

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

1. CID – 10: R18 (ascite), K74 (cirrose), K65 (peritonite), K76.7 (síndrome hepatorenal)

2. Revisão das Alterações: protocolo original

Campo designado para a descrição das revisões do procedimento

DATA	Nº REVISÃO	ALTERAÇÃO
10/02/2024	1ª versão	Criação do Protocolo
19/02/2025	1ª versão	Revisão e publicação

3. Objetivos – Público Alvo:

Objetivo: Estabelecer rotina para avaliação inicial, diagnóstico e manejo do paciente portador de ascite no Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER). Nos pacientes portadores de ascite devido à doença hepática crônica descompensada, identificar e manejar suas principais intercorrências associadas: disfunção renal, peritonite bacteriana espontânea e ascite refratária.

Público alvo: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, médicos residentes, internos de medicina e de enfermagem.

4. Introdução:

Pacientes portadores de cirrose hepática compensada evoluem para descompensação em uma taxa de 5 a 7% ao ano. A partir deste ponto, ocorre um acréscimo significativo na mortalidade, conforme cada evento.

A descompensação na ascite está associada a uma mortalidade de 30% em um ano, podendo chegar a 50% quando em associação a outros eventos como hemorragia digestiva alta varicosa.

Vários são os possíveis fatores de descompensação, como hepatite viral não tratada, etilismo ativo, trombose de veia porta e infecção e sua pronta identificação é relevante visando seu manejo otimizado. Pacientes com ascite em contexto de cirrose hepática devem receber avaliação por equipe multidisciplinar e avaliação para transplante hepático.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

5. Conceito:

No abdômen é encontrado um transudado fisiológico (de 50 a 100 ml), o qual é responsável por lubrificar as membranas peritoneais. A ascite pode ser definida como o acúmulo patológico de líquido livre na cavidade peritoneal. A causa mais prevalente de ascite é a doença hepática, representando 80% dos casos e sendo a complicação mais comum na cirrose. Outras causas menos comuns de ascite que devem ser consideradas, conforme quadro clínico, como insuficiência cardíaca congestiva, neoplasias, doença pancreática e infecções (ex: tuberculose).

6. Diagnóstico:

6.1: Clínico: Avaliação do paciente portador de ascite

- Anamnese: etiologia, comorbidades, duração da doença, descompensações progressas, sintomas associados;
- Exame físico: pesquisa de estigmas de doença hepática avançada, peso, avaliar presença de hidrotórax, avaliar sinais de disfunção cardíaca;
- Classificação da ascite
 - Estágio I: Somente detectada por exame de imagem.
 - Estágio II: Ascite moderada, detectada no exame físico.
 - Estágio III: Ascite volumosa, com importante distensão abdominal.

6.2: Laboratorial

- Avaliação da ascite - presente ao exame de imagem ou ao exame físico (acima 1,5L):

- Exames complementares:

Exame de imagem (USG com Doppler de veia porta ou TC de abdômen com contraste – avaliar trombose de veia porta e carcinoma hepatocelular), função hepática (bilirrubina, INR, albumina), função renal e eletrólitos.

- Paracentese: retirada de líquido ascítico para análise ou alívio de sintomas, nos casos de ascite volumosa.

--- Procedimento guiado por USG*: evita tentativa de procedimento em pacientes com ascite de pequeno volume e define o melhor sítio para punção (avalia espessura da parede abdominal, local com líquido livre, presença de vísceras).

--- Quando realizar: ascite de diagnóstico recente, ascites sintomáticas e/ou volumosas, suspeita de infecção.

--- Contra Indicações**: infecção ou hematoma de parede abdominal no local da punção.

--- Complicações: vazamento de líquido pelo orifício de punção (3 a 13%), sangramento (0,1 a 2,7%), punção inadvertida de víscera (<1%).

