



**NOMBRE DE ALUMNO: REY NOEL SANTIAGO
HERNÁNDEZ**

NOMBRE DEL PROFESOR: MAHONRRY DE JESÚS

**NOMBRE DEL TRABAJO: CÁNCER DE HÍGADO,
COLECISTITIS, COLELITIASIS, CÁNCER DE
VESÍCULA BILIAR, ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA
HEPÁTICA Y BILIAR**

MATERIA: ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA LL

GRADO: 6TO CUATRIMESTRE

GRUPO: "A"

CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Signos y síntomas

Por lo general, el cáncer de vesícula biliar no causa signos ni síntomas sino hasta más tarde en el curso de la enfermedad, cuando el tumor es grande o se ha propagado. Pero a veces los síntomas pueden aparecer más temprano y conducir a un diagnóstico precoz. Si se encuentra el cáncer en una etapa más temprana, el tratamiento podría ser más eficaz.

Los colangiocarcinomas son tumores que surgen en el tracto biliar, una parte del sistema digestivo. Aunque no son comunes, este tipo de tumor ha incrementado en prevalencia y ahora constituye un 3% de todos los cánceres gastrointestinales. Este tipo de cáncer, sin embargo, es especialmente devastador ya que son difícil de diagnosticar y frecuentemente son encontrados tarde. Esto causa que tengan una tasa de mortalidad alta.

Anatomía y fisiología

Anatomía y Función: Bilis es una mezcla de enzimas, esteroides modificados y productos descompuestos de hemoglobina. Se produce en el hígado, se almacena en la vesícula y ayuda a digerir grasas en el intestino delgado. Colectivamente referido como el tracto biliar (o el sistema biliar o el árbol biliar), tubos pequeños (conductos biliares) transportan bilis del hígado y la vesícula al intestino delgado.

A los conductos biliares que se encuentran dentro del hígado se les llaman conductos biliares *intrahepáticos*. Se unen fuera del hígado (*extrahepáticos*) para formar el conducto biliar común. Este conducto más grande conecta con la vesícula e intestino delgado.

Detección diagnóstico

Detección y Diagnóstico: El diagnóstico de colangiocarcinoma es difícil y la enfermedad usualmente no se detecta hasta que haya progresado a un estado avanzado. Colangiocarcinoma es comúnmente sospechado luego de señas de obstrucción biliar (por ultrasonidos) y/o función anormal del hígado. Cuando se sospecha cáncer, se realiza un CT o MRI para determinar el tamaño, número y lugar de las masas. A menos que se observen metástasis, es difícil diferenciar entre masas benignas y malignas usando estos métodos de imagen. Una diagnosis definitiva de colangiocarcinoma frecuentemente requiere imágenes endoscópicas.

Etapas y patología

Etapas y Patología: Basado en estudios previos que enseñan una correlación entre el grado de invasión y el número de tumores, el Comité Mixto Americano de Cáncer (AJCC) propuso el sistema de clasificación-T (vea abajo) en la séptima edición del manual de etapas. La validad pirognóstica de este sistema para distinguir entre etapas de colangiocarcinoma intrahepático ha sido apoyado por varios estudios.

- T1: tumor solitario sin invasión vascular
- T2a: tumor solitario con invasión vascular
- T2b: múltiples tumores con/sin invasión vascular
- T3: tumor(es) penetrando o invadiendo el peritoneo visceral
- T4: invasión periductal

Tratamiento

Tratamiento: Las opciones de tratamiento para cáncer de los conductos biliares son bien limitadas. Sin embargo, dependiendo de la localización del tumor, etapa de la enfermedad y el historial del paciente, remover el tumor mediante cirugía puede resultar en una cura. Estudios nuevos sugieren que trasplantes de hígado en combinación con quimioterapia pudiesen aumentar la supervivencia a largo plazo. Para la mayoría de los pacientes con tumores inoperables, sin embargo, tratamientos con quimioterapia y radioterapia han sido mayormente inefectivos. Como el enfoque primordial de CancerQuest es en la biología del cáncer, no entraremos en detalle de las guías de tratamiento. En vez, proveemos enlaces a organizaciones en los Estados Unidos que generan guías de tratamientos:

Tipos: El cáncer puede desarrollarse en cualquier parte de los conductos biliares. Hay dos categorías basadas en el origen del crecimiento del tumor: colangiocarcinoma intrahepático y extrahepático. El colangiocarcinoma intrahepático surge de tumores que crecen en los conductos pequeños dentro del hígado; el extrahepático surge de tumores que crecen en los conductos biliares afuera del hígado. Aunque los colangiocarcinomas extrahepáticos e intrahepáticos producen síntomas similares, sus factores de riesgo, respuesta a terapias y orígenes son diferentes.

