



Medicina Humana

Nombre del alumno: Luz Angeles Jiménez
Chamec

Nombre del profesor: Dr. Jesús Eduardo Cruz
Domínguez

Nombre del trabajo: Resumen de
insuficiencia hepática crónica

Materia: Clínicas medicas complementarias

Grado y grupo: 7° B

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de Noviembre de 2023.

Insuficiencia hepática crónica

La Insuficiencia Hepática Crónica ó Cirrosis Hepática es una enfermedad asociada a Falla Hepática, se caracteriza por un proceso difuso de fibrosis y la conversión de la arquitectura normal en una estructura nodular anormal, que puede presentarse como la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de diferentes causas.

PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA O FACTORES DE RIESGO

Los pacientes con infección crónica por virus de la hepatitis B y C se consideran de alto riesgo para desarrollar insuficiencia hepática crónica. En estos pacientes con infección crónica por virus de la hepatitis B y C se recomienda una vigilancia estrecha en el servicio de gastroenterología en el segundo y/o tercer nivel. Considerar que los pacientes que desarrollan insuficiencia hepática crónica pueden cursar con algunas condiciones como:

- enfermedades auto inmunes
- enfermedades metabólicas genéticas
- obstrucción biliar
- alteraciones vasculares
- uso crónico de medicamentos hepatotóxicos por lo que se recomienda vigilancia

En los individuos que se identifiquen datos clínicos de insuficiencia hepática crónica, solicitar:

- PFH si se encuentran alteradas, enviar a consulta externa de Gastroenterología para evaluar la realización de:

1. ultrasonido hepático convencional
2. ultrasonido doppler.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA Y SUS COMPLICACIONES: ASCITIS Y ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

La insuficiencia hepática temprana compensada puede ser

- asintomática (40%)
- manifestarse con datos inespecíficos como:

1. anorexia
2. pérdida de peso
3. debilidad

4. fatiga

5. osteoporosis.

La exploración física en esta etapa puede ser inespecífica. Se recomienda conjuntar los factores de riesgo y los datos clínicos para la sospecha de insuficiencia hepática crónica. (Consultar Clasificación de Child-PughTurcotte).

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los hallazgos de laboratorio sugestivos de insuficiencia hepática crónica dependen del daño (la etapa de la cirrosis hepática) y estos reflejarse y modificarse en las siguientes variables:

- trombocitopenia
- anemia
- leucopenia
- prolongación del tiempo de protrombina
- hiperbilirrubinemia
- incremento de la Fosfatasa Alcalina
- aminotransferasas incrementadas
- hipoalbuminemia
- hiperglobulinemia.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La nutrición inadecuada puede contribuir a la progresión de la enfermedad hepática.

Se recomienda en los pacientes con insuficiencia hepática crónica indicar una dieta:

- hipercalórica,
- con un aporte proteico entre 0.8 hasta 1.5 g/Kg. de predominio vegetal
- rica en fibra
- aporte de sodio de 1 a 2 g.
- con restricción de líquidos, si se presenta hiponatremia < de 125 mEq/L.
- Se ha demostrado que el consumo de alcohol conlleva a la progresión del daño hepático, aún sin ser el agente etiológico de la insuficiencia hepática crónica. Se sugiere una intervención temprana en los individuos con un consumo moderado de alcohol.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La primera línea de tratamiento en la ascitis grado II (moderada) consiste en:

- uso de diuréticos: espironolactona, furosemida y amilorida.

La respuesta clínica se evalúa con base a la pérdida de peso y presencia de edema periférico.

Se reconoce el tratamiento de la ascitis grado III (a tensión)

- paracentesis evacuadora
- continuación de diuréticos.
- de acuerdo a la cantidad de líquido de ascitis extraído dependerá la reposición de volumen

El tratamiento de la ascitis grado III (a tensión)

- paracentesis evacuadora
- continuación de diuréticos.
- de acuerdo a la cantidad de líquido de ascitis extraído dependerá la reposición de volumen:
 - En caso de extracción < 5 litros se recomienda: expansores del plasma: dextran, haemacel a razón de 125 mL por cada litro extraído, por vía intravenosa.
 - Extracción > 5 litros se recomienda: albúmina humana de 8 a 10 g por litro de líquido extraído, por vía intravenosa.

En la ascitis refractaria se recomienda:

- paracentesis evacuadora de repetición, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.
- De requerir 3 o más extracciones por mes, evaluar si se cuenta con el recurso:
 1. colocación de una prótesis intrahepática porto sistémica (TIPS)
 2. o derivación percutánea porto sistémica intrahepática (DPPI).

Considerar el trasplante hepático de acuerdo a las características particulares de cada paciente con insuficiencia hepática crónica.

Se reconoce en la insuficiencia hepática crónica y la encefalopatía hepática asociación entre:

- El incremento de amonio portal
- Mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica, lo que favorece:
 1. Alteración en los neurotransmisores a nivel neuronal

2. Alteración en las funciones neuropsiquiátricas

Dentro de las causas identificadas como factores precipitantes:

- Mayor ingesta de proteínas
- Estreñimiento
- Sangrado digestivo
- Infecciones
- Alteraciones electrolíticas Fármacos

Se sugiere administrar disacáridos no absorbibles vía oral o rectal de acuerdo a la disposición del recurso:

1. lactosa
2. lactulosa
3. antibióticos no absorbibles: neomicina, metronidazol
4. L-ornitina y L-aspartato

Bibliografía

rápida, G. d. (s.f.). Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática Crónica. Recuperado el 18 de Noviembre de 2023, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/038GRR.pdf>