

**Nombre del alumno:**

Brenda Yudith Guillen Velázquez

**Nombre del profesor:**

L.E. Ervin Silvestre Castillo

**Semestre, grupo y modalidad:**

6to cuatrimestre grupo "C" Enfermería (Semmiescolarizado)

**Materia:**

Enfermería medico quirúrgica II

**Nombre del trabajo:**

Cuadro sinóptico del tema:

“Alteraciones Hepatobiliares”

ALTERACIONES HEPATOBILIARES

Cambios relacionados con la edad

Con el envejecimiento, el hígado presenta una disminución de su tamaño, que puede ser de hasta un 45% entre la tercera y décima década de la vida. A su vez, adopta un color pardo oscuro debido al acúmulo de gránulos de lipofuscina en los lisosomas de los hepatocitos.

Los hepatocitos con el envejecimiento aumentan de tamaño y se observa poliploidía, con aumento del ADN por núcleo.

El flujo sanguíneo hepático

Disminuye en torno al 35% y la perfusión hepática (flujo sanguíneo por unidad de volumen hepático) puede llegar a ser un 11% menor.

No se ha demostrado que existan cambios en los niveles séricos de bilirrubina, transaminasas y fosfatasa alcalina en individuos ancianos sanos

Lo sí demostrado es que;

Numerosos estudios farmacocinéticos es que el aclaramiento de fármacos metabolizados predominantemente por el sistema enzimático citocromo P450 se reduce en torno a un 10-50% a medida que avanza la edad.

Pruebas de función hepática

En el diagnóstico diferencial de dichas alteraciones debemos considerar la posibilidad de que éstas estén reflejando la existencia de otros procesos clínicos tales como:

Insuficiencia cardiaca congestiva, cuadros sépticos, patología tiroidea o afectación de los parámetros analíticos por ingesta crónica de fármacos anticomiciales.

Enfermedades hepáticas parenquimatosas

Hepatitis vírica

Es la causa más frecuente de enfermedad hepatocelular aguda y difusa.

Los pacientes ancianos suelen tener síntomas más severos, mayor incidencia de alteraciones del SNC, por ejemplo depresión, y un curso más prolongado de la ictericia, motivo por el cual la hospitalización se recomienda en todo paciente mayor de 70 años.

Esto viene determinado, también, porque los síntomas se pueden confundir con una obstrucción biliar por una neoplasia o por un cálculo.

La mortalidad para la hepatitis en fase icterica en pacientes mayores de 60 años es en torno al 3-6% en comparación al 0,1-1% en pacientes jóvenes. La principal causa de muerte es el desarrollo de una hepatitis fulminante.

Los indicadores de mal pronóstico son:

- \* Cambios en la situación mental.
\* La ausencia de hepatomegalia a la palpación.
\* Hígado que disminuye rápidamente de tamaño.
\* Aumento del tiempo de protrombina más de cuatro segundos sobre lo normal.

Hepatitis A

En la actualidad, la proporción de población adulta ancianos que carecen de inmunidad adquirida frente al VHA es más reducida que en década previas;

Por este motivo

Puede preverse que la hepatitis A llegue a ser más frecuente en los ancianos. Esto tiene especial repercusión, pues si el paciente desarrolla una hepatitis fulminante, el principal factor de mal pronóstico es la edad avanzada.

Hepatitis B

En ancianos la hepatitis B es más colestásica y el aclaramiento del HbsAg es más lento, pero, a pesar de que no se altera el pronóstico a corto plazo, un informe de un brote de hepatitis B en una residencia describió una tasa de portador del 59%.

Paralelamente a este hallazgo, la vacunación frente a la hepatitis B parece ser progresivamente más insatisfactoria en los individuos de edad avanzada, con una respuesta progresivamente menor de los anticuerpos.

Se desarrolla

Hepatopatía crónica en aproximadamente el 3-5% de los pacientes con hepatitis B.

Esta complicación

Se debe sospechar si después de cuatro-seis meses se tiene evidencia de sintomatología o alteración en los test de laboratorio.

Hepatitis C

En el anciano es destacable la incidencia de hepatitis C, ya que es, junto con la hepatopatía de origen enólico, la causa más frecuente de hepatopatía crónica.

La progresión a hepatopatía crónica se estima en torno al 60-80% de los pacientes.

Hepatopatía inducida por fármacos

La hepatopatía inducida por fármacos, o como mínimo una anomalía de las pruebas de función hepática, podría ser la causa de un tercio de los pacientes con más de 65 años en los que se observa una hepatitis aguda aparente.

