



República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera



**INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA HEPATICA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS INFECCIOSA QUE INGRESAN A LA
CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA, VALENCIA, CARABOBO
JULIO – DICIEMBRE 2012.**

Autor: Dra. Dannerys Rivas

Tutor metodológico: Dr. Ernesto Díaz

Profesor UC

Tutor clínico: Dr. Darío Saturno

Profesor UC

Julio, 2013



República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera



**INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA HEPATICA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS INFECCIOSA QUE INGRESAN A LA
CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA, VALENCIA, CARABOBO
JULIO – DICIEMBRE 2012.**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO ANTE LA ILUSTRE
UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Autor: Dra. Dannerys Rivas

CI: 18.411.656

Julio, 2013

**INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA HEPATICA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS INFECCIOSA QUE INGRESAN A LA
CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA,**

JULIO – DICIEMBRE 2012

Autor: Dannerys Rivas

RESUMEN

El grupo de virus que causan infección e inflamación aguda o crónica del hígado (hepatitis A, B, C, D y E) plantean un serio problema de salud pública a nivel mundial. Los virus de las hepatitis B y C son una causa importante de enfermedad grave y defunción. La carga mundial de morbilidad por hepatitis B y C agudas y por cáncer y cirrosis del hígado es elevada (alrededor del 2,7% de todas las defunciones). **Objetivo** Determinar la incidencia de Insuficiencia Hepática en pacientes con diagnóstico de Hepatitis Viral que ingresan a la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia, estado Carabobo, en el periodo julio-diciembre 2012 **Materiales y métodos** Se realizó un estudio de tipo, observacional, diseño no experimental, documental, Retrospectivo, en el cual la población estuvo representada por 68 pacientes con enfermedad hepática, que ingresaron al área de emergencia de adultos de la Ciudad “Hospitalaria Dr. Enrique Tejera” y la muestra está constituida por 7 pacientes con diagnóstico de insuficiencia hepática por hepatitis **Resultados** Según la muestra obtenida, aquellos pacientes con Hepatitis A registraron una edad promedio de 30 años $\pm$ 8,08, y con Hepatitis B registraron un promedio de edad de 65,75 años $\pm$ 5, El grado de insuficiencia hepática más frecuente fue el B según escala de Child Pugh representando un 71,4% presentándose en mayor proporción en el sexo masculino en los pacientes con hepatitis B **Conclusiones** tanto la hepatitis A y B conllevaron a insuficiencia hepática siendo esta significativa con respecto a la población.

Palabras claves: insuficiencia hepática, virus hepatitis A, Hepatitis viral.

**INCIDENCE OF LIVER FAILURE IN PATIENTS WITH INFECTIOUS
HEPATITIS ENTERING AT THE CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE
TEJERA, JULY DECEMBER 2012**

Author: Dannerys Rivas

ABSTRACT

The group of viruses that cause infection and acute or chronic inflammation of the liver (hepatitis A, B, C, D and E) pose a serious public health problem worldwide. Hepatitis viruses B and C are a major cause of serious illness and death. The global burden of acute hepatitis B and C and cirrhosis and liver cancer is high (about 2.7% of all deaths). Objective To determine the incidence of liver failure in patients with viral hepatitis who entering at the Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera Valencia, Carabobo state, in the period July-December 2012 Materials and methods A type study, observational design not experimental, documentary, Retrospective, in which the population was represented by 68 patients with liver disease who were admitted to adult emergence area of the Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera " and the sample consisted of 7 patients with a diagnosis of liver failure from hepatitis, according to the sample obtained results, patients with hepatitis A reported an average age of 30 years $\pm$ 8.08, and hepatitis B recorded an average age of 65.75 years $\pm$ 5, the degree of liver failure B was the most frequent as child pugh scale representing 71.4% appearing in greater proportion in males in patients with hepatitis B at the end of the study conclusions was established that both a and B hepatitis to liver failure entailed being this significantly from the population.

Keywords: hepatic failure, hepatitis A virus, viral hepatitis

INTRODUCCION

El hígado como órgano tiene una importancia central y variada en muchos procesos fisiológicos como síntesis de proteínas plasmáticas, gluconeogénesis, almacenar vitaminas, sintetizar factores de coagulación, siendo así vulnerable a sufrir patologías y conllevar alteraciones en el organismo ya que constituye la única fuente de albúmina y variadas proteínas plasmáticas las cuales también se alteran en los procesos patológicos que afectan el hígado.

