

11226
Zej
70



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NUM. 1 - PUEBLA

**Estudio de la Frecuencia de Hepatitis A, B,
y no A ni B en la U. M. F.
No. Uno en Puebla**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE

POSTGRADO DE MEDICINA
FAMILIAR

SUSTENTA EL

Dr. HENRIK CRUZ MORALES

**TESIS CON
BANDA DE ORO**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
Antecedentes científicos	4
Planteamiento del problema	7
Método	9
Resultados y discusión	10
Conclusiones	14
Bibliografía	16

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

A la fecha se han identificado con certeza tres diferentes virus capaces de producir ésta enfermedad: virus A (1973), virus B (1961) y virus C (1978). (3), (10).

Es una virosis sistémica, con ataque manifiesto esencialmente a nivel hepático. No ha sido posible propagar estos agentes en cultivo de tejidos; sin embargo, se han reproducido las producidas por virus A y B en el chimpancé y el tití. (I) (20), (22).

La inyección por virus A tiene un periodo de incubación de 14 a 50 días y la principal vía de transmisión es la fecal bucal. El sujeto es infectante en la fase preictérica y los primeros 10 días del periodo icterico; no se conocen portadores y es muy rara su relación con formas crónicas. (7), (8).

Las infecciones por virus B y C son muy semejantes, con periodo de incubación de 40 a 180 días, con la transfusión de sangre y sus derivados como mecanismo principal de diseminación; en el caso del virus B, éste se ha encontrado en saliva, orina, semen, heces, flujo menstrual y leche materna, puede transmitirse por vía placentaria y se conocen algunos insectos vectores. (2), (5), (II). En ambas existe el estado portador y hay formas crónicas. La hepatitis B se produce como forma grave con mayor frecuencia y tiene manifestaciones-

extrahepáticas:artritis,arteritis,y glo
merulonefritis,.La hepatitis infecciosa
puede clasificarse en tres formas clini
copatológicas:I.-aguda a)-benigna b).-
con necrosis submasiva y c).- con necro
sis masiva aguda(fulminante).2.-prolon
gada:a).- colestática y b).- recurrente-
3.-crónica:a).- persistente y b).- acti
va. (I2),(I5),(I7).

La forma aguda benigna constitu
ye más del 90 por ciento de los casos y
las manifestaciones clínicas son seme
jantes independientemente del virus cau
sal.(6),(2I).

En la fase preictérica existen -
fiebre moderada,cefalea,anorexia,males
tar general,mialgías,coluria,y ocasional
mente hipocolia; en la fase ictérica au
menta la coluria,desaparece la fiebre y
aparecen hipocolia o acolia.Las manifes
taciones clínicas desaparecen en un pro
medio de 4 semanas,pero pueden prolongar
se hasta 8.La forma anictérica está in
cluida en éste grupo.(4),(7),(8).

Las formas agudas graves se ini
cian como los cuadros benignos,pero rápi
damente se agregan hemorragias,vómito in
cuercible,edema y alteraciones neurológi
cas que pueden llegar hasta el estado de
coma.Se denominan necrosis submasiva --
cuando la necrosis afecta menos del 70 -
por ciento del hígado y masiva cuando a

fecta todo el parénquima hepático. La letalidad es de 70 a cien por ciento, y el riesgo de cirrosis en los sobrevivientes es muy alto. (13), (16), (19).

Cuando las manifestaciones clínicas duran más de dos meses y remiten antes de los seis meses, se denominan formas prolongadas, y las dos variedades más frecuentes son aquellas en las que predomina el componente colestático y las que cursan con crisis de reactivación.

La imagen histológica de las formas prolongadas es semejante a la de las formas agudas benignas, y su pronóstico es bueno. No existe tratamiento específico y las formas benignas y prolongadas pueden ser atendidas en el domicilio, con control quincenal de bilirrubinas y transaminasas; en cambio, en las formas agudas graves pueden utilizarse esteroides pero su uso está en controversia. (4), (5), (14).

La globulina gamma estandar, a dosis de 3.5 a 20 mg. por kilogramo de peso en una sola aplicación IM, protege a los contactos de hepatitis A y está indicada en todos los miembros de una familia en que ha ocurrido un caso de hepatitis y en los habitantes de una institución cerrada (asilo, orfanato, internados), en las que aparezca la enfermedad; no protege a los contactos de hepatitis B, y en México no se cuenta con antígeno específico. (8), (9).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mientras la ciencia avanza y la tecnología es más sofisticada para el beneficio del hombre, la contaminación del agua, el aire, el suelo y los alimentos, son aspectos negativos en la problemática del hombre moderno, ya que nos predispone a padecer enfermedades entre las cuales tenemos la hepatitis que a veces ocasiona una verdadera epidemia, sobre todo en época calurosa, principalmente al final de otoño y principio de invierno cuando hay mayor incidencia de este padecimiento siendo de origen hídrico, pues existen en nuestro medio urbano en las perforatorias y el medio rural deficientes condiciones de higiene siendo víctima de éste padecimiento la población infantil, escolares y adolescentes aunque raramente se vea también en adultos.