Además

Los ancianos experimentan más enfermedades intercurrentes, por ejemplo, insuficiencia cardiaca o renal, lo que puede potenciar, directa o indirectamente, los efectos adversos de algunos fármacos sobre el hígado

Cuando se considera la hepatotoxicidad por fármacos en el anciano se tienen en cuenta algunos factores como:
\* Cambios relacionados en el metabolismo
\* La elevada prevalencia de efectos adversos
\* La polifarmacia...

En los pacientes de edad avanzada, el aclaramiento de fármacos por el hígado puede verse afectado, pues existe una disminución del flujo sanguíneo y, además, una reducción del metabolismo hepático en fase I.

El tratamiento

Debe ser suspender inmediatamente cualquier fármaco sospechoso. El factor más determinante para la evolución a un fallo hepático fulminante en una reacción hepatocelular es la continuación del tratamiento una vez aparezca la ictericia. Si se observa una severa reacción alérgica, se pueden usar corticoides, pero ningún ensayo ha demostrado su eficacia.

El paciente puede incluso requerir entrar en un programa de trasplantes, si presenta coagulopatía o encefalopatía. Los pacientes con hepatopatía crónica no presentan todo un aumento similar del riesgo de desarrollar efectos adversos. Existen casos especiales, tales como el riesgo de descompensación en pacientes con cirrosis estable si se usan, por ejemplo, aminoglucósidos, inhibidores de las prostaglandinas o incluso contrastes para diagnóstico radiológico.

Hepatotoxicidad por fármacos

- Hepatocelular: ejemplo; Isoniazida, trazodona, diclofenaco, nefazodona, venlafaxina, lovastatina.
Colestasis: ejemplo; Clorpromacina, estrógenos, eritromicina y sus derivados.
Inmunoalérgica: ejemplo; alotano y fenitoina.
Granulomatosa: ejemplo; Diltiazem, sulfamidas, quinidina.
Microvesicular: ejemplo; Tetraciclinas, ácido acetilsalicílico, valproico.
Esteatosis: ejemplo; amiodariona y tamoxifeno.
Autoinmune: ejemplo; Nitrofurantoína, metildopa, lovastatina.
Fibrosis: ejemplo; Metotrexate, exceso de vitamina A.
Mixtos: ejemplo; Amoxiclavulánico, carbamazepina, ciclosporina, troglitazona.



### Hepatitis por insuficiencia cardiaca

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy frecuente en el paciente anciano y puede desencadenar una hipoxia centrolobulillar, por disminución del flujo sanguíneo, o congestión hepática por disminución del retorno venoso.

El patrón más leve muestra un ligero aumento de la FA. Un patrón moderado muestra un aumento de la bilirrubina y de la GGT.

En un 25-75% de casos más graves se aumentan la AST y ALT (> 200 U/L) y la LDH (> 400 U/L). Estos valores se normalizan a medida que la insuficiencia cardiaca responde al tratamiento. Habitualmente, la FA es la última en normalizarse, estando elevada semanas o meses más tarde.

La cirrosis cardiaca

Es una complicación extraña de la insuficiencia cardiaca, ocurriendo con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad reumática, insuficiencia tricuspídea o con pericarditis constrictiva.

### Cirrosis biliar primaria

Se caracteriza por una colestasis intrahepática de forma progresiva. Los pacientes presentan prurito, hipercolesterolemia y esteatorrea.

Los datos de laboratorio indican un aumento de los niveles de fosfatasa alcalina de forma mantenida, siendo obligatorio descartar la presencia de esta patología en toda mujer asintomática sin obesidad, diabetes mellitus (DM) o abuso de alcohol.

Debido a la esteatorrea se presenta un déficit de 25-hidroxivitamina D y de vitamina A. El tiempo de protrombina puede ser normal o estar disminuido.

Tratamiento

Consiste en la administración de colestiramina para aliviar el prurito, así como la administración de vitaminas liposolubles, vitamina A, D y K.

La osteoporosis

Es una complicación frecuente de las mujeres posmenopáusicas con CBP, estando obligados a administrar calcio más vitamina D y tratamiento con bifosfonatos. Todos los estudios pronósticos importantes sobre la historia natural de la cirrosis biliar primaria han puesto de manifiesto que la edad avanzada es un indicador pronóstico negativo independiente.

### Cirrosis

Las principales causas de cirrosis en el paciente anciano son: la hepatopatía alcohólica y la hepatopatía crónica por VHC y VHB.

Diagnostico pronóstico tratamiento

La cirrosis se caracteriza por la aparición de datos clínicos, analíticos y de imagen que ponen de manifiesto una disfunción hepatocelular y de Hipertensión Portal (HTP).

Los pacientes que se encuentran en esta situación requieren un seguimiento cada tres cuatro meses para la detección precoz de complicaciones o transformación en hepatocarcinoma.

