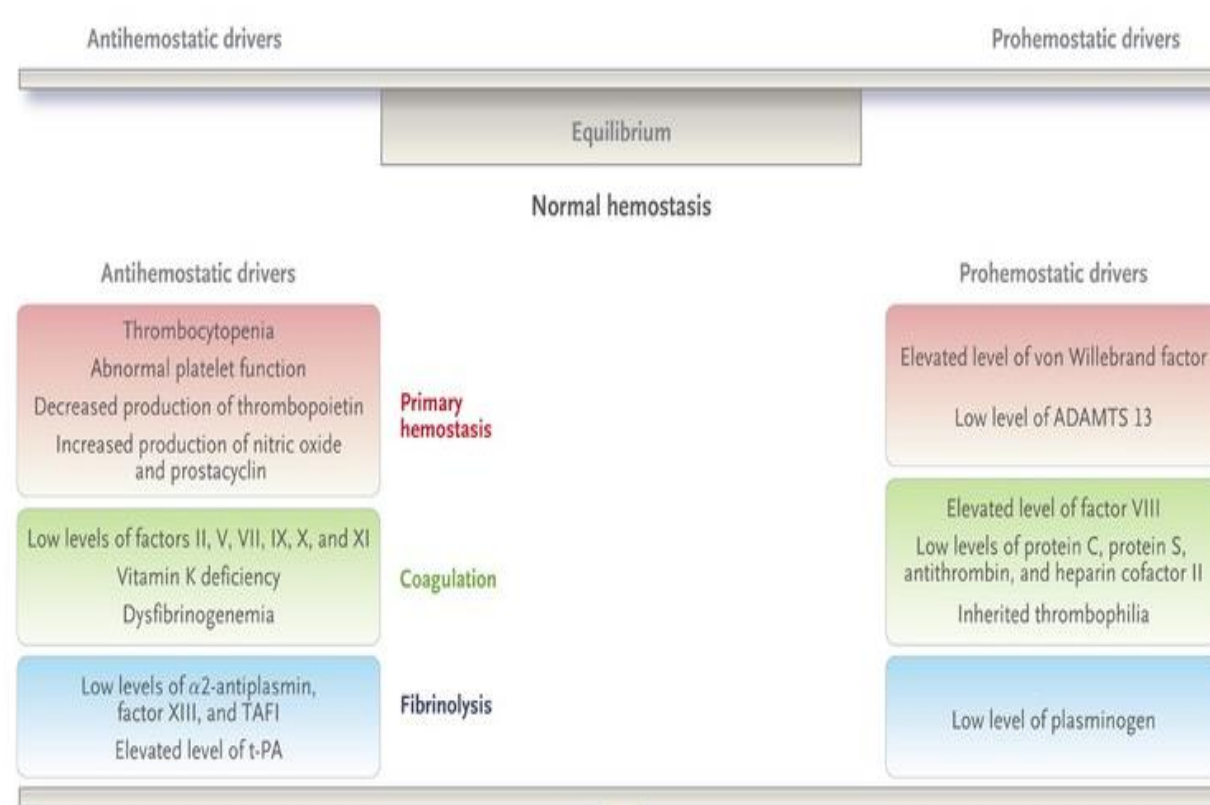


ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología



The Coagulopathy of Chronic Liver Disease

Armando Tripodi, Ph.D., and Pier Mannucci Mannucci, M.D.



PT/INR

No son un indicador del estado de coagulación en el paciente cirrótico

Nivel de evidencia (1b;A)

No hay actualmente información disponible:

Transfusión de plaquetas con sangrado activo si es menor de $50 \times 10^9/L$

Plasma fresco congelado INR 1,5

Nivel de evidencia (5;D)

(NICE guidelines - Hemorragia Digestiva alta)

Prevención de la Encefalopatía (BAVENO VI/EASL/AASLD)



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

Lactulosa o Rifaximina pueden prevenir la Encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis y hemorragia digestiva variceal

Nivel de evidencia (1; B)

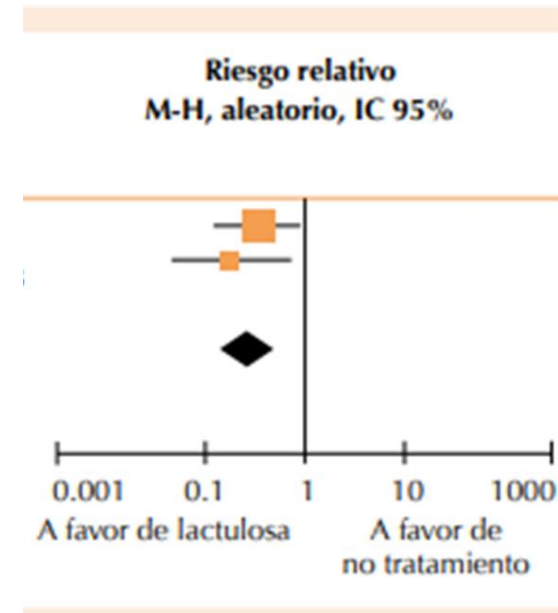
Se necesitan más estudios para una recomendación formal.