Adicionalmente en él se produce la síntesis de lípidos y constituye el órgano diana donde se biotransforman una gran variedad de sustancias endógenas y exógenas, tales como amoníaco, hormonas esteroideas, medicamentos y tóxicos.⁽¹⁾

Dentro de este orden de ideas los procesos conocidos como hepatopatía aguda son aquellos en los cuales se produce inflamación aguda del hígado por cualquier noxa patológica. Esta definición va más allá del concepto de "hepatitis aguda" atribuido generalmente a las hepatopatías causadas por virus hepatotrofos específicos.

Sucede pues que numerosas transaminasas son identificadas en los tejidos, pero solamente dos se encuentran en la circulación: la transaminasa glutámico-oxalacética (GOT-AST) y la transaminasa glutámicopirúvica (GPT-ALT). Mientras que las GOT se encuentran en el hígado, el músculo estriado, el intestino, el riñón, el páncreas y los eritrocitos, las GPT están limitadas fundamentalmente al hígado.⁽²⁾

La hepatitis vírica aguda es una enfermedad infecciosa del hígado causada por distintos virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación. El cuadro clínico y las lesiones histológicas causadas por los diferentes agentes etiológicos son prácticamente idénticos, aunque existen algunas diferencias en el período de incubación y en la evolución y, sobre

todo, en la presencia en sangre de antígenos víricos y de anticuerpos dirigidos contra ellos. ⁽³⁾

El grupo de virus que causan infección e inflamación aguda o crónica del hígado son (hepatitis A, B, C, D y E) los cuales plantean un serio problema de salud pública a nivel mundial ya que los virus de las hepatitis B y C son una causa importante de enfermedad grave y defunción. La carga global de morbilidad por hepatitis B y C agudas y por cáncer y cirrosis hepática es elevada (alrededor del 2,7% de todas las defunciones) y se piensa que adquirirá relativamente más importancia como causa de muerte en las dos próximas décadas a nivel mundial. ⁽⁴⁾

En cuanto a la cirrosis hepática, se estima que un 57% de los casos de cirrosis hepática y un 78% de los casos que desarrollan cáncer hepático primario se deben a una infección por virus de la hepatitis B o C. Unos 2000 millones de personas han resultado infectadas por el virus de la hepatitis B en todo el mundo, más de 350 millones de ellas padecen la infección de forma crónica, y entre 500 000 y 700 000 mueren anualmente como consecuencia de esa infección. Mientras que alrededor de 130-170 millones de personas sufren infección crónica por el virus de la hepatitis C, y se estima que más de 350 000 personas fallecen cada año por hepatopatías relacionadas con la hepatitis C. ⁽⁴⁾

La insuficiencia hepática aguda grave (IHAG) es un síndrome que se produce como consecuencia de una necrosis masiva de las células hepáticas y que se manifiesta por una claudicación brusca de todas las funciones del hígado. ⁽⁵⁾

En 1991 y 1992, se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia, incidencia e historia natural de la enfermedad hepática crónica (EHC) en la población de dos pueblos de Italia: Campogalliano y Cormons, con una edad comprendida entre 12-65 años. La primera fase del estudio registró signos sugestivos de enfermedad hepática crónica los cuales se observaron en el 21,3% de la población total (6917 ciudadanos) y signos persistentes de

enfermedad hepática crónica en el 17,5%, incluyendo 1,1% con cirrosis y 0,07% con carcinoma hepatocelular, las tasas de prevalencia de virus de hepatitis B y hepatitis C fueron de 1,3% y 3,2%. ⁽⁶⁾

Los factores de riesgo predisponentes a enfermedad hepática crónica en estos sujetos fueron la edad superior a 35 años, sexo masculino, IMC mayor a 27kg/mts², historia de transfusiones sanguíneas y drogadicción. ⁽⁶⁾

En el 2000, un estudio realizado en EEUU reportó que en las biopsias hepáticas realizadas a potenciales donantes de hígado, fueron rechazados basándose en la presencia mayor al 30% de enfermedad hepática en un 20% de los mismos. Así mismo en Korea en el 2007, se reportó una prevalencia de 51% en las biopsias hepáticas realizadas en 589 potenciales donantes hepáticos. ⁽⁷⁾

