

Universidad del Sureste.

Campus Comitán de Domínguez, Chiapas.

Licenciatura en Medicina Humana.

Tema: insuficiencia hepática crónica.

Nombre del alumno: Iris Rubí Vázquez Ramírez.

Materia: clínicas medicas complementarias.

Grado: séptimo semestre **grupo:** "B"

Nombre del docente: Dr. Jesús Eduardo Cruz Domínguez.

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

DEFINICIÓN.

SE DEFINE COMO UNA ENFERMEDAD ASOCIADA A FALLA HEPÁTICA, SE CARACTERIZA POR UN PROCESO DIFUSO DE FIBROSIS Y LA CONVERSIÓN DE LA ESTRUCTURA NORMAL EN UNA ESTRUCTURA NODULAR MENUDA, QUE PUEDE PRESENTARSE COMO LA ÚLTIMA ETAPA DE DIVERSAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS DE INFECCIÓN CRÓNICA. PUEDE DESENCENARSE EN CASOS DE RIESGO.

EN LOS PAÍSES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS B Y C SE CONSIDERA UN ALTO RIESGO PARA DESARROLLAR HEPATITIS CRÓNICA. EN EL SERVIDOR DE GASTROENTEROLOGÍA EN EL SECTOR Y DEPORTE HEPÁTICO SE DEBE CONSIDERAR QUE LOS PAÍSES CON ALTO RIESGO DE INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS B Y C.

CONDICIONES COMO:

- * ENFERMEDADES AUTOINMUNES
- * ENFERMEDADES NEFRÓLOGICAS CRÓNICAS
- * **OBSTRUCCIÓN BILIAR**
- * ALTERACIONES VASCULARES
- * USO CRÓNICO DE MEDICAMENTOS HEPATOTÓXICOS, POR LO QUE SE RECOMIENDA VIGILANCIA EN LOS INDIVIDUOS QUE SE IDENTIFIQUEN DADOS CLÍNICOS DE RIESGO, SOLICITAR:

1.- PHE, SI SE ENCUENTRA ALTERNADA, ENVIAR A CONSULTA EXTERNA A GASTROENTEROLOGÍA PARA EVALUAR LA REALIZACIÓN DE ULTRASONIDO HEPÁTICO CONVENCIONAL Y ULTRASONIDO DOPPLER.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y SUS COMPLICACIONES: ASITIS Y HICEROPATÍA HEMÁTICA. LA HEPATOPATÍA COMPENSADA PUEDE SER ASINTOMÁTICA O PUEDE MANIFESTARSE COMO ANOREXIA, PÉRDIDA DE PESO, DEBILIDAD, FATIGA Y OSTEOPOROSIS. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN ESTA ETAPA PUEDE SER INESPECÍFICA. SE RECOMIENDA CONSULTAR LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS DATOS CLÍNICOS PARA ESTABLECER LA FECHA DE HEPATITIS CRÓNICA (CONSULTAR CLASIFICACIÓN DE CHILD - PUGH - TURCOTTE).

EN PAÍSES CON RIESGO SE RECOMIENDA REALIZAR BIOPSIA HEPÁTICA EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- * SIN ETIOLOGÍA
- * FALTA DE DIAGNÓSTICO DE CERTeza DE CIRROSIS HEPÁTICA POR MEDIO DE HALLAZGOS CLÍNICOS Y PARÁMETROS CLÍNICOS.

PREVIO A LA BIOPSIA, SE SUGIERE CONSUMIR CON:

BIOMETRIA HEMATICA

* CUENTA DE PLAQUETAS (MAS DE 80,000/mm³)

* TIEMPO DE PROTHROMBINA

ES CONVENIENTE INVESTIGAR SI EL PX CONSUME ACIDO ACETIL SALICILICO Y/O ASPIR. SE RECOMIENDA:

EVALUAR POR MEDIO DE ENDOSCOPIA GASTRO ESCOPICA.

EN PX SIN VARICES DEBERA REALIZARSE ENDOSCOPIA DE CONTROL CADA 2 AÑOS NO ESTEROTIPOS, SIEMPRE EVITAR SU USO AL MENOS 7 A 10 DIAS PREVIOS AL PROCEDIMIENTO.

LOS DATOS QUE SUGIEREN ASCITIS SON: AUMENTO DEL PERIMETRO ABDOMINAL, SIGNO DE LA GUA, SIGNO DEL TIRANO DE HENRI, MANTENIMIENTO ABDOMINAL.

SE PROPONE LA CLASIFICACION SIGUIENTE:

- 1.- ASCITIS NO COMPLICADA: GRADO I, II Y III.
- 2.- ASCITIS REFRACTARIA (RESISTENTE Y/O REFRACTARIA A DIURETICOS)

EL PX CON ENCEFALOPATIA HEPATICA PRESENTA:

* CAMBIOS EN EL ESTADO DE ALTA: EUPORIA, APATIA, ANSIEDAD, LOMBRIGIA, SOMNOLENCIA, CONFUSION

* ALTERACION DEL CICLO DEL SUEÑO/VIGILIA

* ASTERIXIS, ESTUPOR Y COMA

PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

EL DAÑO SE REFLEJA EN LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES:

THROMBOCITOPENIA, ANEMIA, LEUCOPENIA, PROLONGACION DEL TIEMPO DE PROTHROMBINA, HIPERBILIRUBINEMIA, INCREMENTO DE LA FOSFATASA ALCALINA, AMINOTRANSFERASAS INCREMENTADAS, HIPONATREMIA, HIPERGLOBLULINEMIA.

EL ULTRASONIDO ABDOMINAL CONVENCIONAL Y DOPPLER ESTAN INDICADOS DE PRIMERA INSTANCIA.