Además de los problemas de higiene, existe un factor muy importante que es el estado de nutrición deficiente que la mayor población de niños sufre a consecuencia de los malos hábitos higienicodietéticos que se han adquirido de generación en generación sin preocuparse los padres por tratar de mejorar, y todo esto trae como consecuencia que haya un estado deficiente inmunitario haciendo susceptible al niño de cualquier enfermedad, y la hepati-

titis es una de las enfermedades que se presenta en forma oportunista cuando encuentra un medio adecuado en un organismo desnutrido, con falta de higiene y con cierta inmadurez desde el punto de vista inmunológico, estando expuesto a mayores complicaciones.

Consideramos necesario incrementar las acciones para la educación a derechohabientes y tratar de concientizarlos que la higiene y el estado de nutrición, son factores importantes y decisivos para evitar enfermedades principalmente en niños, si queremos obtener un futuro mejor de ellos.

Con estos datos nos proponemos conocer a qué grupo o grupos de edad se ven más afectados de hepatitis infecciosa, para prevenir o por lo menos disminuir la frecuencia de éste padecimiento.

El propósito de éste trabajo es investigar la frecuencia de hepatitis en un año en la U.M.F. No. Uno en 1983, comparando los resultados con el año de 1982.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

METODO

Las muestras para estudio se tomaron en un lapso de nueve meses, revisando las formas 4-30-6 de enero a diciembre de 1983, así como revisión de los expedientes clínicos de dieciseis consultorios que cuenta la Umr, para consulta externa y en los dos turnos (A-C y B-D); también se revisó la forma de índice de diagnóstico-070 de 1982.

Una vez conociendo el diagnóstico, fecha No. de cédula, nombre del paciente y consultorio, se buscaron los siguientes datos del expediente: Edad, sexo, antecedente de fuentes de contagio, manifestaciones clínicas, evolución, datos de recaída y resultados de laboratorio.

No fueron incluidos algunos casos que estuvieron reportados con diagnóstico de hepatitis cuyas manifestaciones clínicas correspondieron tanto clínica y por laboratorio a ictericia de tipo obstructivo (colecistopatías)

No fue posible determinar la diferencia de hepatitis por no contar con laboratorio que haya reportado antígeno Australia presente, tampoco contamos con otras pruebas necesarias como radioinmunoensayo y menos resultados de biopsia hepática para la mejor clasificación del diagnóstico, ya que esto solo se realiza en Hospitales de tercer nivel.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la gráfica I nos muestra un panorama de las variaciones estacionales en un año, en comparación con los datos observados en el año anterior.

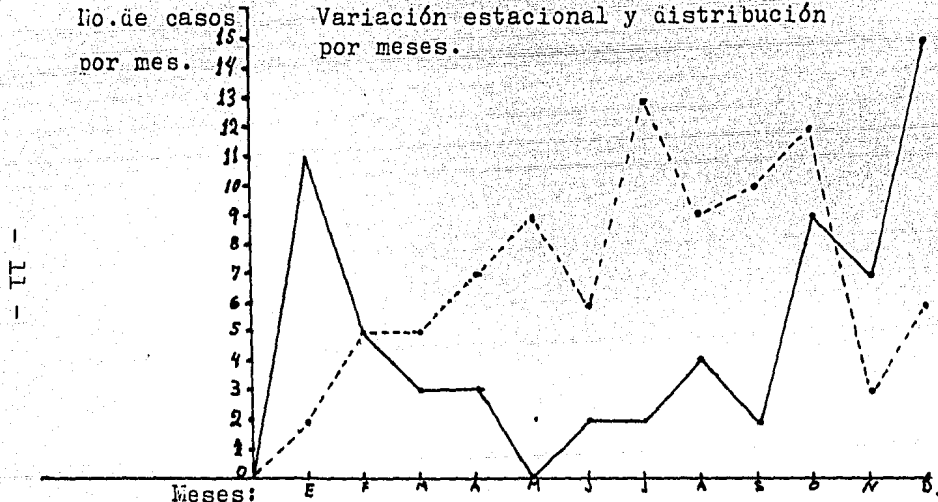
A pesar de saber que la hepatitis es una enfermedad endémica puede haber variaciones en determinadas épocas del año, motivo por el cual se presentó más en verano y otoño de 1982, debido a la sequía que se registró ese año; en cambio, en 1983 la enfermedad vuelve a aparecer a principios de otoño y final de invierno como se reporta estadísticamente.

