



**Nombre del alumno:**

SONIA SUYEVI GARCIA PEREZ

**Nombre del profesor:**

ERVIN SILVESTRE CASTILLO

**Licenciatura:**

ENFERMERIA

**Materia:**

**Enfermería medico quirúrgica II**

**Nombre del trabajo:**

Cuadro sinóptico del tema:

“alteraciones hepatobiliares”

“ALTERACIONES HEPATOBILIARES”



Hepatitis A

En la actualidad, la proporción de población adultaancianos 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

Hepatitis b

En ancianos la hepatitis B es más colestásica y el aclaramiento del Hbs Ag 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

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

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.

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.

Encefalopatía hepática

La presentación clínica habitual es un deterioro de la situación mental del individuo, que va desde somnolencia-bradipsiquia hasta el coma, reconociéndose cuatro estadios El enfoque diagnóstico inicial debe ir encaminado a descartar causas desencadenantes: estreñimiento, alteraciones hidroelectrolíticas, insuficiencia renal, hemorragia digestiva, infecciones, tratamiento diurético, fármacos sedantes, desarrollo de hepatocarcinoma

coledoco 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. Este proceso tiene una baja mortalidad y una tasa de complicaciones en torno al 10%

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