



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD HEPATICA VIRAL EN
ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPOY, LIMA-PERU

2025

**Línea de investigación:
Salud Pública**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora

Nalvarte Lunasco, Lucia

Asesora

Cohaila Flores, Juana Luz

ORCID: 0009-0008-5730-2751

Jurado

López Gabriel, Julia Isabel

Cruzado Vásquez, Williams

Méndez Campos, Julia Honorata

Lima - Perú

2025



CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD HEPATICA VIRAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPOY, LIMA-PERU 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad de Guayaquil Trabajo del estudiante	1%
4	idoc.pub Fuente de Internet	1%
5	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad del Sagrado Corazon Trabajo del estudiante	<1%
7	www.scribd.com Fuente de Internet	<1%
8	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
9	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1%
10	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
11	www.vih.roche.es Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD HEPATICA VIRAL EN
ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPOY, LIMA-PERU 2025

Línea de investigación

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Nalvarte Lunasco, Lucia

Asesor(a):

Cohaila Flores, Juana Luz

ORCID: 0009-0008-5730-2751

Jurado:

López Gabriel, Julia Isabel

Cruzado Vásquez, Williams

Méndez Campos, Julia Honorata

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

A Dios, por guiar cada paso de este camino. A mis padres y hermanos, por su amor y apoyo incondicional. A Nina, por creer en mí y seguir haciéndolo con el mismo cariño y confianza. A Maylo y Toreto, por su compañía fiel en este recorrido.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional Federico Villarreal por brindarme la oportunidad de formarme en sus aulas; a los docentes, por compartir sus conocimientos a largo de mi formación; A mi asesora de tesis, por su valiosa orientación durante todo este proceso; y a la directora del Centro de Salud Campoy, por brindarme su apoyo y facilitarme el acceso necesario para la realización de esta investigación.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	8
1.1	Descripción y formulación del problema	8
1.2	Antecedentes	11
1.3	Objetivos	15
1.4	Justificación	16
II.	MARCO TEÓRICO.....	17
2.1	Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	17
III.	METODOLOGÍA	32
3.1	Tipo de Investigación	32
3.2	Ámbito Temporal y Espacial.....	33
3.3.	Variables.....	36
3.4	Población y muestra	38
3.5	Técnica e instrumentos de estudio	40
3.6	Procedimientos	40
3.7	Análisis de datos.....	41
3.8	Consideraciones éticas	42
IV.	RESULTADOS.....	43
V.	DISCUSION DE RESULTADOS	55
VI.	CONCLUSIONES	60
VII.	RECOMENDACIONES	61
VIII.	REFERENCIAS.....	64
IX.	ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de los adultos	39
Tabla 2. Percepciones sobre la enfermedad hepática	42
Tabla 3. Conocimientos sobre la enfermedad hepática viral	44
Tabla 4. Actitudes frente a la enfermedad hepática viral	49

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Respuestas serológicas a la infección por el virus de la hepatitis B.....	25
Figura 2. Distribución de frecuencias por sexo.....	40
Figura 3. Distribución de frecuencias por Grupo de edad	40
Figura 4. Distribución de frecuencias por Grado de Instrucción	41
Figura 5. Distribución de frecuencias por Estado civil	41
Figura 6. Percepciones sobre la enfermedad hepática	43
Figura 7. Conocimiento sobre síntomas de enfermedad hepática viral	46
Figura 8. Conocimiento sobre vías de transmisión	47
Figura 9. Conocimiento sobre Prevención y tratamiento	48
Figura 10. Actitudes Frente a la Enfermedad Hepática Viral	50

RESUMEN

Objetivo: identificar el conocimiento y las actitudes sobre enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy, Lima–Perú, durante el primer trimestre de 2025. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante encuestas aplicadas a 119 adultos. **Resultados:** La mayoría de los encuestados eran mujeres (55,5%) y adultos entre 30 y 59 años. Se evidenció un conocimiento parcial de los síntomas hepáticos, donde la ictericia fue el signo más reconocido (65%). El conocimiento sobre las vías de transmisión fue variable: el 60,5% identificó correctamente el contacto sexual, pero hubo menor reconocimiento de la transmisión vertical (43,7%) y por contacto con sangre (32,77%). Respecto a prevención, un alto porcentaje conoce las vacunas contra hepatitis B (79,83%) y A (69,17%), pero un 25,42% cree erróneamente que existe vacuna para hepatitis C. En tratamiento, el 86,46% reconoció que puede manejarse con medicamentos. En cuanto a las actitudes, la mayoría acudiría al médico (87,39%) ante síntomas hepáticos, aunque también es común el uso de remedios caseros (58,82%) o la automedicación (31,93%). Solo un 2,52% ha sido vacunado contra hepatitis A y un 40,34% contra hepatitis B. **Conclusión:** Se concluye que existen brechas importantes en el conocimiento y actitudes frente a esta enfermedad, influenciadas por creencias culturales, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las intervenciones educativas en salud pública.

Palabras clave: conocimiento, actitudes, enfermedad hepática viral

ABSTRACT

Objective: To identify the knowledge and attitudes regarding viral liver disease among adults attended at the Campoy Health Center, Lima–Peru, during the first quarter of 2025.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted using surveys administered to 119

adults. **Results:** The majority of respondents were women (55.5%) and adults aged between 30 and 59 years. Partial knowledge of liver disease symptoms was observed, with jaundice being the most recognized sign (65%). Knowledge about transmission routes was variable: 60.5% correctly identified sexual contact, while fewer recognized vertical transmission (43.7%) and blood contact (32.77%). Regarding prevention, a high percentage knew about the vaccines for hepatitis B (79.83%) and A (69.17%), but 25.42% incorrectly believed there is a vaccine for hepatitis C. In terms of treatment, 86.46% acknowledged that hepatitis can be treated with medication. As for attitudes, most respondents would visit a doctor (87.39%) if they had liver symptoms, although the use of home remedies (58.82%) and self-medication (31.93%) was also common. Only 2.52% had been vaccinated against hepatitis A and 40.34% against hepatitis B. **Conclusion:** There are significant gaps in knowledge and attitudes towards this disease, influenced by cultural beliefs, highlighting the need to strengthen public health education interventions.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Viral liver disease

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema.

