CASO CLÍNICO

**HEPATOPATÍA CRÓNICA ALCÓHOLICA - ENCEFALOPATÍA
HEPÁTICA**

Marielena Herrera Pacasi¹, Celia Coqlue Flores²

1. Universidad Adventista de Bolivia

2. Universidad Adventista de Bolivia

Presentación de caso

Paciente Jubilado de 71 años de edad, sexo masculino de procedencia Cochabamba, con antecedente patológico de Diabetes Mellitus tipo II. Ingresa al servicio de Gastroenterología el 15 de agosto del 2017, en compañía de sus hijos por presentar dolor abdominal, abdomen globoso, alteraciones en el ciclo de sueño, desorientación en tiempo y espacio, hiperactividad, bradipsiquia y adinamia. Paciente refiere que aproximadamente. 7 años atrás tiene Diabetes Mellitus y que actualmente está en tratamiento con glucovance 2 comprimidos al día. Hijo refiere que hace 35 años consume bebidas alcohólicas y tabaco, habitualmente 3 a 4 veces por semana.

Hepatopatía crónica alcohólica

Según Pérez y Castellano (1). Es la lesión del hígado causada por el consumo excesivo de alcohol durante mucho tiempo. En general, la cantidad de alcohol consumido, frecuencia y el tiempo determina el riesgo y la gravedad de la lesión del hígado.

Los síntomas de la enfermedad es de aparición progresiva que inicia con alza térmica, ictericia (coloración amarilla de la piel), fatiga, hígado doloroso y agrandado (hepatomegalia), para luego continuar con problemas más graves como hemorragias digestivas y deterioro de la función cerebral.

El alcohol, tras ser absorbido en el tubo digestivo, se procesa (metaboliza) principalmente en el hígado. Conforme se metaboliza se producen

sustancias que pueden dañar el tejido hepático. Cuanto más número de veces consume alcohol, mayor es la lesión hepática. Cuando el alcohol lesiona el hígado este puede seguir funcionando durante cierto tiempo, ya que el hígado a veces puede llegar a recuperarse de una lesión leve. Asimismo, el hígado puede funcionar con normalidad aun cuando el 80% esté lesionado. Sin embargo, si la persona continúa consumiendo alcohol, el daño hepático progresa, pudiendo llegar a ocasionar la muerte. Si la persona deja de beber, parte de la lesión puede revertirse. (1)

Los medios diagnósticos utilizados es el análisis de sangre para, evaluar la funcionalidad del hígado y en ocasiones, puede ser necesario practicar una biopsia hepática. (2)

Según Romero y Hoyas (3). El abuso del alcohol puede causar tres tipos de lesiones hepáticas:

- **Acumulación de grasa** (hígado graso o esteatosis hepática): este tipo es el menos grave y a veces, puede ser reversible. Se presenta en más del 90% de las personas que consumen demasiado alcohol.
- **Inflamación** (hepatitis alcohólica): el hígado se inflama aproximadamente entre el 10 y el 35% de las personas afectadas.
- **Cirrosis**: alrededor del 10 al 20% de las personas que abusan del alcohol desarrollan cirrosis. En la cirrosis, se sustituye de forma permanente gran parte del tejido hepático normal por un tejido cicatricial (fibrosis hepática), incapaz de realizar función alguna.

Encefalopatía Hepática

Según Torre, guerrero y Uribe (4). Es un deterioro de la función cerebral producido por sustancias tóxicas acumuladas en la sangre como el amoníaco, que normalmente deberían haber sido eliminadas por el hígado sin embargo estas sustancias tóxicas llegan al cerebro a través del torrente sanguíneo.

La pérdida de la función cerebral ocurre cuando el hígado ya no es capaz de eliminar las toxinas de la sangre como el amoníaco. Esto se conoce como encefalopatía hepática. La enfermedad puede desarrollarse progresivamente en personas alcohólicas.