Paciente con cirrosis debería realizarse una gastroscopia para detectar precozmente la presencia de varices esofágicas y/o gastropatía por HTP, debido al efecto beneficioso de la profilaxis primaria.

Para una clasificación de los pacientes con cirrosis se usa la clasificación de Child-Pugh.

Complicaciones de la cirrosis

Astítis

Su desarrollo se asocia con mal pronóstico, teniendo una supervivencia a los dos años en torno al 50%.

Síndrome hepatorenal:

Se trata de una insuficiencia renal funcional con ascitis indicando la fase terminal de la enfermedad.

Peritonitis bacteriana espontanea (PBE)

Se define como la infección del líquido ascítico en ausencia de foco infeccioso abdominal. Se diagnostica con la presencia de más de 250 polimorfonucleares (PMN)/microlitro en el líquido.

**Encefalopatía hepática:** La presentación clínica habitual es un deterioro de la situación mental del individuo, que va desde somnolencia- bradisiouia hasta el coma.  
**Profilaxis primaria:** en todo paciente cirrótico debe realizarse una endoscopia digestiva alta para evaluar la presencia de varices gastroesofágicas.  
**Sangrado agudo por varices:** manejo inicial debe ser como el de cualquier sangrado digestivo, a restitución de la volemia y mantenimiento de la estabilidad hemodinámica.  
**Profilaxis secundaria:** Los pacientes de edad avanzada y con enfermedades crónicas asociadas se asocian a alto riesgo de resangrado, ya sea precoz o tardío.

### Tumores

#### Hepatocarcinoma

El virus de la hepatitis C es un factor de riesgo para el desarrollo de hepatocarcinoma que actúa independientemente de la infección por el virus B, abuso de alcohol, edad y el sexo.

Las proporciones de riesgo para el desarrollo de HC son las siguientes para el virus de la hepatitis C:

-Riesgo aumentado seis-siete veces: 60-69 años, HbsAg positivo.

-Riesgo aumentado cuatro veces: títulos altos de anti HbcAB, anti-VHC positivo.

-Riesgo aumentado dos veces: presencia de cirrosis y fumador activo.

En el HC la alfafetoproteína suele estar elevada, en rangos superiores a 500 ng/ml y junto con ecografía y TAC, seguidos de biopsia hepática nos ayudarán en el diagnóstico.

Metástasis

El hígado metastásico es un hallazgo frecuente en la práctica geriátrica y en ocasiones es la primera manifestación del tumor primario. Salvo en casos de metástasis única, y en especial si el tumor primario es de colon, que se podría usar un tratamiento con intención curativa, en el resto de los casos se iniciarían tratamientos paliativos.

### Enfermedades de la vesícula y árbol biliar

La prevalencia de cálculos biliares crece a medida que aumenta la edad. En Europa, la prevalencia en mujeres de más de 80 años se estima en torno al 40%. Representan aproximadamente el 40% de las causas de dolor abdominal en los pacientes ancianos y son la indicación más frecuente de cirugía abdominal.

Colecistitis aguda

Se produce por obstrucción litiásica del cístico. En más del 40% de los pacientes ancianos puede no existir fiebre ni signos de irritación peritoneal. El tratamiento inicial consiste en mantener la dieta absoluta, reposición hidroelectrolítica y el uso de analgésicos y antibióticos para cubrir a enterobacterias (E. coli, Klebsiella...) y enterococos.

**S**  
**e**  
**R**  
**e**  
**c**  
**o**  
**m**  
**i**  
**e**  
**n**  
**d**  
**a**

Amoxicilina – clavulánico o piperacilina-tazobactan o el uso de cefotaxima. La cirugía debe ser lo más precoz posible, si el estado del paciente lo permite. La técnica quirúrgica de elección es la colecistectomía

Más frecuentes (ocurren aproximadamente en el 5% de los casos) son: infección de la herida quirúrgica (1,1% de los casos). Daños en el conducto biliar (0,5%), íleo prolongado o sangrado. La mortalidad operatoria es menos de 0,1%.

Colédoco litiasis

Es la migración de cálculos al colédoco. Es una complicación que su frecuencia aumenta con la edad y en la que la tríada clásica de Charcot (fiebre, dolor e ictericia) apenas se observa en un 10% de los pacientes ancianos. El tratamiento de elección para pacientes ancianos es la esfinterotomía endoscópica.

Cálculos biliares asintomáticos

El tratamiento de este tipo de pacientes es controvertido. Teniendo en cuenta que las complicaciones de la enfermedad biliar son más graves en el paciente anciano que en el joven y que la mortalidad de las técnicas quirúrgicas no es despreciable, deberemos realizar una correcta valoración de estos pacientes