

Tema: encefalopatia hepática

Versão Nº 01

Protocolo Nº 368

1ª versão: janeiro de 2024

Atualização: NA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
DEFINIÇÃO.....	2
CLASSIFICAÇÃO	2
ESTADIAMENTO	3
MANEJO	4
PROFILAXIA PRIMÁRIA	5
SEGUIMENTO	5
FLUXOGRAMA.....	6
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO.....	6
MONITORAMENTO	7
REFERÊNCIAS.....	7
SIGLAS	8
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	8

INTRODUÇÃO

A encefalopatia hepática (EH) é uma das complicações mais frequentes da doença hepática. Sua ocorrência está intrinsecamente associada à maior utilização dos recursos de saúde pública quando comparado às outras complicações da hepatopatia. Além disso, é uma síndrome debilitante que gera impacto significativo na vida do paciente e do cuidador.

No momento do diagnóstico da doença hepática crônica, a EH está presente em 10% a 14% dos pacientes – mais detalhadamente, em 16% a 21% dos pacientes com doença descompensada e 10% a 50% dos pacientes com *shunt* portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS). Ao longo do curso da doença, a incidência acumulada ocorre entre 30% a 40% dos pacientes com doença hepática crônica e na maioria das vezes é recorrente. Após o primeiro episódio, os pacientes possuem risco cumulativo de 40% de apresentar nova ocorrência em um ano.

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento de pacientes com diagnóstico de doença hepática com EH.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Pacientes com diagnóstico de doença hepática com EH, admitidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/Ebserh).

DEFINIÇÃO

A EH é uma síndrome cerebral causada por disfunção hepática ou doença hepática com hipertensão portal e *shunt* portossistêmico. Manifesta-se como um amplo espectro de anormalidades neurológicas e psiquiátricas, variando de alterações subclínicas ao coma.

CLASSIFICAÇÃO

A EH deve ser classificada de acordo com três parâmetros:

- Doença de base:
 - Tipo A: associada a insuficiência hepática aguda;
 - Tipo B: por presença de *shunt* portossistêmico;
 - Tipo C: devido à cirrose hepática.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Duração:
 - Episódica;
 - Recorrente: ocorre em um intervalo de seis meses ou menos após episódio anterior;
 - Persistente: caracterizada por um padrão de alterações comportamentais continuado, intercalado com recaídas de EH evidente;
- Existência de fator precipitante:
 - Não precipitada;
 - Precipitada: fatores precipitantes devem ser identificados e tratados.

Fatores precipitantes	
Constipação	Distúrbios hidroeletrólíticos
Infecções	Medicamentos (diuréticos, sedativos, neurolépticos)
Sangramento do trato gastrointestinal	Desidratação
Carcinoma hepatocelular	Trombose do sistema porta

ESTADIAMENTO

- Gravidade das manifestações (West Haven):

Ainda que a encefalopatia seja clinicamente estratificada em quatro níveis (West Haven I a IV), reconhece-se por meio de testes cognitivos específicos e métodos de imagem uma fase pré-clínica.

Estadiamento	Descrição	Critérios sugeridos
Grau I	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia ou ansiedade • Alteração do ciclo vigília • Incoordenação <ul style="list-style-type: none"> • Atenção abreviada • Ausência de asterixis (<i>flapping</i>)* 	Alteração cognitiva ou do comportamento, a despeito de orientação no tempo e no espaço
Grau II	<ul style="list-style-type: none"> • Letargia • Amnésia • Ataxia • Formula frases <ul style="list-style-type: none"> • Comportamento inapropriado • Desorientação temporal leve • Asterixis (<i>flapping</i>) 	Desorientação no tempo (erro em no mínimo três dos seguintes: dia do mês, dia da semana, mês ou ano) e outros sintomas descritos na coluna à esquerda
Grau III	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientação grosseira • Fala palavras • Confusão mental • Responde a estímulos <ul style="list-style-type: none"> • Comportamento bizarro • Sonolência a semi-estupor • Ausência de asterixis (<i>flapping</i>) 	Desorientação no tempo e no espaço (erro em no mínimo 3 dos seguintes: país, estado, cidade ou local) e outros sintomas descritos na coluna à esquerda
Grau IV	Coma	Não responde a estímulos dolorosos

*Semiologicamente, por meio da pesquisa do *flapping* avalia-se a função de propriocepção cerebral. Após assumir a posição sentada, o paciente é orientado a fazer abdução passiva do braço, seja direito ou esquerdo, e apoiar o cotovelo na mão do examinador, seguida da flexão do antebraço. Nesse momento, o examinador realiza hiperextensão do punho do paciente seguida de rápida soltura. O tremor após a hiperextensão ao retorno à posição fisiológica caracteriza a presença do *flapping*.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

MANEJO

Definição de caso

Pacientes com hepatopatia crônica ou aguda com alterações neurológicas ou psiquiátricas.