Las sustancias absorbidas en el torrente sanguíneo procedentes del intestino pasan por el hígado, donde normalmente se eliminan. Muchos de estos tóxicos (como el amoníaco) son productos de la descomposición normal de la digestión de las proteínas. (3)

La persona afectada se muestra confusa, desorientada y somnolienta, con cambios en su personalidad, cambios sutiles en el pensamiento lógico, el estado anímico puede cambiar y se pierde capacidad de raciocinio, los patrones de sueño pueden ser alterados. (4)

Según Smeltzer y Bare (5). En la encefalopatía hepática, Las sustancias toxicas no son eliminados, porque la función hepática está alterada. Además, algunos tóxicos pueden no pasar a través del hígado pasando por las conexiones anormales (denominada circulación colateral) que se forman entre el sistema venoso portal (que suministra sangre al hígado) y la circulación general. Estos vasos se forman como resultado de la enfermedad hepática y de la hipertensión portal.

Diagnóstico

Se basa principalmente en los síntomas, resultados de la exploración física y las pruebas de análisis de sangre, nivel de amoníaco este suele ser anormalmente alto lo que indica una disfunción del hígado, prueba de estado mental, electroencefalografía.

Tratamiento

Eliminación de los desencadenes, eliminación de sustancias toxicas del intestino a través de:

- *Lactulosa*, es un azúcar sintético que ingresa y actúa como

laxante, acelerando el tránsito de los alimentos a nivel intestinal disminuyendo la absorción del amoniaco.

- *Enemas*, se aplica para acelerar el paso de los alimentos y eliminar toxinas.

Laboratorios realizados y tratamiento actual

Cuadro N° 1

Análisis	Fuera del rango	Rango de referencia
Bilirrubina directa	↑ 10.0 mg/dL	0 – 0.2 mg/dl
Bilirrubina indirecta	5.0 mg/dL	↑ 0 – 0.8 mg/dl
Bilirrubina total	↑ 15. 0mg/dL	0 – 1 mg/dl
Fosfatasa Alcalina	↑ 1194 U/L	80 – 306 U/L

Cuadro N° 2

Perfil Metabólico:			
Análisis	Dentro del rango	Fuera del rango	Rango de referencia
Creatinina	0.6mg/dL		0.6 – 1.1 mg/dl
Nitrogeno Ureico	19 ml/dL		8 – 23 mg/dl
Albumina		↓ 2.4 a/dL	3.5 – 4.8 a /dl
Globulina		↑ 3.8 gr/dL	3.1 – 3.6 gr/dl
Relación A/G		0.6	1.3 – 2.2

Cuadro N° 3

Hemograma			
Análisis	Dentro del rango	Fuera del rango	Rango de referencia
G.B.		17000 mm ³ ↑	5.0 – 10.0 mm ³
G.R.	5000 mm ³		4.5 – 5.5 mm ³

Hemoglobina	14.4 gr/dL		23.5 – 17 gr/dl
Hematocrito	42.79 %		42 -53%
Formula leucocitaria			
Neutrófilos		94% ↑	55 -65 %
Linfocito		5% ↓	30 – 40%
monocitos	1%		0 – 6 %
Eritrosedimentación			
Segunda hora		17 mm	0 – 7 mm
Primera hora			0 – 17 mm
Índice de katz			0 – 17 mm
Serie blanca	Leucocitosis, neutrofilia, linfopenia.		
Serie roja			

Cuadro N° 4

Índices hematimétricos			
Análisis	Dentro del rango	Fuera del rango	Rango de referencia
Plaquetas	168.000		150 – 400 10 ³ ul
Tiempo de Pro-trombina		17.4 seg. ↑	12.0 -15.0 segundos
Glicemia		61 mg/dl	70 – 110 mg/ dl

Diagnósticos complementarios que fueron realizados son:

- Rayos x de Tórax, a la observación de la placa se muestra normal.
- Ecografía abdominal donde se evidencia daño en el hígado y páncreas.
- Colangio resonancia magnética, que se realizó estudio de los órganos como el hígado, vesícula biliar, conductos biliares, páncreas y los conductos pancreáticos. Como resultado se evidencia en la imagen daño a nivel del hígado y el páncreas.