La AASLD/ EASL:

Lactulosa 25 cc/12 horas o titular hasta obtener 2 a 3 deposiciones blandas

Nivel de evidencia (5;D)

Metanálisis: prevención primaria de la encefalopatía hepática con lactulosa en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva



Bacterial infections in acute variceal hemorrhage despite antibiotics—a multicenter study of predictors and clinical impact

Stephen Lee,¹ Lynora Saxinger,² Mang Ma,¹ Verónica Prado,³ Joaquin Fernández,³ Deepali Kumar,⁴ Juan Gonzalez-Abrales,¹ Adam Keough,¹ Ravin Bastiampillai,¹ Michelle Carbonneau,¹ Javier Fernandez,⁴ and Puneeta Tandon¹

Profilaxis antibiótica

- Es parte integral de la terapia
- Debe administrarse desde la admisión en todo paciente con cirrosis que presente sangrado digestivo superior
- Norfloxacin: 400 mg c/12h
- Ceftriaxona: 1g/24h IV en cirrosis avanzada y/o resistencia a quinolonas
- Mantener 5 a 7 días

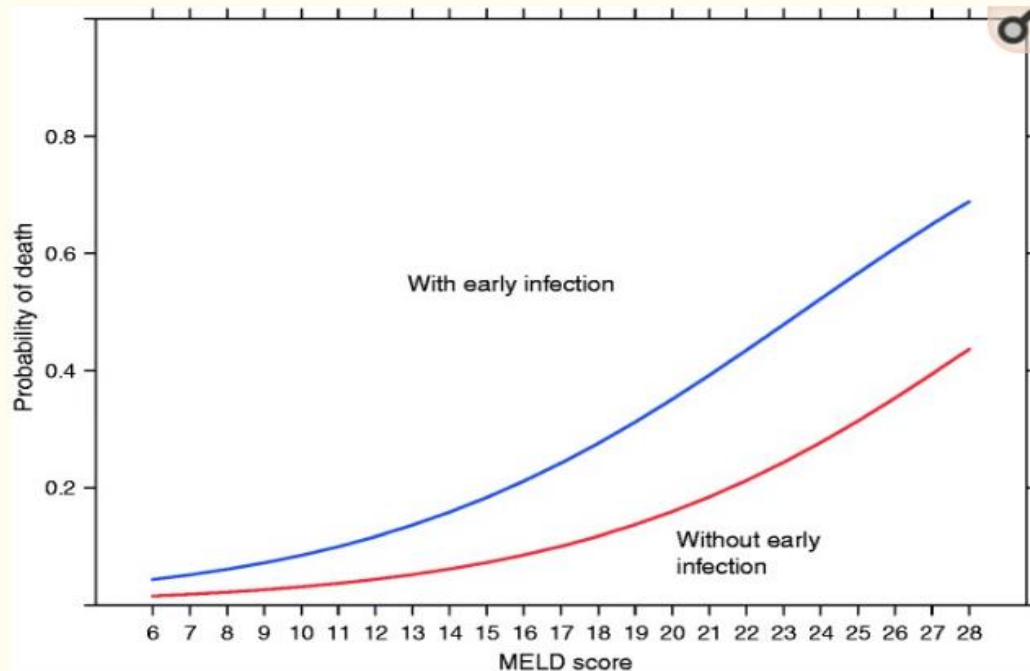


Figure 1.

Early bacterial infection is independent of the model for end-stage liver disease (MELD) score in predicting mortality in cirrhotic patients presenting with acute variceal hemorrhage.

Nivel de Evidencia (1a)

Tratamiento Farmacológico



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

Agentes vasoactivos

Fármaco	Dosis de inicio	Mantenimiento	Duración
Terlipresina	Bolo EV de 2mg	Bolos de 2 mg cada 4h durante las primeras 48 h luego bajar a 1 mg cada 4 h	2 - 5 días
Somatostatina	Bolo EV lento de 250 µg	En infusión continua a 250 µg/h. Se puede aumentar a 500 µg/h en caso de falla o resangrado	2 - 5 días
Octreotide	50 µg en bolo EV	En infusión continua por bomba a 50 µg/h.	2 - 5 días
Vasopresina	Bolo 0,2 - 0,4 U/min	0,8 U/min	24 horas

Ante la sospecha de Sangrado digestivo variceal debe iniciarse el tratamiento con medicamentos vasoactivos, tan pronto sea posible. Nivel de evidencia (1a;A)

¿Cuándo realizar la Endoscopia Digestiva Alta?

Optimal timing of endoscopy is associated with lower 42-day mortality in variceal bleeding



AIMS To investigate the link between endoscopy timing and 42-day mortality in variceal bleeding

METHODS

- **Prospective** data
- **34 centers** in Europe and Canada (2011-15)
- Association between **endoscopy timing** and **42-day mortality** was investigated by logistic regression, adjusted for confounding factors*
- Association evaluated in:
 - All patients with variceal bleeding
 - Patients with Child-Pugh A or B-cirrhosis
 - Patients with SBP <90 mmHg

Population characteristics (n=1,373†)

Mean age, years	59
Mean Child-Pugh score	8.2
Endoscopy timing, %:	
<6 hours	69
6–12 hours	18
12–24 hours	8
>24 hours	5
42-day mortality, %	26.2

†607 transferred patients and 163 patients with other sources of bleeding excluded

