



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**“FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A
MORTALIDAD AL INGRESO HOSPITALARIO EN
PACIENTES CON HEPATITIS TÓXICA POR ALCOHOL
DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO“**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
GASTROENTEROLOGIA**

**PRESENTA:
DRA. MERCEDES AMIEVA BALMORI**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. SCHEREZADA MARÍA ISABEL MEJIA LOZA**



MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Tesis para obtener el título de:
MÉDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

Presenta

MERCEDES AMIEVA BALMORI

DRA. SCHEREZADA MARÍA ISABEL MEJIA LOZA

Asesora de tesis

MÉXICO D.F.

2013

HOJA DE FIRMAS

Dr. Carlos Viveros Contreras

Titular de Enseñanza

Dr. Felipe Zamarripa Dorsey

Profesor titular del curso de Gastroenterología

Dra. Scherezada María Isabel Mejía Loza

Asesora de Tesis

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, en especial a mi mamá que en los momentos de flaqueza me ayudo a perseverar y sin ella no estaría poniendo la cereza en el pastel.

A mis maestros de la vida y de medicina por enseñarme el camino, en especial a mi asesora de tesis.

A mi jefe el Dr. Zamarripa por impulsarme durante la especialidad.

A mi amigo Roberto Ramos por su ayuda en los protocolos.

A mis amigos que de una u otra forma siempre estuvieron apoyándome para llegar a donde estoy.

NDICE

- I. Título
- II. Marco teórico:
 - a. Planteamiento del problema
 - b. Introducción
 - c. Definición de hepatitis tóxica por alcohol
 - d. Manifestaciones clínicas
 - e. Diagnóstico
 - f. Tratamiento
 - g. Pronóstico
- III. Justificación
- IV. Objetivo
- V. Hipótesis
- VI. Tipo de estudio
- VII. Diseño
 - a. Tipo de pacientes
 - b. Estadística
 - c. Criterios de inclusión
 - d. Criterios de exclusión
 - e. Criterios de eliminación
 - f. Variables cualitativas y cuantitativas
- VIII. Recolección de datos
- IX. Análisis estadístico
- X. Resultados
- XI. Conclusiones
- XII. Bibliografía
- XIII. Anexos:
 - a. Recursos
 - b. Encuesta nacional de adicciones
 - c. Tabla en Excel

- d. Tablas de estadística
- e. Gráficos

1.- TÍTULO

Factores pronósticos asociados a mortalidad al ingreso hospitalario en pacientes con hepatitis tóxica por alcohol del Hospital Juárez de México.

2.- MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la salud estima que a nivel mundial cerca de 2 mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas, de éstas más de 76 millones son dependientes del mismo.

El abuso y dependencia del alcohol causa cerca de 2 millones de muertes anuales (3.2% del total) y la pérdida de 58 millones de años de vida que las personas podrían vivir sanamente. ⁽¹⁾

En México el 79% de los hombres y el 53% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez en su vida, es decir más de 32 millones de personas entre los 12 y 65 años de edad (Tabla 1), de los cuales 31% de los hombres y 4% de las mujeres beben en cantidades excesivas, más de 40grs en hombres (equivalente a 5 copas) y más de 30grs en mujeres (equivalente a tres copas), aunque se está incrementado el consumo de alcohol en la población femenina.

Esto genera un problema de salud pública en México, donde se estima que 1 de cada 10 pesos que gasta el Gobierno Federal en salud se destina a tratar padecimientos asociados al consumo de alcohol, que representa el 9% de las enfermedades en México, siendo las complicaciones de la cirrosis hepática la cuarta causa de defunción en nuestro país.

Se estima que el 6% de la población es dependiente del consumo de alcohol lo equivalente a 4.9 millones de personas y solamente 6.8% del total reciben tratamiento. ⁽²⁾

El consumo crónico de alcohol es la primera causa de insuficiencia hepática en nuestro medio.

El riesgo de cirrosis incrementa proporcionalmente con el consumo de alcohol mayor de 30 grs/día y el riesgo mayor se asocia a más de 120grs al día. La prevalencia de

cirrosis es del 1% en personas que consumen de 30 a 60grs al día y mayor al 5.6% en personas que consumen 120 grs diarios. ⁽³⁾

HEPATITIS TÓXICA POR ALCOHOL

Fue descrita por primera vez por el Dr. Gordon Beckett en 1961 la descripción clínica del síndrome sigue vigente después de 50 años. Es importante que los clínicos la reconozcan a tiempo y den un adecuado tratamiento a esta enfermedad compleja, siempre existiendo la sospecha y teniendo en cuenta que el paciente puede minimizar la duración y el consumo por vergüenza. ⁽⁶⁾

La hepatitis tóxica por alcohol es un subgrupo de pacientes con daño hepático con el antecedente de consumo de alcohol diario mayor a 100grs.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- El signo cardinal → ictericia de rápida aparición
- Fiebre → > de 38°C en ausencia de infección, sin embargo siempre hay que descartarla
- Anorexia → Volúmenes altos de alcohol suprimen el apetito.
- Náusea y vómito
- Dolor abdominal
- Pérdida de peso y pérdida de masa muscular → Debido al estado catabólico por la enfermedad per se
- Hepatomegalia y hepatalgia
- Ascitis
- Encefalopatía ⁽³⁾

Factores de riesgo:

- Ingesta crónica de alcohol con incremento dramático del consumo de manera reciente
- Consumo mayor de 120grs de alcohol al día, sin embargo sólo 13.5% de estos pacientes desarrollara hepatitis tóxica

- Factores genéticos
- Índice de masa corporal (IMC) $>27\text{Kg/m}^2$ para hombres y $>25\text{Kg/m}^2$ en mujeres
- Polimorfismos genéticos: Alelo ADH 1B*1
- Raza hispana ⁽⁶⁾