EL PX CON IRC Y CIRROSIS HEPATICA DEBE CONSIDERARSE UN HOSPEDERO INMUNOCOMPROMETIDO, POR LO QUE PRESENTA MAYOR INCIDENCIA DE INFECCION, SIENDO LA PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA LA MAS COMUN.

EN LOS PX CON ENCEFALOPATIA HEPATICA SE LES SUGIERE REALIZAR EN COMPLETA, GLUCOSA, UREA, CREATININA, SODIO, POTASIO, CLORO, GASEOMETRIA ARTERIAL, ELECTROENCEFALOGRAMA Y/O POTENCIALES EVOCADOS.

EN LOS PX CON DIAGNOSTICO DE CIRROSIS HEPATICA SE RECOMIENDA EVALUAR CON ENDOSCOPIA GASTROESOPAGICA Y LOS HALLAZGOS ++ A VARICES ESOPAGICAS CLASIFICAR DE ACUERDO A LA GEC DE HIPERTENSION PORTAL.

EN LOS PX CON IRC EN LOS QUE SE A DETERMINADO ETIOLOGIA Y EN LOS CASOS EN LOS QUE SE DOCUMENTA EL DIAGNOSTICO DE Certeza DE CIRROSIS HEPATICA POR MEDIO DE HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS SE RECOMIENDA REALIZAR BIOPSIA HEPATICA.

EN LOS PX CON DIAGNOSTICO DE CIRROSIS HEPATICA SE RECOMIENDA EVALUAR CON ENDOSCOPIA GASTROESOPAGICA Y LOS HALLAZGOS ++ A VARICES ESOPAGICAS CLASIFICAR DE ACUERDO A LA GEC DE HIPERTENSION PORTAL.

EN LOS PX CON IRC EN LOS QUE SE A DETERMINADO ETIOLOGIA Y EN LOS CASOS EN LOS QUE SE DOCUMENTA EL DIAGNOSTICO DE Certeza DE CIRROSIS HEPATICA POR MEDIO DE HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS SE RECOMIENDA REALIZAR BIOPSIA HEPATICA.

EN LOS PX CON DIAGNOSTICO DE CIRROSIS HEPATICA SE RECOMIENDA EVALUAR CON ENDOSCOPIA GASTROESOPAGICA Y LOS HALLAZGOS ++ A VARICES ESOPAGICAS CLASIFICAR DE ACUERDO A LA GEC DE HIPERTENSION PORTAL.

EN LOS PX CON IRC EN LOS QUE SE A DETERMINADO ETIOLOGIA Y EN LOS CASOS EN LOS QUE SE DOCUMENTA EL DIAGNOSTICO DE Certeza DE CIRROSIS HEPATICA POR MEDIO DE HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS SE RECOMIENDA REALIZAR BIOPSIA HEPATICA.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

LA PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DE ASCITIS GRADO II (EXCITADA) CONSISTE EN:

* USO DE DIURETICOS: ESTERNOLOCTONA, FUROSEMIDE Y ANILIDA.

LA RESPUESTA CLINICA SE EVALUA CON BASE A LA PERDIDA DE PESO Y LA PRESENCIA DE EDEMA PERITONEO

SE RECONOCE EL TRATAMIENTO DE ASCITIS GRADO III (A TENSION):

* PARASENTESIS EVACUADORA

* CONTINUACION DE DIURETICOS

* DE ACUERDO A LA CONTINUIDAD DE LIQUIDO DE ASCITIS EXTRAIDO DEPENDERA LA REPOSICION DE VOLUMEN

EL TRATAMIENTO DE ASCITIS GRADO III (A TENSION):

* PARASENTESIS EVACUADORA

* CONTINUACION DE DIURETICOS

* DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE LIQUIDO DE ASCITIS EXTRAIDO DEPENDERA LA REPOSICION DE VOLUMEN

1.- EN CASO DE EXTRACCION MENOS A 5 L SE RECOMIENDA: EMPANONES DE PIAZZA DEXOR, HAEMACEL A RACION DE 125 mL POR CADA LITRO EXTRAIDO, POR IV

2.- EXTRACCION MAS DE 5 L SE RECOMIENDA: ALBUMINA HUMANA DE 8 A 10g POR LITRO DE LIQUIDO EXTRAIDO POR VIA INTRAVENOSA

EN LA ASCITIS REFRACTARIA SE RECOMIENDA:

* PARASENTESIS EVACUADORA DE REPETICION, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES CLINICAS DEL PACIENTE.

* DE REQUERIR 3 O MAS EXTRACCIONES POR MES, EVALUAR SI SE CUENTA CON EL RECURSO

1.- COLOCACION DE UNA PROTESIS INTRAHEPATICA PORTO SISTEMICA (TIPS).

2.- O DERIVACION PERCUTANEA PORTO SISTEMICA INTRAHEPATICA (DDPI)

SE SUGIERE ADMINISTRAR DISACARIDOS NO ABSORBIBLES VO O RECTAL DE ACUERDO A LA DISPOSICION DEL RECURSO: LACTOSA, LACTULOSA, ANTIBIOTICOS NO ABSORBIBLES: NEOMICINA, MERICIDAZOL, L- ORCINA Y L- ASPARTATO

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

DIETA HIPERCALORICA, CON APORTE PROTEICO ENTRE 0.3 - 1.5g/Kg DE PREDOMINIO VEGETAL, RITA EN LA DIETA, APORTE DE SODIO DE 1 - 2g, CON RESTRICION DE LIQUIDO, SI SE PRESENTA HIPONATREMIA MENOR DE 125 mEq/L, INTERVENCION TEMPRANA EN LOS INDIVIDUOS CON UN CONSUMO DE ALCOHOL.