- Como realizar:

A) Explicar o procedimento ao paciente e obter o seu consentimento;

B) Separar todo o material e USG se necessário:

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

- Material: luva estéril, gaze, clorexidina degermante, clorexidina solução alcoólica, campo fenestrado, lidocaína 2% sem vasoconstrictor, agulha 22G (para anestesia e localização de sítio de punção, gelco 16G, equipo macrogotas (desconectar bureta para drenagem), agulha para aspiração de lidocaína, seringas para anestesia e coleta de material, recipiente para coleta de líquido ascítico em caso de paracentese de alívio;

- Aparelho de USG: sempre que possível, disponível nos setores de PS e UTI, para realização de procedimentos a beira-leito.

C) Solicita os exames necessários, utilizar o kit fornecido pelo laboratório (análise de líquidos cavitários - Anexo X) e rotular os frascos de coleta;

D) Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com a cabeceira discretamente elevada;

E) Após a paramentação, deve-se realizar a assepsia do local e a anestesia local;

F) Identificar o local da punção, geralmente 3-4 cm acima da sínfise púbica ou na linha média entre a crista ilíaca e o umbigo, preferencialmente à esquerda.

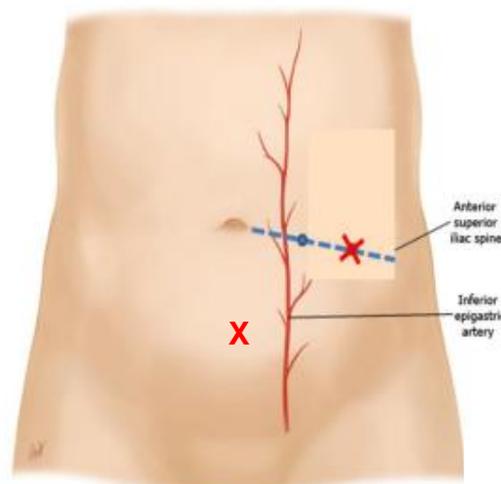


Figura 1 - Local indicado para Paracentes

G) Inserção da agulha ou cateter em um ângulo de 90 graus, realizando a técnica do trajeto em "Z".

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

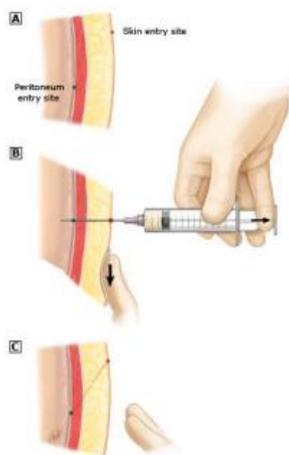


Figura 2 - Trajeto "Z" (para evitar vazamento pós-punção)

- H) Sempre solicitar que o paciente esvazie a bexiga antes.
- I) Inserir a agulha lentamente, aspirando intermitentemente para evitar perfuração de vasos sanguíneos ou intestino.
- J) Ao se identificar líquido ascítico no dispositivo de punção, inserir somente o revestimento flexível, evitando-se uma maior introdução da agulha desnecessária.
- K) Coletar o material necessário.
- L) Colocação de um curativo compressivo no local.

*Para a realização de paracentese guiada por USG é necessário orientação para utilização do aparelho, visando uso adequado. A orientação deve ser feita pelo assistente da unidade.

** Coagulopatia grave (plaquetas <20.000 E INR>2) não contra indicam procedimento ou requerem transfusão.

- **Análise do líquido ascítico:**

A. Testes gerais

- Aspecto: tipicamente apresenta coloração amarelo citrino. Pode ter coloração vermelho vivo nas etiologias hemorrágicas/neoplásicas, ou leitosa nas ascites quilosas.

- Citologia global e diferencial: o líquido ascítico normalmente contém menos que 500 leucócitos e menos que 250 polimorfonucleares por microlitro. Este último, quando elevado, é critério diagnóstico para peritonite bacteriana espontânea (PBE).

