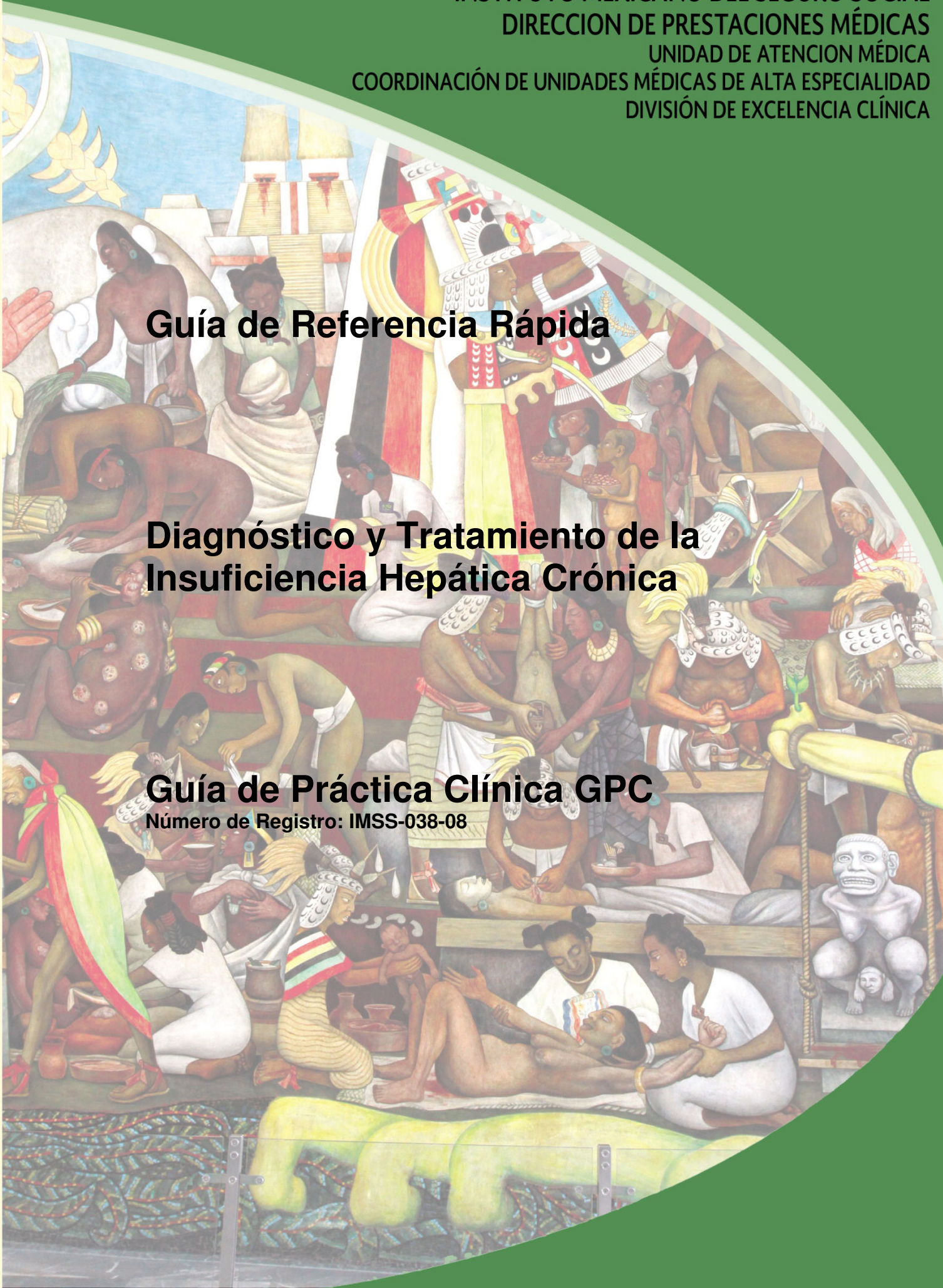


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática Crónica

Guía de Práctica Clínica GPC

Número de Registro: IMSS-038-08



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

K74.X Fibrosis y Cirrosis del Hígado

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Hepática Crónica

ISBN: 978-607-8270-02-6

DEFINICIÓN

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-Pugh-Turcotte)

En los pacientes con insuficiencia hepática crónica se recomienda realizar biopsia hepática en las siguientes circunstancias:

- sin etiología
- falta de diagnóstico de certeza de cirrosis hepática por medio de los hallazgos clínicos y paraclínicos.

