



CUIDADOS AL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

ASCITIS

Silvia Costa Abós

Profesora interina de Enfermería Médico-Quirúrgica. Universidad de Barcelona.

Miquel Sanz Moncusí

Coordinador asistencial de Hepatología. Instituto de Enfermedades Digestivas. Hospital Clínic. Barcelona.

Profesor Asociado Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgica. Universidad de Barcelona.

Preguntas

1 ¿Cuál es la causa más frecuente, en nuestro país, de cirrosis hepática?

- a) Virus de la hepatitis B.
- b) Enfermedades genéticas.
- c) Alcohol.
- d) Fármacos.

2 ¿Qué significa que una persona cirrótica esté compensada?

- a) Que con el tratamiento se puede curar la enfermedad.
- b) Que si evita o elimina la causa no manifestará síntomas.
- c) Que no ha presentado síntomas de descompensación.
- d) Que el lóbulo hepático sano le compensa el lóbulo enfermo.

3 ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO es indicativa de descompensación de cirrosis hepática?

- a) Ascitis.
- b) Hemorragia digestiva.
- c) Íleo paralítico.
- d) Infecciones bacterianas.

4 De los siguientes signos/síntomas, ¿cuál NO está relacionado con una cirrosis hepática?

- a) Alteraciones de la coagulación.
- b) Tórax en tonel.
- c) Feminización en hombres.
- d) Hiperglicemia.

5 Al observar la piel de un paciente cirrótico, ¿qué signo cutáneo apoyaría el diagnóstico?

- a) Aparición de vesículas.
- b) Descamación.
- c) Arañas vasculares.
- d) Pápulas brillantes.

6 Si un paciente con cirrosis presenta ictericia, además puede presentar:

- a) Heces muy oscuras..
- b) Coluria.
- c) Colangitis.
- d) Vómitos.

7 ¿Cuál de estas complicaciones potenciales cree que es más común en un enfermo afecto de cirrosis?

- a) HTA.
- b) Infección urinaria.
- c) Disfagia.
- d) Diarreas.

8 Al tomar la tensión arterial y el pulso a un paciente cirrótico ¿qué hallaría?

- a) Taquicardia e hipertensión.
- b) Taquicardia e hipotensión.
- c) Bradicardia e hipertensión.
- d) Bradicardia e hipotensión.

9 NO forma parte del tratamiento para la ascitis:

- a) Paracentesis evacuadora.
- b) Dieta hiposódica.
- c) Tratamiento con diuréticos.
- d) Restricción de la cantidad de proteínas/día en la dieta.

10 De las siguientes medidas, una NO la llevaría a cabo para controlar y/o prevenir la ascitis:

- a) Control diuresis 24h.
- b) Pesar al paciente.
- c) Evitar la ingesta de congelados y embutidos.
- d) Aumentar la ingesta hídrica si toma diuréticos.

11 ¿Cuál de los siguientes cuidados NO es aplicable a un paciente con ascitis a tensión?

- a) Reposo relativo.
- b) Aplicación de calor en abdomen.
- c) Cama incorporada.
- d) Dieta fraccionada.

12 Al preparar a un paciente para una paracentesis evacuadora, ¿qué paso debo seguir?

- a) Pedir al paciente que miccione previamente a la preparación.
- b) Aseptizar el cuadrante inferior izquierdo.
- c) Ladear ligeramente el paciente hacia la izquierda.
- d) Todos.

1 c) Alcohol.

Todas las respuestas citadas son posibles causas de cirrosis hepática, aunque en nuestro país el virus de la hepatitis C y el alcohol son las más frecuentes, alrededor de un 40% cada una. El virus de la hepatitis B (10%) ha disminuido su importancia relativa debido a las campañas de vacunación. Por último existen otras causas menos frecuentes (enfermedades de origen genético, fármacos, tóxicos, etc.) que en su conjunto no constituyen más de un 10%.

2 c) Que no ha presentado síntomas de descompensación.

Recordemos que la cirrosis es una enfermedad del hígado crónica, difusa e irreversible, caracterizada por la presencia de fibrosis y nódulos de regeneración.

La cirrosis hepática compensada puede ser clínicamente latente, asintomática y descubrirse fortuitamente.

3 c) Óleo paralítico.