- Cito químico de líquido ascítico.

Cuadro N° 5

Cito químico de líquido ascítico			
Análisis	Dentro de rango	Fuera de rango	Rango de referencia
Examen físico			
Volumen	4ml		
Color	Amarillo		
Aspecto	Ligeramente opalescente		
Densidad	1010		
pH	Alcalino		
Examen químico			
Glucosa		90 mg/dl	45 – 60 mgr/dl
Proteínas	1.4 gr/dl		0 – 3gr/dl
Albumina	0.4 gr/dl		0 – 1 gr/dl
Colesterol		12mg/dl	45 – 60 mgr/dl
Examen citológico			
leucocitos		540 pmm3	0 – 300 pmm3
Hematías		520 pmm3	0 – 5 pmm3

- **Parcial de orina:** de volumen 70ml color ámbar con pH ácido (5.0.), Aspecto ligeramente opalescente de olor suinigeresis. Bilirrubinas positivo (+++), flora microbiana regular cantidad y filamento mucoide en regular cantidad.

Valoración de Patrones Funcionales

Patrón de movimiento y ejercicio

- Antecedentes de diabetes mellitus
- Dificulta respiratoria
- Ascitis
- Tos productiva con secreción verdosa en escasa cantidad

- Cianosis en mucosas y distales
- Paciente recibiendo oxígeno por cánula nasal a 4 litros por minuto

Patrón de percepción de salud manejo de situación.

- Fiebre de 38, 5°C
- Escalofríos y sudoración
- Ardor al miccionar
- pH ácido (5.0.)
- Elevación de G.B. a 17.000

Paciente presenta síntomas de abstinencia alcohólica, sudoración, pérdida de apetito, náuseas, cefalea, insomnio.

Patrón nutricional.

- Antecedentes de diabetes
- Glicemia 44 mg/dL
- Cansancio
- Sudoración y palidez en la piel
- Pérdida de la conciencia, dificultad para hablar
- Hematomas a nivel del brazo izquierdo por afección hígado

Patrón de actividad y ejercicio

- Sat O₂ 85%
- Cianosis distal
- Uso de músculos accesorios
- Taquicardia
- Reposo absoluto
- Movimiento limitado
- Déficit de autocuidado
- Presencia de sonda Foley
- Paciente con uso de pañal
- Usos de medidas de sujeción

Paciente desorientado con medidas de sujeción lo cual no puede realizar por si solo sus cuidados alimentación, vestimenta e higiene.

Patrón de sueño y descanso.

- Insomnio
- Somnolencia
- Desorientación por el proceso patológico

Patrón cognitivo perceptual

- Desorientado en tiempo y espacio
- Cambios en la personalidad
- Depresión

Pla de cuidados de enfermería

Diagnóstico de enfermería: Alteración del intercambio de gases a nivel pulmonar R/C el proceso patológico evidenciado por saturación de oxígeno de 85%

Objetivo

Paciente logrará mejorar el intercambio de gases en pulmón durante su hospitalización.

Intervenciones de enfermería

- Oxigenoterapia por puntas nasales a 4 libras por minuto
- Posición semifowler
- Control de saturación cada turno
- Monitorización de las constantes vitales: R, FC, FR, P.A. cada 3 horas
- Nebulizaciones con Solución fisiológica 10cc C/4hras
- Valorar signos y síntomas de la insuficiencia respiratoria.
- Valorar la cianosis, taquicardia, hipertensión, uso de músculos accesorios durante la respiración

- Fisioterapia respiratoria, tapoteo, percusión.
- Valoración de la gasometría arterial

Evaluación

Logro mejorar el intercambio, mostrado la disminución de la cianosis

Diagnóstico de enfermería:

Nivel de glicemia inestable R/C antecedente de padecer de diabetes descompensada evidenciado por hipoglicemia de 44 mg/dl.

Objetivo

Logrará estabilizar los niveles de glicemia con las intervenciones de enfermería.