A nivel bioquímico existe elevación de las enzimas hepáticas aspartato amino transferasa (AST) y aspartato alanino transferasa (ALT) mínimo 2 veces por arriba de su valor normal y en raras ocasiones por arriba de 300IU por mililitro, la presencia de un radio mayor o igual a 2 de AST/ALT, leucocitosis a expensas de neutrofilia, elevación de la bilirrubina total y del radio normalizado internacional (INR). ⁽³⁾

Cuando existe elevación de los niveles séricos de creatinina es un signo ominoso por la alta frecuencia de presentar síndrome hepatorenal y muerte. ⁽³⁾

Aunque la biopsia no es necesaria para hacer el diagnóstico, a nivel histológico hay hepatocitos en balón que contienen inclusiones de neutrófilos llamados cuerpos de Mallory, glóbulos de grasa, fibrosis sinusoidal, colestasis y en algunos pacientes cambios compatibles con daño hepático crónico como fibrosis perivenular, periportales y nódulos de regeneración. ⁽⁴⁾

Presentación típica es de los 40 a los 60 años. ⁽³⁾

El sexo femenino es un factor de riesgo independiente sin embargo es mayor el porcentaje de hombres que consumen en exceso. ⁽³⁾

El tipo de alcohol consumido parece no afectar el riesgo. ⁽³⁾

La ictericia y el aumento del volumen abdominal por la ascitis son los síntomas más comunes que los llevan a buscar atención médica. ⁽⁶⁾

Entre los diagnósticos diferenciales se incluye a la esteatohepatitis no alcohólica, hepatitis viral aguda, toxicidad por fármacos, enfermedad de Wilson fulminante, hepatitis autoinmune, deficiencia de alfa-1 antitripsina, absceso hepático piógeno, coledocolitiasis, colangitis y descompensación por carcinoma hepatocelular. ⁽³⁾

A todo paciente se le debe descartar infección concomitante de vías urinarias, vías respiratorias, peritonitis bacteriana espontánea, ascitis, con cultivos y radiografías. Se debe realizar ultrasonido hepático para descartar los diagnósticos diferenciales. ⁽³⁾

Dentro de las escalas de clasificación para la enfermedad hepática, se cuenta con una específica para esta enfermedad que en realidad es pronóstica que es la función discriminatoria de Maddrey, también se utiliza el Model for End-Stage Liver Disease ajustada a sodio (MELD-Na), escala de Glasgow y el score de Lille que predice una respuesta o no a la terapia con esteroides a los 7 días de iniciado el tratamiento. ⁽³⁾

La escala de Maddrey fue utilizada por primera vez en 1978 como predictora de mortalidad, así como para identificar pacientes que se pueden beneficiar del tratamiento con esteroides.

Esta es calculada con la fórmula:

$MD = 4.6 \times (\text{tiempo de protombina del paciente} - \text{tiempo control de protombina en segundos}) + \text{niveles séricos de bilirrubina total en miligramos por decilitro.}^{(6)}$

La escala MELD-Na es un índice para predecir muerte a los 3 meses en los pacientes cirróticos y en este subgrupo de pacientes un puntaje mayor de 21 se asocia a una mortalidad del 20% a los 90 días. Se calcula de la siguiente manera:

$3,8 (\log_e \text{ bilirrubina mg/dL}) + 11,2 (\log_e \text{ INR}) + 9,6 (\log_e \text{ creatinina mg/dL}) + 6,4 + 1,59$
(135-Na del paciente)

La escala de CHILD-PUGH aunque en un inicio fue utilizada para pacientes con daño hepático que iban a ser intervenidos quirúrgicamente, actualmente se utiliza para evaluar, estadificar, establecer y pronosticar y la enfermedad hepática, esta escala evalúa

albúmina, bilirrubina, tiempo de coagulación, ascitis y encefalopatía y le asigna un puntaje del 1 al 3 a cada uno de estos parámetros.

El tratamiento de la hepatitis alcohólica incluye:

- En primer lugar psicoterapia para mantener la abstinencia en el consumo de alcohol.
- Apoyo nutricional con dieta enteral de 35 a 40 Kcal/Kg de peso por día, incluyendo 1.2-1.5grs de proteínas por Kilo al día. Ya que más del 90% de los pacientes se encuentra en estado de desnutrición.
- En pacientes con Maddrey mayor de 32, se cataloga como enfermedad grave y se debe iniciar terapia con prednisona 40mg/día por 28 días, siempre que no exista contraindicación para el uso de los mismos (Falla renal, hemorragia, infecciones).
- El uso de pentoxifilina la cual es un inhibidor de la fosfodiesterasa, que modula al FNT alfa, reduce la mortalidad a corto plazo a dosis de 400mg tres veces al día por 28 días, además de que en estudios controlados previene el síndrome hepatorenal en este grupo de pacientes.

Estos tratamientos han comprobado su eficacia en los pacientes con esta enfermedad. ⁽³⁾

El trasplante hepático es un tema controversial, hasta el día de hoy no se acepta el trasplante en alcohólicos, existen pocos estudios sobre este y se ha visto que puede mejorar la supervivencia en pacientes que tienen su primer episodio de hepatitis tóxica por alcohol que no responden al tratamiento, sin embargo más del 30% fallece antes del trasplante y más del 20%, a pesar de una adecuada red de apoyo familiar y social, reinciden en el consumo de alcohol. ⁽⁵⁾

PRONÓSTICO

- Pacientes con Maddrey mayor de 32 tienen una mortalidad del 50% al 65 % al mes. ⁽⁷⁾
- Pacientes con Maddrey menor de 32 con tratamiento la supervivencia se reporta del 90% en países desarrollados. ⁽⁷⁾