Un Estudio realizado en centros de referencia de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México, entre los años 2001 y 2002 demuestra que la infección por virus de hepatitis A (VHA) ocasionó 43% de los casos de insuficiencia hepática aguda (IHA) en pacientes de uno a veinticinco años. Estudios previos encontraron 64% de IHA por VHA en Argentina, 71% en Chile, 82% en Brasil y 38-50% en países como India, Sudáfrica y Pakistán. La tasa de mortalidad fue de 40%, Existe un bajo porcentaje de casos causados por Virus hepatitis B (VHB) y ninguno por virus hepatitis C (VHC) ⁽⁸⁾.

Entre enero 2001 y junio 2004 en Perú describieron mediante un estudio de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática incluyéndose 475 pacientes, El 45.1% correspondió al sexo femenino, la edad promedio fue 63 años Las causas más frecuentes de cirrosis fueron consumo de alcohol (28%), VHB (15.2%) y VHC (11.8%). Estuvieron en estadio B de Child-Pugh el 42.3%, y estadio C el 42.5%. ⁽⁹⁾

Entre enero 2001 y junio 2004 en Perú determinaron mediante un estudio que el principal motivo de hospitalización en la unidad hepática del hospital del estudio fue el sangrado digestivo por hipertensión portal, seguido por ascitis y encefalopatías, las infecciones más frecuentes fueron la urinaria, la neumonía y la peritonitis bacteriana espontánea. Se encontró carcinoma hepatocelular en el 7.9% de casos. ⁽⁹⁾

En el 2007 en un estudio realizado con 15 casos en Perú donde la mayoría de casos tuvieron más de 60 años, La principal causa de IHA fue la hepatitis viral B, La infección y el edema cerebral fueron causas importantes de muerte, La IHA aunque rara, es una entidad rápidamente progresiva y fatal encontrándose un nivel de sobrevida de 20%. ⁽¹⁰⁾

En el 2009 se determinó que la IHA es relativamente poco frecuente (casi 2.800 casos/año en EE. UU). Tanto en EE. UU. Como en el Reino Unido, la IHA inducida por fármacos, en particular el acetaminofen, ha superado en prevalencia a la IHA por hepatitis viral. En el 2002, la toxicidad por acetaminofen fue la causa de fallo hepático en el 39% de los pacientes (120 de 308 pacientes) mientras que las IHA no relacionadas con el acetaminofen ni los virus fueron el 13% y el 12% de los casos, respectivamente. ⁽¹¹⁾

Con respecto a la edad media en el momento del diagnóstico de IHA fue 38 años, con predominio de mujeres; la incidencia fue mayor entre los sujetos de raza blanca. Así mismo En Francia y Japón, las hepatitis A y B son las causas más frecuentes de IHA, mientras que la hepatitis E lo es en India y Rusia. La mortalidad por IHA sigue siendo elevada, (6% de las muertes relacionadas con hepatopatías. ⁽¹¹⁾

Es frecuente ver en las consultas de emergencia pacientes en los últimos estadios de la insuficiencia hepática, que de haber sido tratados o diagnosticadas a tiempo se habría reducido su morbilidad así como sus riesgos.

Al evaluar la literatura son pocos los datos recolectados sobre la incidencia de dichas patologías tanto por separado como estableciendo relación entre ellas, Por tanto, esta investigación se propuso principalmente a identificar el desarrollo de insuficiencia hepática en pacientes con diagnóstico de hepatitis infecciosas haciendo énfasis en la historia clínica y antecedentes de los pacientes que fueron ingresados en la emergencia de adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” fijándose como periodo de estudio desde julio-diciembre 2012, determinando la incidencia de forma estadística y así valorar los beneficios que tiene la identificación temprana de dicha patología creando planes preventivos para disminuir el riesgo de muerte por daño hepático.

De lo anterior expuesto surge como objetivo general: -Determinar la incidencia de insuficiencia hepática en pacientes con diagnóstico de hepatitis viral que ingresaron a la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, julio-diciembre 2012. Mientras que como objetivos específicos: Distribuir por grupo de edad, Distribuir de acuerdo al género, Determinar la presencia de Comorbilidades, Clasificar de acuerdo al Graffar el estrato socioeconómico de los pacientes, Determinar cuál es la hepatitis viral que conlleva con más frecuencia a insuficiencia hepática, Precisar el grado de insuficiencia hepática según la escala de Child Pugh.