1.1.1. Descripción del Problema

Según el último estudio GBD (Carga Global de Enfermedades), Las enfermedades del hígado provocan alrededor de dos millones de fallecimientos anuales, lo que equivale al 4% del total de muertes a nivel global (1 de cada 25). Actualmente, la enfermedad hepática es la undécima causa principal de muerte, y la mayoría de las muertes están relacionadas con complicaciones derivadas de la cirrosis y el carcinoma hepatocelular. (Devarbhavi et al., 2023)

La hepatitis viral es un factor clave, responsable de 1,4 millones de muertes cada año, principalmente debido a los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), que causan el 90 % de estos decesos. (Jefferies et al., 2018)

Representa un desafío significativo para la salud pública global, con una carga de mortalidad comparable a la del VIH y la tuberculosis. Sin embargo, a diferencia de estas enfermedades, los modelos de prevención para la hepatitis viral son limitados, especialmente en los países en desarrollo, lo que dificulta su control y reducción de impacto. (Bhadoria et al., 2022)

Existen cinco principales tipos de virus de la hepatitis: A, B, C, D y E, cada uno con diferentes mecanismos de transmisión y consecuencias clínicas. La hepatitis A (VHA) y la hepatitis E (VHE) son enfermedades agudas predominantemente transmitidas por vías fecal-oral, con alta incidencia en regiones con deficiencias en saneamiento. Se estima que anualmente ocurren 10 y 20 millones de nuevas infecciones por VHA y VHE, respectivamente,

afectando especialmente a niños de regiones con alta endemicidad, como el África subsahariana, el sur de Asia, la China rural y América Latina.

Por otro lado, la hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC) representan un mayor riesgo de cronicidad y complicaciones a largo plazo. Se estima que 1,5 millones de personas se infectan cada año con estos virus. En 2019, la OMS estimó que 296 millones de personas eran portadoras crónicas del VHB, con una mayor carga en África y el Pacífico Occidental, mientras que 57 millones vivían con infección crónica por VHC, siendo Asia Central, Asia Oriental y el Norte de África-Oriente Medio las regiones más afectadas. (Gan et al., 2025) Además, se estima que el 5 % de los portadores del VHB están coinfectados con el virus de la hepatitis D (VHD), lo que agrava la progresión de la enfermedad. (Jefferies et al., 2018)

En Perú, la hepatitis B presenta una endemicidad intermedia con variaciones regionales, mientras que en la Amazonía y algunas zonas andinas la prevalencia supera el 1 %. Hasta la sexta semana epidemiológica de 2024, se registraron 155 casos de hepatitis B, siendo Cusco, Ayacucho, Loreto y Junín las regiones con mayor incidencia. A pesar de los esfuerzos de vacunación, la cobertura en recién nacidos sigue siendo insuficiente, con menos del 90 % en los últimos años. (Centro Nacional de Epidemiología, 2021)

La infección por los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) puede derivar en enfermedades hepáticas crónicas, como cirrosis y carcinoma hepatocelular. En el caso del VHC, entre el 50 % y 60 % de los infectados desarrollan una infección crónica, y aproximadamente el 20 % de ellos evoluciona a cirrosis, con riesgo de complicaciones graves como encefalopatía hepática, hipertensión portal y hemorragia por varices. (Parth et al., 2024)

El tratamiento para estas complicaciones es costoso y no siempre accesible en países de bajos recursos, lo que limita las opciones de tratamiento para muchos pacientes. El manejo de las complicaciones está, en gran medida, relacionado con las complicaciones de la cirrosis. En pacientes aptos, el trasplante de hígado es la única opción curativa. Sin embargo, en Perú,

según Digdot, en el año 2023 la tasa donante fue de 1.9 por cada millón de habitantes (Ministerio de salud [MINSA], 2024), cifra considerada la más baja de América Latina, lo que conlleva que muchos pacientes esperen por largo tiempo un trasplante. (Pan American Health Organization [PAHO], 2022)

En el año 2016, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó una iniciativa para erradicar la hepatitis viral a nivel mundial antes del año 2030, fijando metas como la reducción de casos y muertes, así como el acceso al tratamiento para la mayoría de los afectados. (OMS, 2016)

Alcanzar estos objetivos requiere una concienciación pública efectiva, lo que hace que los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sean fundamentales para promover medidas de prevención adecuadas dentro de la comunidad. Sin embargo, a pesar de las investigaciones realizadas en varias partes del mundo, aún existen vacíos en la literatura sobre el impacto y las variaciones según el contexto. (Bhadoria et al., 2022)

Por ello, esta investigación busca analizar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy, Los hallazgos permitirán identificar brechas en la educación sanitaria y fortalecer estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

1.1.2. Formulación del problema de investigación

1.1.2.1. Problema general.

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy, Lima, durante el mes de enero a marzo del 2025?

1.1.2.2. Problemas específicos.

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el centro de salud Campoy, lima 2025?

¿Cuáles son las percepciones sobre la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy?

¿Cuál es el conocimiento acerca de los síntomas de la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy?

¿Cuál es el conocimiento sobre formas de contagio de la enfermedad hepática viral en los adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy?

¿Cuál es el conocimiento de prevención y tratamiento frente a la enfermedad hepática viral en los adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy?

¿Cuáles son las actitudes sobre la enfermedad hepática viral en los adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy?

1.2. Antecedentes

1.2.1. *Antecedentes internacionales*

Almalki et al. (2025) El estudio evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) sobre la infección por hepatitis B y su vacuna en 413 personas sanas en La Meca, Arabia Saudita. La mayoría fueron hombres (55%) y contaban con educación universitaria (69%). Se encontró un nivel alto de conocimiento (74,35% de respuestas correctas), destacando que el 85,7% reconoció la hepatitis B como una infección viral y el 91,3% como prevenible. Las actitudes hacia la vacunación fueron positivas: el 84,62% apoyó su necesidad y el 90,8% confió en su eficacia. En cuanto a las prácticas, el 64,2% estaba vacunado y el 87,4% valoró la

inmunización temprana infantil. Un mayor nivel educativo se asoció con mejores conocimientos y actitudes. Aunque el 90,3% reconoció la importancia de la vacuna y el 80,4% evitaba conductas de riesgo, persisten estigmas y conceptos erróneos en ciertos grupos poblacionales.

Alibrahim et al. (2024) Se realizó un estudio con 941 participantes adultos (edad promedio: 26,5 años) para evaluar el conocimiento y las actitudes sobre la salud hepática y las hepatitis B y C. Aproximadamente el 70,4 % y el 65,4 % identificaron correctamente las hepatitis B y C como enfermedades virales, pero un 7 % desconocía su potencial para causar insuficiencia hepática. Más de la mitad sabía que estas hepatitis no son enfermedades genéticas y el 61,7 % comprendía sus riesgos de transmisión.

La principal razón para no realizar pruebas de detección fue la percepción de buena salud (77,4 %). El tratamiento más buscado para la hepatitis fueron los medicamentos recetados (83,9 %). El conocimiento y las actitudes estuvieron significativamente asociados con el género, nivel socioeconómico, educación y ocupación ($P < 0,05$). Los hombres mostraron menor conocimiento y actitudes menos favorables que las mujeres ($P = 0,041$ y $P < 0,001$, respectivamente).