- Pacientes tratados con esteroides el 40% no va a tener una adecuada respuesta al mismo. ⁽⁶⁾
- Pacientes con respuesta al uso de esteroides se ha visto una tasa de supervivencia a los 84 días del 59% a diferencia del 38% en los pacientes sin tratamiento. ⁽³⁾
- La presencia de infecciones y sobre todo de síndrome hepatorenal aumentan la tasa de mortalidad ⁽⁷⁾
- La hepatitis tóxica por alcohol grave puede progresar a falla orgánica múltiple y muerte. ⁽⁷⁾

La mortalidad en este grupo de pacientes es mayor al 40% a los 6 meses de diagnóstico según estadísticas nivel mundial, a pesar de un diagnóstico y tratamiento adecuado. ⁽³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México existe un importante consumo y abuso de alcohol, de esta población una parte desarrolla problemas crónicos a nivel hepático y otra proporción con ingesta intensa y diaria desarrollan hepatitis tóxica por alcohol.

La hepatitis tóxica por alcohol es una enfermedad con muchas variables clínicas que pueden llevar a confusión diagnóstica en un inicio con un tratamiento adecuado tardío, siendo per se una enfermedad con alta mortalidad a corto plazo y con poca respuesta al tratamiento en más del 40% de los pacientes.

Existen escalas pronósticas para esta enfermedad sin embargo ninguna ha sido validada en población mexicana, hay muy pocos estudios de esta patología en nuestro país, encontrando en la literatura resultados sobre como la cantidad ingerida influye en la mortalidad en pacientes mexicanos⁽⁸⁾, sin embargo no existen en nuestra población estudios que identifiquen factores pronósticos de esta enfermedad, es por eso que este protocolo se centra en el reconocimiento de variables clínicas al ingreso hospitalario que pueden determinar el pronóstico de estos pacientes.

3.- JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se realiza para identificar variables clínicas al ingreso en pacientes con hepatitis tóxica por alcohol que nos ayuden a identificar a los pacientes con mal pronóstico.

Los beneficios al tener mayor conocimiento del comportamiento y pronóstico de la hepatitis tóxica por alcohol en mexicanos nos llevarán a conocer y determinar si existen otras variables que puedan afectar la evolución o determinen peor pronóstico desde el primer contacto con el personal de salud y saber la mortalidad a tres meses de seguimiento.

4.- OBJETIVO

Primario:

- Identificar en una cohorte de pacientes que cumplen criterios diagnósticos para hepatitis tóxica por alcohol que son valorados por el servicio de Gastroenterología en el Hospital Juárez de México, los factores pronósticos que se asocian a mortalidad al ingreso hospitalario y

Secundario:

- Aplicar los modelos pronósticos existentes
- Aplicar la escala MELD-Na en población mexicana

5.- HIPÓTESIS:

Hay otros factores pronósticos para mortalidad, además de los reportados en la literatura en los pacientes con hepatitis tóxica por alcohol.

6.- TIPO DE ESTUDIO

- Tipo de estudio: Estudio de cohorte prospectivo. (Tabla 2)
- Enfoque: Cuantitativo y cualitativo
- Seguimiento: Durante la hospitalización y los tres meses del ingreso hospitalario
- Población de estudio: Pacientes con hepatitis tóxica por alcohol, admitidos en el servicio de urgencias del Hospital Juárez de México
- Periodo de estudio: De marzo del 2011 a marzo del 2013
- Lugar de estudio: Hospital Juárez de México

7.- DISEÑO DEL ESTUDIO

- 1) Se identificarán los pacientes con los criterios establecidos a nivel internacional que tengan elevación de aspartato aminotransferasa (AST) por arriba de 300UI por mililitro y aspartato alaninotransferasa (ALT) mayor de 2 veces sobre su valor normal, bilirrubina total superior a 5mg/dL, elevación de international normalized ratio (INR), neutrofilia en pacientes con historia de consumo de alcohol mayor de 100gr al día en los dos meses previos a su ingreso.
- 2) Se elegirá el grupo de pacientes con hepatitis tóxica basado en los criterios y se hará un seguimiento durante los días de hospitalización, en la consulta externa al egreso y vía telefónica en los primeros tres meses, obteniendo datos demográficos, clínicos y de laboratorio y aplicándoles las escalas pronósticas de Maddrey y MELD-Na al ingreso
- 3) Se calcularán los días de estancia intrahospitalaria hasta el momento de su alta o defunción.

Estadística:

En base a las características clínicas y demográficas se sacarán frecuencia, media, mediana, desviación estándar para ver la distribución de la población y en base a eso se utilizarán pruebas paramétricas y no paramétricas para la búsqueda de las diferencias entre las variables estudiadas, además se utilizará una regresión logística para la búsqueda de factores pronósticos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años que cumplan con criterios diagnósticos de hepatitis tóxica por alcohol
- Panel viral negativo
- Seguimiento de tres meses

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años que no cumplan con criterios diagnósticos de hepatitis tóxica por alcohol
- Pacientes con ingesta reciente de fármacos hepatotóxicos, hepatitis virales, hepatitis autoinmune o consumo reciente de drogas

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que se pierden en el seguimiento

VARIABLES CUALITATIVAS:

Género, causa de búsqueda de atención médica, presencia o ausencia de cirrosis, encefalopatía, ascitis, infecciones agregadas y hemorragia digestiva.

VARIABLES CUANTITATIVAS:

Edad, gramos de alcohol consumidos al día, días de estancia intrahospitalaria, tiempo del contacto hospitalario hasta la defunción, tiempo de suspensión del alcohol hasta el primer contacto hospitalario, tiempo de inicio de síntomas hasta el primer contacto hospitalario.

