

Insuficiencia hepática

Cómo controlar los síntomas en el último año de vida y cuando el paciente está muriendo.

Dra. Mary Miller 23.04.26



CRUZANDO CONTINENTES y CONSTRUYENDO PUENTES

*Ciclo de actualizaciones en medicina paliativa
con nuestros colegas europeos*



Objetivos de aprendizaje

- Fundamentos
 - Aumento de la carga de enfermedad, fragilidad, debates
- Insuficiencia hepática: cuándo extremar la vigilancia.
- Medicamentos más seguros para el control de los síntomas

En 2026,
la tasa de mortalidad *se mantiene en el 100%*



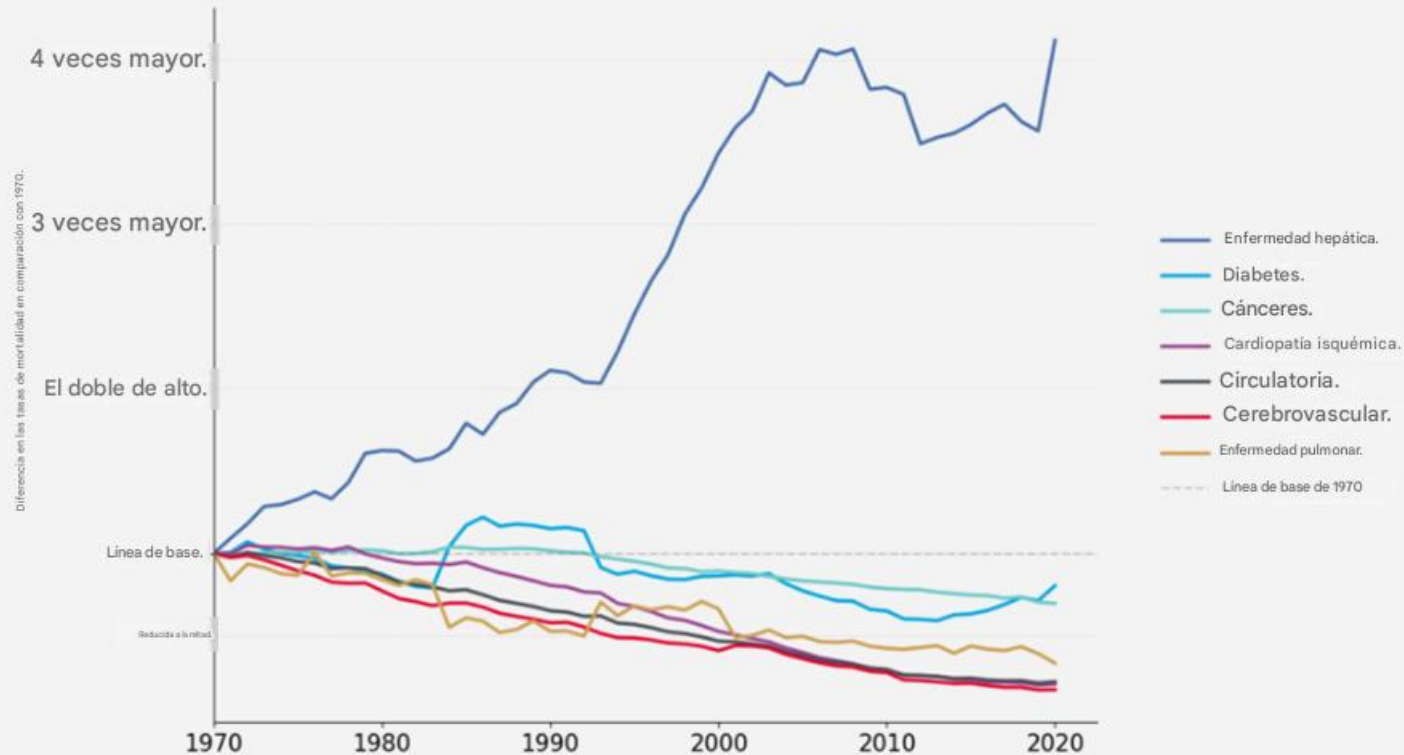
La enfermedad hepática es la única enfermedad importante en la que las tasas de mortalidad están aumentando.

En los últimos 50 años, las muertes por enfermedad hepática en el Reino Unido se han cuadruplicado. En contraste, las muertes por otras enfermedades importantes han disminuido un 25%.