Agwa et al. (2024) En un estudio transversal realizado en Al-Baha, Arabia Saudita, con 440 participantes, se encontró que el 85,7% había oído hablar de la enfermedad, pero solo el 38,6% identificó correctamente el contacto sexual como un modo de transmisión. El conocimiento sobre síntomas y complicaciones fue moderado (52,3 % y 69,8 %, respectivamente). Aunque el 84,8 % conocía la importancia del cribado, solo el 35,0 % se había realizado la prueba. Internet (46,7 %) y los proveedores de atención médica (27,6 %) fueron las fuentes de información más comunes. Un 48,9 % de los participantes informaron haber recibido la vacuna, pero el 55,0 % no completó todas las dosis.

Worship-Thishile et al. (2023) Este estudio descriptivo transversal, realizado entre marzo y agosto de 2022 en Lubumbashi, evaluó el conocimiento, las actitudes y las prácticas (CAP) de 704 participantes frente a estas infecciones virales. Los resultados revelaron que el 70,9% tenía un conocimiento limitado sobre las hepatitis B y C, el 28,6% mostraba actitudes negativas, como recurrir a curanderos tradicionales en lugar de atención médica, y solo el 12,2% presentaba buenas prácticas preventivas, como la realización de pruebas y disposición a vacunarse. Además, el 69,2% desconocía los tratamientos eficaces disponibles para estas enfermedades, lo que resalta la necesidad urgente de estrategias educativas y de concientización en la región.

Rosmawati et al. (2023) Se realizó un estudio transversal en Malasia entre febrero y marzo de 2020 con 500 adultos para evaluar el conocimiento y las actitudes sobre la salud hepática y las enfermedades del hígado. La mitad de los encuestados tenía 35 años o más y el 52% eran hombres. Se identificaron lagunas en el conocimiento sobre los tipos de hepatitis, sus riesgos de transmisión y complicaciones. Aunque más personas conocían el VHB que el VHC, solo el 30 % identificó correctamente la prueba diagnóstica para el VHB frente al 40,8 % para el VHC.

Menos de un tercio de los participantes tenía conocimiento sobre los factores de riesgo, pruebas de detección y complicaciones de la EHGNA. Aunque el 92,8 % consideró importante la detección regular, solo el 67 % la había realizado recientemente y una quinta parte no buscaría atención médica tras la exposición a factores de riesgo. Entre las razones para esta falta de acción destacaban la percepción de buena salud, el costo y el temor a la discriminación.

Kabamba-Tshikongo et al. (2023) Este estudio transversal, realizado entre marzo y agosto de 2022 con 704 participantes de diferentes edades y sexos, evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) respecto al VHB y VHC. Los resultados revelaron que el 70.9% de los encuestados tenía un conocimiento limitado sobre estas infecciones, el 28.6% mostraba

actitudes negativas, prefiriendo acudir a curanderos tradicionales antes que, a centros médicos, y solo el 12.2% practicaba conductas adecuadas como realizarse chequeos regulares o mostrar disposición a vacunarse contra la hepatitis B. Además, un 69.2% desconocía los tratamientos efectivos disponibles.

Bashair et al. (2021) En un estudio sobre el conocimiento de los virus de la hepatitis realizado en una población general, se encontró que el nivel de conocimiento global fue bajo (41.8%). Más de la mitad de los participantes sabían que los virus causan hepatitis y que existen vacunas para prevenir el VHA (53.6%) y el VHB (52,6%), así como la importancia de la higiene personal en la prevención del VHA y VHE (61%). Sin embargo, se identificaron conceptos erróneos significativos, como la creencia de que el VHC puede prevenirse mediante vacunación (38.1%) y desconocimiento general sobre los modos de transmisión (53%) y la curabilidad del VHB y VHC. (43%), Asimismo, más del 81% de los encuestados tenía conocimiento de que las personas deben realizarse pruebas para detectar el virus de la hepatitis antes de donar sangre, y que es necesario emplear agujas esterilizadas al aplicar inyecciones, más de la mitad de los participantes (58.5%) estaban dispuestos a detectar el virus del hígado mediante la prueba de estos virus. También hubo preocupación por el contagio.

Tan et al. (2021) En un estudio con 500 adultos mediante un cuestionario en línea sobre conocimiento y conciencia de la salud hepática, se encontró que el 91,2 % consideró importante la detección regular, pero solo el 65,4 % se había sometido a una en los últimos dos años. La hepatitis B era más conocida que la hepatitis C, aunque solo el 15 % sabía que la hepatitis C no se previene con la vacunación. Más de la mitad confundió la transmisión de la hepatitis B y C con el consumo de mariscos contaminados. Aunque el 75% conocía la enfermedad del hígado graso no alcohólico, pocos identificaban sus factores de riesgo y complicaciones. Solo el 20 % reconoció correctamente las pruebas diagnósticas para la hepatitis viral. Las fuentes de información preferidas fueron consultas médicas, televisión y periódicos en línea.

Osman et al. (2022) El estudio encontró que el 9,6 % de los participantes declararon tener hepatitis B. Se identificaron conceptos erróneos sobre su transmisión, prevención y estado de la enfermedad. Además, la cobertura de vacunación era baja, entre los grupos evaluados, lo que representa un problema de salud pública.

Naeem et al. (2014) El estudio evaluó la prevalencia del virus de la hepatitis B (VHB) y los conocimientos, actitudes y prácticas de 385 barberos en el distrito de Sukkur, Sindh. Los resultados revelaron una prevalencia del VHB del 2,1% entre los barberos. Se identificó un conocimiento deficiente sobre el virus y sus vías de transmisión, aunque las actitudes fueron en general positivas, a excepción de la baja disposición a vacunarse (solo el 35,1 estuvo de acuerdo).

1.2.2. Antecedentes nacionales

Calixtro *et al.* (2017) Se aplicó un cuestionario en una población objetivo de 390 personas. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los encuestados eran mujeres con nivel de instrucción superior. Entre estas, se considerarán erróneamente "mal aliento" y "vinagrera y acidez" como síntomas de enfermedad hepática. Además, menos del 50% de los participantes demostrados conocer adecuadamente las vías de transmisión de la hepatitis B, así como las medidas de tratamiento y prevención.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos y las actitudes sobre la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el centro de salud Campoy, lima, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el centro de salud Campoy. Lima, 2025.

Identificar las percepciones sobre la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el centro de salud Campoy. Lima, 2025.

Determinar el conocimiento de los síntomas sobre la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy

Describir el conocimiento sobre las formas de contagio de la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy. Lima, 2025.

Analizar el conocimiento sobre la prevención y el tratamiento de la enfermedad hepática viral en los adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy.

1.4. Justificación

La justificación de este proyecto de investigación se basa en la urgente necesidad de mejorar el conocimiento y la concienciación sobre las infecciones hepáticas virales, en la comunidad. La falta de información adecuada sobre estas enfermedades genera desinformación, lo que reduce las oportunidades para su prevención y tratamiento, además de contribuir a la estigmatización de las personas infectadas. Esta falta de conciencia es especialmente preocupante, ya que las personas que no conocen su estado de salud pueden infectar a otros sin saberlo, y no acceder a tratamientos médicos oportunos que podrían evitar complicaciones graves, como la cirrosis o el cáncer hepático.