- Proteínas totais/albumina: de grande importância na avaliação da ascite é o Gradiente de albumina soro/ascite (GASA). Valores de GASA elevados (>1.1g/dl) são sugestivos de hipertensão portal. Valores de GASA menores que 1.1g/dl ou proteína total do líquido ascítico >2.5d/dl indicam investigação para diagnósticos diferenciais da ascite (ex: doença peritoneal, insuficiência cardíaca)

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

- Cultura para bactérias: em sendo os quadros sem foco definido e em surgimento de novas descompensações hepáticas (ex: encefalopatia)

- Glicose: valor de liquido ascitico é similar a sérica, e quando menor que 50mg/dl podem estar relacionados a quadros infecciosos locais (PBE). Valores ainda menores podem ser encontrados nas peritonites secundárias.

B. Testes específicos (conforme suspeita clínica)

- Citologia oncótica: deve ser solicitada quando há suspeita de carcinomatose peritoneal. Tumores hepáticos que rompem para a cavidade peritoneal infecciosos causa frequente de descompensação entre os pacientes cirróticos, a realização de cultura está indicada quando a suspeita de PBE, bem como em pacientes com suspeita de quadro infeccioso também podem acarretar citologia positiva.

- Cultura para micobactérias / fungos: causas raras de peritonite.

- Amilase: auxiliar na investigação de ascite secundário a doença pancreática, podendo apresentar valores >10.000 U/ml

- Bilirrubina: pode estar elevada na presença de lesão estrutural da via biliar, com extravasamento de bilirrubina para a cavidade. Manifestações clínicas de colangite podem estar presentes. Valores de bilirrubina no liquido ascitico podem estar maiores que os séricos, sendo encontrados >6 mg/dL.

- Triglicerídeos: deve ser solicitado na presença de ascite quilosa (de aspecto leitoso).

C. Recipientes utilizados

- Frasco de hemocultura: para envio de cultura para bactéria ou fungo ou micobactéria, conforme suspeita.

- Citologia global e diferencial: tubo EDTA (roxo)

- Citologia oncótica: tubo falcon – adicionar álcool 70% em volume igual ao da amostra (ex: 10ml de liquido ascitico + 10 ml álcool 70%)

- Bioquímica/ADA: tubo seco (vermelho/amarelo)

7. Manejo da ascite:

A. Dieta hipossódica: restrição do consumo de sódio para 2g/dia (90mmol/dia) ajudará a permitir balanço negativo de sódio e perda de líquido. Restrição hídrica somente será indicada nos casos de hiponatremia (Na<125mmol).

B. Utilização de diuréticos

---antagonistas da aldosterona: espironolactona. Seu uso em monoterapia pode ser utilizado para ascite moderada de inicio recente.

Dose:100-400mg/dia

Opções: amilorida 5-10mg/dia ; eplerenona 25-50mg/dia

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

Equivalência de dose: espironolactona 100 mg= eplerenona 50 mg = amilorida 10mg.
 ---diurético de alça: furosemda
 Dose: 40-160mg/dia.

C. Paracentese de alívio: indicada para pacientes com ascite volumosa e sintomática. Após sua realização, reposição de albumina é indicada quando volumes maiores que 5 litros são retirados. Para cada litro retirado, recomenda-se a administração de 8g de albumina. A apresentação disponível de albumina é em frasco de 100 ml com concentração de 0,2g/ml (20%). Cada frasco então contém 20g de albumina.

Durante o manejo da ascite, recomenda-se peso diário do paciente: perda de aproximadamente 0,5kg/dia é adequada, não podendo exceder 1kg/dia na vigência de edema periférico.

A utilização de diuréticos pode causar câimbras musculares, distúrbio eletrolítico, disfunção renal e precipitação de encefalopatia hepática mesmo em doses menores. Os antagonistas da aldosterona possuem meia vida longa, com pico em 72 horas, quando a dose deve ser reavaliada. A espironolactona possui como evento adverso a ginecomastia dolorosa, podendo ser substituído por outros da mesma classe.