Intervenciones de enfermería

- Control de glicemia capilar cada 3 horas
- Control de glicemia central cada 24 horas
- Identificar signos y síntomas de hipoglicemia: taquicardia, ansiedad, confusión, cefalea, palidez, sudoración, mareo.
- Administrar hipertrosa al 33 % 3 ampollas según indicaciones médicas.
- Controlar la glicemia después de administrar la hipertrosa.
- Comunicar al médico si el paciente no mejora.
- Administrar oxígeno por puntas nasales
- Colocar en posición semifowler
- Seguir la dieta indicada.

Evaluación

Logró estabilizar los niveles de glicemia a 90 mg/dl.

Diagnóstico de enfermería:

Infección R/C el proceso patológico secundario al déficit del sistema

inmunológico, evidenciado por elevación de glóbulos blancos a 17.000 mm³.

Objetivo

Lograr disminuir la infección durante su hospitalización.

Intervenciones de enfermería

- Control de signos vitales en especial la temperatura.
- Hacer uso de Medios físicos para bajar la temperatura corporal
- Quitar la ropa de cama
- Abrir ventana para que exista corriente de aire
- Si la temperatura no baja de 38 ° C administrar dipirona 1 gr.E.V. P.RN.
- Volver a controlar la temperatura después de la administración de la dipirona.
- Administrar antibióticos según indicaciones médicas: Imipenem 500mg cada 8 hrs. Por micro gotero
- Valorar laboratorios hemograma, análisis de orina

Diagnóstico de enfermería

Déficit de auto cuidado en la alimentación, vestimenta, higiene R/C reposo absoluto y proceso de salud del paciente.

Objetivo

Lograr mantener cuidados de higiene corporal y alimentación durante su hospitalización.

Intervenciones de enfermería

- Baño en ducha
- Shampoo en cama
- Aseo perineal
- Cambio de pañal

- Cuidados de la cavidad bucal
- Asistir en la alimentación y vestimenta
- Confort de unidad, tendido de cama
- Cambio de posición
- Cuidado de la sonda Foley (fijación, pinzar la sonda en cada movimiento, cuantificar la diuresis, permeabilidad de la sonda Foley)
- Control de peso
- Control de perímetro abdominal

Evaluación

Logro mantener su cuidado e higiene y alimentación corporal durante su hospitalización.

Diagnóstico de enfermería:

Lesión cutánea en brazo, y rodilla R/C alteración en el sistema sanguíneo por lesión del hígado evidenciada por hematomas.

Objetivo

Paciente logrará disminuir y evitar la lesión cutánea durante su hospitalización mediante las intervenciones de enfermería.

Intervenciones de enfermería

- Canalizar la vía cuidadosamente (fijar bien la vía con tela adhesiva para evitar que se quite el paciente).
- Valorar la permeabilidad
- Evitar que se infiltre y calcular el goteo del suero.
- Explicar al paciente que cuide su vía y no se lo quite.
- Realizar procedimientos de enfermería con cuidado evitando lesiones cutáneas.
- Medidas de sujeción (manilleras, barandas)
- Proteger de objetos que ocasionan lesiones cutáneas

- Confort de la unidad
- Cambio de ropa del paciente
- Valorar laboratorios (plaquetas).

Evaluación

Paciente logro evitar y disminuir la lesión cutánea durante su hospitalización.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del nivel de conciencia R/C deterioro de la función del cerebral evidenciado por desorientación en tiempo y espacio.

Objetivo

Paciente logrará mantener el estado neurológico a través de dieta y las intervenciones de enfermería.

Intervenciones de enfermería

- Control neurológico cada turno
- Control de escala de Glasgow (ocular, verbal y motora).
- Control del nivel de conciencia
- Valorar reflejo pupilar (tamaño, reacción pupilar a la luz, movimientos oculares)
- Poner medidas de sujeción (barandas, manilleras)
- Control neurocirculatorio (llenado capilar)
- Poner cerca del paciente el timbre
- Administrar lactulosa 20cc V.O. c/8 horas
- Administrar hepamerz V.O. c/12 horas

Evaluación

Logró mantener su estado neurológico durante su hospitalización

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de conocimiento por parte de familiares y pacientes R/C efectos de consumo frecuente de sustancias alcohólicas.