Investigaciones previas han señalado que el conocimiento sobre la enfermedad hepática viral es limitado, lo que subraya la importancia de este estudio, este proyecto pretende aportar información valiosa que podría influir en la mejora de las estrategias de salud pública, promoviendo la prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de la hepatitis viral.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Definición

La hepatitis se define como la inflamación del hígado que puede deberse a diversas causas, como el consumo excesivo de alcohol, trastornos autoinmunes, fármacos o toxinas. Sin embargo, la causa más frecuente de hepatitis se debe a una infección viral, conocida como "hepatitis viral". Según la etiología de la hepatitis, su gravedad puede variar desde leve y autolimitada hasta una enfermedad grave que requiere trasplante de hígado. (Parth et al., 2024)

La hepatitis se clasifica en aguda y crónica según la duración de la inflamación hepática. La inflamación que dura menos de seis meses se define como aguda y la que dura más de seis meses, como crónica. Si bien la hepatitis aguda suele ser autolimitada, también puede causar insuficiencia hepática fulminante, dependiendo de la etiología. Por el contrario, la hepatitis crónica puede provocar fibrosis hepática, cirrosis, carcinoma hepatocelular y características de hipertensión portal, lo que conlleva una morbilidad y mortalidad significativas. (Parth et al., 2024)

2.1.2. Etiología

La mayoría de los casos de hepatitis viral son causados por los virus hepatotrópicos A, B, C, D y E. No se sabe con certeza si el virus de la hepatitis G (VHG) es patógeno en humanos.

Otras causas menos comunes de hepatitis viral son el citomegalovirus (CMV), el virus de Epstein-Barr (VEB), el virus del herpes simple (VHS) y el virus de la varicela-zóster (VVZ). Estos son virus no heterotrópicos que, por lo general, no afectan principalmente al hígado y rara vez causan hepatitis en personas inmunocompetentes.

Los virus de las hepatitis A, B y C causan el 90% de las hepatitis virales agudas y la hepatitis C es la causa más común de hepatitis crónica. (Parth et al., 2024)

2.1.2.1. Virus de la Hepatitis B. La prevalencia mundial de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) se estima en un 4% (Matthews et al., 2022), siendo un factor etiológico importante para el desarrollo de cirrosis hepática (CL), afectando al 15% de los pacientes con infección crónica por VHB (HBC) en cinco años (Rybicka et al., 2020).

El diagnóstico de esta infección crónica se establece por la persistencia del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) por más de seis meses. La transmisión del VHB puede ocurrir verticalmente (de madre a hijo) y horizontalmente (a través de sangre, fluidos corporales y prácticas como el sexo no protegido o el uso de materiales contaminados). La progresión de la enfermedad hepática relacionada con el VHB depende de la interacción entre la replicación viral y la respuesta inmune del huésped, así como de factores como el estado del HBeAg, niveles de ADN del VHB, y variantes genéticas del virus. Factores adicionales como el consumo de alcohol, la obesidad y la infección con otros virus hepáticos también influyen significativamente en la progresión de la enfermedad. (Lock, 2020)

2.1.2.2. Virus de la Hepatitis C. Afecta a entre 130 y 150 millones de personas globalmente, con un riesgo significativo de progresión a enfermedades hepáticas severas como fibrosis, cirrosis y carcinoma hepatocelular (CHC), la mayoría desarrolla hepatitis C crónica, caracterizada por la persistencia del virus durante al menos seis meses (Salas et al., 2022).

La transmisión del virus ocurre principalmente a través de la exposición a sangre y fluidos corporales infectados, con factores de riesgo adicionales como la exposición neonatal, los trasplantes de órganos, el contacto sexual no protegido y el uso de drogas intravenosas (Chigbu et al., 2019)

La progresión a una infección crónica está influenciada por factores como la edad, el origen étnico, el sexo y la aparición de ictericia durante la infección aguda (Salas et al., 2022). La mortalidad asociada con la cirrosis hepática es alta agravada por la capacidad del VHC para evadir la respuesta inmune y su impacto en la inmunopatogénesis de la enfermedad, Además,

la diversidad genómica del VHC representa un desafío significativo en el desarrollo de una vacuna efectiva contra esta enfermedad, debido a su capacidad para mutar rápidamente y eludir los mecanismos de defensa del cuerpo (Chigbu et al., 2019). A pesar de ello, existen tratamientos antivirales efectivos como los inhibidores de la proteasa, la polimerasa y NS5A. Sin embargo, en pacientes con cirrosis, los resultados aún son inciertos pero prometedores (Salas et al., 2022). Los costos económicos del VHC son significativos, con gastos anuales de 300 millones de dólares en trasplantes de hígado y un costo total de 9 mil millones de dólares en atención médica relacionada con el VHC (Chigbu et al., 2019).

2.1.2.3. Virus de la Hepatitis D. El virus de la hepatitis D (VHD) es un virus ARN y una sola especie de la familia *Deltaviridae*. Contiene el antígeno de la hepatitis D y una cadena de ARN, y requiere la presencia y la ayuda del virus de la hepatitis B para su replicación. La infección por VHD se presenta en pacientes con HBsAg positivo (lo que significa que la persona está infectada con el VHB y es contagiosa) Utiliza el HBsAg como proteína de envoltura. Por lo tanto, las personas infectadas con el VHD también presentan coinfección con el VHB. (Parth et al., 2024)

El VHD tiene modos de transmisión similares a los del VHB, pero la transmisión perinatal es poco frecuente. Se estima que afecta entre el 4 % y el 8 % de los casos de VHB agudo y al 5 % de los pacientes con VHB crónico a nivel mundial. Aproximadamente 18 millones de pacientes están infectados con el VHD a nivel mundial. La prevalencia sigue siendo alta en Sudamérica y África. (Parth et al., 2024)

2.1.2.4. Virus de la Hepatitis A. El virus de la hepatitis A (VHA) es un virus ARN de la familia *Picornaviridae*. Suele estar presente en mayor concentración en las heces de las personas infectadas, y la mayor liberación de carga viral se produce al final del período de incubación del virus. La vía de transmisión más común de la hepatitis A es la fecal-oral, a través del contacto con alimentos, agua u objetos contaminados con materia fecal de una

persona infectada. Es frecuente en países en desarrollo con saneamiento deficiente y un mayor riesgo de propagación fecal-oral. El VHA afecta al 90 % de los niños en regiones altamente endémicas, con más del 90 % de la población endémica. La tasa de infección por VHA es mucho mayor a nivel mundial, pero solo se notifican 1,5 millones de casos al año. Los niños que se infectan tempranamente con exposición asintomática adquieren inmunidad de por vida en países altamente endémicos. (Parth et al., 2024)