Diagnóstico

- Realizar anamnese e exame físico no intuito de detectar anormalidades cognitivas e neuromusculares ocasionadas pela EH.
- Questionar sobre o início dos sintomas, quantidade de evacuações, presença de sinais ou sintomas infecciosos, uso de diuréticos, sinais de desidratação, sangramentos do trato gastrointestinal e utilização de novos medicamentos.
- Excluir diagnósticos diferenciais: acidente vascular encefálico, demência, abuso de álcool ou outras drogas, trauma cranioencefálico, cetoacidose diabética, estado hiperglicêmico hiperosmolar, hipoglicemia, infecção do sistema nervoso central e quadros psicóticos agudos e *delirium*. **O diagnóstico da EH é clínico e de exclusão.**
- Solicitar exames à primeira avaliação de paciente com suspeita de EH: hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, magnésio, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, albumina, atividade de protrombina e glicose.
- Avaliar necessidade de propedêutica infecciosa conforme contexto do paciente: radiografia de tórax, urina rotina, Gram de gota e urocultura, hemoculturas, paracentese diagnóstica (citometria, citologia, albumina, Gram e cultura em balão de hemocultura).
- Solicitar amonemia pós-prandial em caso de dúvida diagnóstica. Se nível sérico de amônia estiver abaixo do limite superior da normalidade questiona-se o diagnóstico de EH.
- Classificar a EH em relação à doença de base, duração e fatores precipitantes.
- Estadiar os pacientes em relação à gravidade das manifestações (West Haven). Pacientes com EH grau III e IV de West Haven devem ser também estratificados conforme a Escala de Coma de Glasgow.

Tratamento

- Cuidados gerais: cabeceira elevada entre 35° e 45°; não oferecer líquidos ou alimentos em caso de EH grau III e IV ou agitação psicomotora; orientar familiares quanto à rotação lateral da cabeça em caso de vômitos.
- Abordar o fator precipitante.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Encaminhar, idealmente, pacientes com EH grau III e IV de West Haven à unidade de terapia intensiva devido ao risco de aspiração.
- Iniciar lactulose, quando possível por via oral, objetivando duas a três evacuações diárias. A dose inicial a ser considerada é de 30 mL a 45 mL duas a quatro vezes ao dia.
- Avaliar a passagem de sonda nasoentérica para administração de lactulose na necessidade de suspensão de dieta oral. Nessa situação, o clister com lactulose pode ser uma alternativa à passagem da sonda, desde que haja melhora da encefalopatia nas horas subseqüentes à sua administração.
- O metronidazol na dose de 250 mg de 08 em 08 horas por via oral ou venosa é considerado uma alternativa de tratamento, na ausência de melhora.
- Manter ingestão adequada de nutrientes, com oferta de 0,5 g/kg/dia de proteína animal acrescida de 0,5 a 0,7 g/kg/dia de proteína na forma de módulo proteico vegetal por via oral. Na necessidade de suporte nutricional enteral, manter o aporte proteico em torno de 1,2 g/kg/dia sob a forma de suplemento com predomínio de aminoácidos de cadeia ramificada e lecitina de soja (Fresubin Hepa). Em pacientes cujo suporte via oral ou enteral não seja possível, faz-se suporte parenteral com solução de aminoácidos a 10% não ultrapassando 1,0 g/kg/dia. Manter aporte calórico de 35 kcal/kg/dia.

PROFILAXIA PRIMÁRIA

Pacientes cirróticos com sangramento do trato gastrointestinal devem receber dose profilática de lactulose, visando prevenir episódios de encefalopatia hepática. Ajustar a dose com o objetivo de manter duas a três evacuações por dia.