Análisis bioquímicos: Leucocitos, glucosa, sodio, bilirrubina total, creatinina, depuración de creatinina, calculada con la fórmula de Cockcroft-Gault, AST, ALT, INR, tiempo de trombina, albúmina, lactato, colesterol, triglicéridos, fosfatasa alcalina y gamma glutamil transferasa (GGT).

8. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se obtendrán los datos clínicos y bioquímicos de los pacientes con hepatitis tóxica por alcohol, del expediente clínico durante la hospitalización del paciente (Anexo 2).

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizaron proporciones para las variables cualitativas, para los datos cuantitativos se analizó la distribución con la prueba de Shapiro Wilk encontrando una distribución semejante a lo normal, se resumió con media, desviación estándar y porcentajes, para las variables en las cuales no se encontró una distribución normal, se utilizó mediana. Se realizó una prueba no paramétrica U de Mann Withney para las variables cuantitativas.

Se realizaron cuatro modelos de regresión logística con modelo de efectos mixtos para la variable de desenlace muerte.

10.- RESULTADOS:

De una cohorte de 65 pacientes, 92.3% hombres y 7.7% mujeres que cumplieron con criterios diagnósticos para hepatitis tóxica por alcohol se encontraron los siguientes resultados:

La causa principal de búsqueda de atención médica fue la ictericia en un 38.5%, seguido de encefalopatía en 17% y hemorragia digestiva alta en un 15%, estos pacientes llevaban en promedio 23 días de haber suspendido el consumo de alcohol y 24 días de haber iniciado los síntomas antes de haber acudido a valoración médica.

El promedio de consumo de alcohol fue de 283 gramos al día.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 5.6 días, de estos 46% cursaron con encefalopatía y el grado que más prevaleció fue el grado II, 73% presentaban ascitis y en sólo el 25% de los casos se documentó infección siendo la más frecuente la infección de vías urinarias y en segundo lugar la peritonitis bacteriana espontánea.

Durante la hospitalización fallecieron el 23% de los pacientes el resto fue egresado.

Del total de pacientes que falleció 49% eran cirróticos y 12% no eran cirróticos.

Dentro de las escalas de evaluación para hepatopatía el 17.8% se encontraban en un estadio CHILD PUGH B y 82.2% en estadio C, de los cuales 64.4% tenían datos compatibles con cirrosis y 35.6% no eran cirróticos, de las defunciones el 6.15% correspondía a CHILD B y 55.3% a CHILD C.

En promedio los pacientes tuvieron un Maddrey de 77 puntos (Valor de corte 32 puntos) y un MELD-Na de 27.5 puntos (valor de corte 20 puntos).

Los valores promedios de los estudios bioquímicos fueron:

Leucocitos de 22,920 uL, glucosa 101mg/dL, Na 130mmol/L, bilirrubina total 12mg/dL, creatinina 3.6mg/dL, AST 182U/L, ALT 80U/L, INR 1.94, albúmina 2.5mg/dL, colesterol 118mg/dL, triglicéridos 175mg/dL y GGT 279UI/L.

Dentro del análisis de variables independientes para pronosticar muerte se encontró que el valor del Sodio (p 0.023) con un valor por debajo de 130 e INR mayor de 1.5, aumentan la mortalidad por cada punto una vez más el riesgo de fallecer.

De las escalas encontramos que como ya se conoce Maddrey por cada punto que aumenta, se incrementa 1.019 (IC ± 1.002 - ± 1.036) veces la probabilidad de fallecer en los primeros tres meses, con una significancia de $p < 0.002$

En cuanto al MELD-Na por cada punto que aumente, se incrementa 1.1 (IC ± 0.998 - ± 1.232) veces la probabilidad de fallecer.

La mortalidad a 3 meses del primer contacto hospitalario fue del 52.3% .

11.- CONCLUSIÓN:

- La hepatitis tóxica por alcohol se sigue asociando a una mortalidad elevada.
- Los datos demográficos son los mismos a los reportados en la literatura mundial.
- La causa de valoración médica son la ictericia y la encefalopatía.
- El tiempo de inicio de los síntomas hasta la búsqueda de atención médica es en promedio 24 días, tiempo en el que la enfermedad evoluciona y puede influir en el deterioro y complicaciones, como desnutrición, infección y falla renal.
- El INR y el sodio por si solos son predictores tempranos de mortalidad.
- El porcentaje de mortalidad a 6 meses es similar a lo reportado en la literatura.
- Siendo la hepatitis tóxica por alcohol per se una patología grave con un alto índice de mortalidad en los primeros meses es indispensable hacer conciencia en la población general para que acudan a valoración médica y capacitar a los médicos de primer, segundo y tercer nivel de atención para hacer una adecuada valoración y hacer uso de las escalas pronosticas, así como de los factores independientes de mortalidad para poder brindar un tratamiento óptimo.

12.- BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization. Global Status Report on alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse . Geneva: 2004.
2. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011). México: 2011
3. M. Lucey, P.Mathurin, T. Morgan. Alcoholic Hepatitis. N Engl J Med 2009; 360:2,758-69.
4. Mookerjee. Is a liver biopsy necessary in alcoholic hepatitis?. Journal of Hepatology 2012; 56: 1420-1429.
5. K. Burroughs. Liver transplantation for severe alcoholic hepatitis saves lives. Journal of Hepatology 2012; 57: 451-452.
6. G. Choi, B. Runyon. Alcoholic Hepatitis. Clin Liver Dis 2012: 371-385.
7. P. Mathurin, M. Lucey. Managment of alcoholic hepatitis. Journal of Hepatology. 2012. S39-S45.
8. J. Altamirano, F. Higuera –de la Tijera, A. Duarte-Rojo. The Amount of Alcohol Consumptio Negatively Impacts Short-Term Mortality in Mexican Patients With Alcoholic Hepatitis. Am J Gastroenterol 2011; 106:1472-1480.
9. U. Sohail, S. Satapathy. Diagnosis and managment of Alcoholic Hepatitis. Clin Liver Dis 2012; 717-736.