2.1.2.5. Virus de la Hepatitis E. El virus de la hepatitis E (VHE) es un virus ARN sin envoltura y una sola especie de la *familia Caliciviridae* del *género* Herpesvirus. Se estima que alrededor de 20 millones de personas están infectadas con el VHE a nivel mundial, y se han registrado aproximadamente 44.000 muertes por esta infección. En ese sentido, el VHE conlleva un mayor riesgo de mortalidad, de aproximadamente el 3,3 %, en comparación con la infección por VHA, a pesar de tener una vía de transmisión similar y no ser crónico. La principal vía de transmisión del VHE es la vía fecal-oral. El agua contaminada es la fuente de infección más común. La transmisión de persona a persona es poco frecuente. Sin embargo, ocasionalmente, puede ocurrir transmisión materno-neonatal. (Parth et al., 2024)

2.1.2.6. Virus de la Hepatitis G-Pegivirus humano. El virus de la hepatitis G (HGV), ahora denominado pegivirus humano (HPgV-1), es un virus ARN y miembro de la familia *Flaviviridae*. El principal modo de transmisión es a través de sangre y productos sanguíneos infectados, pero también se produce contacto sexual y transmisión vertical. A menudo se manifiesta como una infección en quienes tienen infecciones crónicas de hepatitis B o hepatitis C. Los investigadores creen que entre el 1% y el 4% de los donantes de sangre a nivel mundial son portadores del virus. Se estima que alrededor del 25% de la población mundial es portadora de anticuerpos contra el virus. Los informes indican que aproximadamente entre el 10% y el 20% de los adultos con infección crónica por VHB o VHC tienen HPgV-1, lo que indica que la infección es común. La infección no aumenta la

gravedad de la enfermedad por VHB o VHC. Se ha documentado la transmisión vertical de HPgV-1 de una madre infectada al recién nacido, pero esto es poco frecuente. (Parth et al., 2024)

2.1.3. Patogénesis

La patogénesis de la hepatitis viral involucra una interacción compleja entre el virus y el sistema inmunitario del huésped, provocando daño hepático. El daño hepático es principalmente causado por la respuesta inmunitaria del huésped, que intenta eliminar las células infectadas, pero también puede dañar el tejido hepático. Los linfocitos T citotóxicos (CTL) inducen apoptosis en los hepatocitos infectados, lo que contribuye a la inflamación, necrosis, fibrosis y cirrosis con el tiempo. Las citocinas, como interferones y TNF- α , también agravan la lesión hepática promoviendo la fibrosis. Los diferentes virus de la hepatitis emplean estrategias para evadir la detección inmunitaria, como el VHB, que usa partículas subvirales como señuelos, y el VHC, que muta rápidamente para escapar de la respuesta inmune, el VHD causa un daño hepático más grave por efectos citotóxicos directos, el virus de la hepatitis E (VHE), a menudo considerado una infección autolimitada, puede provocar hepatitis crónica y daño hepático grave en individuos inmunocomprometidos. (Quirino et al., 2024)

La hepatitis viral crónica lleva a una inflamación persistente, muerte y regeneración celular, lo que puede causar fibrosis y cirrosis, aumentando el riesgo de carcinoma hepatocelular (CHC). En la hepatitis B y C crónicas, la persistencia viral y la inflamación crónica favorecen el desarrollo de cáncer hepático. (Quirino et al., 2024)

2.1.4. Diagnostico

2.1.4.1. Hepatitis A (VHA). Clínicamente, la infección por VHA es indistinguible de otras formas de hepatitis viral aguda y el diagnóstico se basa en serologías. Una infección aguda

se define por la presencia de anticuerpos anti-VHA-inmunoglobulina M (IgM), que están presentes un par de semanas después de la exposición y al inicio de los síntomas. Los anticuerpos anti-VHA-IgG también están presentes al inicio de los síntomas. Si bien el título de anti-VHA-IgM disminuye con el tiempo y generalmente es indetectable después de un año de exposición, el anticuerpo IgG está presente de por vida y confiere inmunidad de por vida. El ARN del VHA se puede encontrar en diversas secreciones y excreciones corporales, lo que puede determinar la infectividad, pero actualmente no se utilizan sus niveles en la clínica.

2.1.4.2. Hepatitis B (VHB). La infección por hepatitis B puede ser crónica y asintomática, incluso en adultos sin antecedentes hepáticos. Por ello, organizaciones como la AASLD, ACP, CDC, OMS y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU. recomiendan su detección sistemática en poblaciones específicas. Actualmente, se sugiere realizar pruebas de detección al menos una vez en la vida a toda persona ≥ 18 años, salvo que se documente vacunación completa con evidencia serológica de inmunidad (anti-HBs ≥ 10 mUI/mL). Asimismo, la detección está indicada en todas las embarazadas durante cada embarazo, independientemente de antecedentes de vacunación. El cribado también se justifica en personas sin factores de riesgo conocidos, especialmente antes de donaciones (de sangre, tejidos u órganos) o de iniciar tratamientos inmunosupresores o antivirales que puedan inducir reactivación viral. (Lok, 2025)

En poblaciones con factores de riesgo, la prevalencia de infección crónica por VHB puede oscilar entre el 1 % y el 12 %. Los grupos con mayor riesgo incluyen personas originarias de países con prevalencia ≥ 2 %, hijos de padres nacidos en regiones de alta endemia, personas con VIH o hepatitis C, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres, personas con múltiples parejas sexuales o enfermedades de transmisión sexual, pacientes en hemodiálisis, convivientes o contactos sexuales de personas infectadas, y personas privadas de libertad. En estas poblaciones, las pruebas deben repetirse de forma periódica si persisten los

factores de riesgo, priorizando la vacunación en personas no inmunizadas. El protocolo diagnóstico estándar incluye la medición de tres marcadores serológicos principales: **HBsAg, anti-HBs y anti-HBc total**. La interpretación de estos marcadores permite clasificar a los pacientes en distintas categorías:

- Sin evidencia de infección o inmunidad: todos los marcadores negativos.
- Inmunidad por infección pasada: anti-HBs y anti-HBc positivos, HBsAg negativo.
- Inmunidad por vacunación: solo anti-HBs positivo.
- Infección crónica: HBsAg y anti-HBc positivos (lok, 2025)

En adultos con alteraciones hepáticas sugestivas de infección (como elevación de transaminasas), se añaden marcadores específicos como IgM anti-HBc, útil para diagnosticar infección aguda. Además, en pacientes con niveles bajos o indetectables de anti-HBs tras vacunación, puede considerarse una dosis de refuerzo o una nueva pauta de inmunización. Los adultos con signos de hepatopatía aguda o crónica deben ser evaluados para hepatitis B, sin importar si han sido vacunados. Las pruebas recomendadas incluyen HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs e IgM anti-HBc, casos agudos. (lok, 2025)