El avance en el conocimiento de datos epidemiológicos y etiológicos de los virus causantes de las denominadas hepatitis víricas conlleva a la aplicación de medidas preventivas generales, en tal sentido, la prevención de las hepatitis virales incluye un conjunto de medidas sanitarias encaminadas a

evitar la transmisión de los virus de la hepatitis y a procedimientos orientados a suministrar anticuerpos neutralizantes frente a estos virus, como son la administración de gammaglobulinas y vacunas.⁽¹²⁾

La aplicación de dichas medidas podría disminuir de forma importante la morbilidad y mortalidad de estos paciente; Por lo que se hace necesario desarrollar esta investigación para de esa forma identificar al grupo etario y sexo de pacientes así como el estrato socioeconómico de los mismos sobre los cuales se puede prestar mayor atención, puesto que la insuficiencia hepática reduce la calidad de vida de los pacientes que la portan, incrementan sus hospitalizaciones así como los costos hospitalarios en tratamiento y estancia por lo que al identificar los grupos de riesgo no solo se reduciría la morbi-mortalidad individual si no también el impacto social que las mismas pudieran tener.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo, observacional, diseño no experimental, documental, Retrospectivo, donde la población de estudio fue constituida por 68 pacientes con diagnóstico de hepatopatías que cursaban o no con insuficiencia hepática, que ingresaron al área de emergencia de adultos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el periodo determinado, de donde se extrajo una muestra probabilística, conformada por 7 pacientes con diagnóstico serológico de hepatitis. ^{(13) (14) (15)}

El Criterio de inclusión fue pacientes con hepatitis infecciosa del tipo viral corroborado por serología y como criterio de exclusión pacientes con hepatitis de otra etiología (toxica, alcohólica, autoinmune, medicamentosas).

La técnica de recolección de datos, fue la revisión documental, ya que se obtuvo de la información obtenida de las historias clínicas. ⁽¹⁴⁾

El instrumento de recolección de datos, fue realizado a través de una Ficha, y se tomo información registrada con anterioridad a la investigación, en historias clínicas, de ingresos a la emergencia de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”

Una vez realizado el seguimiento de la muestra a estudiar, los datos obtenidos se registraron en la ficha de recolección de datos, para su procesamiento estadístico. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, las cuales son presentadas en tablas de acuerdo a los resultados obtenidos.

RESULTADOS

De los sujetos que conformaron la población en estudio se registró una edad promedio de 59,19 años $\pm$ 1,51, con una variabilidad promedio de 12,46 años, una edad mínima de 16 años, una edad máxima de 87 años y un coeficiente de variación de 21% (serie homogénea entre sus datos).

Según la muestra obtenida, aquellos pacientes con Hepatitis A registraron una edad promedio de 30 años $\pm$ 8,08, con una variabilidad promedio de 14 años, una edad mínima de 16 años, una edad máxima de 44 años y un coeficiente de variación de 46,67 % (serie homogénea entre sus datos); de igual forma los pacientes que presentaron Hepatitis B registraron un promedio de edad de 65,75 años $\pm$ 5 con una variabilidad promedio de 10,14 años, una edad mínima de 56 años, una edad máxima de 79 años y un coeficiente de variación de 15,43% (serie homogénea entre sus datos); Siendo el promedio de edad de los pacientes con Hepatitis B significativamente mayor ($F=7,99$; $P \text{ valor}= 0,0001 < 0,05$).

En la tabla número (1) se encontraron dos intervalos de edades más frecuentes el de 16 a 30 años representando un 28,56% (dos casos) uno femenino y uno masculino, y el intervalo de 46 a 60 años representando un 28.56% (dos casos) siendo de igual manera uno masculino y uno femenino.

El sexo más frecuente fue el masculino representando un 57.12% de la muestra en estudio (cuatro casos), mientras que el femenino representó un 42.84% (tres casos).

Entre los pacientes con insuficiencia hepática predominó el Graffar IV (Pobreza relativa) con un 71.4% (cinco casos) siendo el más frecuente en ambos sexos.

