



CURSO ANUAL DE
**GASTROENTEROLOGIA E
ENDOSCOPIA DIGESTIVA**
PARA ENFERMEIROS

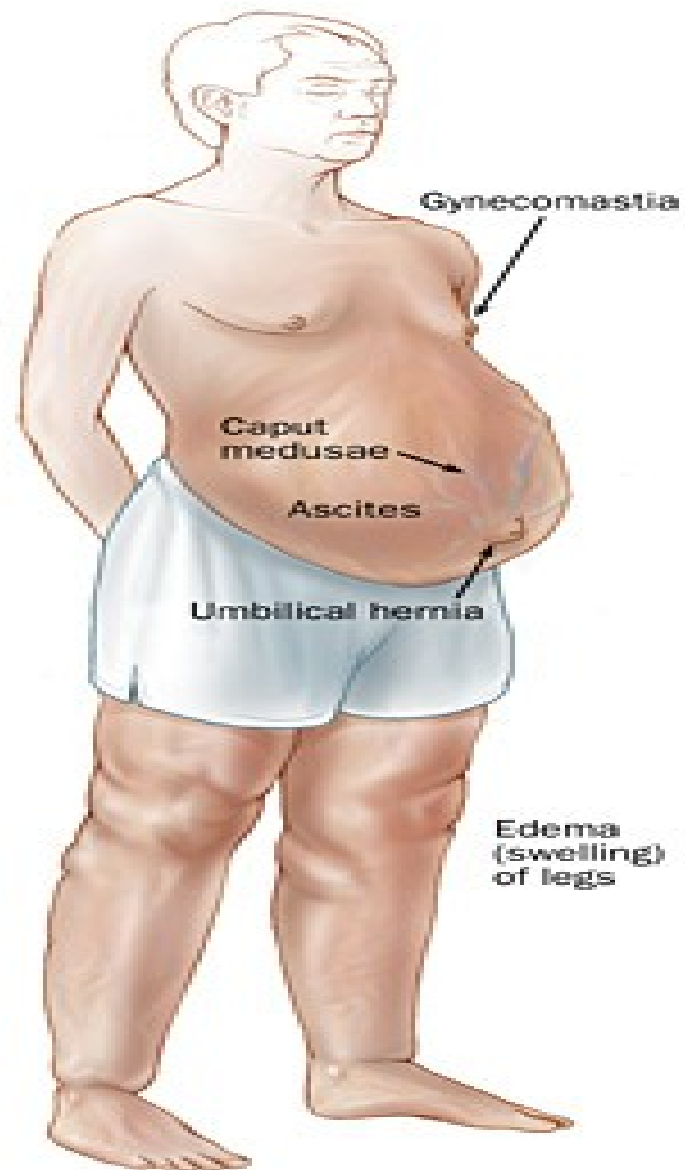


13 de Novembro de 2014
Torres Vedras - Hotel Dolce Campo Real Turcifal
Inscrições até dia 31 de Outubro de 2014 em www.nghd.com

Cirrose hepática - Doença sistémica

Lurdes Gonçalves

Hospital Espírito Santo Évora
Reuniao NGHD 2014



Fígado: órgão multifunções

Metabolismo/ síntese

HC, lipídios, vitaminas , oligoelementos, ácidos biliares

Proteínas : albumina, complemento, factores coagulação

Armazenamento

glicogénio, triglicéridos, ferro, cobre, vit lipossol.

Catabolismo:

hormonas sexuais

Excreção:

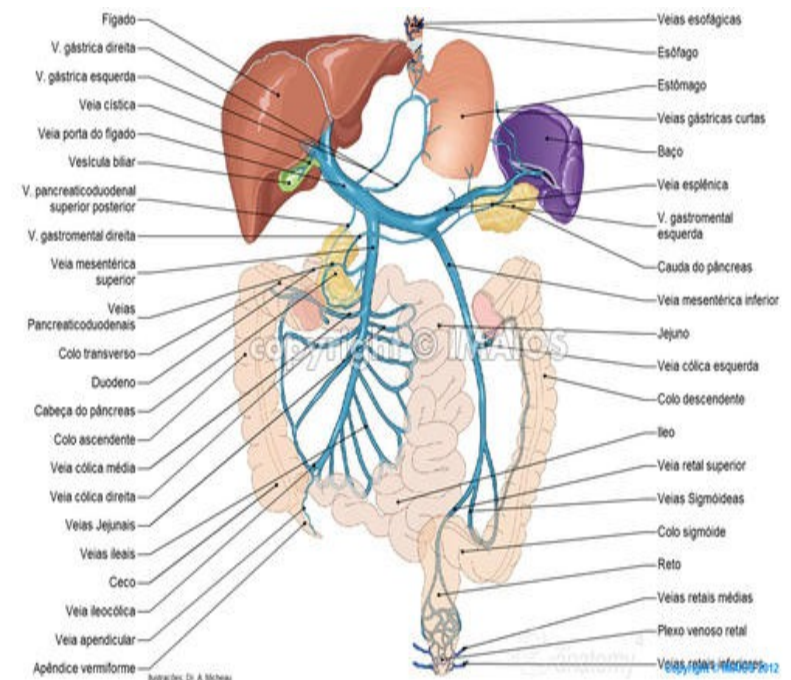
sais biliares p/ absorção lipídios e vitaminas

