

TOMA DE DECISIONES EN HEPATITIS VÍRICA Y ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA

PASO 1 – ¿Podría mi paciente tener una enfermedad hepática avanzada?

La enfermedad hepática avanzada es el término utilizado para la enfermedad hepática crónica que ha progresado a pre-cirrosis o a cirrosis.

En la cirrosis existe una fibrosis (cicatrización) hepática avanzada. En la cirrosis compensada, el hígado todavía es capaz de continuar realizando sus principales funciones.

La cirrosis descompensada generalmente se refiere a la presencia de ascitis, edemas, encefalopatía hepática, hemorragia por varices esofágicas y otras complicaciones de la hipertensión portal.

Cuáles son las causas de la enfermedad hepática avanzada?

- Hepatitis crónica por virus de la hepatitis B y / o C
- Consumo elevado de alcohol
- Obesidad, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico que ocasionan enfermedad por hígado graso
- Otras enfermedades hepáticas más raras

La probabilidad de enfermedad hepática avanzada aumenta con:

La duración de la enfermedad hepática, la cantidad de alcohol consumida durante toda la vida, otra enfermedad hepática concomitante (por ejemplo, el daño hepático relacionado con la obesidad), el aumento de la edad, el sexo masculino y la coinfección por VIH.

¿Por qué es importante el diagnóstico de enfermedad hepática avanzada?

Para prevenir la progresión hacia una descompensación hepática y el desarrollo de carcinoma hepatocelular (CHC). También afecta a las opciones de tratamiento en caso de hepatitis C.

¿Cómo diagnosticar la enfermedad hepática avanzada?

Ninguna prueba individual puede diagnosticar de manera fiable todos los casos. La información de la historia clínica, la exploración física, los análisis de sangre, la ecografía abdominal y los resultados del Fibroscan pueden proporcionar pistas diagnósticas.

¿Cuándo sospechar enfermedad hepática avanzada?

- **Hallazgos físicos:** ascitis, edema, atrofia muscular, arañas vasculares, eritema palmar y encefalopatía hepática
- **Alteraciones de los parámetros de laboratorio:** inversión de la relación AST / ALT (normal <1), disminución de la albúmina, aumento del INR y de la bilirrubina, disminución de las plaquetas (lo que sugiere hipertensión portal)
- **Pruebas de imagen:** contorno hepático irregular o nodular, dilatación de la vena porta, esplenomegalia
- **Marcadores no invasivos de fibrosis:** Fibroscan (La elastografía transitoria es un método seguro y rápido para evaluar la rigidez hepática) > 12.5 kpa, o algoritmos de análisis de sangre que incluyen APRI, ELD (Fibrosis hepática mejorada) y Fibrotest

PASO 2 – Corrección de la etiología subyacente a la enfermedad hepática

Infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC)

Las personas con infección por el VHC y hepatopatía avanzada deben recibir terapia antiviral del VHC, para limitar la progresión de la enfermedad hepática y ayudar a la regresión del daño hepático. Para obtener más detalles, consulte

Algoritmo diagnóstico de la hepatitis por Virus de Hepatitis C (VHC)

Infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB)

Todas las personas con VHB y enfermedad hepática avanzada deben recibir terapia antiviral. La terapia con HBV puede conducir a una recuperación o a una regresión progresiva de la enfermedad hepática avanzada.

Derivar a las personas que viven con hepatitis viral a organizaciones comunitarias de hepatitis (<http://asscat-hepatitis.org/>)

Es importante el manejo de las comorbilidades que contribuyen al daño hepático en la enfermedad hepática avanzada, que incluyen:

Alcohol

Las personas con enfermedad hepática avanzada NO deben consumir alcohol. Las intervenciones breves ayudan - visite www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/ para obtener más información

Hígado graso de causa no alcohólica (HGNA)

- Sospechar en caso de obesidad, DM tipo 2 o síndrome metabólico
- Manejo: modificación del estilo de vida y pérdida de peso mediante intervenciones dietéticas, ejercicio físico y seguimiento médico

Otras enfermedades hepáticas

Realizar cribados de hemocromatosis (solicitar estudio de hierro), enfermedad hepática autoinmune, deficiencia de alfa-1-antitripsina, enfermedad de Wilson, colangitis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria.

