



**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**“Insuficiencia Hepática Aguda”**

**ENSAYO POR EDUCAR**

**IRMA NATALIA HERNÁNDEZ AGUILAR**

**Octavo semestre “B”**

**MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS**

**DR. Alonso Díaz Reyes**

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de mayo de 2025

# Insuficiencia Hepática Aguda

## (Ensayo)

La falla hepática aguda es la pérdida súbita de la función hepática en un corto plazo en un paciente sin hepatopatía previa, que se acompaña de coagulopatía y encefalopatía. Es una enfermedad con un deterioro orgánico grave que progresa rápidamente. Existen múltiples causas, en países desarrollados el consumo de paracetamol y en subdesarrollados las hepatitis virales. El reconocimiento temprano y manejo en unidad de cuidado crítico es fundamental para dar terapia de soporte integral. La supervivencia ha aumentado debido a las mejoras en el tratamiento médico y al uso apropiado del trasplante de hígado de emergencia en pacientes seleccionados. En este ensayo, exploraremos las causas, síntomas, diagnósticos y opciones de tratamiento de esta condición, con el objetivo de comprender mejor su importancia y las estrategias para su manejo efectivo.

La IHA se puede categorizar en función del momento de aparición de los síntomas, clasificándose como hiperaguda (<7 días), aguda (7 a 21 días) o subaguda (> 21 días y <26 semanas).

Esta clasificación toma importancia dado que se asocia con el pronóstico y orientación sobre su etiología, determinante en las estrategias terapéuticas. Hasta en un 40% de los pacientes se desconoce su etiología. El pronóstico de la enfermedad está ligado a la etiología y a la cronología de las manifestaciones. Siendo así la hiperaguda presenta una mejor pronóstico de resolución espontánea que la subaguda.

Es típico que pacientes previamente sanos comiencen a desarrollar síntomas inespecíficos como náuseas, vómitos, malestar general, ictericia y encefalopatía hepática; por lo que el diagnóstico exige descartar lesión hepática previa y valorar signos de insuficiencia hepatocelular grave. La IHA debe ser considerada como una emergencia médica por su deterioro rápidamente progresivo, compromiso orgánico múltiple, complicaciones impredecibles y alto riesgo de mortalidad.

Dada la rareza de esta afección, hay pocas encuestas poblacionales de su incidencia, pero los datos sugieren una variación geográfica significativa en la causa predominante. La IHA es más común en países en desarrollo, con una incidencia estimada de 60 casos por millón de habitantes por año, donde las infecciones virales (Hepatitis A, B, E) son las causas predominantes. Dentro de los factores que disminuyen la incidencia se encuentran las normas de saneamiento y vacunación. En Latinoamérica y Colombia, los datos son escasos; sin embargo,

los datos encontrados no distan de la literatura siendo las causas más frecuentes criptogénica, virus hepatotrópos y hepatitis autoinmune.

Las infecciones causadas por virus de la hepatitis A y E son probablemente responsables de la mayoría de casos de IHA, con tasas de muerte de más del 50%, también puede ocurrir después de una infección por hepatitis B. La supervivencia es pobre en pacientes con reactivación de infección subclínica por virus de la hepatitis B sin enfermedad hepática crónica establecida condición que es más común en pacientes inmunosuprimidos. Recomienda en este grupo de pacientes profilaxis antiviral antes del inicio de quimioterapia, inmunoterapia o terapia con glucocorticoids. Otras causas virales raras de insuficiencia hepática incluyen virus del herpes simple, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y parvovirus.

En los Estados Unidos causa el 50% de las IHA, el fármaco que más daño incidencia presenta es el paracetamol y tal lesión puede ser idiosincrásico, impredecible e independiente de la dosis. La insuficiencia hepática inducida por paracetamol puede ocurrir después de una dosis grande, pero existe un mayor riesgo cuando se consume dosis graduales en horas o días. Pacientes en estado de desnutrición y con historia de alcoholismo están en mayor riesgo. El paracetamol es un cofactor potencial para la lesión hepática en pacientes que lo consumen para el alivio de los síntomas en el contexto de enfermedad hepática por otras causa. La enfermedad idiosincrásica inducida por otros fármacos en rara incluso en pacientes que están expuestos a medicamentos hepatotóxicos, y pocos pacientes con lesión hepática inducida por drogas tiene progresión e encefalopatía e IHA. Factores como edad avanzada, niveles de aminotransferasas y bilirrubinas elevados, y coagulopatía se asocian con mayor riesgo de muerte.