*Age, sex, comorbidities, liver function, previous decompensation, laboratory values, haemodynamic parameters, and treatment with vasopressors;

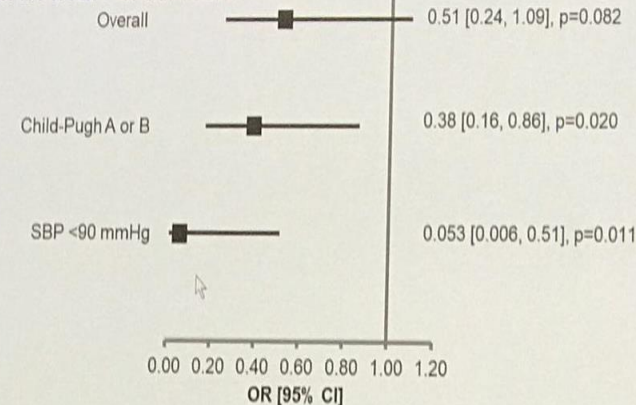
Laursen SB, et al. ILC 2019; PS-022



Optimal timing of endoscopy is associated with lower 42-day mortality in variceal bleeding



Endoscopy within 24 hours of admission



- Endoscopy within 6–12 hours was not associated with further reduction in mortality

CONCLUSIONS In patients presenting with variceal bleeding, endoscopy within 24 hours was associated with reduced 42-day mortality in patients with Child-Pugh A or B cirrhosis and in those with SBP <90 mmHg

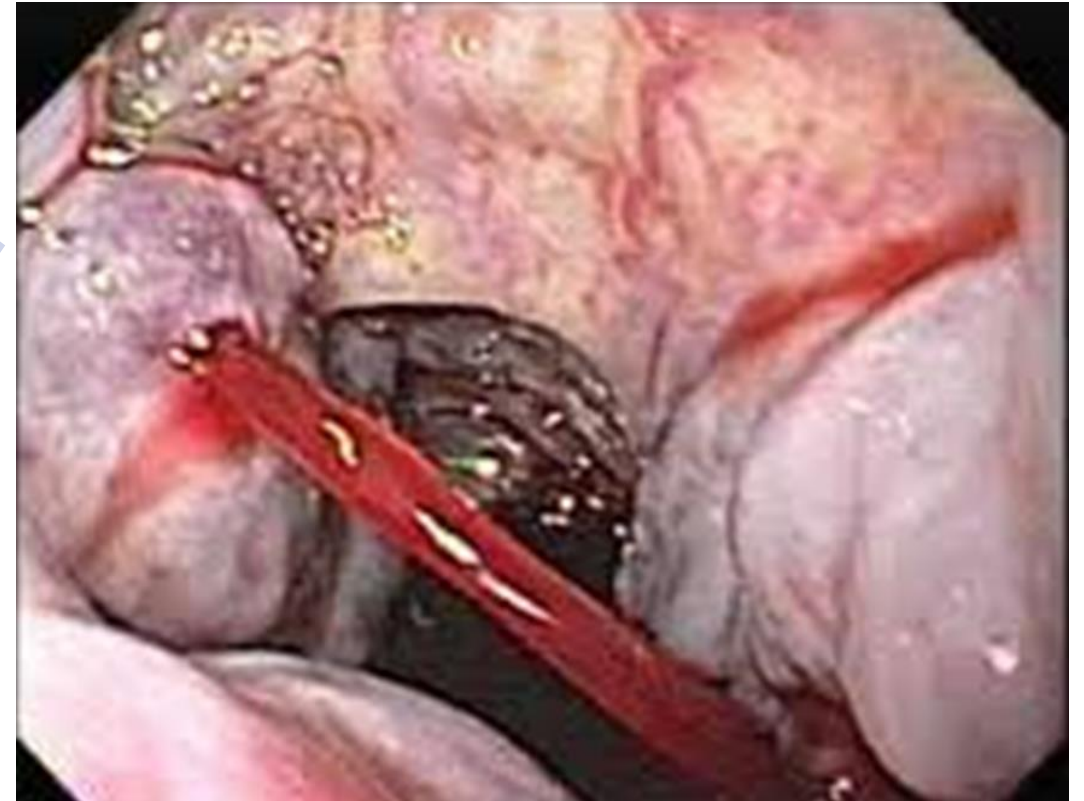
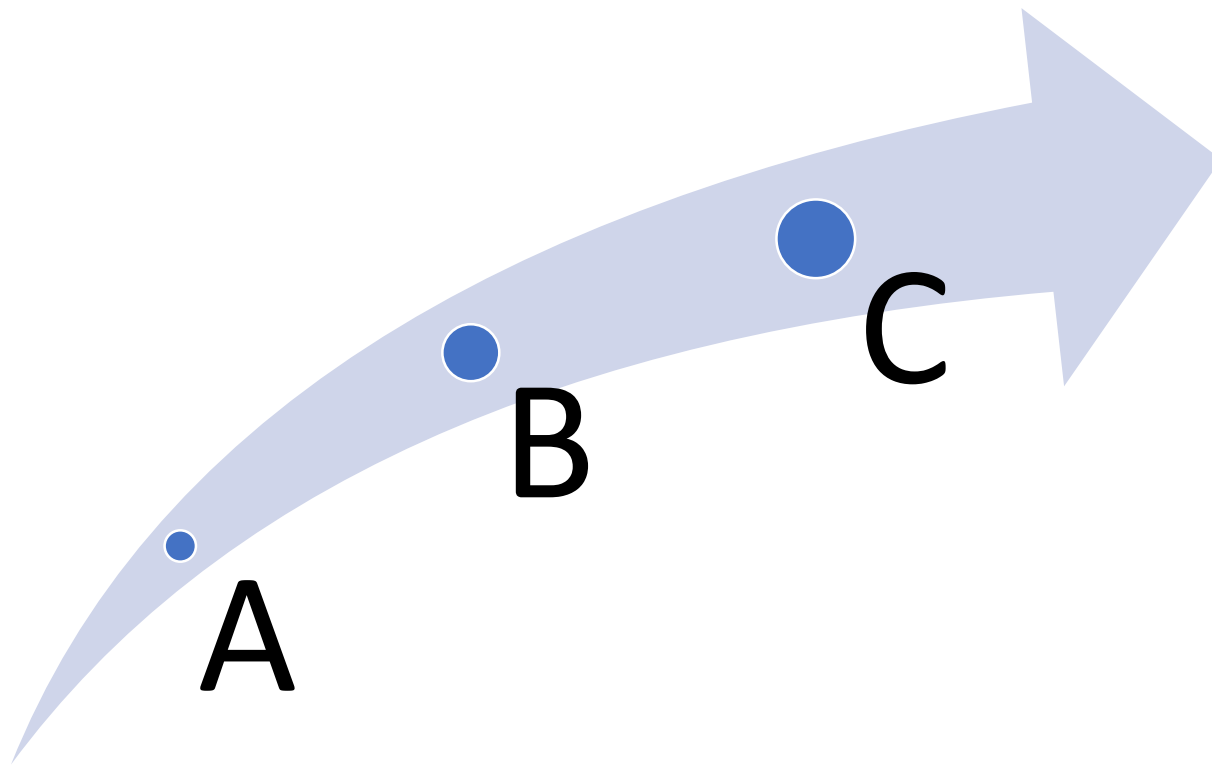
Laursen SB, et al. ILC 2019; PS-022