Destoxificação:

fármacos, “ lixo metabólico” ex: amónia

Imunidade :

90% das cel. SRE (“limpa” bactérias)



Agressao cronica

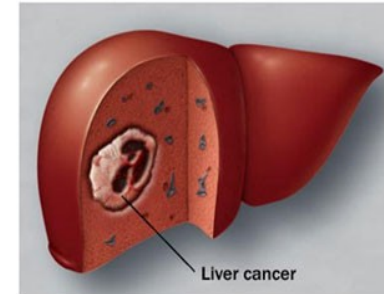
Alcool, virus, NASH,
Autoimune
Hemocromatose....



Healthy



Cirrhosis



**Perda de parenquima
funcionante**



Deficiente funçao --> falência

metabolismo, síntese,
catabolismo/ excreção...

**Desorganização vascular/
resistencia à circulação**

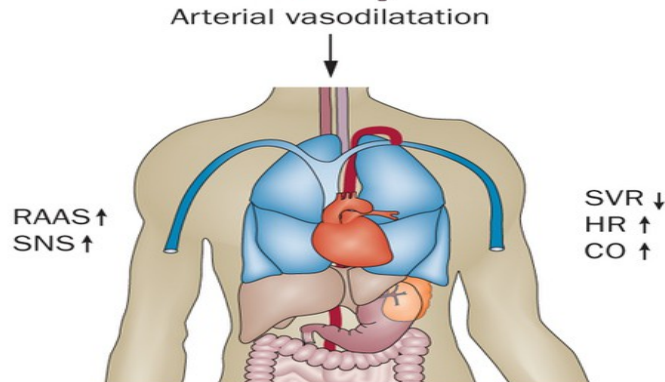
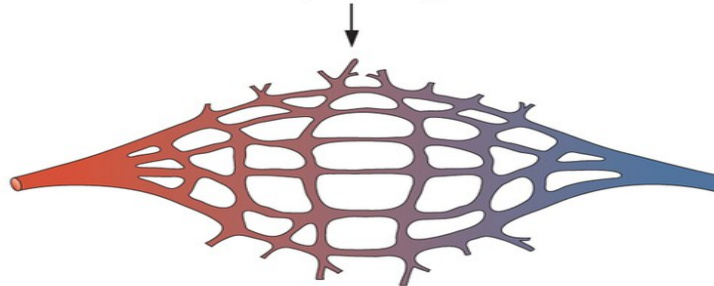
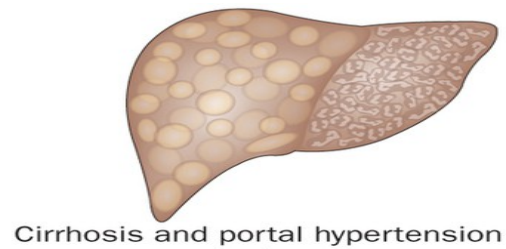