PROFILAXIA SECUNDÁRIA

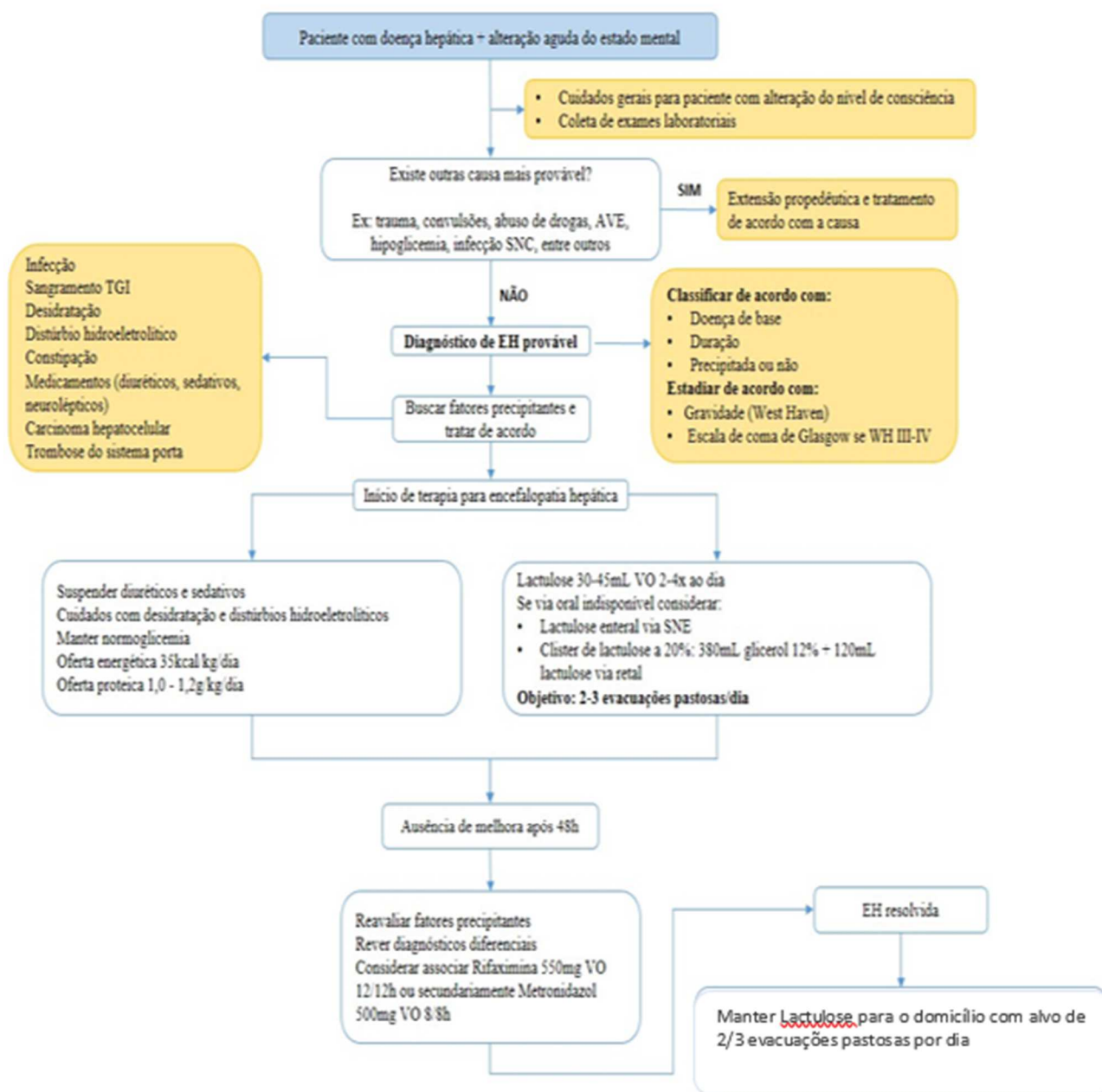
- Após o primeiro episódio de EH, é recomendado manter lactulose por via oral com o objetivo de manter duas a três evacuações por dia.

SEGUIMENTO

- Orientar o paciente quanto a ajustes de dose de lactulose (manter 2 a 3 evacuações ao dia).
- Manter aporte nutricional proteico em torno de 1,2 g/kg/dia e calórico de 35 kcal/kg/dia.
- Orientar quanto à hidratação via oral.
- Encaminhar pacientes com EH persistente ou recorrente, assim como um primeiro episódio de EH grau III ou IV de West Haven, para avaliação pela equipe de transplante hepático.
- Retornar precocemente no ambulatório após a alta hospitalar.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

FLUXOGRAMA



CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Paciente com melhora completa das alterações neurológicas ou psiquiátricas da admissão.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

MONITORAMENTO

- Número total de pacientes atendidos por encefalopatia hepática.
- Porcentagem da gravidade das manifestações (West Haven).
- Porcentagem de cada desencadeante, identificado ou não.
- Porcentagem de pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva.
- Porcentagem de pacientes com indicação de avaliação pela equipe de transplante hepático.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatic encephalopathy. J Hepatol. 2022 Sep;77(3):807-824. doi: 10.1016/j.jhep.2022.06.001. Epub 2022 Jun 17. PMID: 35724930.
2. Vilstrup, Hendrik¹; Amodio, Piero²; Bajaj, Jasmohan^{3,4}; Cordoba, Juan^{1,5}; Ferenci, Peter⁶; Mullen, Kevin D.⁷; Weissenborn, Karin⁸; Wong, Philip⁹. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study Of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. Hepatology 60(2):p 715-735, August 2014. | DOI: 10.1002/hep.27210
3. Córdoba J, López-Hellín J, Planas M, et al. Normal protein diet for episodic hepatic encephalopathy: results of a randomized study. J Hepatol 2004; 41:38.
4. Mullen KD, Sanyal AJ, Bass NM, et al. Rifaximin is safe and well tolerated for long-term maintenance of remission from overt hepatic encephalopathy. Clin Gastroenterol Hepatol 2014; 12:1390.
5. Cordoba J, Ventura-Cots M, Simón-Talero M, et al. Characteristics, risk factors, and mortality of cirrhotic patients hospitalized for hepatic encephalopathy with and without acute-on-chronic liver failure (ACLF). J Hepatol 2014; 60:275.

SIGLAS

EBSEH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EH	Encefalopatia hepática
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
TIPS	<i>shunt</i> portossistêmico intra-hepático transjugular

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- Elaborado em novembro de 2023 por: Eduardo Garcia Vilela, Laura Loth Marton Azzi, Fernanda Belloni Rocha Daguer.
- Responsável técnico: Eduardo Garcia Vilela.
- Colocado em consulta pública em janeiro de 2024.
- Aprovado em janeiro de 2024 por: Vandack Alencar Nobre Júnior, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.