

Nombre del alumno:

Paola González Pérez

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Grupo, semestre y modalidad:

6to. Cuatrimestre grupo "C" enfermería (semiescolarizada)

Materia:

Enfermería medico quirúrgica II

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema

Alteraciones hepatobiliares

ALTERACIONES HEPATOBILIARES

No se han descrito hepatopatías específicas de personas con edad avanzada, la presentación, el curso clínico y el tratamiento de las hepatopatías en el anciano difieren en algunos aspectos en los observados en individuos más jóvenes

Los cambios relacionados con la edad, tanto en la morfología como en la función, influyen en esto

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. 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 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 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 FUNCTION HEPATICA. En el diagnóstico diferencial de dichas alteraciones debemos considerar la posibilidad de que éstas estén reflejando la existencia de otros procesos clínicos. Insuficiencia cardiaca congestiva, cuadros sépticos, patología tiroidea o afectación de los parámetros analíticos por ingesta crónica de fármacos antimicrobiales. La existencia de unos valores de laboratorio normales no descarta una hepatopatía de baja expresión analítica.

ENFERMEDADES HEPÁTICAS PARENQUIMATOSAS

Hepatitis vírica: Causa más frecuente de enfermedad hepatocelular aguda y difusa. 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. Los síntomas se pueden confundir con una obstrucción biliar por una neoplasia o por un cálculo. La mortalidad para la hepatitis en fase ictericia 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. Indicadores de mal pronóstico: -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. 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%. 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: Podría ser la causa de un tercio de los pacientes con más de 65 años en los que se observa una hepatitis aguda aparente. 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: -Cambios relacionados en el aclaramiento de fármacos por el metabolismo. -La elevada prevalencia de efectos adversos. -La polifarmacia. 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. Reacciones adversas las podemos dividir en hepatocelulares (GOT > 2N o GOT/FA 5, siendo N el valor más alto dentro de la normalidad), colestásicas (FA > 2N o aumento de FA y GPT, pero GOT/FA es 2) o mixtas (GPT y FA elevadas y GOT/FA entre 2 y 5), aunque la forma más eficaz es según el tipo de reacción histológica que produzcan.
Hepatopatía por insuficiencia cardiaca: La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy frecuente en el paciente anciano y puede desencadenar una hipoxia centrolobulillar. Los datos de laboratorio dependen de la gravedad de la insuficiencia cardiaca; 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 (> 200U/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.
Cirrosis biliar primaria (CBP): Se caracteriza por una colestasis intrahepática de forma progresiva. Los pacientes presentan prurito, hipercolesterolemia v 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 o abuso de alcohol. Debido a la esteatorrea se presenta un déficit de 25-hidroxitamina D y de vitamina A, el tiempo de protrombina puede ser normal o estar disminuido. El 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.
Cirrosis: Las principales causas de cirrosis en el paciente anciano son: la hepatopatía alcohólica y la hepatopatía crónica por VHC y VHB. Fiesto una disfunción hepatocelular y de Hipertensión Portal. Los pacientes que se encuentran en esta situación requieren un seguimiento cada tres o cuatro meses para la detección precoz de complicaciones o transformación en hepatocarcinoma. Complicaciones: Ascitis: Es la complicación más frecuente. Su desarrollo se asocia con mal pronóstico, teniendo una supervivencia a los dos años en torno al 50%. Su tratamiento se basa en conseguir un balance negativo de sodio y agua mediante dieta hiposódica y diuréticos. Ascitis de volúmenes moderados, La ascitis de alto volumen, Ascitis refractaria. Síndrome hepatorenal: Insuficiencia renal funcional con ascitis indicando la fase terminal de la enfermedad. Se caracteriza por oliguria y azoemia en ausencia de otras causas de insuficiencia renal. Es importante descartar cualquier otra causa de insuficiencia renal y de que no existe depleción de volumen (realizaremos una prueba con 1.500 ml de suero salino isotónico durante 24 horas). El único tratamiento efectivo es el trasplante hepático. Si él es candidato a trasplante, la terapia debe ser intensiva. Peritonitis bacteriana espontánea (PBE): 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. El tratamiento de elección es una cefalosporina de tercera generación (cefotaxima, ceftriaxona). Varices esofágicas-gastropatía hipertensión por: Profilaxis primaria, Sangrado agudo por varices, Profilaxis secundaria. Encefalopatía hepática (EH): Deterioro de la situación mental del individuo, que va desde somnolencia-bradipsiquia hasta el coma, reconociéndose cuatro estadios. Diagnóstico inicial debe descartar causas desencadenantes: estreñimiento, alteraciones hidroelectrolíticas, insuficiencia renal, hemorragia digestiva, infecciones, tratamiento diurético, fármacos sedantes, desarrollo de hepatocarcinoma. Deberán tomar medidas específicas que incluyen: Laxantes, Antibióticos.

TUMORES

Hepatocarcinoma

En un 50-60% de los pacientes aparecen anticuerpos contra el virus de la hepatitis B y cirrosis en aproximadamente el 40% de los casos

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

Proporciones de riesgo para el desarrollo de HC, 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

El tratamiento dependerá de si la enfermedad es localizada y resecable

Sólo un 10% de los tumores son resecables, siendo en este caso la resección quirúrgica la opción terapéutica, con una supervivencia a los cinco años del 55% si la resección es curativa

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

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 peritonea

Tratamiento inicial consiste en mantener la dieta absoluta, reposición hidroelectrolítica y el uso de analgésicos y antibióticos para cubrir a enterobacterias y enterococos

La cirugía debe ser lo más precoz posible, si el estado del paciente lo permite, la técnica quirúrgica de elección es la colecistectomía laparoscópica.

Contraindicaciones; vesícula gangrenada o perforada, colangitis, peritonitis, obesidad mórbida o cirugía previa en el abdomen superior

Complicaciones; infección de la herida quirúrgica, Daños en el conducto biliar, íleo prolongado o sangrado

Debemos prestar atención a la colecistitis sin cálculos biliares, que progresa rápidamente hasta la necrosis y perforación, si no se trata, y que está relacionada con la presencia de enfermedades cardiovasculares y aterosclerosis

Coledocolitiasis

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

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

Las complicaciones de la enfermedad biliar son más graves en el paciente anciano que en el joven

La mortalidad de las técnicas quirúrgicas no es despreciable, deberemos realizar una correcta valoración de estos pacientes