Vacunas

Asegúrese de que los pacientes con enfermedad hepática avanzada reciben las siguientes vacunas:

- Neumococo y gripe anual
- Determine el estado de la inmunización respecto a la Hepatitis B (HBsAg, anti-HBs) y la Hepatitis A (IgG Anti-VHA). Si no es inmune, vacúnese de acuerdo con los protocolos de vacunas de cada Comunidad Autónoma española.

PASO 3 – Cuándo derivar al paciente a un especialista

Todos los pacientes con enfermedad hepática avanzada, según lo reconocido por los métodos descritos en el Paso 1, deben ser derivados a un especialista para el tratamiento de la etiología conocida o para realizar pruebas complementarias adicionales si la etiología es desconocida y realizar el seguimiento adecuado.

- especialmente si se trata de una hepatitis vírica no tratada y descompensada, si presenta comorbilidades significativas como el VIH o la diabetes y si se detectan anomalías durante la exploración.

Derivación urgente del paciente al hospital si:

- Hemorragia gastrointestinal
- Confusión / somnolencia (? posible encefalopatía)
- Fiebre inexplicable o dolor abdominal (? posible peritonitis bacteriana espontánea)
- Ictericia nueva o progresiva
- Marcada dificultad para respirar que se acompaña de distensión abdominal

Pronóstico

- La media de supervivencia en la cirrosis compensada y descompensada es de 12 y 2 años respectivamente
- La gravedad y el pronóstico de la enfermedad hepática se pueden estimar utilizando la escala de Child-Pugh o la escala MELD. La escala MELD se usa para determinar la necesidad de un trasplante hepático
- Las guías de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sugieren que el MELD mínimo para el trasplante de hígado debe ser de 15, aunque se pueden considerar excepciones
- Las complicaciones de la cirrosis, como el síndrome hepatorenal (desarrollo de insuficiencia renal), la sepsis, el sangrado de varices y el CHC se asocian con un peor pronóstico

TOMA DE DECISIONES EN HEPATITIS VÍRICA Y ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA

PASO 4- Manejo de la cirrosis compensada

Se recomienda realizar cribado semestral del CHC de por vida a todos los pacientes con cirrosis - ver * HCC

Los objetivos en el manejo de la enfermedad hepática crónica incluyen:

- Minimizar la progresión de la enfermedad hepática
- Seguimiento de la enfermedad hepática
- Detección de complicaciones, incluyendo CHC, descompensación clínica, varices esofágicas, desnutrición y osteoporosis

Minimizar la progresión de la enfermedad hepática

- Se debe tratar la infección por VHB y / o VHC con terapia antiviral para prevenir la progresión de la enfermedad
- Se debe recomendar la abstinencia del alcohol, mantener una dieta saludable y desarrollar un plan de ejercicios, especialmente en caso de obesidad.

Monitorizar para detectar deterioro de la función hepática y/o descompensación

- Los pacientes con enfermedad compensada deben realizarse análisis de sangre cada 6 meses, incluidos analítica sanguínea completa, pruebas de función renal (electrolitos, urea, creatinina) pruebas de función hepática, tiempo de protrombina junto con una prueba de imagen para cribado de CHC y una revisión clínica, especialmente para controlar el estado nutricional.
- Prestar especial atención al aumento del INR, la disminución de la albúmina y al aumento de la bilirrubina

Vigilancia recomendada para las complicaciones de la cirrosis

- *** CHC:** según las pautas de la Asociación Americana y Europea para el Estudio de Enfermedades Hepáticas (AASLD y EASL), ecografía cada 6 meses
- **Osteoporosis:** realización de una DEXA cada 2 años y monitorización de la vitamina D en suero
- **Varices:** una vez que se diagnostica la cirrosis, todos los pacientes deben tener una vigilancia endoscópica inicial para las varices y seguimiento posterior de acuerdo a las guías clínicas. Los intervalos para la próxima endoscopia dependen de la gravedad de las varices y la enfermedad hepática (ver las guías de AASLD/EASL/Baveno para las varices)

Trasplante hepático

- La hepatitis C crónica es actualmente la principal indicación para el trasplante de hígado en España
- Muchos pacientes tienen CHC concomitante
- Consulte las indicaciones de la guía para el trasplante hepático en www.ont.es
- Es posible que se requiera una derivación del paciente al especialista de la unidad de trasplante