Objetivo

Familiares logran adquirir conocimientos sobre la patología y consecuencias de las sustancias alcohólicas.

Intervenciones de enfermería

- Orientar al paciente y familiares sobre los cuidados de salud en relación a la patología y el consumo del alcohol.
- Explicarle sobre los daños que ocasiona el consumo del alcohol y a que órganos afecta exclusivamente.
- Apoyo psicológico al paciente y familiares
- Apoyo emocional al paciente y familia
- Programas de rehabilitación al paciente y familia
- Explicar a sus familiares la patología del paciente.
- Orientar a los familiares sobre los cuidados que deben tener con el paciente

Evaluación

Paciente y familiares logro adquirir conocimientos sobre la patología y consecuencias de las sustancias alcohólicas.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del sueño y descanso R/C proceso patológico y estado del paciente evidenciado por somnolencia.

Objetivo

Paciente lograra descansar por las noches durante su hospitalización

Intervenciones de enfermería

- Cuidados vespertinos (lavado de la cara, manos, dientes, masajes corporales)
- Arreglo de la unidad (tapar bien al paciente y buena posición)
- Evitar ruidos inapropiados que interfieran en el descanso del paciente
- Apagar las luces de las salas
- Poner cortinas separadoras
- Evitar meter bulla durante la administración de medicamento durante la noche
- Administrar diazepam ½ comprimido PRN según indicaciones médicas

Evaluación

Pacte logro descansar durante las noches durante su hospitalización.

Conclusión

La hepatopatía crónica alcohólica es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo y es la principal causa de demanda efectiva de hospitalización en el Servicio de Gastroenterología del instituto Gastroenterológico Japonés. La determinación de las características de los pacientes con hepatopatía crónica alcohólica permite un mejor conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio y el desarrollo de medidas adecuadas y específicas para su control.

A nivel mundial, la causa principal es el consumo crónico de alcohol, la gravedad depende de la cantidad y frecuencia del consumo. Es de gran importancia este hallazgo, pues datos epidemiológicos adicionales señalan que el consumo de alcohol se ha incrementado, sobre todo en adolescentes, y que la edad de inicio para el consumo ha disminuido.

Una de las consecuencias de la hepatopatía crónica alcohólica es la

encefalopatía hepática que el paciente presenta, esto ocurre debido a que el hígado no funciona correctamente ya que unas de las funciones del hígado es excretar sustancias toxicas en esta patología no lo realiza debido al daño en el hígado. Las sustancias toxicas que deberías ser eliminadas se acumulan en el torrente sanguíneo y esto recorre hasta el cerebro llegando a la corteza cerebral. El toxico que se acumula es el amoniaco lo que ocasiona signos y síntomas neurológicos y psiquiátricos. Esta patología no tiene cura solo tratamiento para disminuir los síntomas al igual que la hepatopatía crónica alcohólica.

Referencias bibliográficas

1. Pérez M, Castellano G. Hígado y alcohol. 2015;(794-813): (15 paginas). Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/55_Higado_y_alcohol.pdf. Consultado Octubre 12, 2015
2. E.A.S.L. Tratamiento de la Hepatopatía Alcohólica. 2012; (399–420): (17 paginas). Disponible en: <https://www.easl.eu/medias/cpg/Alcoholic-LiverDisease/Spanish-report.pdf>. Consultado febrero 5, 2012
3. Romero M, Hoyas Encefalopatía hepática. Clasificación y clínica 2004 mayo- junio; Vol. 3 No. 3 (229-300)
4. Torre D, Guerrero H, Uribe M. Encefalopatía hepática Características, diagnóstico e implicaciones clínica. Revista de Gastroenterología de México.2006; Vol. 1 No. 1 (63-70)
5. Susane C.Smeltzer, Brenda G. Bare. Brunnery Suddarth enfermeria medico quirurgico. 10 edicion, Mexico: McGraw-Hill interamericana; 2006. 1180 pag . Volumen 1.