El aumento de las muertes también es evidente en datos más recientes. Los datos de Inglaterra muestran que el número de personas que mueren prematuramente por enfermedad hepática y cáncer de hígado ha aumentado en casi dos tercios (64%) en los últimos 20 años. 4.

La pandemia de COVID-19 y sus impactos más amplios pueden haber agravado el problema. Hubo un aumento del 21% en las muertes por enfermedad hepática en 2021 en comparación con 2019. 5.

Aceleración en las tasas de mortalidad por enfermedad hepática en comparación con otras enfermedades importantes.



Fragilidad (a una edad más temprana que la población general)



Fragilidad (a una edad más temprana que la población general)



Tabla 2.1 Edad (años) de la población de estudio según el diagnóstico principal

	Cáncer de pulmón	Demencia	Insuficiencia cardíaca	Enfermedad hepática
Mediana	74,0	85,0	84,0	61,0
Media	72,5	84,8	82,2	61,6
Número de pacientes	5.134	1.390	7.264	2.869

Datos de la hoja de cálculo de identificación de pacientes

Tabla 2.2 Lugar de fallecimiento según el diagnóstico principal

Diagnóstico	Lugar de fallecimiento				Total
	Hospital		Comunidad		
	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%	
Cáncer de pulmón	2208	43,0	2926	57,0	5134
Demencia	633	45,5	757	54,5	1390
Insuficiencia cardíaca	4617	63,6	2647	36,4	7264
Enfermedad hepática	1915	66,7	954	33,3	2869
Total	9373	56,3	7284	43,7	16657

Datos de la hoja de cálculo de identificación de pacientes

Derivación a servicios de cuidados paliativos

- 30%

Derivación a servicios de cuidados paliativos

- Tasa de referencia del 30%
- Un promedio de 14 síntomas por paciente.
- Los síntomas más frecuentes son fatiga, dolor abdominal, encefalopatía y ascitis.

Haire E et al. Necesidades de cuidados paliativos y de apoyo en la enfermedad hepática avanzada no maligna: revisión sistemática. *BMJ Cuidados paliativos y de apoyo* 2024; 14; e 2341 – e2348

Oportunidades para la planificación



Objetivo: Proporcionar información sobre cuidados al final de la vida que sea congruente con los valores y preferencias de la persona.

Objetivos de aprendizaje

- Fundamentos
 - Aumento de la carga de enfermedad, fragilidad, debates
- Insuficiencia hepática: cuándo extremar la vigilancia.
- Medicamentos más seguros para el control de los síntomas

Vigilancia: Parte 1

Table 1 Child–Pugh score: see footnote for interpretation

Factor	Units	Score of 1	Score of 2	Score of 3
Bilirrubina sérica	micromol/L	<34	34–51	>51
	mg/dL	<2	2–3	>3
Albúmina sérica	g/L	>35	30–35	<30
	g/dL	>3.5	3–3.5	<3
Tiempo protrombina (or INR)	%	>70	40–70	<40
		<1.7	1.7–2.3	>2.3
Ascitis		None	Facil control	Mal control
Encefalopatía hepática	Grade	None	1-2 Cambios mínimos	3-4 Somnolencia / coma

Child–Pugh A = score of 5–6 (well-compensated liver function); 1 year survival = 100%
Child–Pugh B = score of 7–9 (moderate functional impairment); 1 year survival = 80%
Child–Pugh C = score of 10–15 (severe impairment, hepatic decompensation); 1 year survival = 45%.



Child Pugh C

- Lamentablemente no hay 'EGFR hepático'.
- Curso fluctuante
- Enfoque individualizado

Child Pugh C

- Lamentablemente no hay 'EGFR hepático'.
- Curso fluctuante
- Enfoque individualizado
- Insuficiencia hepática descompensada
 - Encefalopatía
 - Hipertensión portal con varices, ascitis y síndrome hepatorenal.

Encefalopatía

- Una desintoxicación hepática inadecuada conduce a un trastorno neuropsiquiátrico.
- Cerebro vulnerable
- Aumento de amoníaco

- Episódico o persistente
- Asterixis
- Hiperreflexia

Encefalopatía

Grado 1

Falta mínima de conciencia

Euforia o ansiedad

Disminución de la capacidad de atención

Dificultad para realizar sumas

Grado 2

Letargia o apatía

Desorientación mínima en tiempo o lugar

Cambios sutiles de personalidad

Comportamiento inapropiado

Dificultad para realizar restas

Grado 3

Somnolencia a estupor (pero responde a estímulos verbales)