Hipertensao portal

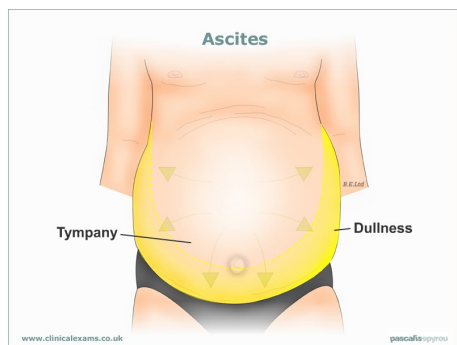


**Vasodilatação arterial
esplacnica e sistematica**

Hipovolémia funcional



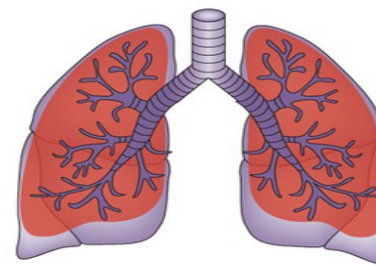
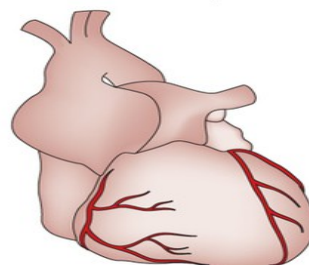
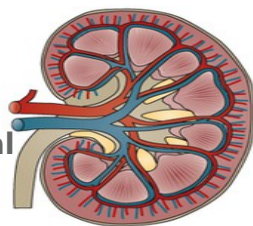
Central hypovolaemia
hyperdynamic circulation



Retenção Na e H₂O

Vasoconstrição renal

IR funcional



Disfunção neurológica

Encefalopatia
Neuropatia periférica

Alt. aparelho digestivo

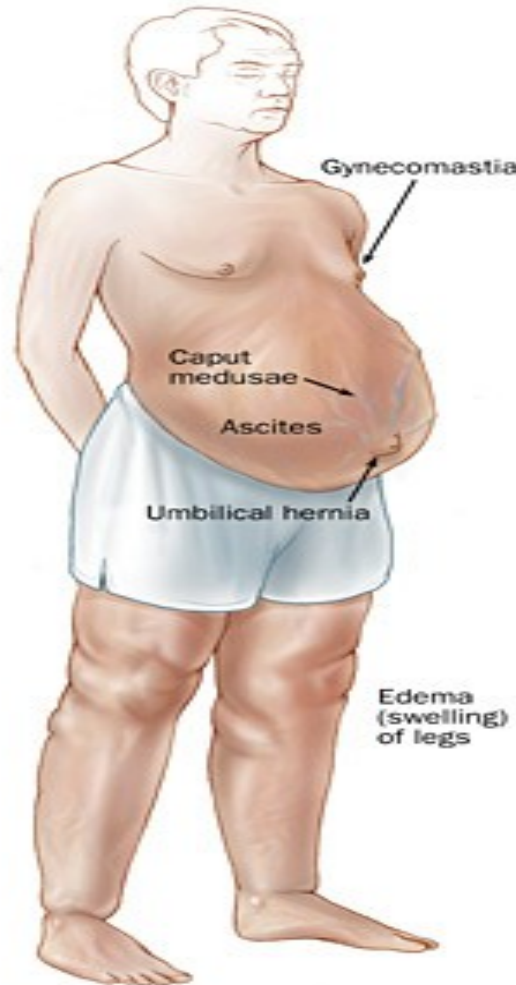
VE/ VG/ gastropatia
V. Anorectais
Alt. Transito/ Permeabilidade intestinal

Disfunção endocrina

Hipogonadismo e feminização
(atrofia testicular, impotencia, amenorreia..)
Hipotireoidismo
Intolerancia glicose/ diabetes

Alterações hematológicas

Esplenomegalia/ hiperesplenismo
Anemia multifactorial
Coagulopatia
Alteração nº e função plaquetas
Síntese Factores coagulação
Disfibrinogenia/ Estado pro coagulante



