



# SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE HEPATÓPATA

Freire Bodelo Ana <sup>1</sup>, Fra Yáñez Javier <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Farmacia Silvia López Alaiz, Avilés.

<sup>2</sup> Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

## Presentación del caso

● Paciente de 64 años con antecedentes de **insuficiencia renal crónica**, **hepatopatía crónica Child-Pugh A5**, **hipertensión arterial** y **diabetes mellitus tipo 2** que recibe el alta hospitalaria tras superar una sepsis por *Listeria monocytogenes*.

### Modificaciones al alta

- ❖ **Suspensión** de losartán-hidroclorotiazida 100-12,5 mg.
- ❖ **Inicio** de amlodipino 5 mg.

### Tratamiento habitual

- ❖ Amlodipino 5 mg (0-0-1)
- ❖ Furosemida 40 mg (1-0-0)
- ❖ Omeprazol 20 mg (1-0-0)
- ❖ Acenocumarol 4 mg (según hematología)
- ❖ Insulina glargina (26-0-0)
- ❖ Insulina asparta (según glucemia)

● Tras varias semanas, el paciente refiere cierta **preocupación** por la **aparición** de **erupciones cutáneas pruriginosas** en **cara** y **cuello** que empeoran con el paso de los días además de la **aparición de edemas periféricos**.

## Evaluación e intervención

1

**Derivamos** al paciente a su **médico de atención primaria (MAP)** mediante informe escrito por **sospecha de reacción adversa (RA)** a **amlodipino**.

2

Tras revisión, se **mantiene amlodipino** y se **modifica la pauta de furosemida** a 1-1/2-0 para tratar edemas.

3

Durante el posterior seguimiento: **empeoramiento de afecciones cutáneas**, presencia de **cansancio**, **temblor de manos** y **dificultad para hablar y concentrarse**.

4

Dada la **sintomatología compatible con el ingreso previo** por sepsis y sospecha de RA, **volvemos a derivar a su MAP**.

5

Su MAP le **deriva al hospital** donde permanece en **observación 24 horas**.

6

En el hospital se realiza: **bioquímica completa**, **hemocultivo**, **urocultivo**, **TAC craneal**, **placa de tórax** y **resonancia magnética**.

## Seguimiento

- El paciente presenta **valores analíticos en rango** y cultivos **negativos**.
- **TAC** y **placa de tórax** compatibles con la **normalidad**.
- **Resonancia magnética**: **depósitos de manganeso** compatibles con **encefalopatía hepática crónica**.
- Tras **tratamiento de soporte** y **mejoría del cuadro neurológico** previo se decide su **alta hospitalaria**.

### Diagnóstico final

- ❖ **Encefalopatía hepática de grado I**

### Tratamiento al alta

- ❖ Rifaximina 200 mg (1-1-1) durante 14 días
- ❖ Lactulosa 1-3 sobres diarios
- ❖ Seguimiento ambulatorio

## Conclusiones

● La **coordinación farmacéutico-médico de atención primaria** permite una **detección precoz** de la **encefalopatía hepática**, así como una **rápida recuperación** evitando una progresión de la disfunción cerebral hasta un posible coma.