10. A. Singal, V. Shah. Alcoholic Hepatitis: Prognostic Models and Treatment. *Gastroenterol Clin N Am* 2011; 611-639.
11. M. Dominguez, d. Rincón, J. Abraldes et al. A New Scoring System for Prognosis Stratification of Patients With Alcoholic Hepatitis. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 2474-2756.
12. G. Choi, B. Runyon. Alcoholic Hepatitis: A Clinician`s Guide. *Clin Liver Dis* 2012; 371-385.
13. R. O`Shea, MF Kinnard, N Umar et al. Treatment of alcoholic hepatitis (AH) in clinical practice. *Gastroenterology* 2009; 136-140.
14. S. Ali, S. Hussain, A. Shah. COmparison of Maddrey Discriminant –function, Child Pugh Score and Glasgow Alcoholic Hepatitis Score in predicting 28-day mortality on admission in patients with acute hepatitis. *Ir J Med Sci* 2013; 63-68.
15. E. Nguyen-Khac, t. Thevenot, Ma Piquet et al. Glucocorticoids plus N-acetylcysteine in severe alcoholic hepatitis. *N Engl J Med* 2011; 365:1781-1789.
16. WC Maddrey, JK Boinott, MS Bedline et al. Corticoesteroid therapy for alcoholic hepatitis. *Gastroeneterology* 1978; 75:193-199.
17. MR Lucey, Connor Jt, T Boyer et al. Alcoholic consumption by cirrotic subjects:patterns of use and effects on liver function. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 1698- 1706.
18. A. Louvet, S. Naveau, M Abelnour et al. The Lille model: a new tool for therapeutic strategy in patients with severe alcoholic hepatitis treated with steroids. *Hepatology* 2007; 45:1348-1354.

19. P. Mathurin, C Moreno, D Samuel et al. Early liver transplantation for severe alcoholic hepatitis. *N Eng J Med* 2011; 365: 1790-1800.
20. RS Brown. Editorial transplantation for alcoholic hepatitis-time to rethink the 6 month “rule”. *N Eng J Med* 2011; 365:1836-1837.
21. EH. Forrest, Cd Evans, S, Stewart et al. Analysis of factors predictive of mortality in alcoholic derivation and validation of the Glasgow alcoholic hepatitis score. *Gut* 2005; 54: 1174-1179.

13.- ANEXOS

Investigación: sin riesgo.

Recursos

Material:

Una computadora con Microsoft office, paquete estadístico SPSS, paquete de hojas blancas recicladas, lápices y plumas.

Financieros: No hubo ningún tipo de financiación en este estudio.

TABLA 1

Encuesta nacional mexicana de adicciones. Tendencia de consumo de alcohol.

Cuadro 1: Tendencias del Consumo de Alcohol. Población Total de 12 a 65 años

| | Encuestas Nacionales de Adicciones | | | |
|--------------------|------------------------------------|------|------|---------------|
| | 2002 | 2008 | 2011 | IC 95% |
| Total | | % | % | |
| Consumo Alguna Vez | 64.9 | 61.3 | 71.3 | 70.071-72.609 |
| Consumo Último Año | 46.3 | 44.1 | 51.4 | 50.017-52.731 |
| Consumo Último mes | 19.2 | 27.3 | 31.6 | 30.355-32.799 |
| Consumo alto | NC | 32.0 | 32.8 | 31.498-34.108 |
| Consumo diario | 1.4 ⁴ | .9 | .8 | 0.590-0.964 |
| Consuetudinarios | 5.6 | 6.1 | 5.4 | 4.806-5.956 |
| Dependencia | 4.1 | 5.0 | 6.2 | 5.553-6.754 |
| Hombres | | | | |
| Consumo Alguna Vez | 78.6 | 72.3 | 80.6 | 79.286-81.990 |
| Consumo Último Año | 61.1 | 55.9 | 62.7 | 60.836-64.538 |
| Consumo Último mes | 33.6 | 38.8 | 44.3 | 42.445-46.094 |
| Consumo alto | NC | 45.0 | 47.2 | 45.348-49.070 |
| Consumo diario | 2.5 | 1.6 | 1.4 | 1.055-1.792 |
| Consuetudinarios | 9.7 | 10.5 | 9.6 | 8.539-10.694 |
| Dependencia | 8.3 | 8.5 | 10.8 | 9.672-11.981 |
| Mujeres | | | | |
| Consumo Alguna Vez | 53.6 | 51.0 | 62.6 | 60.804-64.458 |
| Consumo Último Año | 34.2 | 33.2 | 40.8 | 38.959-42.598 |
| Consumo Último mes | 7.4 | 16.6 | 19.7 | 18.378-20.999 |
| Consumo alto | NC | 19.9 | 19.3 | 17.876-20.743 |
| Consumo diario | .4 | .3 | .2 | 0.057-0.287 |
| Consuetudinarios | 2.3 | 2.1 | 1.4 | 1.066-1.762 |
| Dependencia | .6 | 1.8 | 1.8 | 1.368-2.187 |

Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones 2002, 2008 y 2011.