Na ausência de disfunção renal, diurético pode ser iniciado logo após paracentese de alívio. A avaliação da excreção de sódio urinária em urina de 24 horas pode ajudar a avaliar ingestão de sódio e ajuste de diurético, na ausência de disfunção renal:

- NaU<80 podem indicar dose inadequada de diurético.
- NaU>80 sem melhora da ascite pode apontar ingestão excessiva.

Uma medida de mais fácil utilização é a relação Na/K em amostra isolada de urina:

- Relação >1 pode estar relacionada a ingestão excessiva de sódio caso o paciente não esteja evoluindo com perda de peso
- Relação menor ou igual a 1 aponta natriurese insuficiente, podendo ser corrigida com aumento do diurético

Obs Ascite refratária: Caracteriza-se como ascite refratária quando não há mobilização após restrição dietética de sódio e diureticoterapia, com recorrência após paracentese de alívio. Também é considerada refratária quando há eventos adversos significativos relacionados ao uso de diurético como encefalopatia, insuficiência renal, hiponatremia, hipo/hipercalcemia. Ocorre em 5-10% dos portadores de ascite e apresenta baixa sobrevida (50% em 6 meses).

- Ascite refratária a diurético: quando medidas utilizadas em dose máxima não são efetivas.
- Ascite intolerante a diurético: quando a presença de eventos adversos impedem uso em dose otimizada.

O manejo consiste em manter dieta hipossódica e utilização de paracenteses de alívio com reposição de albumina associada.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

A manutenção dos diuréticos é questionável. Nos casos diurético resistente não há benefício e, nos casos intolerantes, não há trabalhos mostrando benefício da utilização de doses baixas toleradas.

Observação: o uso de betabloqueadores não seletivos (BBNS), utilizados para profilaxia de hemorragia digestiva alta varicosa (HDAv), não é contraindicado nos pacientes com ascite. Entretanto seu uso deve ser cauteloso na vigência de hipotensão, hiponatremia ou disfunção renal.

8. Hiponatremia:

Definido como concentração sérica de sódio < 135mEq/L, está presente em quase metade dos pacientes portadores de cirrose e ascite, e se associa a hipervolemia na maioria dos casos. Este achado é um marcador de disfunção hemodinâmica associada a cirrose e encerra pior prognóstico.

Hiponatremia hipovolêmica pode ocorrer em decorrência de baixa ingesta ou perda excessiva (devido ao uso de diuréticos ou medidas laxativas)

Divide-se em:

- Leve: 126 - 135 mEq/L
- Moderada: 120 - 125mEq/L
- Grave: < 120mEq/L

Para os casos de hiponatremia leve, restrição hídrica para 1500ml/dia é uma medida suficiente.

Nos casos moderados, restrição hídrica de 1000ml/dia e suspensão de diuréticos são necessários.

Nos casos graves ou sintomáticos, reposição de sódio é indicada, tendo como objetivo elevação em 4-6mEq/L de sódio sérico a cada 24horas. Para tal, utiliza-se solução de cloreto de sódio a 3% (510mEq/L) (850 ml e soro glicosado 5% + 150 ml de NaCl 20%).

9. Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE):

É a infecção bacteriana aguda do líquido ascítico, na ausência de lesão do trato gastrointestinal. Ocorre devido a translocação bacteriana do trato digestivo para o líquido ascítico. Fatores como hipoalbuminemia do líquido ascítico e imunossupressão associada a cirrose são fatores predisponentes.

Sintomas típicos como dor abdominal e febre podem estar ausentes, e deve-se suspeitar deste quadro em todo paciente com deterioração aguda sem causa aparente, sendo a

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

paracentese diagnóstica mandatória. O diagnóstico é firmado com contagem de células Polimorfonucleares (PMN) no líquido ascítico >250cels/mm³.

A cultura positiva do líquido ascítico na ausência de elevação dos PMN (bacteriascrite) pode ser identificada na fase inicial da PBE, devendo ser manejada de forma similar caso outro foco infeccioso não seja identificado.