PASO 5 – La cirrosis descompensada y complicaciones de la hipertensión portal

Consejos nutricionales generales

- Dieta rica en proteínas; se deben añadir suplementos proteicos si la albúmina es baja; realizar ejercicio de forma regular
- Múltiples pequeños refrigerios como suplementos, debe incluirse un refrigerio nocturno
- Se deben evitar los mariscos crudos, los productos lácteos no pasteurizados y los quesos blandos
- Suplementos de vitamina D y Ca si se precisa en caso de osteopenia / osteoporosis

Ascitis

- Restricción de NaCl: 80 mmol o 2000 mg de Na + / día
- La restricción de líquidos no es necesaria a menos que el Na + en suero baje a $</= 125$ mmol / L
- Diuréticos, si la función renal lo permite. Estos solo son efectivos con una restricción adecuada de Na +
 - Inicialmente Espironolactona 50-100 mg por la mañana y realizar titulación ascendente cada 3-5 días o, en caso de edemas, combinación de Espironolactona y Furosemida [comenzando con 100 mg por la mañana y 40 mg por la mañana, respectivamente; hasta llegar a un máximo de 400 mg por la mañana de Espironolactona y 160 mg de Furosemida]
 - Se debe realizar una pérdida de peso de 0.5 kg / día (3 kg por semana) o 1 kg/día (si ascitis) se debe controlar la función renal
 - En aquellos pacientes que no responden a los antagonistas de la aldosterona, que se define por una reducción del peso corporal de menos de 2 kg / semana, o en pacientes que desarrollan hiperpotasemia, debe agregarse Furosemida a una dosis gradual creciente de 40 mg / día hasta un máximo de 160 mg / día (en incrementos de 40 mg / día)

Función renal

- Los riñones son sensibles en caso de nefrotoxicidad:
- Evitar los AINEs y otras nefrotoxinas
 - Cualquier descompensación puede contribuir al desarrollo de insuficiencia

Encefalopatía Hepática (EH)

- Cambios neuropsiquiátricos reversibles: asterix estereotípica (temblor hepático), fetor (aliento dulce), dispraxia (dificultad para realizar una estrella de 5 puntos), inversión del patrón de sueño
- Identificar factores precipitantes como infección, hemorragia gastrointestinal, medicamentos (especialmente los sedantes)
- Pautar lactulosa para facilitar la realización de 2-3 deposiciones blandas por día
- Si es difícil de controlar la EH, antibiótico no absorbible Rifaximina
- Es probable que los pacientes no sean aptos para conducir, particularmente si hay episodios recurrentes de EH

Carcinoma Hepatocelular (CHC)

- El tratamiento depende del tamaño y de la ubicación del tumor, de la reserva hepática y del estado de salud general
- El tratamiento puede ser curativo (cirugía, ablación percutánea y trasplante de hígado) o paliativo (quimioembolización, quimioterapia y soporte)
- El manejo del paciente debe llevarse a cabo en un centro de excelencia con un equipo multidisciplinar que revise el tratamiento

Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE)

- Puede presentarse con fiebre, cambio en el estado mental o dolor
- Criterio de derivación al hospital
- Fluido ascítico CMI > 250 células / mm de diagnóstico
- Se requiere hospitalización para realizar tratamiento con antibiótico IV e infusión de albúmina
- Es eficaz la profilaxis secundaria con Cotrimoxazol 160/800 mg ("Bactrim DS") un día o 400 mg diarios de norfloxacin de manera continua

Sangrado de las varices

- Puede presentarse con hematemesis y / o melenas
- Se debe realizar un ingreso urgente en el hospital para realizar una evaluación y tratamiento endoscópico
- La profilaxis secundaria con beta bloqueantes reduce el sangrado adicional (dosis de titulación para lograr una reducción del 25% de la frecuencia cardíaca basal habitual)
- Después del alta, se requieren más terapias endoscópicas para obliterar las varices

Complicaciones cardiopulmonares

- La falta de aire puede ser el primer signo de complicación cardiopulmonar, como el síndrome hepato-pulmonar, la hipertensión portal o la miocardiopatía cirrótica



This resource was originally produced in collaboration with the Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine, Gastroenterological Society of Australia, Australasian Society for Infectious Diseases, Australasian Hepatology Association and Hepatitis Australia. It has been adapted for Spain by the International Network on Hepatitis in Substance Users in collaboration with local partners.