Factores de riesgo

Cirrosis del hígado, enfermedad hepática alcohólica, hepatitis C, virus de inmunodeficiencia humana, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, Infecciones parasíticas, quiste en conducto biliar

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL HÍGADO

Anatomía

El hígado es el mayor órgano del cuerpo humano. En el adulto cadáver, pesa cerca de 1200 a 1550 g. En el vivo, cerca de 2500 g. En los niños, es proporcionalmente superior. Por eso, en aquellos muy jóvenes es hasta cierto punto responsable de la protuberancia abdominal.

Mide en su diámetro mayor, o transverso, 20 a 22,5 cm. En la faz lateral derecha, verticalmente, mide cerca de 15 a 17 cm y su mayor diámetro dorso-ventral, 10 a 12,5 cm, está en el mismo nivel que la extremidad craneal del riñón derecho.

El hígado es un órgano intra-torácico, situado detrás de las costillas y cartílagos costales, separado de la cavidad pleural y de los pulmones por el diafragma. Localizado en el cuadrante superior de la cavidad abdominal se proyecta a través de la línea media hacia el cuadrante superior izquierdo.

Tiene la forma de una cuña con la base a la derecha y el ápice a la izquierda, es irregularmente hemisférico con una faz diafragmática, convexa, extensa y relativamente lisa y otra faz visceral, cóncava y más irregular.

Ligamentos

El hígado está fijado a la cara inferior del diafragma y a la pared ventral del abdomen por cinco ligamentos; cuatro de éstos — el falciforme, el coronario, el triangular derecho y el triangular izquierdo — son pliegues peritoneales; el quinto, el ligamento redondo (ligamentum teres hepatis) no es realmente un ligamento sino un cordón fibroso resultante de la obliteración de la vena umbilical.

Circulación

Los vasos relacionados con el hígado son la arteria hepática, la vena porta y las venas hepáticas (o suprahepáticas). El conocimiento de la circulación y sus variaciones anatómicas es de suma importancia en la cirugía hepática.

El pedículo hepático está localizado en la parte inferior y derecha del omento menor o para vasculosa. Agrupa las estructuras vasculares que traen la sangre al hígado, la vena porta y la o las arterias hepáticas, y las vías biliares extrahepáticas

Funciones vasculare

El hígado recibe el 30-40% del gasto cardíaco desempeñando una función hemodinámica al actuar de reservorio; así cuando se produce una disminución de la volemia las reservas de sangre pasan a la circulación general mientras que al aumentar la volemia, aumenta también la reserva vascular en los sinusoides hepáticos.

También desarrolla una función inmunitaria al filtrar y depurar la sangre procedente del territorio portal con la colaboración de las células de Kupffer con actividad fagocítica localizadas entre los sinusoides hepáticos y no menos importante es el alto flujo linfático que soporta el hígado (50% del organismo)

Metabolismo de carbohidratos

Almacenamiento de glucosa (glucogenolisis/génesis): después del proceso digestivo llegan grandes cantidades de glucosa al hígado que rápidamente es metabolizada por los hepatocitos para formar glucógeno. Este proceso es mediado por la insulina y permite almacenar una cantidad limitada de glucógeno (10% del peso del hígado).

Metabilismo de lípidos

Conversión de glúcidos y proteínas en ácidos grasos. Formación de lipoproteínas para transportar los ácidos grasos. Formación de colesterol y fosfolípidos.

Metabilismo proteico

La mayoría de los aminoácidos son sometidos a procesos de desaminación y transaminación de aminoácidos, y una posterior conversión de la parte no nitrogenada en moléculas de carbohidratos o lípidos, que serán almacenados en forma de glucógeno o grasas.

Función secretora y excretora

El hígado juega un papel trascendental en la metabolización y/o excreción de fármacos y otras sustancias exógenas, de hormonas (T4, esteroides, aldosterona), es una vía de excreción de calcio, de parte del colesterol de la circulación enterohepática.

Definición

El cáncer de hígado es un cáncer que comienza en las células hepáticas. El hígado es un órgano del tamaño de un balón de fútbol que se encuentra en la parte superior derecha del abdomen, debajo del diafragma y por encima del estómago.