Tratamento:

- Suspende diuréticos.
- Betabloqueadores devem ser suspensos na presença de hipotensão (PAM<65) ou lesão renal aguda.
- Utilização de albumina: apresenta benefício em reduzir risco de disfunção renal, principalmente entre pacientes com creatinina>1mg/dL e bilirrubina total>5mg/dL. Utiliza-se a dose de 1.5 g/kg no D1, e 1 g/kg no D3. Não há evidência de benefício para outros focos infecciosos (ex: pneumonia, celulite).
- Antibioticoterapia: a PBE de origem comunitária tem como tratamento de escolha as cefalosporinas de terceira geração, com a ceftriaxona como droga de escolha. A duração do tratamento deve ser de 5-7dias. Paracentese de controle é indicada 48 horas após início do antibiótico, sendo critério de boa resposta a redução de 25% na contagem de PMN. Na ausência de melhora, o esquema antimicrobiano deve ser revisto e peritonite bacteriana secundária (PBS) deve ser excluída.

Esquemas antimicrobianos:

A. PBE comunitária

1ª opção: ceftriaxona 2g EV 1xdia

Alternativa: amoxicilina + clavulanato (500mg+125mg) VO 8/8h

B. PBE comunitária sem resposta após 48horas

1ª opção: piperacilina+tazobactam (4g+0,5g) EV 6/6horas

Alternativa: meropenem 1g EV 8/8hrs

C. PBE nosocomial

1ª opção: meropenem 1g EV 8/8hrs + vancomicina (ataque 20-30mg/k , seguido de 15-20mg/k a cada 8-12h, conforme vancocinemia) ou teicoplanina (400mg EV 12/12horas por 3 doses, seguido de 400mg EV 1xdia)

Profilaxia Primária:

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

Indicada para casos selecionados, pelo risco elevado de indução de resistência e pouco impacto na mortalidade. Manter até transplante hepático ou enquanto persistir ascite.

Indicação: proteína do líquido ascítico <1,5g/L + disfunção circulatória (Cr>1,2 ou Na<130) ou doença hepática avançada (Child>9 com BT>3).

Esquema proposto: norfloxacino 400mg VO 1xdia.

Em episódios de HDA, está indicado a todos os pacientes com ascite, por 5 dias.

Esquema proposto: ceftriaxona 1g EV 1xdia.

Profilaxia secundária:

Indicada a todos os pacientes após primeiro episódio, devido a alto risco de recorrência.

Manter até transplante hepático ou enquanto persistir ascite.

Esquema proposto: norfloxacino 400mg VO 1xdia

Alternativa: sulfametoxazol+trimetropim (800+160mg) VO 5xsemana.

Tabela 1 – Classificação de Child-Tourcotte-Pugh				
MARCADOR	PONTOS	1	2	3
BILIRRUBINA (mg/dl)		<2	2-3	>3
ALBUMINA (g/dl)		>3,5	3,5-3	<3
INR		<1,7	1,7-2,3	>2,3
ASCITE		AUSENTE	LEVE/MODERADA	REFRATÁRIA
ENCEFALOPATIA		AUSENTE	GRAU 1-2	GRAU 3-4
Classificação:		A: 5 a 6	B: 7 a 9	C: 10 a 15

10. Lesão Renal Aguda:

A insuficiência renal aguda é um marcador independente de prognóstico, associada a uma mortalidade em 30 dias de 29 - 44%. Como etiologias, temos: hipovolemia (sepse, sangramento), necrose tubular aguda e medicamentosa.