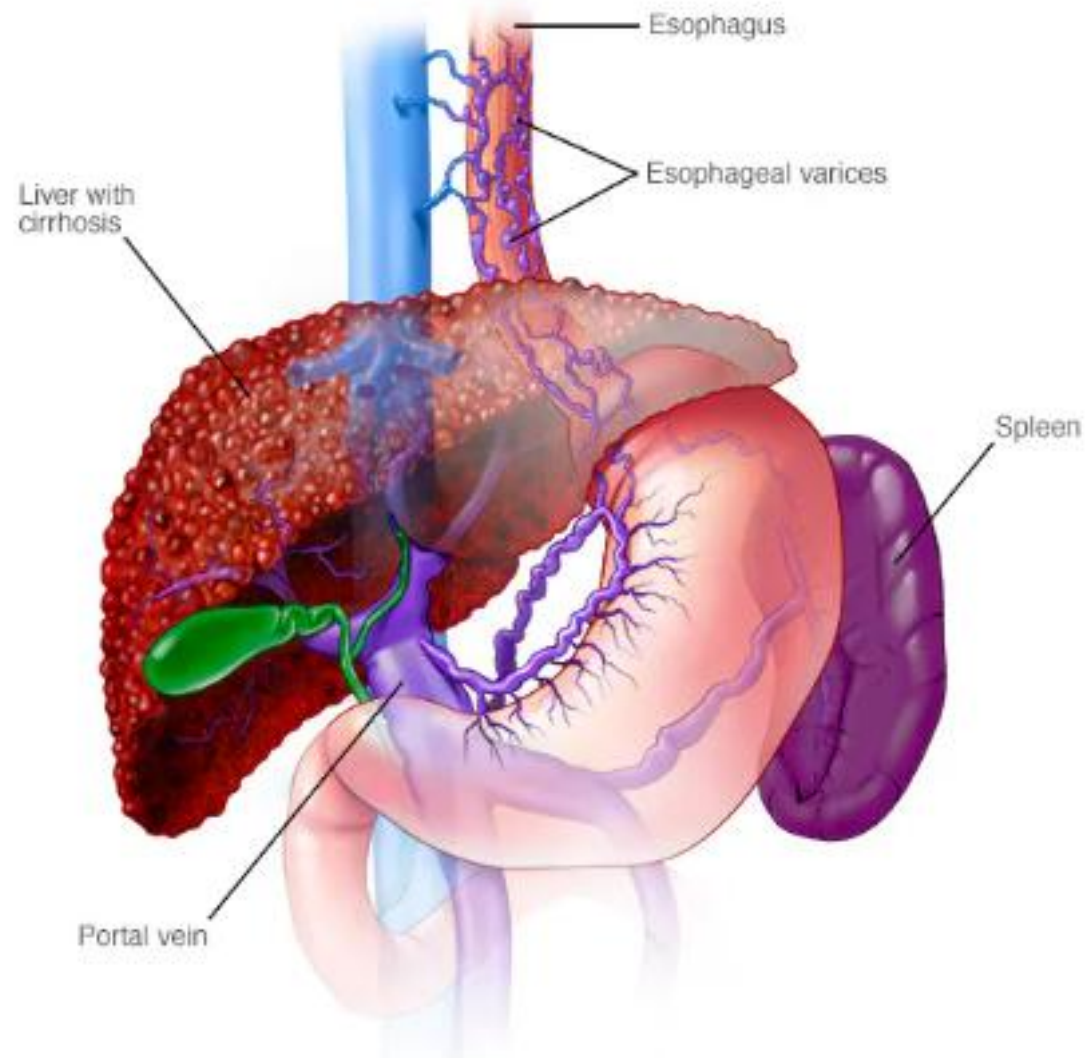
Confusión

Desorientación grave

Grado 4

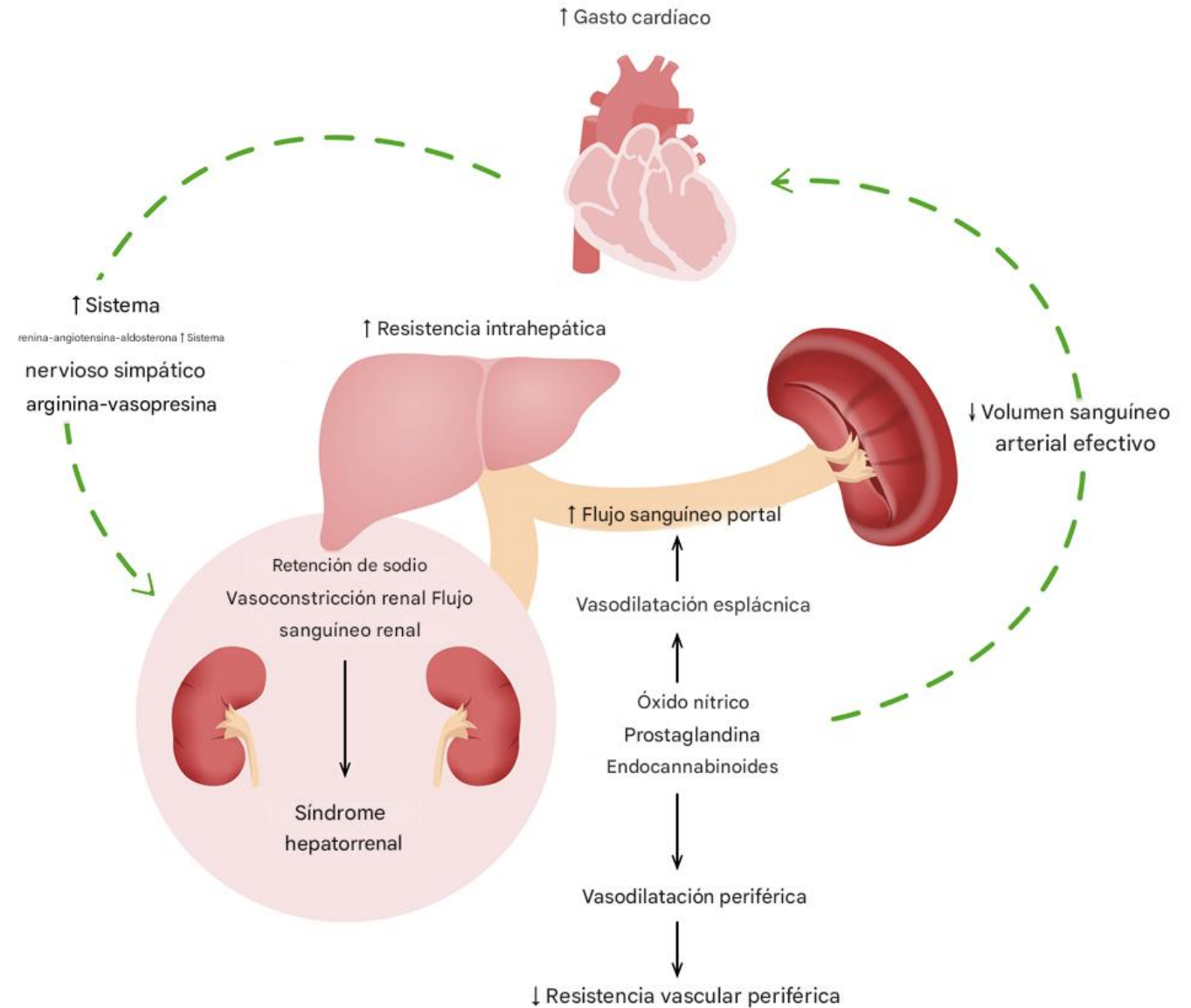
Coma (no responde a estímulos verbales o nocivos)

Hipertensión portal



Síndrome hepatorenal

*Síndrome
de robo*



Cuándo estar alerta

- Insuficiencia hepática descompensada
 - ✓ Child Pugh C
 - ✓ Encefalopatía
 - ✓ Hipertensión portal
 - ✓ Ascitis incontrolada
 - ✓ Hemorragias varicosas
 - ✓ Síndrome hepatorenal

Vigilancia: Parte 2

Impacto de la insuficiencia hepática en la farmacología de los medicamentos.

- Edema intestinal (absorción reducida)
- Colestasis (absorción reducida), ejemplo: ibuprofeno y vitaminas liposolubles.
- Derivaciones portosistémicas (pérdida del metabolismo de primer paso), ejemplo: la morfina.
- Volumen de distribución (de fármacos hidrosolubles), ejemplo: fenitoína.
- Hipoalbuminemia e hiperbilirrubinemia (fármaco activo no unido), ejemplo: antibióticos aminoglucósidos.
- Metabolismo alterado (codeína, tramadol y morfina)
- Sensibilidad alterada de los receptores

Objetivos de aprendizaje

- Fundamentos
 - Aumento de la carga de enfermedad, fragilidad, debates
- Insuficiencia hepática: cuándo extremar la vigilancia.
- Medicamentos más seguros para el control de los síntomas

Últimas semanas de vida: Pensando anticipadamente

Principios generales:

1. ¡Compruebe si hay insuficiencia hepática descompensada!
2. Con los medicamentos nuevos, comience con una dosis baja y aumente muy lentamente.
3. Retirar la medicación siempre que sea posible.
4. Continúe donde sea posible
5. Revisar, revisar, revisar (estado estable)
6. Analizar el uso problemático de opioides

Últimas semanas de vida:

Deprescripciones e intervenciones

- Profilaxis antibiótica para la peritonitis bacteriana espontánea
 - Antihipertensivos
 - Calcio y vitamina D
 - Suplementos de tiamina y vitaminas
-
- Ascitis
 - Vitamina K y control de las hemorragias

Últimas semanas de vida:

Continuar mientras el paciente tenga una vía oral

- Antirretrovirales
- Diuréticos
- Control intestinal que incluye rifaximina
- Medicamentos para controlar la hipertensión portal (carvedilol)
- Inmunosupresores
- Medicamentos para el prurito (sertralina)
- Metadona

Últimas semanas de vida:

Manejo de los síntomas

- Analgésicos no opioides: paracetamol, ibuprofeno y diclofenac.
- Opioides: Morfina (Fentanilo)
- Antidepresivo: Citalopram
- Antiemético: Domperidona
- Antiepiléptico: Levetiracetam
- Antipsicótico: Quetiapina
- Benzodiazepina: Lorazepam

Principios generales de la atención al final de la vida

- Medicamentos subcutáneos
- Administración según necesidad en lugar de infusión subcutánea continua (sin parches).
- Revisión de los efectos adversos (neurotoxicidad inducida por opioides)

Dolor

- Morfina 1,25 mg cada 4 horas según necesidad por vía subcutánea (¿2-4 horas?)
- Fentanilo 12,5 microgramos cada hora según necesidad – unidades hepáticas y síndrome hepatorenal
- (Sustitución de la metadona – no para el control del dolor)

Disnea

- Morfina 1,25 mg cada 4 horas según necesidad por vía subcutánea (¿2-4 horas?)
- Fentanilo 12,5 microgramos SC cada hora según necesidad – unidades hepáticas y síndrome hepatorenal
- Ansiedad asociada: Midazolam 1 – 2,5 mg SC cada 4 horas según necesidad

Respiración ruidosa y entrecortada

- Butilbromuro de hioscina 20 mg SC cada 2-4 horas según necesidad
- Considere la insuficiencia cardíaca: ensayo con furosemida.

Náuseas y vómitos

- Haloperidol 0,5 – 1 mg SC cada 4 horas según necesidad

Agitación, inquietud y mioclonías

- Midazolam 1 – 2,5 mg SC cada 4 horas según necesidad

Delirio

- Haloperidol 0,5 – 1 mg SC cada 4 horas según necesidad
- Midazolam 1 – 2,5 mg SC cada 4 horas según necesidad

Cuidado de la familia

- Conversación sobre el uso problemático de opioides
- Información sobre qué esperar cuando alguien está muriendo.
- Las familias son muy importantes para los pacientes; el personal asume la atención familiar a medida que el paciente empeora.
- Cuidados después de la muerte

Referencias

- Formulario de cuidados paliativos
<https://www.pharmaceuticalpress.com/products/palliative-care-formulary/>

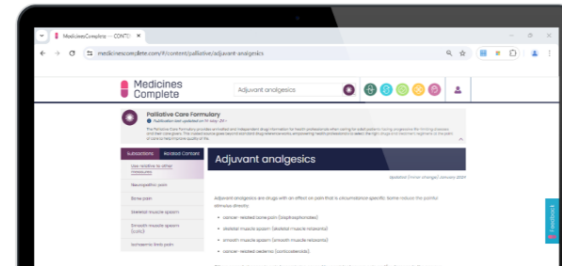


Available through



**Independent, specialist information,
grounded in clinical practice**

Palliative Care Formulary (PCF) provides unrivalled and expert drug information for health professionals when



Objetivos de aprendizaje

- Fundamentos
 - Aumento de la carga de enfermedad, fragilidad, debates
- Insuficiencia hepática: cuándo extremar la vigilancia.
- Medicamentos más seguros para el control de los síntomas

Discusión



Insuficiencia hepática

Cómo controlar los síntomas en el último año de vida y cuando el paciente está muriendo.

Dra. Mary Miller 23.04.26



CRUZANDO CONTINENTES y CONSTRUYENDO PUENTES

*Ciclo de actualizaciones en medicina paliativa
con nuestros colegas europeos*