Síntomas

La mayoría de las personas no tienen signos ni síntomas en las primeras etapas del cáncer primario de hígado. Cuando existen señales y síntomas, estos pueden incluir los siguientes:

Pérdida de peso sin proponértelo. >Pérdida de apetito. >Dolor en la parte alta del abdomen. >Náuseas y vómitos. >Debilidad y fatiga general. >Hinchazón abdominal. >Decoloración amarillenta de la piel y la parte blanca de los ojos (ictericia). >Heces blancas o blanquecinas

Factores de riesgo

- **Infección crónica por el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C.** La infección crónica por el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C aumenta el riesgo de padecer cáncer de hígado.
- **Cirrosis.** Esta afección progresiva e irreversible hace que se forme tejido cicatricial en el hígado y aumenta las probabilidades de desarrollar cáncer de hígado.
- **Ciertas enfermedades hepáticas hereditarias.** Algunas de las enfermedades hepáticas que pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de hígado son la hemocromatosis y la enfermedad de Wilson.
- **Diabetes.** Las personas con este trastorno del azúcar en sangre tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de hígado que las que no tienen diabetes.
- **Enfermedad del hígado graso no alcohólico.** Una acumulación de grasa en el hígado aumenta el riesgo de padecer cáncer de hígado.
- **Exposición a aflatoxinas.** Las aflatoxinas son venenos producidos por mohos que crecen en cultivos mal almacenados. Los cultivos, como los granos y las nueces, pueden contaminarse con aflatoxinas, que pueden terminar en los alimentos elaborados con estos productos.
- **Consumo excesivo de alcohol.** Consumir diariamente y durante muchos años una cantidad de alcohol que es superior a la moderada puede llevar a un daño hepático irreversible y aumentar el riesgo de padecer cáncer de hígado.

Prevención

La cirrosis es la cicatrización del hígado y aumenta el riesgo de cáncer de hígado. Para reducir el riesgo de padecer cirrosis, puedes seguir estos consejos:

- **Si bebes alcohol, hazlo con moderación.** Si decides beber alcohol, limita la cantidad. En caso de las mujeres, esto significa no más de una copa al día. En el caso de los hombres, el límite es de no más de dos copas al día.
- **Mantén un peso saludable.** Si tu peso actual es saludable, sigue una dieta equilibrada y haz ejercicio la mayoría de los días de la semana para mantenerlo. Si necesitas bajar de peso, reduce la cantidad de calorías que consumes por día y aumenta la cantidad de actividad física. Apunta a perder peso lentamente, de 1 a 2 libras (0,5 a 1 kilogramo) por semana.

HEPATITIS VIRALES

Definición

La hepatitis vírica aguda es una enfermedad infecciosa del hígado causada por distintos virus que replican en los hepatocitos, caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación. El cuadro clínico y las lesiones histológicas originadas por los diferentes agentes etiológicos son prácticamente idénticos, aunque existen diferencias en el mecanismo de transmisión de la infección, el periodo de incubación y la evolución de la enfermedad y, sobre todo, en los marcadores serológicos que permiten reconocer el agente responsable.

Tipos de virus

Virus de la hepatitis A. En las personas infectadas se desarrollan precozmente anticuerpos contra el antígeno del virus (anti-VHA) de clase IgM y de clase IgG. Los primeros (IgM antiVHA) permanecen en la sangre a título elevado durante toda la fase aguda de la enfermedad y persisten entre 3 y 12 meses después de la curación. Los anticuerpos de clase IgG persisten indefinidamente y confieren inmunidad permanente ante nuevos contactos con el virus.

Virus de la hepatitis B. Después de la infección por el VHB aparecen en la sangre HBsAg, HBeAg y DNA del VHB. Nunca se detecta HBcAg libre en el suero, puesto que está recubierto por HBsAg. Cuando la infección sigue un curso favorable hacia la curación, el HBeAg y el DNA del VHB se vuelven indetectables semanas antes de que desaparezca el HBsAg. En algunos pacientes con hepatitis B (5-10%), el HBsAg desaparece muy precozmente del suero de modo que no puede identificarse en el momento de aparecer los síntomas o en que el paciente es examinado.

Virus de la hepatitis D. La infección delta puede ocurrir en dos circunstancias distintas: a) infección simultánea por VHB y VHD en un individuo que no había tenido previamente contacto alguno con el VHB (coinfección) y b) infección delta en un portador de HBsAg (sobreinfección). En ambos casos se sumarán los cambios serológicos propios de la hepatitis B con los propios de la infección delta, que consisten en la aparición en la sangre durante un breve periodo de tiempo (días) del antígeno delta (HDAg), seguido de la aparición de una respuesta antidelta en forma de anticuerpos IgM e IgG.