Resultados:

La endoscopia dentro de las 24 horas desde la admisión fue asociada con menor mortalidad
La endoscopia dentro de las 6 a 12 horas no fue asociada con reducción de la mortalidad

Tratamiento Endoscópico



Tratamiento Preendoscópico



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

- Eritromicina
- 250 mg IV
- 30 a 120 minutos previos a endoscopia
- En ausencia de contraindicaciones
- Prolongación del QT
- Baveno VI
- Nivel de evidencia (1b;A)

Eritromicina preendoscópica en la hemorragia digestiva alta

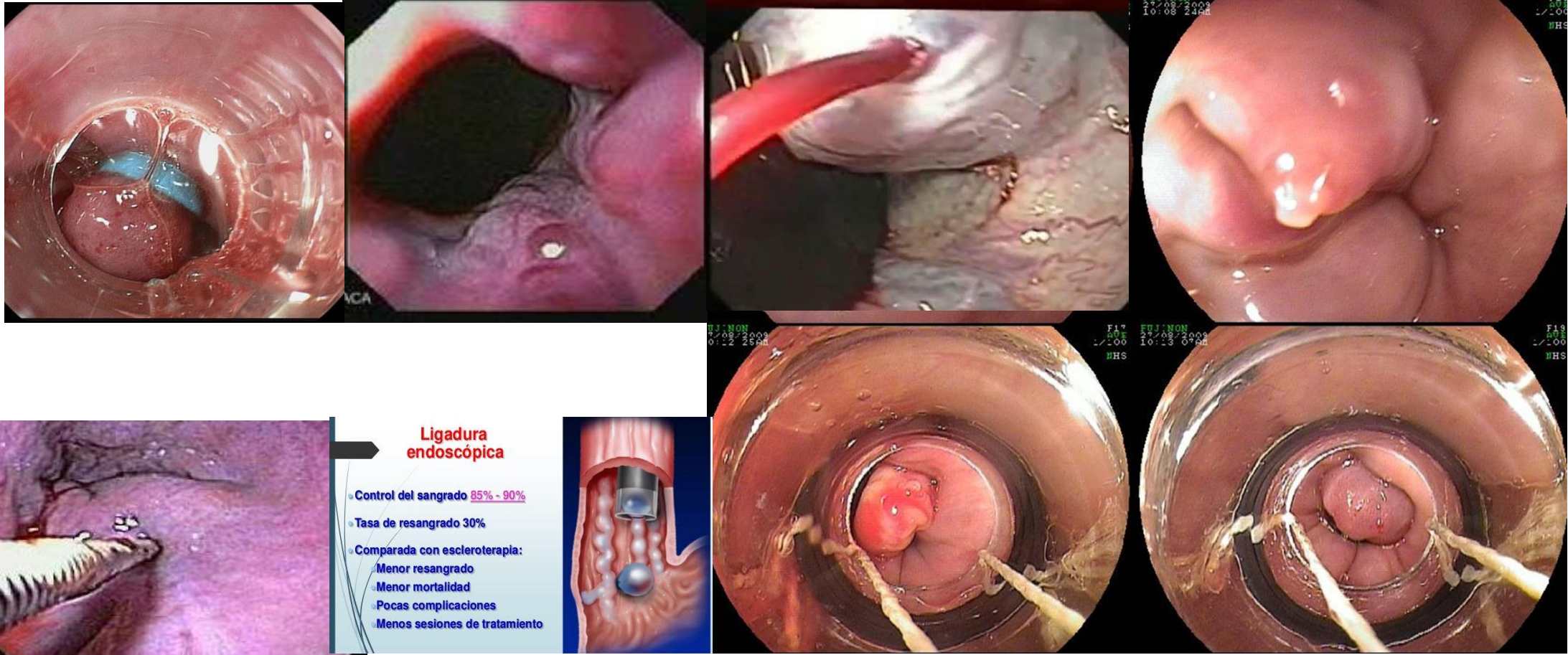
José Ramón Foruny Olcina^a y Agustín Albillos Martínez^b

^aServicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España.

^bServicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid, España.

- La presencia de sangre y coágulos en la cavidad gástrica interfiere la evaluación endoscópica de los pacientes con hemorragia digestiva alta, dificulta la aplicación de las técnicas hemostáticas e incrementa el riesgo de aspiración bronquial.
- La administración intravenosa de eritromicina (125-250 mg) 15-30 min antes de la endoscopia urgente acelera el vaciamiento gástrico y aclara el contenido hemático de la cavidad gástrica, lo que mejora la calidad de la endoscopia y disminuye la necesidad de segunda endoscopia.
- La mejora de la visión endoscópica asociada al uso de eritromicina no se traduce en una reducción significativa en la estancia hospitalaria ni en la mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva.
- El perfil de seguridad de la eritromicina administrada por vía intravenosa minutos antes de la endoscopia es excelente.

Tratamiento Endoscópico



La ligadura es el método más recomendado para el tratamiento del sangrado agudo variceal.
Nivel de evidencia (1b;A)

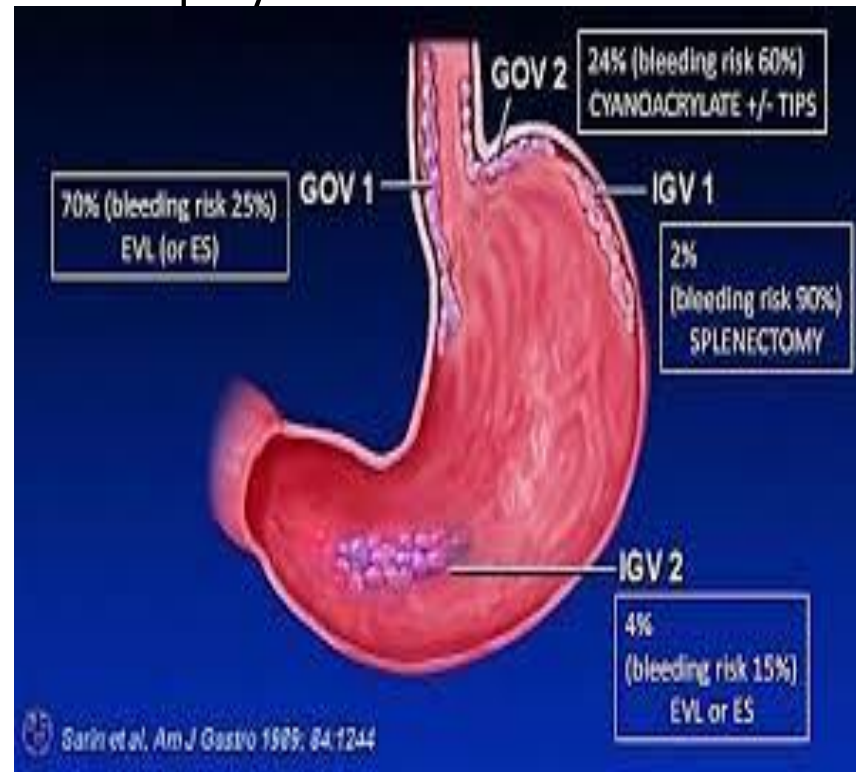
Várices Gástricas

Várices esofágicas y GOV 1

Ligadura en bandas

TIPS precoz

Hemospray



Várices esofagogástricas

Cianocrilato:

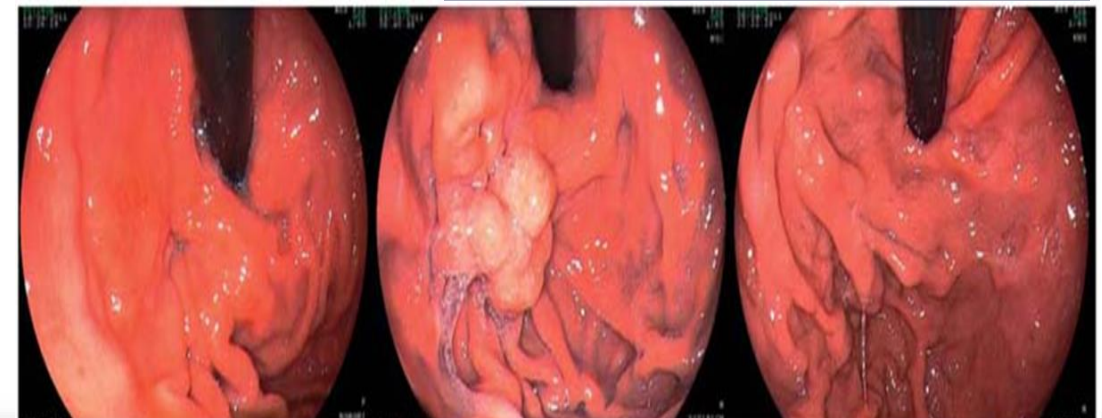
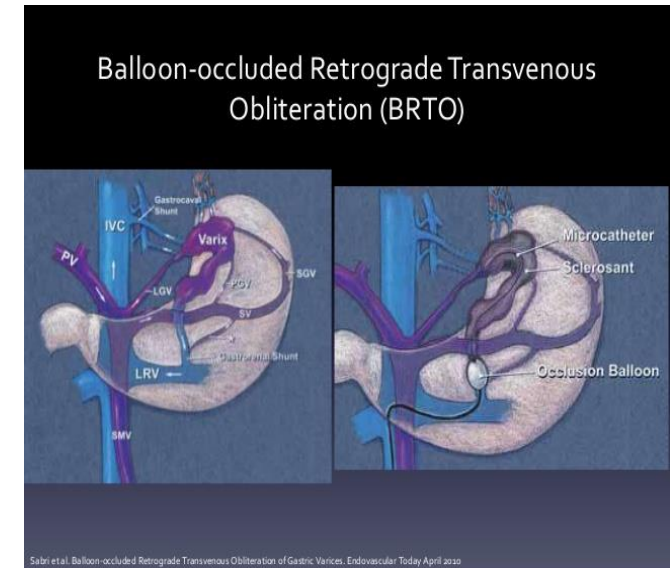
-IGV1 (1b;A)

-GOV2 (5;D)

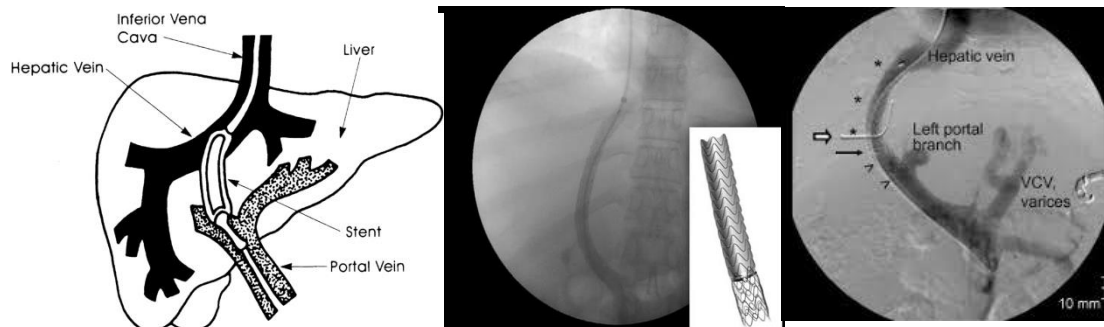
Otras opciones:

TIPS

BRTO



TIPS Temprano – TIPS Rescate



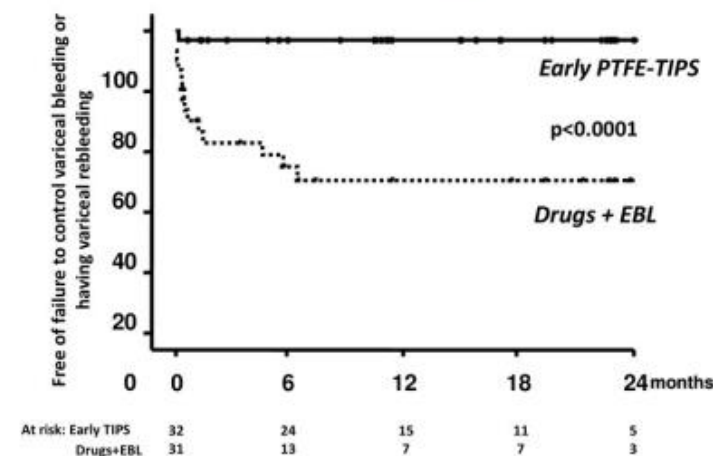
Early Use of TIPS in Patients with Cirrhosis and Variceal Bleeding

Juan Carlos García-Pagán, M.D., Karel Caca, M.D., Christophe Bureau, M.D., Wim Laleman, M.D., Beate Appenrodt, M.D., Angelo Luca, M.D., Juan G. Abraldes, M.D., Frederik Nevens, M.D., Jean Pierre Vinel, M.D., Joachim Mössner, M.D., and Jaime Bosch, M.D., for the Early TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt) Cooperative Study Group

Considerar en pacientes con alto riesgo de falla a tratamiento

- Child - Pugh C (< 14 ptos)
- Child - Pugh B con sangrado activo
- Después de terapia farmacológica y endoscópica
- Nivel de evidencia (1b;A)

Bleeding



García-Pagán et al N Engl J Med,

TIPS Precoz

Early TIPS with covered stent vs standard treatment for acute variceal bleeding in patients with advanced cirrhosis: A randomized controlled trial