NC: No comparable

Tabla 2

Cohorte de estudio

Tablas del análisis estadístico

| | | | | | |
|-------|---|---------------------|--------|--------|--------|
| CHILD | B | Recuento | 8 | 3 | 11 |
| | | % dentro de ESTATUS | 17.8% | 15.0% | 16.9% |
| | C | Recuento | 37 | 17 | 54 |
| | | % dentro de ESTATUS | 82.2% | 85.0% | 83.1% |
| Total | | Recuento | 45 | 20 | 65 |
| | | % dentro de ESTATUS | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

| | | | ESTATUS | | Total |
|----------|------|---------------------|---------|--------|--------|
| | | | VIVOS | MUERTE | |
| CIRROSIS | .00 | Recuento | 16 | 4 | 20 |
| | | % dentro de ESTATUS | 35.6% | 20.0% | 30.8% |
| | 1.00 | Recuento | 29 | 16 | 45 |
| | | % dentro de ESTATUS | 64.4% | 80.0% | 69.2% |
| Total | | Recuento | 45 | 20 | 65 |
| | | % dentro de ESTATUS | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

| | | | ESTATUS | | Total |
|---------------|-----------|---------------------|---------|--------|--------|
| | | | VIVOS | MUERTE | |
| | NO | Recuento | 21 | 7 | 28 |
| | | % dentro de ESTATUS | 46.7% | 35.0% | 43.1% |
| ENCEFALOPATIA | GRADO I | Recuento | 9 | 3 | 12 |
| | | % dentro de ESTATUS | 20.0% | 15.0% | 18.5% |
| | GRADO II | Recuento | 11 | 7 | 18 |
| | | % dentro de ESTATUS | 24.4% | 35.0% | 27.7% |
| | GRADO III | Recuento | 4 | 3 | 7 |
| | | % dentro de ESTATUS | 8.9% | 15.0% | 10.8% |
| Total | | Recuento | 45 | 20 | 65 |
| | | % dentro de ESTATUS | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

| | | | ESTATUS | | Total |
|---------|-----------|---------------------|---------|--------|--------|
| | | | VIVOS | MUERTE | |
| ASCITIS | .00 | Recuento | 8 | 3 | 11 |
| | | % dentro de ESTATUS | 17.8% | 15.0% | 16.9% |
| | GRADO I | Recuento | 4 | 3 | 7 |
| | | % dentro de ESTATUS | 8.9% | 15.0% | 10.8% |
| | GRADO II | Recuento | 33 | 13 | 46 |
| | | % dentro de ESTATUS | 73.3% | 65.0% | 70.8% |
| | GRADO III | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % dentro de ESTATUS | 0.0% | 5.0% | 1.5% |
| | Total | Recuento | 45 | 20 | 65 |
| | | % dentro de ESTATUS | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

| | | | ESTATUS | | Total |
|-------------|-------|---------------------|---------|--------|--------|
| | | | VIVOS | MUERTE | |
| INFECCIONES | NO | Recuento | 34 | 14 | 48 |
| | | % dentro de ESTATUS | 75.6% | 70.0% | 73.8% |
| | SI | Recuento | 11 | 6 | 17 |
| | | % dentro de ESTATUS | 24.4% | 30.0% | 26.2% |
| | Total | Recuento | 45 | 20 | 65 |
| | | % dentro de ESTATUS | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

| | | | ESTATUS | | Total |
|-----------|-------------------------------|---------------------|---------|--------|-------|
| | | | VIVOS | MUERTE | |
| MADDREY_C | SIN TRATAMIENTO | Recuento | 8 | 1 | 9 |
| | | % dentro de ESTATUS | 17.8% | 5.0% | 13.8% |
| | SE BENEFICIAN DEL TRATAMIENTO | Recuento | 28 | 10 | 38 |
| | | % dentro de ESTATUS | 62.2% | 50.0% | 58.5% |
| | FUERA DE TRATAMIENTO | Recuento | 9 | 9 | 18 |
| | | % dentro de ESTATUS | 20.0% | 45.0% | 27.7% |
| Total | Recuento | 45 | 20 | 65 | |
| | % dentro de ESTATUS | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

| | | | ESTATUS | | Total |
|-----------------|------|---------------------|---------|--------|--------|
| | | | VIVOS | MUERTE | |
| SX_HEPATORRENAL | NO | Recuento | 35 | 12 | 47 |
| | | % dentro de ESTATUS | 77.8% | 60.0% | 72.3% |
| | SI | Recuento | 9 | 8 | 17 |
| | | % dentro de ESTATUS | 20.0% | 40.0% | 26.2% |
| | 2.00 | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % dentro de ESTATUS | 2.2% | 0.0% | 1.5% |
| Total | | Recuento | 45 | 20 | 65 |
| | | % dentro de ESTATUS | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | HOMBRE | 60 | 92.3 | 92.3 | 92.3 |
| | MUJER | 5 | 7.7 | 7.7 | 100.0 |
| | Total | 65 | 100.0 | 100.0 | |

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. tip. |
|------------------------|----|--------|--------|---------|------------|
| EDAD | 65 | 25.00 | 68.00 | 42.4923 | 10.58614 |
| N válido (según lista) | 65 | | | | |

Estadísticos descriptivos

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. tip. |
|---------------------------|----|--------|--------|----------|------------|
| GRAMOS_ALCOHOL | 65 | .00 | 800.00 | 282.8000 | 153.52893 |
| DEIH | 65 | .00 | 32.00 | 5.6000 | 5.67561 |
| TIEMPO_MUERTE | 65 | .00 | 21.00 | 5.2769 | 5.00471 |
| TIEMPO_SUSPENSION_ALCOHOL | 65 | .00 | 120.00 | 23.1538 | 24.09890 |
| INICIO_SX_INGRESO | 65 | .00 | 180.00 | 24.2000 | 31.77273 |
| MADREY | 65 | 13.00 | 321.00 | 77.3385 | 51.65398 |
| MELD_NA | 65 | 12.00 | 48.00 | 27.5385 | 7.68537 |
| N válido (según lista) | 65 | | | | |