En la tabla número (2) La comorbilidad más frecuente presente en los pacientes con insuficiencia hepática fue la Hipertensión arterial representando un 28,56% (dos casos) siendo estos de sexo masculino, La segunda comorbilidad presentada fue la Dislipidemia (14.28%= un caso).

En la tabla número (3) El tipo de hepatitis viral más frecuente entre los sujetos estudiados fue el “B” presentándose en cuatro casos (57.12%) siendo así dos casos del sexo femenino y dos casos del sexo masculino, mientras que la hepatitis “A” se presentó en tres pacientes: dos masculinos y uno femenino.

En la tabla número (4) al relacionarse el grado de insuficiencia hepática con el tipo de hepatitis infecciosa se observa que el más frecuente fue el grado B (con un grado de supervivencia al cabo de un año de 81%) representando un 71,4% de la muestra en estudio (cinco pacientes) presentándose en mayor proporción en los pacientes con hepatitis B (tres pacientes). El grado A y el grado C representaron cada uno el 14.28 % correspondiendo así a un caso de cada uno.

DISCUSIÓN

Según la muestra obtenida, aquellos pacientes con Hepatitis A del sexo femenino registraron una edad promedio de 16 años, y del sexo masculino una edad promedio de 37, de igual forma los pacientes que presentaron Hepatitis B del sexo femenino registraron un promedio de edad de 67,50 años y del sexo masculino 64 años, lo cual es comparable con el estudio realizado Entre enero 2001 y junio 2004 en Perú por Bustíos C. y col. En donde El 45.1% correspondió al sexo femenino, la edad promedio fue 63 años y las causas más frecuentes de cirrosis fueron consumo de alcohol (28%), VHB (15.2%) y VHC (11.8%).⁽⁸⁾

Se encontraron dos intervalos de edad más frecuentes el de 16 a 30 años representando un 28,56% (dos casos) uno femenino y uno masculino, y el intervalo de 46 a 60 años representando un 28.56% (dos casos) siendo de igual manera uno masculino y no femenino. El sexo más frecuente fue el masculino representando un 57.12% (cuatro casos).

Predominó el Graffar IV (Pobreza relativa) con un 71.4% (cinco casos) siendo el más frecuente en ambos sexos en similitud con los hallazgos encontrados en el hospital civil de Guadalajara, México en 1997, en la caracterización epidemiológica de pacientes con cirrosis hepática.⁽¹⁶⁾

La comorbilidad más frecuente presente en los pacientes con insuficiencia hepática fue la Hipertensión arterial representando un 28,56% (dos casos).

El tipo de hepatitis viral más frecuente entre los sujetos estudiados fue el B presentándose en cuatro casos (57.12%) siendo así dos casos del sexo femenino y dos casos del sexo masculino, lo cual contrasta con los resultados obtenidos en Italia en 1991 en el estudio Dionysos en el cual la prevalencia fue mayor en los casos de hepatitis C.⁽⁵⁾

El grado de insuficiencia hepática más frecuente fue el B (con un grado de supervivencia al cabo de un año de 81%) representando un 71,4% de la muestra en estudio (cinco casos) presentándose en mayor proporción en el sexo masculino (42,84%= tres casos) y en los pacientes con hepatitis B (tres casos), en comparación con un estudio realizado en centros de referencia de

Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México, entre los años 2001 y 2002 por Ciocca M y col. el cual demostró que la infección por virus de hepatitis A (VHA) ocasionó 43% de los casos de insuficiencia hepática aguda(IHA) en pacientes de uno a veinticinco años. ⁽⁷⁾

Este grado de insuficiencia hepática también puede ser comparado con los resultados obtenidos Entre enero 2001 y junio 2004 en Perú por Bustíos C. y col en donde Estuvieron en estadio B de Child-Pugh el 42.3%, y estadio C el 42.5%. ⁽⁸⁾

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La epidemiología de la insuficiencia hepática tiene características generales relacionadas con la enfermedad misma y otras más específicas relacionadas con factores como el sexo de los pacientes, la región geográfica, los factores socioeconómicos y culturales, En este trabajo se observaron algunas diferencias epidemiológicas marcadas relacionadas con el género, edad y etiología causante de la insuficiencia hepática.

En el presente estudio se evidencian diversas causas de insuficiencia hepática sin embargo el motivo principal de estudio fue la insuficiencia hepática por hepatitis, la cual se evidencia con gran importancia clínica, planteándose así como una de las principales causas de insuficiencia hepática evidenciadas en este centro hospitalario durante el periodo determinado.