Disfunção respiratória

Efeito mecânico da ascite
Derrame pleural/ hidrotorax
Síndrome hepatopulmonar

Disfunção circulatória

Hipovémia funcional
Cardiomiopatia cirrótica

Disfunção renal

Vasoconstrição renal
IR → SHR

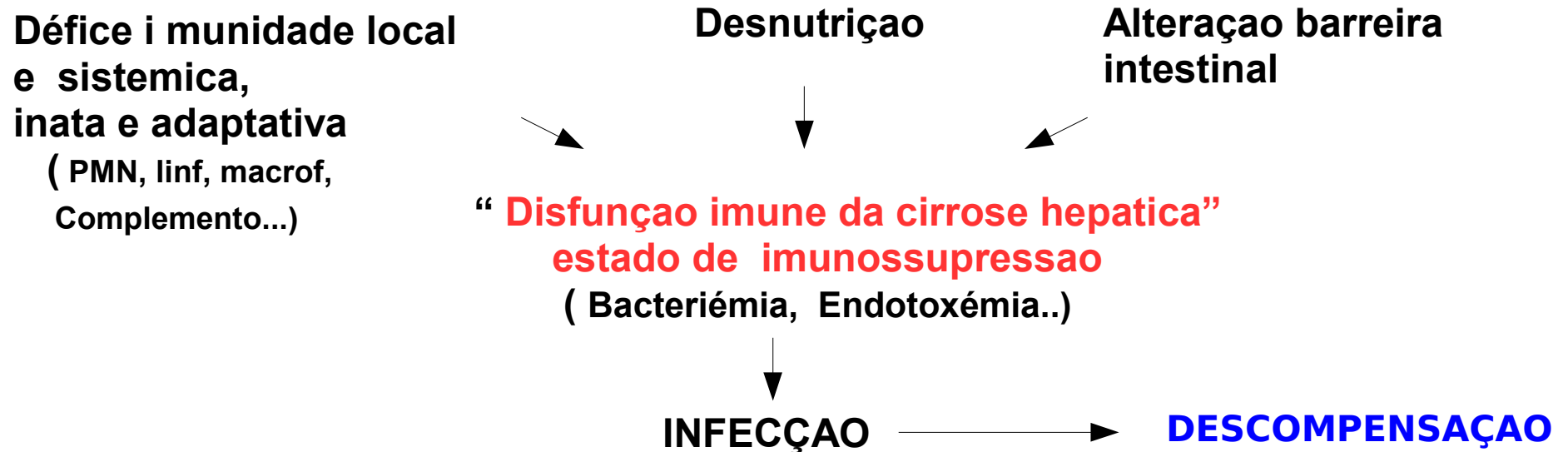
Disfunção sistema imunitário

Imunidade inata e adquirida
Susceptibilidade infecções

Doença ossea

Osteoporose

Cirrose hepática: susceptibilidade à infecção



Maior risco no cirrótico hospitalizado, sbT com HDA
Infecções bacterianas : 34% dtes/ 45% se HDA (5 x > geral)
Mais comuns: PBE , ITU, pneumonia (Sbt Gram neg)
Tb infecções tecidos moles, endocardite .
> susceptibilidade a tuberculose (+ extrapulmonar)

Responsável por 30% mortalidade

Desnutrição na cirrose

Dieta inadequada (tb pelas restrições médicas de proteína/sal)

Ma absorção (insuf panc/ sais biliares, enteropatia, uso de laxantes)

Anorexia, náuseas, saciedade precoce (ex. na ascite volumosa)

Disgeusia (carencia de Zinco?)

Periodos de jejum p/exames, pos hemorragia GI, encefalopatia

Complicações (ex: infecção) com balanço proteico negativo



Estado semelhante à fome

Metabolismo proteico/ energético alterados

Perda de reserva proteica muscular e visceral

Perda de massa gorda

Défice vitaminas lipo e hidrossolúveis

anemia macrocítica, perda óssea, neuropatia, alt. visão...

Como abordar o doente cirrótico?

Nutrição correcta

Evitar descompensações – profilaxia 1ª e 2ª

Tratar descompensações, geralmente reversíveis

Prevenir, identificar e tratar precocemente infecções

Vigiar complicações (CHC)

Dieta na Cirrose hepática

Todos os cirróticos tem maior necessidade de proteínas (1,2 g/Kg/dia)

1/3 tem maior necessidade energia (30-35 Kcal/ Kg/d), por maior consumo

Vigiar Hipoglicémia

Fazer múltiplas pequenas refeições; reforços vitamínicos

Fazer snack noturno (15% calorias/dia), p/ compensar catabolismo proteico da noite

Preferir carboidratos complexos; Lipídios devem fornecer 20-40% energia

Não é necessária restrição proteica para prevenir EPS

Na EPS não restringir mais de 3-4 dias

Boa nutrição → melhor prognóstico: ↑ sobrevida, ↓ complicações, ↓ Δt internamentos