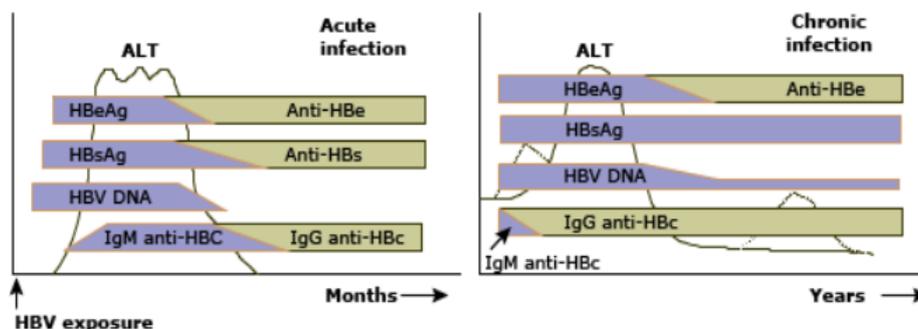
a. Algoritmos de Diagnóstico. El diagnóstico de la infección por virus de la hepatitis B (VHB) se basa en la identificación de diversos marcadores serológicos.

- Hepatitis Aguda. Para diagnosticar la hepatitis B aguda, se detecta el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y el anticuerpo IgM contra el núcleo (anti-HBc). Durante la fase aguda, también se presentan el antígeno e (HBeAg) y el ADN del VHB. A medida que la persona se recupera, el ADN del VHB desaparece, y ocurre la seroconversión del HBeAg al anticuerpo anti-HBe, y más tarde, la del HBsAg al anticuerpo anti-HBs. En raros casos, durante el "período ventana", se puede detectar solo el anti-HBc IgM.

- Infección Previa por VHB. La infección pasada se reconoce por la presencia de anti-HBs e IgG anti-HBc, en contraste con la inmunidad adquirida por vacunación, que solo muestra anticuerpos anti-HBs.
- Infección Crónica por VHB. El diagnóstico de la infección crónica se basa en la persistencia de HBsAg durante más de seis meses. Además, se realizan pruebas adicionales como HBeAg, ADN del VHB y niveles de ALT sérica para determinar la necesidad de tratamiento antiviral. Los pacientes con niveles bajos o indetectables de ADN del VHB (<2000 unidades internacionales/mL) y ALT normal se consideran portadores inactivos, con buen pronóstico, pero requieren monitoreo regular.
- Infección Oculta por VHB. La infección oculta se caracteriza por la presencia de ADN del VHB en pacientes con HBsAg negativo. Aunque rara, esta condición puede ser un riesgo de reactivación del VHB si los pacientes reciben terapia inmunosupresora, y se asocia con enfermedades hepáticas crónicas criptogénicas. En algunos casos, se ha vinculado con un mayor riesgo de carcinoma hepatocelular, aunque este vínculo no es definitivo. (Lok, 2025)

Figura 1.

Respuestas serológicas a la infección por el virus de la hepatitis B



Nota: Tomado de “*Hepatitis B virus: Screening and diagnosis in adults*”, por Lok, A, 2025, *UpToDate*.

2.1.4.3. Hepatitis C (VHC). La fase aguda de la infección por el virus de la hepatitis C rara vez es identificada, debido a que en la mayoría de los casos no se presentan síntomas evidentes. La fase crónica se basa en la presencia simultánea de anticuerpos anti-VHC y ARN del VHC en pacientes con signos clínicos o biológicos de enfermedad hepática crónica. La detección de ARN del virus de la hepatitis C (VHC) confirma que existe una replicación activa del virus. La situación en la que el ARN del VHC es detectable sin la presencia de anticuerpos anti-VHC es muy poco frecuente con los métodos actuales de enzimoimmunoanálisis. Este fenómeno se observa casi exclusivamente en pacientes con inmunodepresión profunda, como los que están en hemodiálisis o presentan agamaglobulinemia. (Chevaliez et al., 2009)

2.1.4.4. Hepatitis E (VHE). La detección del ARN del virus de la hepatitis E (VHE) en sangre o heces es considerada el estándar de oro para diagnosticar esta infección. El ARN viral se puede identificar incluso antes de que aparezcan los síntomas clínicos y permanece detectable por alrededor de 4 semanas en sangre y hasta 6 semanas en heces. (Kar y Karna, 2020)

Las pruebas comerciales de ARN del VHE utilizan tecnologías de amplificación de ácidos nucleicos (NAT), incluyendo: RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa), RT-PCR en tiempo real (más sensible que la RT-PCR anidada), Amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP), La detección directa del ARN del VHE es especialmente útil en los siguientes contextos:

- Infecciones crónicas con serología negativa
- Pacientes inmunodeprimidos, donde los anticuerpos pueden no desarrollarse
- Síntomas extrahepáticos compatibles con VHE
- Monitoreo de respuesta a tratamiento antiviral
- Estudios epidemiológicos y genotipificación viral . (Kar y Karna, 2020)

2.1.4.5. Hepatitis D (VHD). se diagnostica mediante la detección de anticuerpos IgM e IgG específicos para el VHD (anti-VHD). Además, es esencial realizar la prueba para detectar anticuerpos IgM contra el HbcAg (anti-HBc- anticuerpos contra el antígeno central (core) del virus de la hepatitis B, con el fin de distinguir entre coinfección y sobreinfección. En caso de coinfección, los pacientes presentan resultados positivos para el anticuerpo IgM anti-HBc, mientras que en la sobreinfección, los pacientes resultan negativos en dicha prueba. La prueba de ARN del VHD puede utilizarse, aunque no es comúnmente parte del diagnóstico rutinario. (Parth et al., 2024)

2.1.4.6. El virus del pegivirus humano tipo 1 (HPgV-1). Generalmente se identifica mediante la técnica de PCR, que detecta el ARN del virus de la hepatitis G. La mayoría de las personas infectadas desarrollan anticuerpos que se pueden medir una vez que el virus ha sido erradicado. Es raro encontrar al mismo tiempo el ARN del HPgV-1 y los anticuerpos correspondientes. Tras la eliminación del virus, los anticuerpos emergen, y los pacientes experimentan una recuperación total. En aquellos individuos con ARN persistente del HPgV-1, no se observan signos bioquímicos ni histológicos que indiquen daño hepático. A pesar de esto, un pequeño grupo de personas con infección crónica por HPgV-1 puede desarrollar fibrosis en el hígado. (Parth et al., 2024)

2.1.5. Tratamiento

2.1.5.1 Hepatitis A (VHA). El tratamiento para el VHA es en gran parte de apoyo con recuperación espontánea en la gran mayoría de los pacientes. Si bien no existe un tratamiento antiviral para el VHA, algunos estudios han investigado la profilaxis posterior a la exposición con inmunidad activa con la vacunación contra el VHA y confiriéndole inmunidad pasiva a través de infusiones de inmunoglobulina contra el VHA. El estudio más completo se realizó en 2007 cuando Victor et al. realizaron un ensayo de control aleatorizado que comparó la

vacunación contra el VHA con la inmunoglobulina contra el VHA en 1090 contactos domésticos de (2 a 40 años) de pacientes con VHA. Ambos grupos tuvieron tasas bajas de hepatitis A y se cumplieron los criterios de no inferioridad del estudio. Como tal, los CDC de los Estados Unidos recomiendan la vacuna contra el VHA o la inmunoglobulina contra el VHA para la profilaxis posterior a la exposición dentro de las 2 semanas posteriores a la exposición; sin embargo, la vacuna contra el VHA tiene una ventaja sobre la inmunoglobulina, que incluye inmunidad activa y mayor duración de acción.