De la misma forma se evidencia que el estadio de insuficiencia hepática mas encontrado según la escala de Child Pugh fue el grado B, siendo esta de vital importancia en el factor pronóstico y de sobrevida de estos pacientes, representando así en un año una sobrevida del 81% y en dos años 57%.

Por tal motivo la recomendación principal es disponer de medidas sanitarias, que ayuden a disminuir la transmisibilidad de los virus y utilización de inmunizaciones para dichas patologías prevenibles por el uso adecuado de las mismas, para así disminuir de forma importante la morbilidad por dichas patologías.

De igual manera otra recomendación importante es de acuerdo a los datos evidenciados por esta investigación tomar conciencia de la importancia que tiene la identificación temprana de dicha patología creando planes preventivos para disminuir el riesgo de muerte por daño hepático, evitando así que las hospitalizaciones se realicen en estadios avanzados de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1) The American Gastroenterological Association (AGA) and the Association For The Study of Liver Disease (AASLD) on nonalcoholic fatty liver disease. AGA medical position statement: Nonalcoholic Fatty Liver Disease. (publicación periódica en línea) citada 2002; 123: 1702-1704: 7 pantallas. Disponible en: www.gidiv.ucsf.edu
- 2) Infante D, Pich M. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría: hepatopatía aguda. Asociación Española de Pediatría. An Esp Pediatr 1995; (42): 223-8.
- 3) Aguado JM, Aguilar Bascompte JL, Aguirre C, García Navarro A, (2008.) Farreras-Rozman. "Medicina Interna" 16º edición. Ediciones Harcourt. España. 12: pág. 341-346.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Hepatitis virales. Informe de la secretaría. OMS; 2009 (consenso ejecutivo 126).
- 5) Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, **editores**. Harrison: Principios de Medicina Interna. 17 ed. Mexico: Interamericana. 364: pág. 1932-1948.
- 6) Bedogni, G., Miglioli, L., Masutti, I., Tiribelli, C., Marchesini, G., Ballentani, S. Prevalence of and risk factor for Nonalcoholic fatty liver disease: The Dionysos nutrition and liver study. Hepatology (publicación periódica en línea) citada en 2005; 42:44-52: 16 pantallas. Disponible en : www.medscape.com
- 7) Vernon, G., Baranova, A., Younossi, M. The epidemiology an natural history of Nonalcoholic fatty liver disease and Nonalcoholic steatohepatitis in adult. Alimentary pharmacology & Therapeutics (publicación periódica en línea) citada en septiembre 2011; 34(3): 274-285: 14 pantallas. disponible en: www.medscape.com
- 8) Ciocca M, Fagundes Moreira- Silva S, Alegría S, Galoppo MC, Ruttiman R, Porta G et al. Insuficiencia hepática aguda asociada a virus de hepatitis A. Pediatr Infect Dis J 2007; 26: 711-5.
- 9) Bustíos C, Dávalos M, Román, R, Zumaeta E. Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la unidad de hígado del HNERM es- salud. Rev gastroenterol Perú.2004; 27:238-245.
- 10) Bustíos C, Dávalos M, Román, R, Zumaeta E. Factores pronósticos en insuficiencia hepática aguda. reporte preliminar (resumen). Revista de Gastroenterología del Perú 2007; 20: 337.
- 11) Natravis R, Cox. Smruti R, Mohanty. Insuficiencia hepatica aguda. 2009: 26-26 (publicación periódica en línea) disponible en <http://www.Intramed.net>
- 12) Bruguera M. Prevención de las hepatitis virales. Enferm Infecc Microbiol Clín. 2006; 24(10):649-56 disponible en <http://www.doyma.es>

- 13) Aguado JM, Aguilar Bascompte JL, Aguirre C, García Navarro A, (2008.) Farreras-Rozman. "Medicina Interna" 16º edición. Ediciones Harcourt. España. 12: pág. 341-346.
- 14) Hernandez R, Fernandez C, Baptista Pilar. Metodología de la investigación. 3º ed. Mexico Df, Mc Graw Hill; 1991.
- 15) Arguedas-Arguedas O. Tipos de diseño en estudios de investigación biomédica. Acta méd. Costarric, 2010. 52(1).
- 16) Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara Salud Pública Méx 1997; Vol. 39(3):195-200.