### **Evaluación clínica**

Abordaje inicial Reconocer rápidamente la IHA puede ser difícil por la sintomatología inespecífica y de rápida evolución. La anamnesis y una evaluación clínica exhaustiva son esenciales para determinar etiología a través de antecedentes exposicionales, viajes recientes, condiciones comórbidas, ingesta medicamentosa. Igualmente permite definir el intervalo entre la ictericia y los primeros signos de encefalopatía hepática (EH) para clasificar el subtipo de IHA.

Los síntomas iniciales son inespecíficos, tales como dolor en hipocondrio derecho, ascitis, distensión abdominal, emesis, náuseas, astenia y adinamia. A medida que avanza la IHA, los pacientes pueden desarrollar ictericia en un 70%, cambios evidentes del estado mental 60%, disminución de la matidez hepática 28% y signos de sangrado 5%, equimosis, hematomas. Se deben buscar signos de hepatopatía crónica: visceromegalias, eritema palmar, telangiectasias, circulación

colateral. Cuando la presentación inicial es confusión o agitación es el signo o síntoma dominante, especialmente en casos hiperagudos o subagudos donde la ictericia es mínima, puede confundirse con una enfermedad hepática crónica.

La presencia de EH es uno de los criterios diagnósticos de la IHA, los hallazgos son variables por lo que se evalúa a través de la clasificación de West Heaven. Puede desarrollarse edema cerebral que conduce a un aumento de la presión intracraneal en el 25% al 35% de aquellos con encefalopatía de grado III y en aproximadamente el 75% de aquellos con encefalopatía de grado IV por lo que es primordial la valoración pupilar como signo de aumento de la presión intracraneal.

En este tipo de pacientes es prioridad identificar las causas, restaurar el volumen intravascular y la perfusión sistémica para prevenir o mitigar la gravedad de la falla orgánica en pacientes con intoxicación severa por paracetamol, el intervalo entre la ingestión de droga y el inicio de tratamiento con N-acetil cisteína (NAC) está estrechamente relacionado con el resultado. Sin embargo, solo se ha demostrado su utilidad en la disminución de las tasas de supervivencia entre pacientes con EH de bajo grado. La EH puede progresar rápidamente, particularmente en los estados hiperagudos con presión a agitación y coma. La práctica varía según el centro donde encontremos, pero, en estos pacientes se recomienda la intubación temprana y sedación para facilitar el cuidado general, prevenir la neumonitis por aspiración. Es común en estos pacientes encontrar una presión arterial baja y vasodilatación sistémica con o sin sepsis. Esta condición se asocia con EH más severa y aumento en la mortalidad. La hemorragia manifiesta es poco común en pacientes con IHA y refleja una hemostasia equilibrada. En la mayoría de los casos, la pérdida de la síntesis de factores procoagulantes es paralela a la pérdida de anticoagulantes derivados de la hepatitis. Inicialmente las pruebas de coagulación pueden indicar que no hay tendencia hemorragia mayor.

## **Tratamiento**

En pacientes con IHA el soporte se proporciona igual que para otros pacientes críticamente enfermos; con algunos objetivos específicos según la etiología y complicaciones extrahepáticas.

El objetivo de tratamiento es lograr una meta metabólica estable y estabilidad hemodinámica, con el fin de mejorar la regeneración y minimizar el riesgo de complicaciones. Tras reconocer la IHA se debe realizar una reanimación rápida con fluidoterapia intravenosa, protección de la vía aérea mediante intubación endotraqueal si el nivel de conciencia está reducido o presenta una EH grado 2, corrección de trastornos metabólicos graves y derivación a centros especializados. Estos pacientes tienen mayor riesgo de hipoglucemia que puede prevenirse con infusión endovenosa de glucosa. Tener especial cuidados con las infusiones de

Líquidos hipotónicos que pueden llevar a hiponatremia y edema cerebral. Los pacientes con IHA tienen alto gasto energético con aumento en el consumo de proteínas por lo que requieren un apoyo controlado para preservar la masa muscular y la función inmune. De forma arbitraria podemos administrar 1.0-1.5gr/kg día de proteínas.

Se debe tener en cuenta los niveles de amoníaco para vigilancia y ajuste del soporte nutricional, en presencia de niveles elevados de amoníaco tendríamos que disminuir el tiempo de infusión del soporte nutricional o disminuir la rata proteica dada su asociación con aumento del riesgo de HIC.