2.1.5.2. Hepatitis B (VHB). La decisión de tratar se basa en diversos parámetros, como la cantidad de ADN del VHB con un título superior a 2000 UI/ml, niveles elevados de alanina aminotransferasa (ALT) y la presencia de hepatitis crónica o cirrosis. En pacientes con niveles bajos de replicación viral, pero con inflamación o fibrosis, se debe considerar el tratamiento antiviral. Si los niveles de ADN del VHB son bajos y la ALT es normal, se recomienda la monitorización periódica. En cuanto a la selección de la terapia, se utilizan dos clases de antivirales: interferón alfa pegilado y análogos de nucleótidos. Los análogos de nucleótidos como lamivudina, entecavir y tenofovir son preferidos debido a su potente inhibición de la replicación del VHB y baja probabilidad de resistencia. En pacientes con niveles elevados de VHB, las combinaciones de análogos de nucleótidos pueden ser necesarias para mejorar la respuesta y prevenir la resistencia. (Chevaliez et al., 2009)

El monitoreo del tratamiento incluye la cuantificación periódica del ADN del VHB y las mediciones de ALT. En pacientes HBeAg positivos, el éxito del tratamiento se evalúa por la pérdida de HBeAg y la posible seroconversión a anticuerpos anti-HBe. El tratamiento está considerado efectivo si se logra una supresión profunda y duradera del ADN del VHB, lo que idealmente debería hacer que el ADN sea indetectable. Si después de 48 semanas el ADN sigue siendo detectable, se debe agregar un segundo antiviral. Si el nivel de ADN aumenta

significativamente, puede haber resistencia al tratamiento, lo que requiere un ajuste en la terapia. (Chevaliez et al., 2009)

2.1.5.3. Hepatitis C (VHC). Actualmente, el tratamiento se basa principalmente en la combinación de interferón pegilado alfa-2a o -2b y ribavirina. Esta terapia tiene como objetivo lograr una respuesta virológica sostenida (RVS), la cual se define como la ausencia de ARN del VHC en suero utilizando un ensayo sensible (con un límite inferior de detección de 10-50 UI/mL) 24 semanas después de finalizar el tratamiento. La RVS es un criterio fundamental para evaluar la eficacia del tratamiento en pacientes con hepatitis C crónica. (Chevaliez et al., 2009)

Uno de los aspectos más importantes para la decisión terapéutica es la determinación del genotipo del VHC. El genotipo del virus influye en varios aspectos del tratamiento, como la duración y la dosis de ribavirina que se administra, así como el protocolo de monitorización virológica a seguir. La clasificación genética del VHC está subdividida en varios tipos (genotipos 1, 2, 3, 4, 5, y 6), y cada uno responde de manera diferente al tratamiento. Específicamente:

- Genotipos 2 y 3: Los pacientes infectados con estos genotipos suelen necesitar un tratamiento de 24 semanas con ribavirina en dosis bajas.
- Genotipos 1, 4, 5, y 6: En estos casos, el tratamiento debe extenderse durante 48 semanas, y la dosis de ribavirina debe ajustarse según el peso corporal del paciente, con un rango de 1000 a 1400 mg al día. La respuesta virológica en estos pacientes tiende a ser menos favorable que en los infectados con genotipos 2 y 3, lo que justifica una duración de tratamiento más prolongada.

La monitorización virológica. Durante y después del tratamiento permite determinar si el paciente está respondiendo adecuadamente al tratamiento o si es necesario realizar ajustes.

Se realiza mediante ensayos muy sensibles para detectar la cantidad de ARN del VHC en sangre, con el objetivo de alcanzar la indetectabilidad del virus. (Chevaliez et al., 2009)

2.1.5.4. Hepatitis E (VHE). El manejo de la infección depende de su presentación clínica, que puede ser asintomática, hepatitis aguda icterica o anictérica, o insuficiencia hepática crónica. Generalmente, la infección por VHE es autolimitada y se resuelve sin tratamiento antiviral. En casos de hepatitis icterica o anictérica, el tratamiento es conservador y se centra en la autocuración. Sin embargo, el VHE puede llevar a insuficiencia hepática aguda (IHA), especialmente en mujeres embarazadas, aunque los estudios muestran que las tasas de complicaciones graves en estos casos son menores en comparación con otras causas de IHA. La ribavirina ha mostrado eficacia en el tratamiento de la hepatitis E aguda grave, mejorando los perfiles de enzimas hepáticas y reduciendo los niveles de ARN del HEV. Además, se ha identificado la infección crónica por HEV en pacientes inmunodeprimidos, como los de trasplante de órganos, VIH y ciertos tipos de cáncer, con riesgo de desarrollar fibrosis y enfermedad hepática crónica. (Kar y Karna,2020)

La infección por el virus de la hepatitis E (HEV) en el embarazo, especialmente por los genotipos 1 y 2, está asociada con graves consecuencias maternas y fetales en países en desarrollo. Las mujeres embarazadas pueden experimentar hepatitis viral aguda e insuficiencia hepática aguda, con una alta mortalidad materna (15-25%) y complicaciones severas como coagulopatía y encefalopatía. La mortalidad fetal es también alta, con muchas muertes intrauterinas o en los primeros días de vida. El tratamiento se basa principalmente en medidas de soporte, y el uso de medicamentos como ribavirina y sofosbuvir se evalúa cuidadosamente debido a los riesgos teratogénicos. La atención médica especializada y el trasplante hepático son esenciales en casos graves. (Kar y Karna, 2020)

2.1.5.5. Hepatitis D (VHD). Los pacientes que están coinfectados con los virus de la hepatitis D (VHD) y B (VHB) generalmente son tratados con interferón pegilado (PEG-IFN),

ya que este es el único tratamiento efectivo. Los tratamientos con análogos de nucleósidos y nucleótidos orales tienen una eficacia limitada o no ofrecen resultados en estos casos. Sin embargo, un estudio mostró que los pacientes coinfectados por VHD y VIH que fueron tratados con tenofovir experimentaron buenos resultados. A pesar de estos efectos positivos, no se comprende completamente cómo funciona este medicamento en estos pacientes, por lo que se necesitan más investigaciones para esclarecer el mecanismo detrás de su efectividad. En la actualidad, no hay un tratamiento específico recomendado para la infección por el virus de la hepatitis G (HPgV-1). En aquellos pacientes que desarrollan cirrosis hepática debido a esta infección, el tratamiento se basa en enfoques terapéuticos similares a los empleados para tratar la cirrosis de otras causas. (Parth et al., 2024)