CAUSA_INGRESO

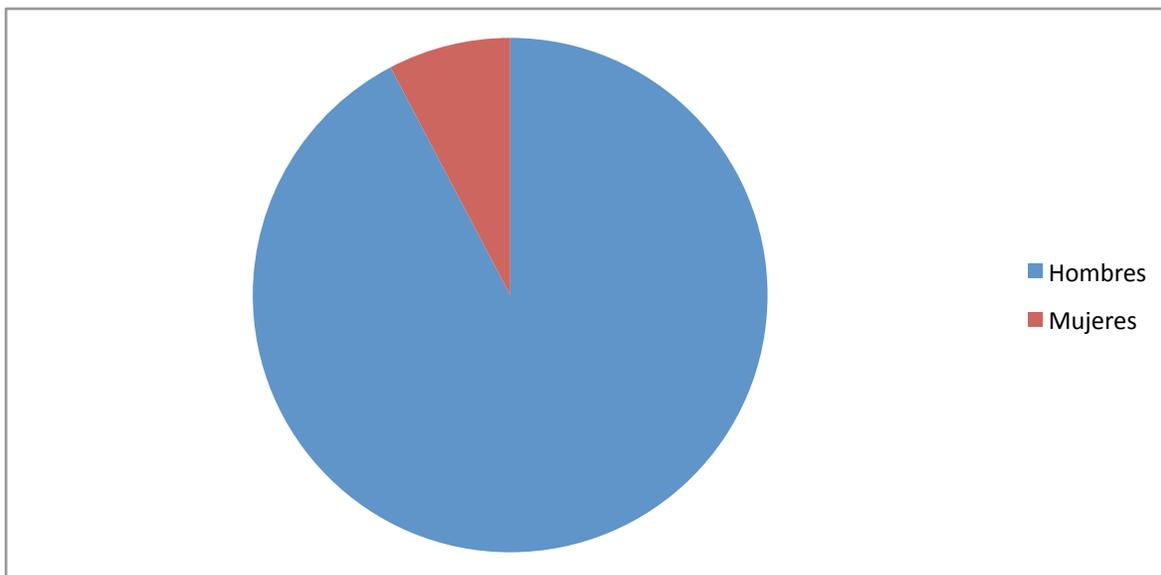
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| HEMORRAGIA | 10 | 15.4 | 15.4 | 15.4 |
| ICTERICIA | 25 | 38.5 | 38.5 | 53.8 |
| AUMENTO PERIMETRO ABDOMINAL | 8 | 12.3 | 12.3 | 66.2 |
| DOLOR | 7 | 10.8 | 10.8 | 76.9 |
| Válidos ENCEFALOPATIA | 11 | 16.9 | 16.9 | 93.8 |
| SX SUPRESION | 1 | 1.5 | 1.5 | 95.4 |
| SX HEPATORRENAL | 1 | 1.5 | 1.5 | 96.9 |
| DESHIDRATAACION | 1 | 1.5 | 1.5 | 98.5 |
| PERITONITIS | 1 | 1.5 | 1.5 | 100.0 |
| Total | 65 | 100.0 | 100.0 | |

Estadísticos descriptivos

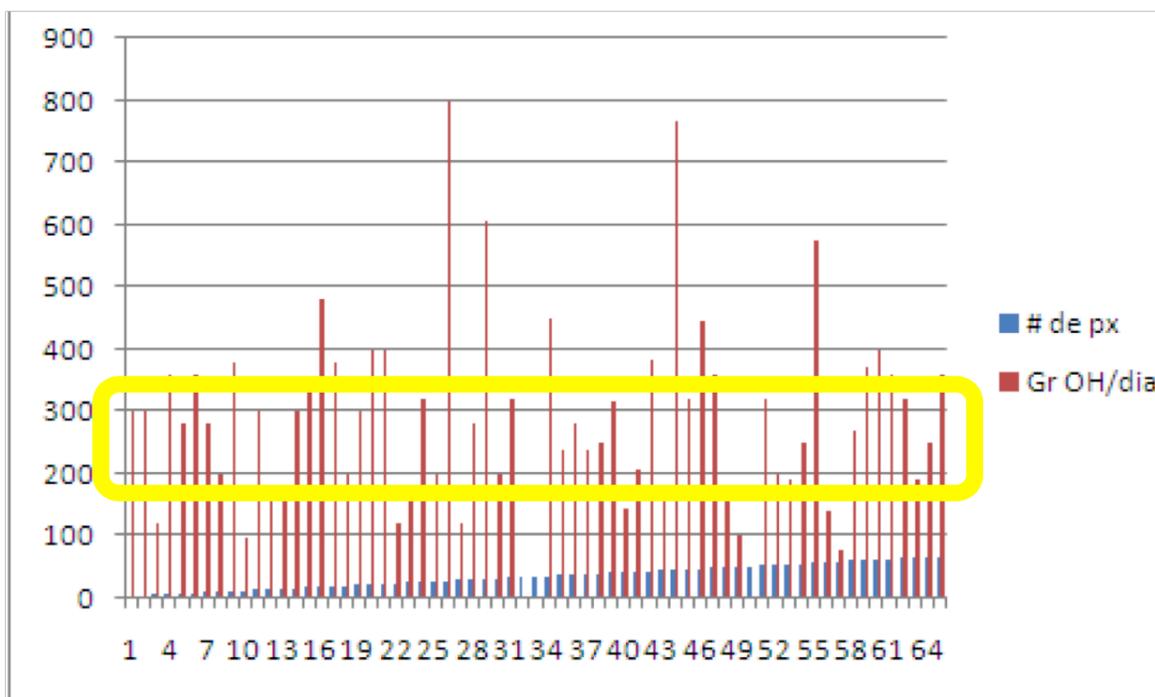
| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|------------------------|----|--------|----------|-----------|------------|
| LEUCOCITOS | 65 | .00 | 13720.00 | 229.2793 | 1699.49057 |
| GLUCOSA | 65 | 33.00 | 313.00 | 101.9538 | 52.84956 |
| NA | 65 | 116.00 | 150.00 | 130.6000 | 6.21440 |
| BILIRRUBINAS | 65 | 3.00 | 4075.00 | 1238.9892 | 1140.10925 |
| CREATININA | 65 | 1.00 | 961.00 | 36.6677 | 118.57567 |
| DEPURACION | 65 | 10.00 | 268.00 | 71.6308 | 49.19272 |
| TGO | 65 | 38.00 | 639.00 | 182.2154 | 106.82192 |
| TGP | 65 | 17.00 | 802.00 | 80.7692 | 98.92291 |
| INR | 65 | 12.00 | 864.00 | 194.4462 | 122.93838 |
| TP | 65 | .00 | 781.00 | 185.5692 | 143.38987 |
| LACTATO | 52 | .00 | 117.00 | 25.9231 | 22.36756 |
| ALBUMINA | 65 | .00 | 311.00 | 25.0154 | 42.32703 |
| COLESTEROL | 65 | .00 | 441.00 | 118.2154 | 86.50948 |
| TRIGLICERIDOS | 65 | .00 | 794.00 | 175.2769 | 172.31716 |
| GGT | 65 | .00 | 3038.00 | 279.7891 | 418.31937 |
| N válido (según lista) | 52 | | | | |