AIMS To establish whether preemptive TIPS is effective in a **broader population**

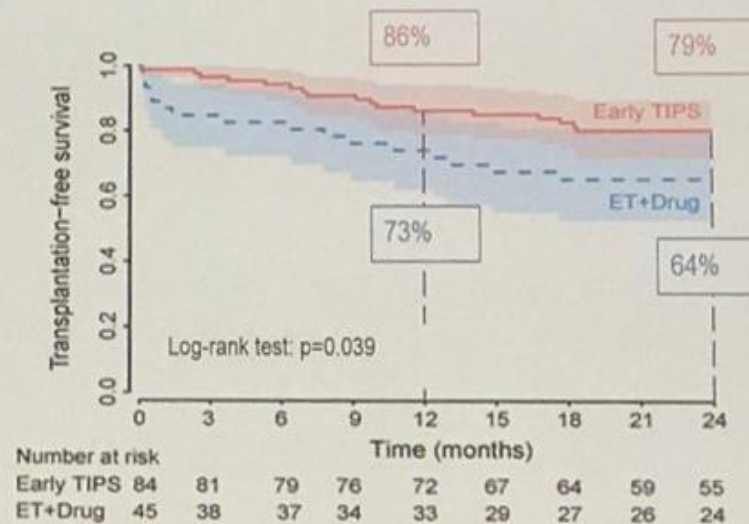
METHODS

- Randomized controlled trial (2:1)
- **Advanced cirrhosis (Child-Pugh B or C) and acute variceal bleeding (2011-2017)**
- Treated with vasoactive drugs + ET
 - Early TIPS[†]
 - ET+Drug group
- Primary endpoint: **transplant-free survival**

[†]Performed within 72 hours after initial endoscopy
Trial registration: ClinicalTrials.gov: NCT01370161

RESULTS

129 randomized (early TIPS, n=84; ET+Drug group, n=45)



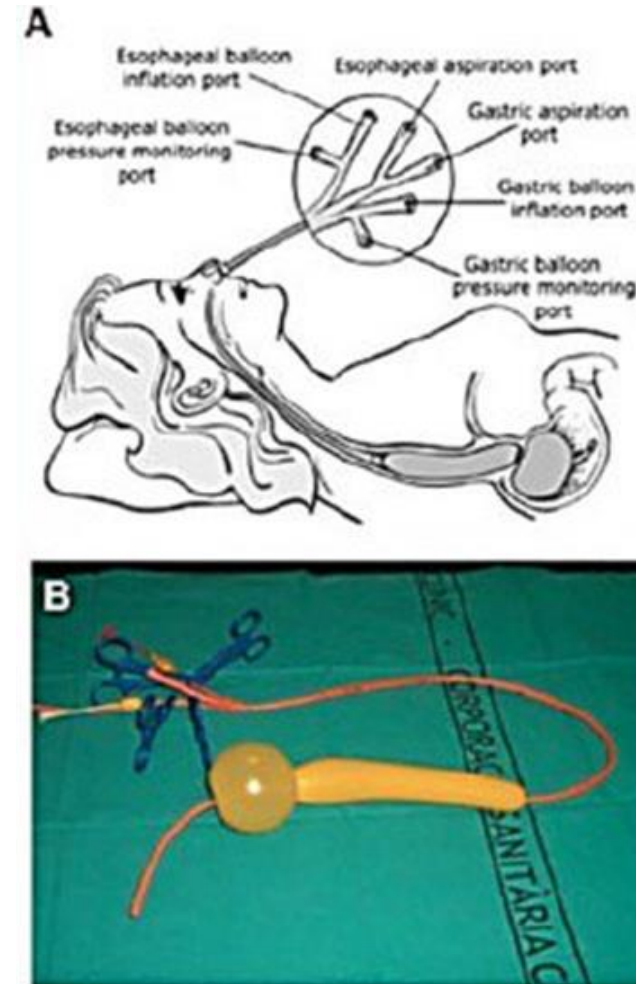
Lv Y, et al. ILC 2019: PS-024

Terapias de Rescate

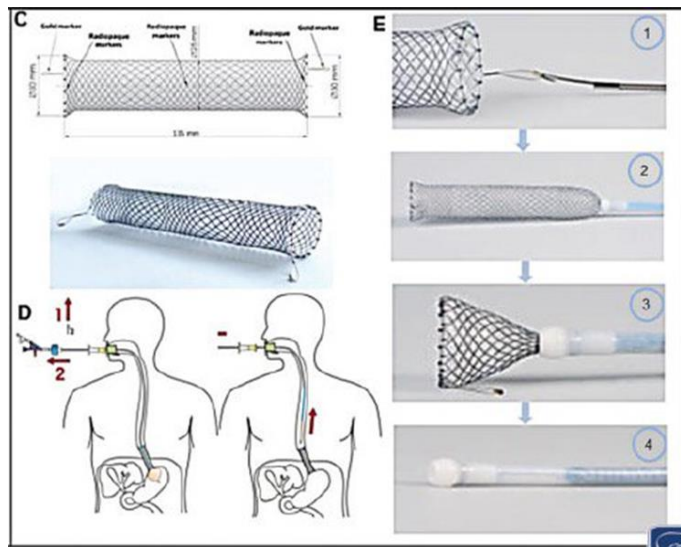
Taponamiento con Balón Sonda de Sengstaken