Cirrose Hepatica descompensada

- **Retenção hidrossalina**

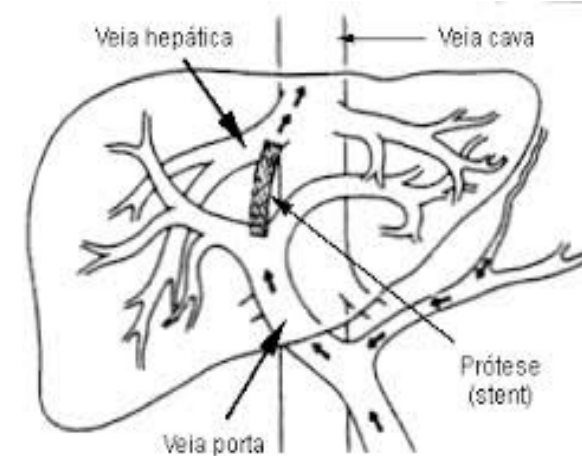
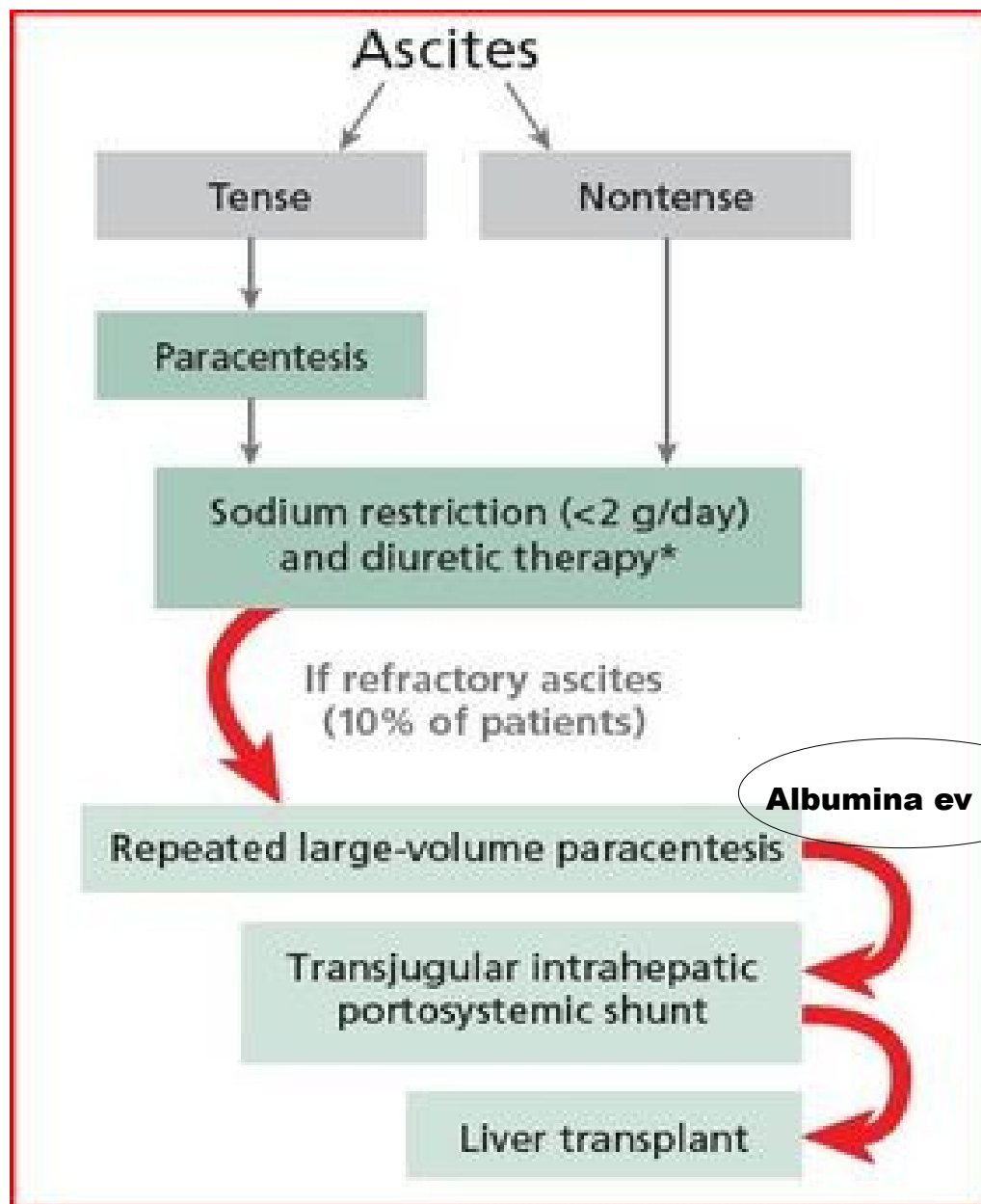
Ascite, edemas, hidrotorax --> IR → SHR