### **Evaluación pronóstica**

La identificación temprana de pacientes que no sobrevivirán con la terapia medica sola es de gran utilidad práctica, candidatos a TH deben ser identificados lo más rápido posible. La presencia de encefalopatía es un indicador clave, con mayor consideración teniendo en cuenta la edad del paciente y la gravedad de la lesión hepática evaluada por la presencia de coagulopatía o ictericia.

Los pacientes tienen una elevada mortalidad con tratamiento médico (40-70%). La supervivencia de estos pacientes se eleva con el TH (65%). Factores como la escasez de órganos, aparición temprana de complicaciones pueden tener implicaciones en trasplantar a un paciente potencialmente recuperable con tratamiento médico, por esta razón es importante determinar la existencia de factores pronostico con el fin de hacer una mejor selección de los candidatos a trasplante. Factores como la coagulación, bilirrubina, creatinina, pH, lactato, edad y grado de EH son frecuentemente utilizados. Por otra parte, factores como alfa-feto proteína, amonio, fosforo y ferritina no se utilizan con frecuencia y podrían tener alguna utilidad [38,39]. En estos pacientes es recomendable la utilización de scores pronósticos para los cuales se han evaluado varias escalas, dentro de las cuales las más utilizadas son los criterios del kings college (CKC) y criterios de MELD.

### **Manejo del paciente con falla hepática aguda**

El manejo de IHA depende del grado de compromiso del paciente y de las manifestaciones extrahepáticas o falla de otros órganos que comprometan el estado general. Las complicaciones se dan en la primera fase de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) que condiciona a falla multiorgánica y en la segunda fase de síndrome de respuesta antiinflamatoria compensadora que predispone a infecciones.

Las infusiones de NAC deben iniciarse inmediatamente en todos los casos de IHA por sobredosis de paracetamol sospechada o confirmada y pueden ser útiles cuando se inician temprano en la lesión hepática inducida por fármacos no paracetamol y la hepatitis hipóxica. La dosis es un bolo de 150 mg/kg, que se continúa con 50mg/kg en 4 horas, y posteriormente con 100mg/ kg en 16 horas. Esta infusión puede prolongarse hasta 48 ó 72 horas.

### **Trasplante hepático**

Aunque el trasplante es una opción de tratamiento para algunas causas de IHA, este tratamiento no se encuentra disponible universalmente y menos del 10% de los trasplantes de hígado se realizan en pacientes con IHA. En pacientes con alto riesgo de HIC intraoperatoria y posoperatoria se convierte en un desafío y las tasas de supervivencia son mucho mas bajas comparadas con las demostradas en trasplante hepático electivo. Con el tiempo estos registros han mejorado y las tasas de supervivencia actuales están alrededor de 79% a un año y 72% a 5 años.

La mayoría de las muertes se producen en los primeros 3 meses posoperatorios siendo la causa mas frecuente los procesos infecciosos. Este riesgo se aumenta en pacientes de edad avanzada, aquellos que reciben injertos anteriores o parciales, o injertos de donantes sin un ABO idénticos.

Los predictores de mortalidad son una piedra angular importante para la toma de decisiones al incluir a los pacientes para TH de manera emergente, los criterios de CKC son los que nos ayudan a seleccionar los pacientes. En Colombia, de acuerdo a la comisión de TH tienen prioridad para trasplantes los pacientes urgencia 0, se tienen en cuenta características sociodemográficas, la diferencia de superficie corporal entre el 20- 25%, el isogrupo sanguíneo donante-receptor y compatibilidad.

### **Conclusión**

La IHA es un síndrome complejo poco frecuente pero con una alta tasa de mortalidad por sus complicaciones: sepsis, HIC, edema cerebral, disfunción orgánica múltiple. En el abordaje es importante una evaluación detallada para determinar la causa etiológica y dar manejo oportuno en UCI a las alteraciones hepáticas y extrahepáticas. Existen indicaciones claras como pacientes con MELD>30 y CKC que determinan el momento y la población candidata a TH.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Martínez Ávila, M., Rodríguez Yáñez, T., Almanza Hurtado, A., & Tomás Acosta Pérez. (2021, 7 mayo). *Insuficiencia Hepática Aguda*. iMedPub Journals.

Recuperado 28 de mayo de 2025, de

<https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/insuficiencia-heptica-aguda-iquestqueacute-hacer.pdf>