Alta incidencia de eventos adversos
Sangrado refractario
Terapia «en puente»
Máximo 24 horas
Unidad de Cuidados intensivos
Considerar intubación

Nivel de evidencia (5;D)



Prótesis metálicas autoexpandibles



- Es una opción más eficaz que el taponamiento con balón
- Nivel de evidencia (4;C)

Falla de Tratamiento



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

Sangrado que persiste a pesar de la terapia combinada:
Endoscopia + Drogas vasoactivas: puede ser manejado

TIPS

Nivel de Evidencia (2b;B)

Resangrado dentro de los 5 primeros días:

Segunda endoscopia (Si es leve)

TIPS (PTFE recubiertos) (Si es severo)

Nivel de Evidencia (2b;B)

Conclusiones



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

Clínico

- Sospecha clínica – Estratificación del paciente
- Estabilización – Reanimación – Volemización – Transfusión
- Prevención de complicaciones: ATB, Lactulosa, Intubación, UCI

Farmacológico

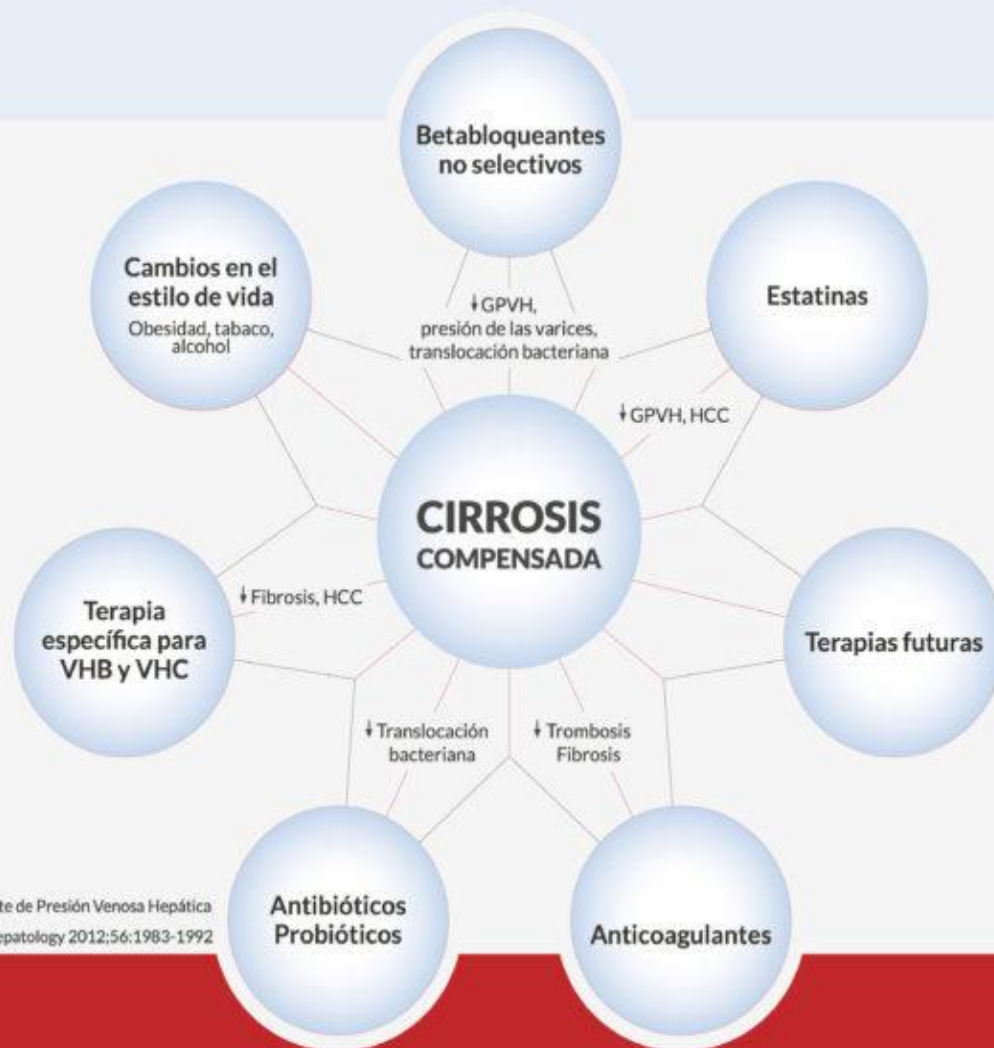
- Tratamiento farmacológico pre-endoscópico: Eritromicina
- Tratamiento farmacológico específico: Terlipresina – Somatostatina – Octreotide – Vasopresina

Endoscópico

- Ligadura en Bandas – Escleroterapia (VE) – Cianocrilato (Várices gástricas)
- Terapias de rescate: EDA (2da), TIPS, Balón, STENTS

Nuevo paradigma y futuro en el tratamiento de la cirrosis

Es mejor prevenir que tratar las complicaciones



*GPVH: Gradiente de Presión Venosa Hepática
Ref.: E.A. Tsochatzis et al. Hepatology 2012;56:1983-1992