De los casos investigados observamos, que clínicamente estaban reportados como hepatitis viral, apoyados con estudios de laboratorio, mostrando una elevación de bilirrubinas con predominio de la directa, las transaminasas alcanzaron niveles superiores de 850 unidades por 100 ml. con predominio de la TGP.

No fueron incluidos algunos casos que estuvieron reportados con diagnóstico de hepatitis, ya que sólo presentaban ictericia, y por laboratorio apoyaba más a un diagnóstico de tipo obstructivo (colecistopatía).

No fué posible determinar la diferencia de hepatitis entre A, B y no A, no B, ya que no contamos con laboratorio para la determinación de antígeno Australia -

Grafica I



Fuente: forma 4-30-6 (Enero-diciembre 1983).

Índice de diagnóstico 1982, (070).

— 1983 , 63 casos.
- - - 1982 , 87 casos.

en la hepatitis B; tampoco contamos con otras pruebas necesarias de radioinmunoensayo, y menos aún con resultados de biopsia hepática en el diagnóstico diferencial de las hepatitis crónicas.

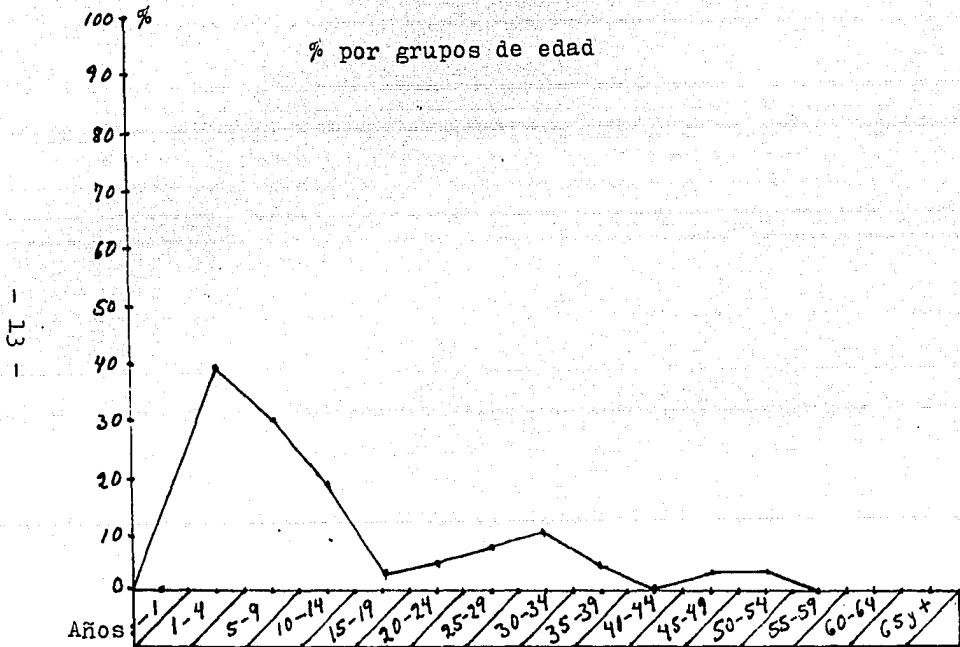
En la gráfica 2 observamos una mayor incidencia en los grupos de edad de I a 4 años, siguiéndole los grupos de 5 a 9 en menor frecuencia, y poco menos en el grupo de 10 a 14 años.

También se notó una discreta incidencia en los grupos de 30 a 34 años y escasamente hasta los 55 años.

Estudios previos demuestran que en nuestro medio el contacto primario con el antígeno de la hepatitis A, se produce tempranamente y el 95% de las infecciones, son prácticamente asintomáticas.

Grafica 2

% por grupos de edad



fuente: 4-30-6 1983.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación nó-se presentaron casos de hepatitis infecciosa en menores de un año, y por lo tanto los grupos de edad más afectados fueron: de 1 a 4 y de 5 a 9 años, en donde consideramos y nos atrevemos a suponer que principalmente el primer grupo es donde existe el problema de desnutrición o mal nutrición, y también presuponemos de una teoría que estuviera ligada a inmunodeficiencia.

También éstos grupos están más propensos a tener mayor acceso a contaminaciones fecales.

En relación a éste padecimiento - consideramos que con promoción para la salud dirigida específicamente a romper el ciclo ano mano boca, pero por otro lado tratar de influir en las madres que están lactando en el proceso educativo - nutricional para evitar la desnutrición - y así mantener un nivel inmunológico suficiente.