- **Peritonite bacteriana espontanea**

- **Hemorragia digestiva alta (rotura varizes)**

- **Encefalopatia portosistêmica**

- **Falência hepática/ CHC**



Tratamento + eficaz e definitivo
Transplante hepatico

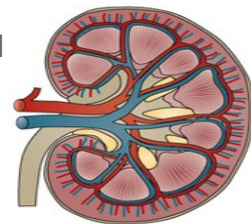
Vasoconstrição esplancnica
terlipressina

Aumento eficaz volémia
albumina

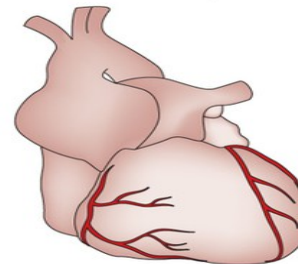
Retenção Na e H₂O

Vasoconstrição renal

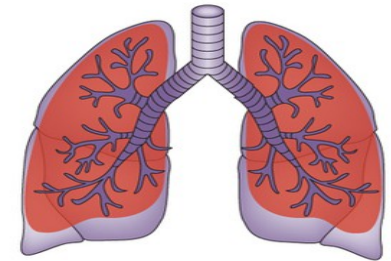
IR funcional



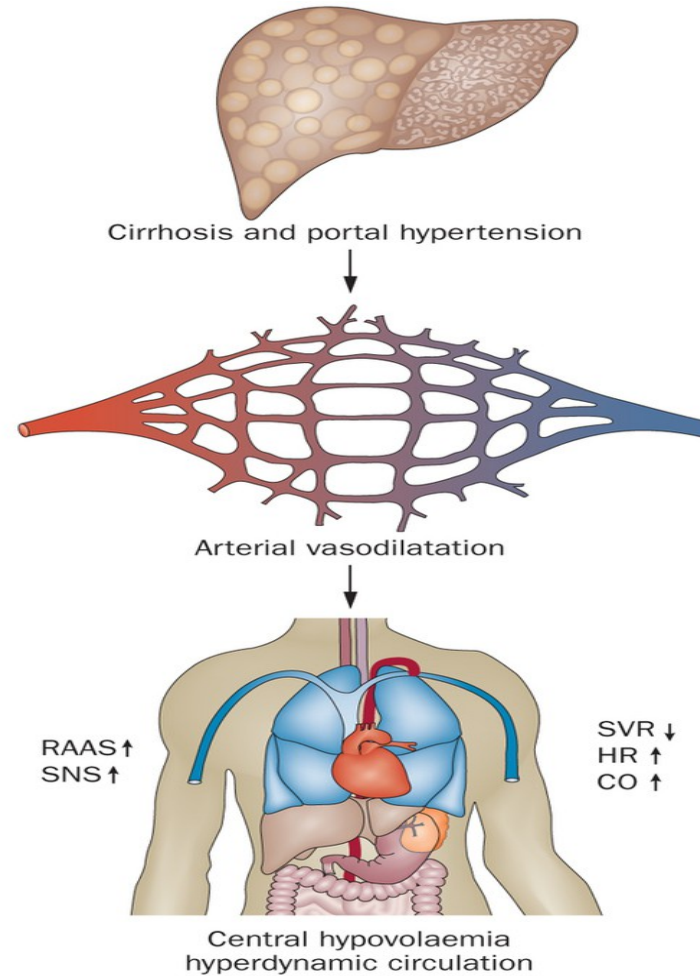
Hepatorenal syndrome



Cirrhotic cardiomyopathy

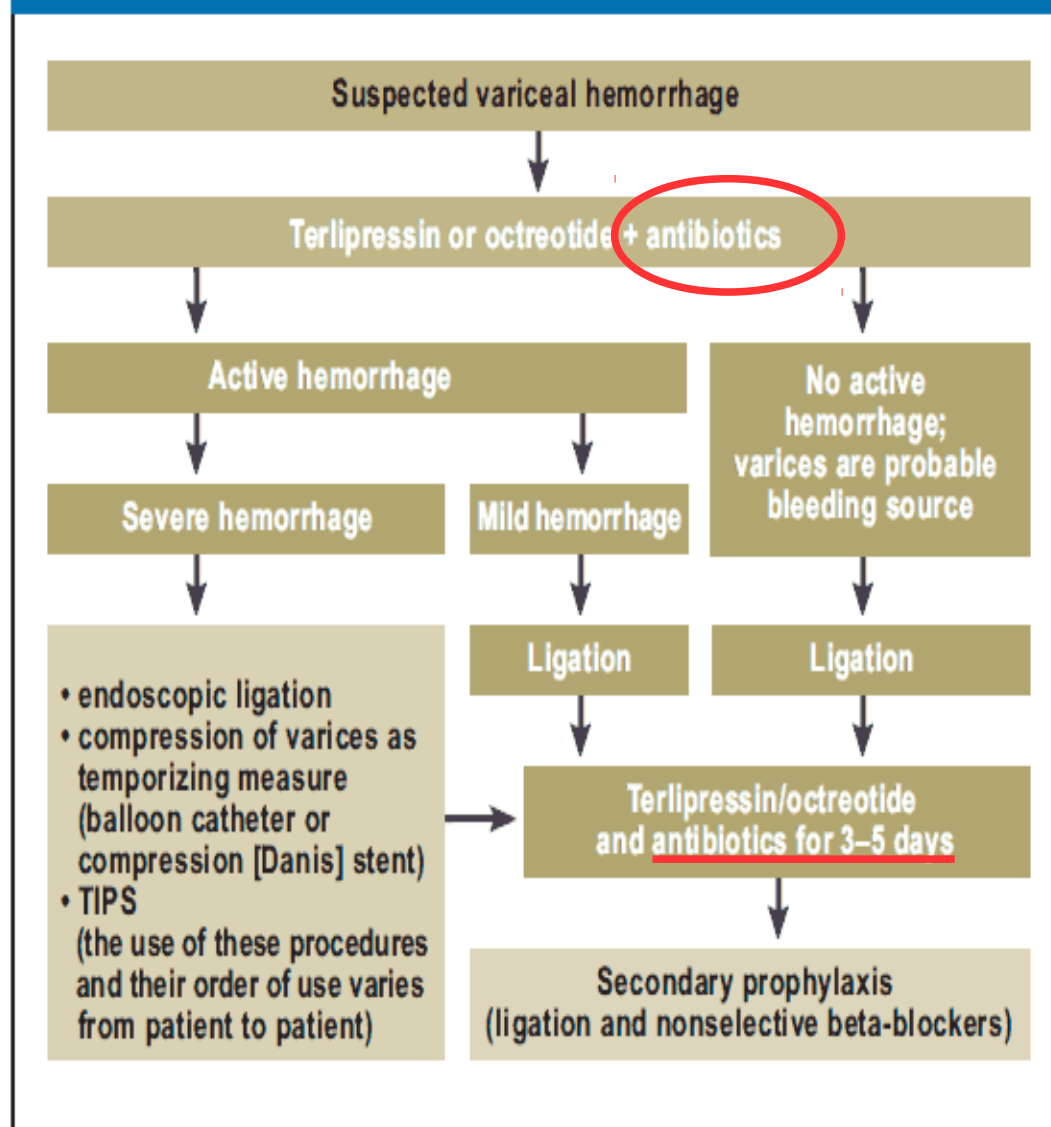


Hepatopulmonary syndrome



Hemorragia por rotura de varizes