Virus de la hepatitis C. La infección por VHC induce la formación de anticuerpos contra las diferentes proteínas del virus (anti VHC). Estos anticuerpos aparecen pocas semanas después del inicio de la hepatitis aguda y persisten tanto en los pacientes que evolucionan a la cronicidad (más del 70%) como en los casos que curan. Su detección suele interpretarse en la práctica como evidencia de infección activa cuando se asocia a elevación de las transaminasas. Cuando éstas son normales no permite distinguir entre infección activa o pasada, sin recurrir a la determinación del RNA del VHC en el suero, cuya positividad es sinónimo de infección activa.

Virus de la hepatitis E. Se produce una respuesta de anticuerpos de clase IgG y IgM en respuesta a la infección por este virus. Para identificar una infección activa hace falta detectar RNA del VHE en suero.

Tipos de hepatitis.

Hepatitis A La transmisión del VHA se produce por vía fecal, oral, ya sea por contacto persona a persona o por contaminación de agua o alimentos con materias fecales que contienen virus.

Hepatitis B La transmisión del VHB se produce fundamentalmente por vía parenteral y por vía sexual. Los recién nacidos de mujeres con infección activa por el VHB se infectan (más del 90%) en el momento del nacimiento si no son protegidos adecuadamente con g-globulina específica y vacuna.

Hepatitis D Al estar el VHD íntimamente ligado al VHB, su transmisión se efectúa por los mismos mecanismos que la de este virus, parenteral y sexual. La infección predomina en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP). La transmisión vertical es posible, pero ocurre con muy escasa frecuencia.

Hepatitis C: Se transmite fundamentalmente por vía parenteral, a partir de transfusiones de sangre o hemoderivados (antes de 1990) y el uso de jeringuillas contaminadas, aunque también ocurre en personas sin estos antecedentes.

Hepatitis E Se ha observado en forma de epidemias transmitidas por agua en el subcontinente indio, sudeste asiático, África oriental, occidental y del norte y en México. En los países desarrollados se han comunicado casos esporádicos en individuos procedentes de áreas endémicas y excepcionalmente casos autóctonos.

Pacientes en riesgo

>Pacientes con inmunodeficiencia congénita o adquirida (VIH), pacientes inmunodeprimidos o con hemodiálisis.
>Neonatos de madres portadoras del VHB y VHC, especialmente HbeAg (+). >Familiares convivientes y parejas sexuales de personas infectadas. >Personas que padecen de Hemofilia. >Pacientes y empleados de hemodiálisis. >Personas adictas a drogas por vía parenteral y que comparten jeringuillas. >Personas que utilizan material médico o de odontología sin esterilizar. >Pacientes que realizan tratamiento de acupuntura o tatuajes. >Parejas homosexuales o con múltiples parejas sexuales. >Poblaciones cautivas (cárceles, hogares). >Viajeros a zonas de alta endemia, en especial si la estadía será mayor de 6 meses. >Personal de salud.

Cuidados

Es muy importante la higiene en el área del hogar de las personas donde exista algún paciente con hepatitis A, ya que se puede transmitir por que los niños pueden tomar objetos y llevárselos a la boca. En los pacientes con hepatitis B y C debe recomendarse no compartir los útiles de aseo personal, como peine, cepillo de dientes, cortaúñas, maquinilla de afeitar y toallas, puesto que pueden constituir un vehículo de difusión parenteral inaparente de sangre contaminada. Lavar los alimentos antes de consumirlos, en caso de las personas hospitalizadas, es necesario aislarlos.

Definición

Colecistitis y colecistitis son enfermedades que están relacionadas ya que los cálculos biliares hacen que obstruyan la luz del apéndice la cual produce una inflamación, donde en tratamiento es una cirugía para la extirpación de la vesícula biliar, este órgano pequeño se ubica en la zona derecha del abdomen debajo del hígado

Síntomas

El principal síntoma que presenta es dolor en la parte superior derecha, también provoca náuseas, vomito, y fiebre, pero también pueden no causar síntomas

Cuidados

valoración del dolor a través de la escala de (EVA), administrar tratamiento analgésico según la indicación médica, incluir el uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor tales como: respiración profunda, relajación, distracción, mantener los signos estables, brindar seguridad y confianza, evaluar presencia de signos de deshidratación, administrar líquidos y electrolitos parenterales según indicación médica colocar sonda nasogástrica N° 14 o 16 dejar a gravedad y evaluar las características de secreciones gástricas, auscultar los ruidos intestinales 3 veces al día.