La tendencia del análisis puede expresarse brevemente así:

1.-Se ha reportado que la mayor parte de niños menores de un año que presenten antígeno al virus de la hepatitis A, es por haberla adquirido por vía transplacentaria.

2.-La hepatitis A, es más frecuen-

te en preescolares, escolares, y rara en adultos.

3.-La hepatitis se manifiesta con mayor frecuencia en los niveles socio-económicos y culturales bajos cuya nutrición es deficiente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Alter, H.J., Purcell, R.H., Gerin, J.L., et al.; Transmission of hepatitis B to chimpanzees by hepatitis B surface antigen -- positive saliva and semen. *Infect. Immun.*, -16: 228-33, 1977.
- 2.-Alter, H.J., Seeff, L.B., Kaplan, P.M., et al. Type B hepatitis: The infectivity of blood positive for e antigen and DNA polymerase after accidental needlestick exposure. *New Eng J. Med.*, 295: 909-913-, 1976.
- 3.-Baenkler, H: comparative immunology of hepatitis A and B. *Acta Hepato-Gastroenterol.* 26: 78, 1979.
- 4.-Barriga, A.G., Ruiz S.D.: Peredo L.M.: Espinoza, De A.M.: Villareal, U.C.: Seroepidemiología de la hepatitis viral de tipo A en la ciudad de México., *Infect. vol. II, No. 9.*: 573, 1982.
- 5.-Boyer, J.L.: Chronic hepatitis-a perspective on classification and determinants of prognosis. *Gastroenterol.*, 70: 1161-1171, 1976.
- 6.-Burke, D.S.: Age specific prevalence of hepatitis A, virus antibody in Thailand. *Am. J. Epidemiol.* 113: 245, 1981.
- 7.- Calderón, J.E., Conceptos clínicos de - *Infectología.*: Francisco Méndez Cervantes, México D.F. 1977, pág. 237.
- 8.-Calderón, J.E.: Ridaura, S.C., Legorreta, G.J., y cols.: hepatitis infecciosa. I.- *Presencia del antígeno H.B.s. Bol. Med Hosp.* -

- Infant. (Méx). 32. II45, 1975. 4o. Edición.
- 9.-Conrad, M.E. Knodell, R.S.: Viral hepatitis, JAMA 233: 1277, -1975.
- 10.-Coulepis, AG detection of hepatitis A virus in the feces of patients with naturally acquired infections. J Infect Dis.- 141 : 151, 1980.
- 11.-Chiba, S., Fujiwara, T., Nakao, T., et al.: Is blood containing anti-HB e safe for transfusion, J. Pediatr., 91:684, 1977.
- 12.-Erlinger, S. y Degott, C.: Clasificación et pronóstico des hepatitis chroniques. - Gastroenterol. clin. Biol. vol. 3:673-682, BIB. :16.434, 1979.
- 13.-Fienstone, S.M., Kapikian, A.Z., Purcell R.H., y cols.: Transfusion. Associated hepatitis not Due to viral hepatitis type A - or B. New Eng. J. Med. 292:767, 1975.
- 14.-John S. Rodman Louglas J. Deutsh y Steven I. Gutman. Más datos en relación con daño hepático, ; American Journal of Medicine-60941-948, Ag.-77.
- 15.-Kalden, JR: comparative immunology of hepatitis A and B Acta hepato Gastroenterol. 26, 78, 1979.
- 16.-Nath, N.: Prevalencia de los anticuerpos contra el virus A de la hepatitis (VAH) en donadores de sangre de 13 Países y territorios del hemisferio occidental. Bol. Of Panam. 90 (5):425, 1981.
- 17.- Raymond, S. Koff y Kurt, J. Issebacher, : Hepatitis aguda en: Wintrobe, T, Adams, B Eds

- en, Harrison, La Prensa Med. Méx D. F. 1976.
- 18.-Sánchez, VJ contaminación biológica -
del agua de consumo en una comunidad del
D. F. Sal Publ Méx-.22:275, 1980.
- 19.-Schachter, I., I. S.: Hepatitis tipo A -
Med. de Hospital New-York. vol. I No. 3 :28-
30, 1980.
- 20.-Tanur, B., : Inmunología y el sistema -
digestivo. Act Med. vol. VI No. II: 18, 1975.
- 21.-Thomas W. Kiernan y Mekala Rangopal., :
Hepatitis Viral avances y problemas. Clin.
Med. de Kort. Am. Vol 3 :609, 1979.
- 22.-Yamada, S. A. study on morfological chan-
ges of interlobular bile duct in viral he-
patitis. Jap. J. Med. vol 19:9-18 BIB, :17.043,
1980.