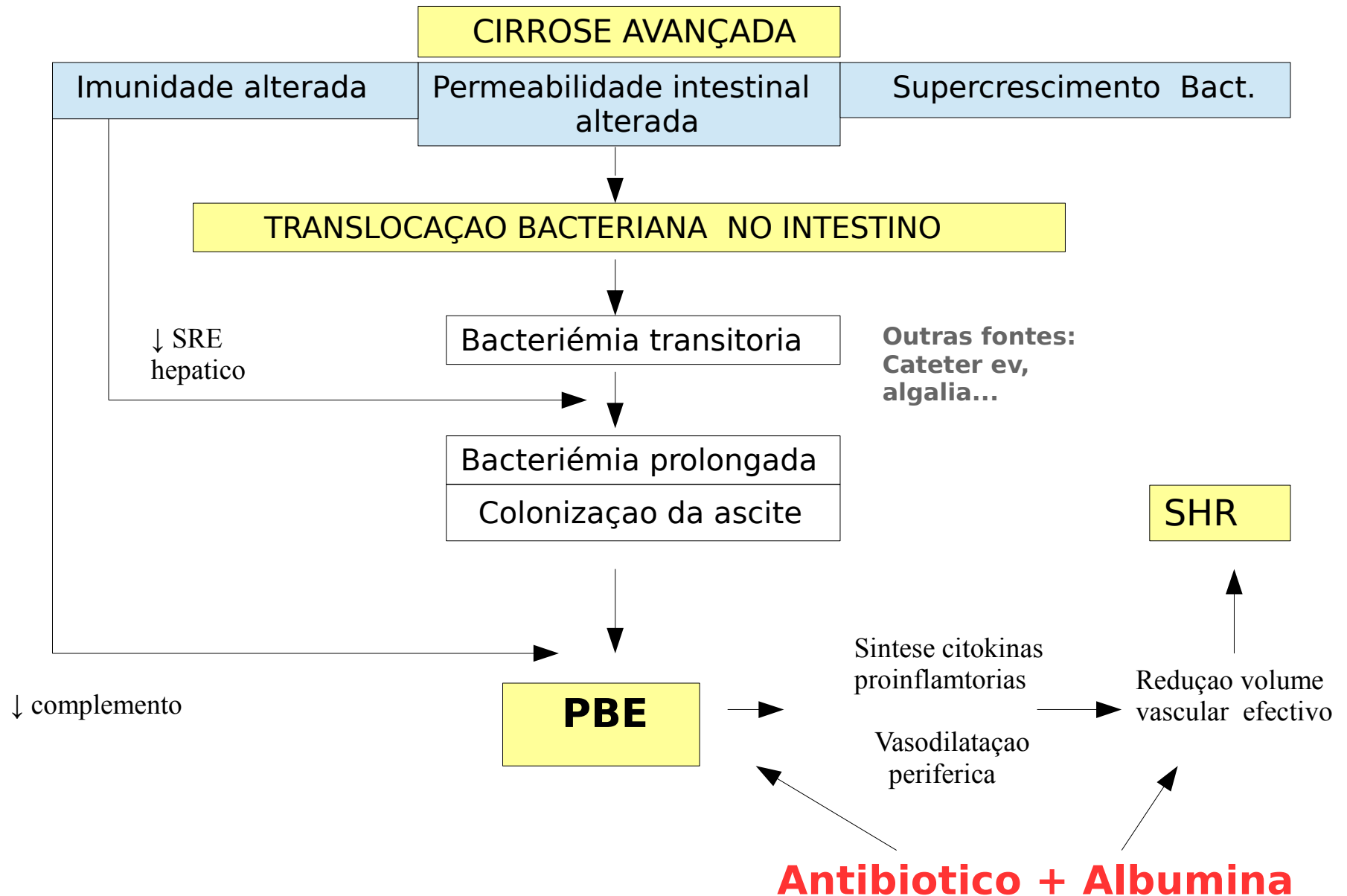
FIGURE 1



Algorithm for the treatment of acute variceal hemorrhage

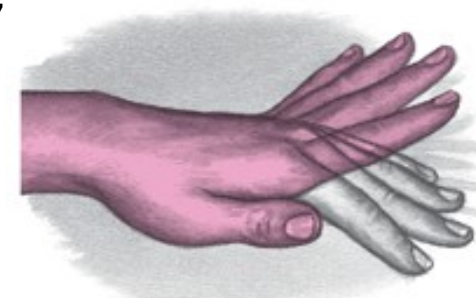
(TIPS = transjugular intrahepatic portal-systemic shunt)

Peritonite Bacteriana Espontânea



Encefalopatia PortoSistémica

Sonolencia, agitação psicomotora, desorientação/confusão, alteração do comportamento, agressividade, coma



Obstipação/ alteração flora intestinal:

enemas diários/ laxantes; rifaximina,

Hemorragia digestiva

enema/ laxante

AB profiláctica (↑risco translocação bacteriana, mesmo s/ ascite)

PBE ou outra infecção

paracentese diagnóstica/ Ex. Culturais/ Rx torax

Uso excessivo de diuréticos/ sedativos

Suspender/ reduzir

Doente cirrótico- abordagem global

- ➡ Proteger o fígado que resta :
abstinência álcool, evitar farmacos hepatotoxicos/ alternativos,
vacina VHA e VHB
- ➡ Prevenir a descompensação :
ex: albumina nas paracenteses volumosas; antibioterapia na HDA
- ➡ Prevenir/ detectar precocemente infeções, nomeada/ hospitalares
- ➡ Melhorar status nutricional e evitar restrições desnecessárias
- ➡ A descompensação é potencialmente reversível:
detectar precocemente e investir no doente !
- ➡ Vigiar periodica/ a gravidade da doença (Child, MELD) e o CHC
- ➡ Envio oportuno e atempado para Centro Transplante Hepatico -
unico Tx definitivo



OBRIGADO !