GRAFICOS

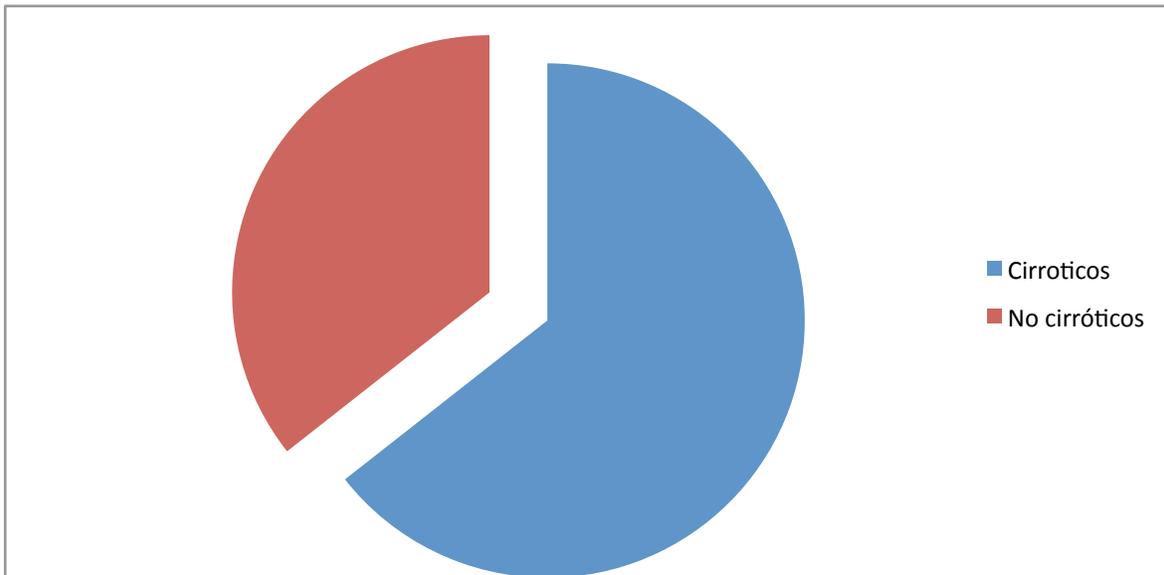
Género



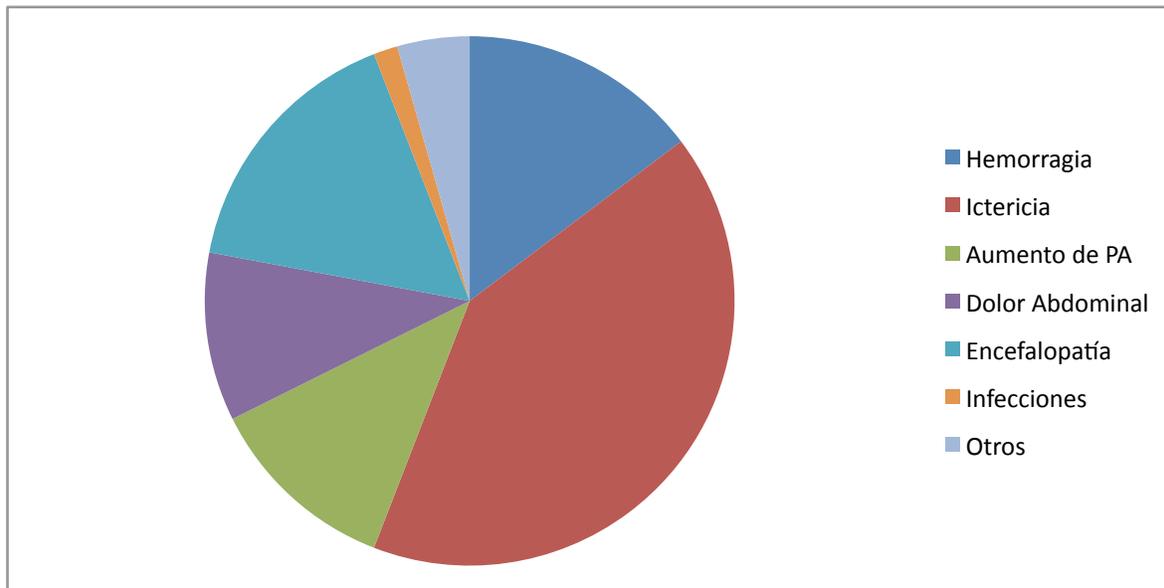
Consumo de alcohol en gramos al día



Pacientes



CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO



MORTALIDAD A 3 MESES