Tratamiento

Colecistectomía: Es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de la vesícula biliar.

Colecistectomía Laparoscópica: Es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de una o varias incisiones en la pared abdominal utilizando un laparoscopio (un fino telescopio) conectado a una cámara proyectando la imagen en uno o varios monitores de grado médico.

Embarazadas

Las pacientes embarazadas con dolor en el hipocondrio derecho deben ser evaluadas por ultrasonido ya que es una prueba no invasiva, segura y efectiva.

Mantener en reposo a la embarazada con la medicación indicada tomando en consideración proteger al producto.

Proveer cuidados a la paciente inmediatamente que se programa para cirugía, verificando la existencia de consentimiento quirúrgico.

CIRROSIS HEPÁTICA

Definición

Se trata de una alteración crónica e irreversible que representa la etapa final de diversos procesos agudos o crónicos que afectan al hígado, si bien el concepto es fundamentalmente morfológico donde se define como una alteración difusa de la arquitectura del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración, clínicamente se puede sospechar por los antecedentes y los diversos datos clínicos que se pueden documentar.

Etiología

Consumo excesivo de alcohol. Infección crónica por los virus de la hepatitis B y C. Hemocromatosis hereditaria Enfermedad de Wilson Hepatitis autoinmune Esteatohepatitis no alcohólica. Colestasis obstructivas crónicas Obstrucción crónica del drenaje venoso Toxicidad por fármacos (Metotrexato, metildopa, vitamina A, etc.).

Signos y síntomas

Síntomas generales: Astenia. Adinamia **Signos cutáneos-ungueales:** Arañas vasculares. Telangiectasias. Eritema palmar. Hipertrofia parotídea. Contractura de Dupuytren. Acropaquia. Uñas en vidrio de reloj. Desaparición de la lúnula (leuconiquia). Exploración abdominal. Hepatomegalia. Esplenomegalia. **Alteraciones endocrinas:** Atrofia testicular. Disminución de la libido. Impotencia coeundi. Ginecomastia. Trastorno del ciclo menstrual .Amenorrea. Anormalidad de la distribución del vello (axilas y pubis). **Manifestaciones hemorrágicas:** Equimosis. Gingivorragias. Epistaxis. Hemorragia de tubo digestivo alto y/o bajo

Diagnostico

El diagnóstico de certeza se efectúa mediante el examen histológico del hígado. La ecografía abdominal puede revelar cambios de valor diagnóstico que ahorren la práctica de una biopsia hepática, estos cambios son una estructura heterogénea del hígado, asociada a veces con un contorno nodular, junto con signos de hipertensión portal, como aumento del calibre de la vena porta (>12 mm de diámetro), presencia de circulación colateral y esplenomegalia.

Tratamiento

- Estará encaminado a evitar el facto etiológico, si es posible y posteriormente al manejo integral. Evitar bebidas alcohólicas. Reposo
- Dieta para hepatopata con 0.5 grs. de proteínas de origen animal por Kg. de peso y restricción de sodio de acuerdo a los electrolitos urinarios, restricción de líquidos a 1200 ml en 24 hrs.
- Diurético (en caso de ascitis) con doble esquema (espironolactona y furosemida) 100 mgs-40 mgs en dosis única por las mañanas ajustando de acuerdo a respuesta.
- Betabloquadores (propanolol, nadolol) ajustando la dosis de acuerdo a la disminución basal de la frecuencia cardiaca (menor a 25%), evitando bradicardia sintomática (<55x') o la hipotensión diastolica menor a 60 torr.
- Polivitaminicos y suplementos alimenticios. Tratamiento endoscopico de varices esofágicas y gástricas (escleroterapia o ligadura).

Bibliografía: GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE GASTROENTEROLOGÍA

A NATOMIA Y FISILOGIA HEPATICA 2 pdf.

60 Cirrosis hepática pdf. [file:///D:/ACER/ES-Cancer-de-Higado-Guia-para-Pacientes%20\(3\).pdf](file:///D:/ACER/ES-Cancer-de-Higado-Guia-para-Pacientes%20(3).pdf).

Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto con COLELITIASIS Y COLECISTITIS Crónica. GPC

file:///D:/ACER/49_Hepatitis_virica_aguda.pdf