Previo a la biopsia hepática se sugiere contar con:

- biometría hemática
- cuenta de plaquetas ($>80,000 /\text{mm}^3$)
- Tiempo de Pro trombina.

Es conveniente investigar si el paciente consume ácido acetil salicílico y/o antiinflamatorios. En todo paciente con diagnóstico de insuficiencia hepática crónica se recomienda evaluar por medio de endoscopia gastroesofágica.

En pacientes sin várices deberá realizarse una endoscopia de control cada 2 años no esteroideos, sugerir evitar su uso al menos 7 a 10 días previos al procedimiento.

Los datos clínicos que sugieren ascitis son:

- aumento del perímetro abdominal
- signo de la ola
- signo del tímpano de hielo
- más objetivo es a la percusión matidez cambiante.

Se propone la clasificación actual de la ascitis en:

1. ascitis no complicada: grados I, II y III
2. ascitis refractaria (resistente y/o refractaria a diuréticos).

El paciente con encefalopatía hepática presenta:

- cambios en el estado de alerta: euforia, apatía, ansiedad, letargia, somnolencia, confusión
- alteración del ciclo sueño/vigilia,
- asterixis, estupor y coma.

Sin embargo este diagnóstico se realiza por exclusión

Ante estos datos clínicos se debe estratificar al paciente (de acuerdo a los Criterios de West-Haven y Escala de Coma de Glasgow) para normar conducta.

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.

Se reconoce que no existe ninguna prueba de laboratorio que por si misma sea sensible y especifica para el diagnóstico de certeza de insuficiencia hepática crónica

El Ultrasonido abdominal convencional y Doppler tiene una sensibilidad y especificidad en pacientes con cirrosis hepática del 91.1 y 93.5%, respectivamente

De los estudios de gabinete el ultrasonido abdominal convencional y Doppler están indicados de primera instancia en los pacientes con insuficiencia hepática crónica.

Se consideran de poca utilidad los siguientes estudios ya que se detectan pocos cambios estructurales en el hígado sobre todo en etapas tempranas de la cirrosis hepática:

- tomografía axial computada
- resonancia magnética.

El paciente con insuficiencia hepática crónica y cirrosis hepática debe considerarse un hospedero inmunocomprometido, por lo que presenta una mayor incidencia de infecciones (25% de ellos tiene un evento infeccioso al año).

De las infecciones más comunes se incluyen la Peritonitis Bacteriana Espontánea

En los pacientes con insuficiencia hepática con sospecha de encefalopatía hepática se sugiere eliminar otras posibilidades diagnósticas por lo que se sugiere solicitar:

- biometría hemática completa
- glucosa, urea, creatinina
- sodio, potasio, cloro
- gasometría arterial
- electroencefalograma y/o potenciales evocados.

Evaluar de acuerdo a evolución clínica y resultados de laboratorio la realización de Tomografía Axial Computarizada de cráneo.

En todo paciente con diagnóstico de cirrosis hepática se recomienda evaluar con endoscopia gastroesofágica y los hallazgos positivos a várices esofágicas clasificar de acuerdo a la GPC de hipertensión portal.

En los pacientes con insuficiencia hepática crónica en los que no se ha determinado la etiología y en los casos en los que no se documenta el diagnóstico de certeza de cirrosis hepática por medio de los hallazgos clínicos y paraclínicos se recomienda realizar biopsia hepática.

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

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.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Todo paciente con sospecha clínica de insuficiencia hepática crónica ó duda diagnóstica y/o etiológica, se recomienda su envío para su estudio y evaluación de biopsia hepática a un segundo y/o tercer nivel de atención al servicio de Gastroenterología

Los pacientes con insuficiencia hepática y cirrosis hepática deben ser referidos a una unidad especializada en trasplante hepático, considerar:

- el grado de disfunción hepática
- En presencia de complicaciones refractarias al manejo convencional.