Diagnóstico:

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

- Elevação de creatinina >0,3mg/dl nas ultimas 48 horas;
- Elevação creatinina >50% do basal nos últimos 7 dias;

Classificação:

- Estágio 1: aumento de creatinina >0,3mg/dl ate 2x basal ou débito urinário < 0,5 mL/kg/h por > 6 h
---maior gravidade: creatinina >1,5mg/dl
- Estágio 2: aumento entre 2-3x basal ou débito urinário < 0,5 mL/kg/h por > 12 h
- Estágio 3: aumento >3x basal ou >4mg/dl ou indicação hemodiálise ou débito urinário < 0,3 mL/kg/h por 24 h ou anúria por 12 h

Síndrome hepatorenal (SHR): lesão renal aguda na ausência de choque ou drogas nefrotóxicas, sem melhora em 48 horas após expansão de albumina e suspensão de diuréticos, na ausência de evidência de nefropatia (proteinúria <500/dia e hematúria <50 hemácias/campo e exame de imagem sem alterações).

- SHR tipo 1: evolução de dias a semanas, creatinina >2,5mg/dL ou redução do clearance de creatinina em >50% em menos de duas semanas. Reversível.
- SHR tipo 2: evolução lenta (semanas a meses), creatinina >1,5 , progressiva e não reversível.

Tratamento:

- Suspender diurético, rever manutenção BBNS, pesquisar infecção (incluindo PBE).
- Hidratação.
- Albumina: 1g/kg no 1º dia (máximo de 100g) ; 40-50g/dia nos dias subsequentes
- Vasoconstrictores: na suspeita de síndrome hepatorenal iniciar após 48 horas de expansão com albumina caso não haja resposta:
 - Terlipressina: 0,5-1mg EV a cada 4-6 horas em bolus (iniciar 2mg/dia, máximo 12 mg/dia) / infusão continua 2mg a cada 24 horas
 - Noradrenalina: em infusão intravenosa contínua de 0,5 a 3 mg/h. Aumentar dose em 0,5mg/hora a cada 4 horas visando atingir aumento de PAM (pressão arterial média) em 10mmHg ou alcançar débito urinário >200ml/4horas
 - Octreotide: bolus de 50µg, seguido de infusão continua de 50µg/hora.

11. Apresentação:

- Terlipressina 1mg/ml ampola com 1ml;
- Albumina 20%, frasco com 100ml;
- Octreotide 0,1mg/ml ampola com 1ml;

A utilização de albumina, octreotide e terlipressina no instituto requer, além de prescrição médica, de preenchimento de formulário específico:

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

-- Intranet - Institucional – Documentos – Farmácia - Formulário para medicamentos que necessitam de justificativa (necessário 1 via)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA "EMÍLIO RIBAS"
DIRETORIA DE SERVIÇO DE FARMÁCIA



Formulário de medicamentos que necessitem de justificativa

Nome do paciente	Idade	R.G.	
Andar	Leito	Diagnóstico	
Medicamento solicitado	Dose	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM	
Forma prescrita	Tempo de tratamento		
Justificativa			
Cultura (se for o caso)		Material colhido	
Antibiograma (drogas sensíveis)			
Nome do médico			CRM
Assinatura do médico			Data
Pedido encaminhado por			
Resposta da farmácia		Farmacêutico responsável	
Registro de dispensação			

Evento adverso: dor abdominal, eventos isquêmicos (digital, miocárdio, mesentério), edema agudo de pulmão. Acontecem em menor frequência na infusão contínua.

Avaliação: queda de creatinina para <1,5 ou elevação <0,3mg/dl dos valores basais em no máximo 14 dias. Suspender se não houver queda da creatinina em 4 dias.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

Antimicrobianos:

Para qualquer antimicrobiano prescrito(exceto ceftriaxone), é necessário preenchimento de solicitação (necessário 1 via):

-- Intranet - Institucional – Documentos – CCIH - Ficha para solicitação de antimicrobianos (necessário 1 via)