Las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes afectos de cirrosis hepática son las hemorragias digestivas, infecciones bacterianas, encefalopatía hepática y ascitis. Cuando el paciente presenta alguna de estas complicaciones se hace referencia al término de cirrosis descompensada y es indicativa de enfermedad avanzada.

4 b) Tórax en tonel.

Clásico signo de los enfermos neumópatas. Las alteraciones de la coagulación, los trastornos del metabolismo hidrocarbonado (tendencia a la hiperglicemia) y los signos de la feminización por la alteración del metabolismo hepático de los estrógenos, son manifestaciones clínicas observables en los pacientes con cirrosis hepática.

5 c) Arañas vasculares.

Las arañas vasculares son una de las manifestaciones más frecuentes y suelen localizarse en la mitad superior del cuerpo, especialmente en el hombro, el cuello y el tórax. Están constituidas por una arteriola central de la que se ramifican numerosos vasos pequeños. Otros estigmas característicos serían la circulación colateral, las telangiectasias y el eritema palmar.

6 b) Coluria.

La presencia de ictericia se debe a un problema en la conjugación de la bilirrubina, en este caso, por una lesión o colestasis intrahepática. Este síndrome colestásico que se define como la dificultad de llegada de la bilis al duodeno, se caracteriza además de la coloración amarillenta de piel y mucosas (ictericia) por heces claras (acolia o hipocolia), coluria que es el aumento de coloración de la orina (debido un aumento del urobilínogeno), prurito y esteatorrea.

7 b) Infección urinaria.

Las infecciones urinarias son las más comunes. Debido principalmente a una alteración en la actividad fagocítica, hay un riesgo elevado de infecciones bacterianas.

Respuestas comentadas

Se ha sugerido que el vaciado incompleto de la vejiga urinaria producido por la presencia de ascitis puede ser un factor predominante, debiéndose extremar, en estos pacientes, la higiene y limitar las indicaciones de sondaje vesical.

8 b) Taquicardia e hipotensión.

A menudo los pacientes presentan pulso saltón, manos calientes y taquicardia. Estos cambios se deben a que el 30-60% de los pacientes cirróticos tienen una circulación hiperdinámica caracterizada por el descenso de las resistencias vasculares sistémicas con el aumento del gasto cardíaco. La presión arterial sistémica suele ser baja porque, a pesar del aumento del gasto cardíaco, predomina la resistencia sistémica baja.

9 d) Restricción de la cantidad de proteínas/día en la dieta.

El tratamiento de la ascitis se inicia con una restricción de sodio. Si no reduce la cantidad de ascitis se continúa con el tratamiento diurético. La paracentesis terapéutica se realiza cuando el líquido ascítico compromete la respiración del paciente. Tras una evacuación de este tipo se suele administrar seroalbúmina humana EV para intentar reestablecer la presión oncótica normal.

La restricción de proteínas en la dieta sirve para prevenir o tratar los síntomas de encefalopatía pero no tiene relación con la ascitis.

10 d) Aumentar la ingesta hídrica si toma diuréticos.

En los cuidados que como enfermeras/os vamos a llevar a cabo para controlar la aparición de ascitis, se encuentran los de controlar la diuresis en 24 horas, así como registrar el peso del paciente para detectar una retención de líquido que nos indica la formación de ascitis (1 kg de peso perdido = 1l ascitis perdida). Para prevenir la formación de ascitis hay que recomendar una dieta hiposódica y sabemos que los congelados, las conservas y embutidos llevan gran cantidad de sodio, por lo que habrán de evitarlos.

El objetivo del tratamiento diurético es reducir la reabsorción renal de sodio lo que determina un aumento de su excreción así como del volumen urinario.

11 b) Aplicación de calor en abdomen.

El reposo relativo en pacientes con ascitis a tensión mejora la efectividad del tratamiento diurético. La incorporación de la cama debería disminuir la presión del líquido ascítico sobre el diafragma y mejorar la respiración. La dieta fraccionada será mejor tolerada en ascitis a tensión, por la gran compresión que se produce en toda la zona abdominal.

La aplicación de calor en abdomen no tiene utilidad alguna en la disminución de la ascitis.

12 d) Todos.

Antes de iniciar la preparación del paciente, debemos pedirle que orine para evitar el peligro de punción de la vejiga. La colocación ladeada, permitirá un mejor drenaje del líquido ascítico. El lugar de punción se encuentra en la línea imaginaria entre el ombligo y la cresta ilíaca anterior izquierda.