Se recomienda en todo paciente con insuficiencia hepática envío a segundo nivel de atención para evaluar biopsia hepática.

Al integrar en el primer nivel de atención el diagnóstico presuncional de insuficiencia hepática crónica basado en:

- factores de riesgo
- datos clínicos y de laboratorio que apoyen insuficiencia hepática crónica, enviar a consulta externa de gastroenterología de su HGZ para completar estudio.

El paciente con sospecha de insuficiencia hepática crónica y diagnóstico de insuficiencia hepática crónica y/ó cirrosis hepática se recomienda envío a la consulta externa del servicio de gastroenterología o medicina interna, en el segundo nivel de atención médica.

Identificar a los pacientes con factores de riesgo para infección por virus de hepatitis B y C, canalizarlos al segundo nivel en la consulta externa del servicio de Gastroenterología y/o Medicina Interna para realizar detección oportuna con:

serología viral para hepatitis B y C

Los pacientes con complicaciones de cirrosis hepática sin respuesta adecuada al manejo deben ser enviados a un segundo nivel de atención para valoración y ajuste de manejo por el servicio de Gastroenterología y/o Medicina Interna.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

La vigilancia y seguimiento de los pacientes con insuficiencia hepática crónica ha demostrado que la detección y manejo oportuno de las complicaciones repercute de manera favorable en la supervivencia y la calidad de vida del paciente.

El paciente con cirrosis hepática compensada se recomienda:

- evaluar clínicamente cada 2 meses
- cada 6 meses con exámenes de laboratorio (Biometría hemática completa, química sanguínea, tiempo de protrombina, pruebas de funcionamiento hepático) en el primer nivel de atención médica.
- Realizar endoscopia cada dos años en pacientes con cirrosis hepática sin várices, y en el caso de várices pequeñas cada año. Ver guía de várices gastroesofágicas.

Se recomienda en pacientes con insuficiencia hepática crónica con alto riesgo para desarrollar carcinoma hepatocelular incluir:

- personas alcohólicas,
- infección crónica por virus de hepatitis B y C
- hemocromatosis
- cirrosis biliar primaria.

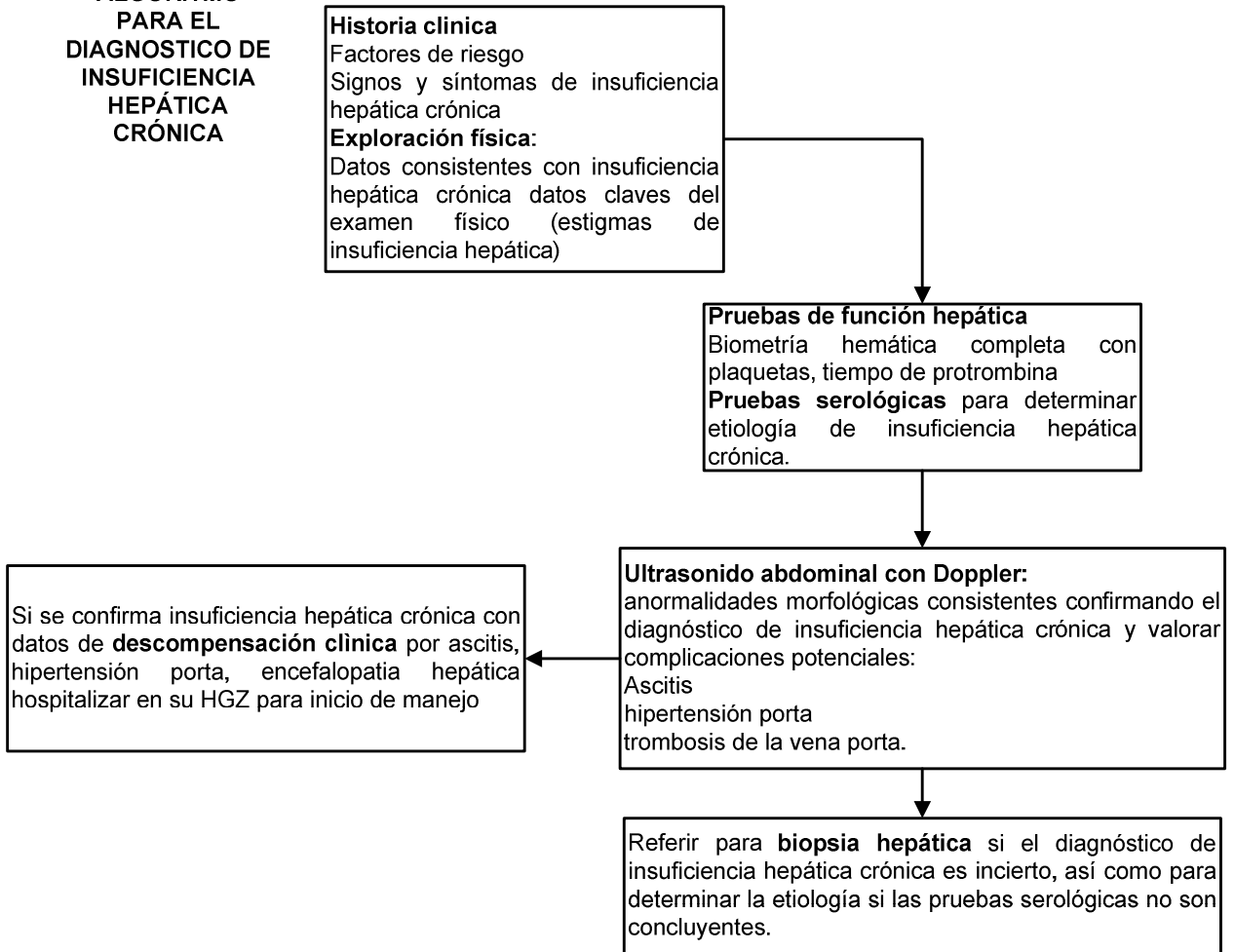
Realizar ultrasonido hepático y alfafetoproteína:

- al menos cada 12 meses en presencia de nódulos hepáticos sospechosos, menores de 1 cm., se sugiere realizar ultrasonido y alfafetoproteína cada 3 a 6 meses.

en caso de no presentar modificación en tamaño en un periodo de 2 años se sugiere regresar a la vigilancia

ALGORITMO

ALGORITMO PARA EL DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA



ESCALA DE CHILD-PUGH-TURCOTTE PARA EL PRONOSTICO DE PACIENTES CON CIRROSIS

Parámetro	Calificación		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada-Grave
Encefalopatía	Ausente	Grado I-II	Grado III-IV
Bilirrubina (MG/dL)	< 2.0	2.0 – 3.0	> 3.0
Albúmina (g/dL)	> 3.5	2-8 – 3.5	< 2.8
Tiempo de protrombina (segundos prolongado)	1-3	4-6	>6
	Puntuación total	Clase	
	5-6	A	
	7-9	B	
	10-15	C	

Seisenger and Fordtran's. Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 7th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders, 2002:1236.

CRITERIOS DE WEST-HAVEN PARA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

Etapa	Descripción
0	Cambios en la personalidad o en el comportamiento. Sin Asterixis.
1	Pérdida de la actividad. Acortamiento del lapso de atención. Suma y resta alteradas. Hipersomnía, insomnio, inversión del patrón del sueño. Euforia o depresión. Asterixis.
2	Letargia o apatía. Desorientación leve. Comportamiento inapropiado. Bradilalia. Asterixis franca.
3	Desorientación severa. Comportamiento bizarro. Estupor. Ausencia de asterixis.
4	Coma.

ESCALA DE GLASGOW PARA EL NIVEL DE CONCIENCIA

Apertura ocular		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Espontánea	4	Obedece órdenes verbales	6	Orientado	5
a órdenes	3	Localiza dolor	5	Desorientado	4
A dolor	2	Retira al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Sin respuesta	1	Flexiona al dolor	3	Sonidos inapropiados	2
		Extiende al dolor	2	Sin respuesta	1
		Sin respuesta	1		

Para obtener la calificación, se suman las respuestas ocular, verbal y motora.

La mejor calificación es 15 y la peor 3.

La encefalopatía severa es definida con una calificación < 12.