 Secretaria de Estado da Saúde Instituto de Infectologia "Emílio Ribas" COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR Av. Dr. Arnaldo, 165 – Cerqueira César – São Paulo – SP. CEP 01246-900 – FONE 3896.1347/1421 CNPJ Nº 46.374.500/0008-60		
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS CONTROLADOS / CCIH É OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS		
Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ R.G. _____ Data Internação: ____/____/____ Andar: _____ Leito: _____ Peso: _____		
<input type="checkbox"/> AMICACINA <input type="checkbox"/> AMPICILINA-SULBACTAM <input type="checkbox"/> ANFOTERICINA FORMULAÇÃO LIPÍDICA <input type="checkbox"/> ANIDULAFUNGINA <input type="checkbox"/> CEFEPIME <input type="checkbox"/> CEFTAZIDIMA SÓDICA <input type="checkbox"/> CIPROFLOXACINO EV	<input type="checkbox"/> DAPTOMICINA <input type="checkbox"/> IMIPENEM <input type="checkbox"/> LEVOFLOXACINA IV <input type="checkbox"/> LINEZOLIDA <input type="checkbox"/> MEROPENEM <input type="checkbox"/> MICAFUNGINA <input type="checkbox"/> PIPERACILINA-TAZOBACTAM	<input type="checkbox"/> POLIMIXINA B <input type="checkbox"/> TECOPLAMINA <input type="checkbox"/> TIGECICLINA <input type="checkbox"/> VANCOMICINA <input type="checkbox"/> VORICONAZOL <input type="checkbox"/> LINEZOLIDA + LEVOFLOXACINA + ETAMBUTOL
DIAGNÓSTICO: _____ INDICAÇÃO: _____ DOSE DIÁRIA: _____ INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO: _____ HORAS VIA DE ADMINISTRAÇÃO () VO () IV () IM PREVISÃO DE USO _____ DIAS INDICAÇÃO TERAPÊUTICA () PROFILÁTICA () CULTURA SOLICITADA? () SIM NÃO () SITIOS: _____ RESULTADO () POSITIVA () NEGATIVA () EM ANDAMENTO GERME ISOLADO: _____ FUNÇÃO RENAL NORMAL? () SIM () NÃO CREATININA: _____ FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL? () SIM () NÃO NEUTROPENIA FERRE? () SIM () NÃO NÚMERO DE NEUTRÓFILOS: _____		
ANTIMICROBIANOS USADOS NOS ÚLTIMOS 05 DIAS (UTILIZE O VERSO SE NECESSÁRIO)		
01 _____ 02 _____ 03 _____		
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ CRM: _____ DATA SOLICITAÇÃO ____/____/____		
PARA USO DA C.C.LIL ADEQUADO AO PROTOCOLO/PERFIL DE SENSIBILIDADE - CCIH: () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA AUTORIZADO: () SEM _____ DIAS ASSINATURA: _____ () NÃO DATA: ____/____/____		

12. Referências Bibliográficas

- Harvey JJ, Prentice R, George J. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. Med J Aust. 2023 Jan 16;218(1):18-21.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo de Ascite, Peritonite bacteriana espontânea e Disfunção renal no paciente cirrótico	Código PC-DN – 19 - V1	Término Vigência 19/02/2027	Início Vigência 19/02/2025	
	Elaboradora: Naiane Ribeiro Lomes				

-Biggins SW et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology. 2021 Aug;74(2):1014-1048.

- Aithal GP et al. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. Gut. 2021 Jan;70(1):9-29.

- Grabau CM et al. Performance Standards for Therapeutic Abdominal Paracentesis. HEPATOLOGY, Vol. 40, No. 2, 2004:484-488.

- McVay PA & Toy PT. Lack of increased bleeding after paracentesis and thoracentesis in patients with mild coagulation abnormalities. Transfusion.1991 Feb;31(2):164-71.

- Júnior DRA et al. Ascite - estado da arte baseado em evidências. Rev Assoc Med Bras (1992). 2009 Jul-Aug;55(4):489-96.

- Hardin CC & Garcia-Tsao G. Acute Kidney Injury in Patients with Cirrhosis. N Engl J Med 2023;388:733-45.

- Alvarez RF et al. Trimethoprim-sulfamethoxazole versus norfloxacin in the prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhosis.Arq Gastroenterol. 2005 Oct-Dec;42(4):256-62.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Luciana M S Borges	Ângelo Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.