ANEXO A

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1) DATOS PERSONALES:

- N° de Historia:
- Edad:
- Sexo:
- Procedencia:

2) DATOS PATOBIOGRAFICOS:

- Ocupación
- Estado civil
- Hábitos tabáquicos
- Hábitos OH
- Uso de drogas
- Medicamentos de uso continuo

3) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

4) HALLAZGOS DE LABORATORIO:

ANEXO B

TABLA Nº 1

DISTRIBUCIÓN POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES EN INSUFICIENCIA HEPÁTICA CON DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS INFECCIOSA QUE INGRESAN A LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA, JULIO-DICIEMBRE 2012.

SEXO						
	Femenino		Masculino		Total	
EDAD	f	%	F	%	f	%
16 – 30	1	14.28	1	14.28	2	28.56
31 – 45	0	0	1	14.28	1	14.28
46 – 60	1	14.28	1	14.28	2	28.56
61 – 75	0	0	1	14.28	1	14.28
76 – 90	1	14.28	0	0	1	14.28
Total	3	42.84	4	57.12	7	100

SEXO	Femenino		Masculino		Total	
GRAFFAR	f	%	F	%	F	%
III	0	0	1	14.28	1	14.28
IV	2	28.56	3	42.84	5	71.4
V	1	14.28	0	0	1	14.28
Total	3	42.84	4	57.12	7	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (Rivas; 2013)

ANEXO C

TABLA Nº 2

**PRESENCIA DE COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES EN INSUFICIENCIA HEPÁTICA
CON DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS INFECCIOSA QUE INGRESAN A LA CIUDAD**

HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA, JULIO – DICIEMBRE 2012.

	SEXO					
	Femenino		Masculino		Total	
COMORBILIDAD	F	%	F	%	f	%
Dislipidemia	0	0	1	14.28	1	14.28
HTA	0	0	2	28.56	2	28.56
No presenta	3	42.84	1	14.28	4	57.12
Total	3	42.84	4	57.12	7	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (Rivas; 2013)

ANEXO D

TABLA Nº 3

TIPO DE HEPATITIS VIRAL MÁS FRECUENTES QUE DERIVAN A INSUFICIENCIA HEPÁTICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS VIRAL QUE INGRESAN A LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA, JULIO-DICIEMBRE 2012.

TIPO DE HEPATITIS	SEXO					
	Femenino		Masculino		Total	
Hepatitis	F	%	F	%	F	%
Hepatitis A	1	14.28	2	28.56	3	42.84
Hepatitis B	2	28.56	2	28.56	4	57.12
Total	3	42.84	4	57.12	7	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (Rivas; 2013)

ANEXO E

TABLA Nº 4

**GRADO DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA A PARTIR DE LA ESCALA DE CHILD PUGH EN LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS INFECCIOSA QUE INGRESAN A LA
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA,**

JULIO-DICIEMBRE 2012.

CHILD PUGH	A		B		C		Total	
Hepatitis	F	%	F	%	f	%	F	%
Hepatitis A	0	0	2	28.56	1	14.28	3	42.84
Hepatitis B	1	14.28	3	42.84	0	0	4	57.12
Total	1	14.28	5	71,4	1	14.28	7	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (Rivas; 2013)

DEDICATORIA

A Dios, omnipotente.

A mis padres por su apoyo incondicional y su amor inmensurable.

A mi hija por inspirarme a ser cada día mejor.

A mis maestros, Dr. José E. López, Dr. Raúl La Salle, Dra. Haydee Oliveros, apoyo primordial del postgrado

Al grupo 5 de guardia del servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera” mi familia en el postgrado, sin duda alguna.

A todos Ustedes infinitas gracias, les dedico mi logro.

Dra. Dannerys Rivas.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ernesto Díaz, por su orientación y su buena disposición siempre con miras de realizar un buen trabajo.

A la Dra. Ana Chacín, por su ayuda incalculable para entender y realizar el proceso de investigación.

Al Dr. Darío Saturno por su asesoramiento clínico y su jovialidad siempre ante la realización de las actividades.

Al Ingeniero Manuel Alexander Sequera por la colaboración prestada al realizar la estadística de esta investigación.

A todos muchísimas gracias.

Dra. Dannerys Rivas.