2.1.9. Prevención

La prevención de la hepatitis viral constituye un componente clave en el control de esta enfermedad, y se basa en estrategias como la educación del paciente, la vacunación, y la implementación de medidas de control de infecciones. La educación es esencial para que los pacientes comprendan las vías de transmisión, la importancia del diagnóstico precoz y los chequeos médicos regulares. Asimismo, el personal sanitario debe seguir rigurosas normas de bioseguridad y estar vacunado, especialmente contra la hepatitis B, para reducir riesgos laborales. (Eng-Kiong y Lok, 2025)

2.1.9.1. Hepatitis A (VHA). Se recomienda la vacuna a personas con alto riesgo de exposición, como quienes trabajan con personas de alto riesgo o viajan a zonas endémicas. (Eng-Kiong y Lok, 2025)

2.1.9.2. Hepatitis B (VHB). La vacunación pre-exposición es la estrategia más efectiva para prevenir la infección por VHB. Se recomienda la vacunación universal en recién nacidos y en adultos menores de 60 años, así como en personas de cualquier edad con riesgo elevado

de exposición. Mayores de 60 años también pueden beneficiarse si desean protegerse. (Eng-Kiong y Lok, 2025)

En caso de exposición al virus, la profilaxis posexposición (vacuna con o sin inmunoglobulina) se indica según el estado inmunitario del paciente expuesto y del paciente fuente.

Además, existen estrategias específicas para poblaciones especiales:

- Transmisión materno-infantil: recién nacidos de madres con VHB deben recibir vacuna e inmunoglobulina dentro de las primeras 12 horas. Si la madre tiene alta carga viral, se considera tratamiento antiviral durante el embarazo.
 - Exposición sexual: se recomienda el uso de preservativos y la vacunación de parejas sexuales no inmunes.
 - Transmisión percutánea (drogas inyectables, piercings): educación sobre uso de materiales estériles, vacunación, y tratamiento del consumo de sustancias.
 - Profesionales de la salud: deben estar vacunados y capacitados en prácticas seguras. Aquellos infectados pueden realizar procedimientos invasivos si su carga viral es baja o indetectable.
 - Receptores de trasplantes: se hace cribado en donantes. En casos con donantes positivos, se puede usar tratamiento antiviral para reducir el riesgo de transmisión.
- (Eng-Kiong y Lok, 2025)

2.1.9.3. Hepatitis C (VHC). Al no existir vacunas, se enfatiza el control de infecciones, mediante mejores técnicas de cribado y eliminación viral, para evitar la transmisión del virus. (Parth et al., 2024)

2.1.9.4. Hepatitis D (VHD). Solo se puede prevenir vacunando contra la hepatitis B. Finalmente, no hay vacuna para la hepatitis E ni para el pegivirus humano. (Parth et al., 2024)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

Descriptiva, ya que se busca identificar y describir percepciones, conocimientos y actitudes frente a la enfermedad hepática viral en una población adulta. Este tipo de estudio permite obtener una visión general relacionadas con la enfermedad, sin intervenir o manipular variables.

3.1.1. Diseño de la Investigación

Transversal, ya que se recoge información en un solo momento del tiempo, sin seguir a los participantes a lo largo de un periodo prolongado. Los datos se obtienen de forma instantánea, reflejando el conocimiento y las actitudes en ese momento específico de la población seleccionada.

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

El estudio se centra durante los meses de enero a marzo del 2025, lo que indica que los datos y análisis están contextualizados dentro de ese período específico.

El ámbito espacial se limita en el centro de salud Campoy ubicado en San Juan de Lurigancho, Lima, Perú, lo cual define el contexto geográfico y la población específica del estudio.

3.3. Variables

Conocimiento sobre enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el centro de salud Campoy.

Actitudes sobre enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el centro de salud Campoy.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población incluiría a todos los pacientes mayores de 18 a 60 años que acudieron al centro de salud Campoy del distrito de Lima, durante el mes de enero a marzo del año 2025. Según información brindada por el área de estadística del establecimiento, el promedio mensual de atenciones a adultos es de aproximadamente 190 personas, por lo que se estimó una población total de 570 personas para el trimestre evaluado.

3.4.2. Muestra

El procedimiento empleado para la elección de la muestra es el no probabilístico por conveniencia, debido a la accesibilidad y disposición de los participantes.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0.05, utilizando la siguiente fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{NZ^2P(1 - P)}{(N - 1)E^2 + Z^2P(1 - P)}$$

N= tamaño de la Población total = 220

Z = Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza (NC)= 1.96 (para un 95% de confianza)

P = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (en este caso 50% = 0.5)

Q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado $1 - p = 0.5$

E = Error de estimación (8% o 0.08)

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{570 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{(570 - 1) \cdot 0.0064 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{570 \cdot 0.9604}{569 \cdot 0.0064 + 0.9604}$$

$$n = \frac{547.428}{3.6416 + 0.9604} = \frac{547.428}{4.602}$$

$$n \approx 119$$

El tamaño de la muestra necesario para una población de 570 personas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 8%, es 119

3.4.3. Criterios de Selección

3.4.3.1. Criterios de Inclusión.

- Pacientes adultos de 18 a 60 años
- Pacientes que se atienden por consultorio de medicina
- Pacientes sin diagnóstico de enfermedad hepática
- Aceptar voluntariamente formar parte del estudio.

3.4.3.2. Criterios de Exclusión.

- Pacientes que no se encuentren en las edades de 18 a 60 años.
- Pacientes que no se atienden por consultorio de medicina.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad hepática
- Individuos que no otorguen su consentimiento para participar en la investigación.

3.5. Técnica e instrumentos de estudio

En esta investigación se empleó la técnica de la encuesta, alineada con los objetivos específicos de la investigación.

La información será tratada de manera confidencial, en cumplimiento con los principios éticos y legales vigentes en la protección de datos personales y privacidad.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario en la cual se divide en cuatro secciones: la primera recopila datos generales de los pacientes, la segunda evalúa las percepciones mediante 7 preguntas, la tercera el nivel de conocimiento mediante 15 preguntas y la cuarta mide las actitudes a través de 6 preguntas.

Antes de su aplicación, se informó a los participantes sobre los objetivos de la investigación mediante un consentimiento informado, el cual debían firmar previamente.

3.6. Procedimientos

3.6.1. Autorización y Aprobación Ética

Tras la elaboración del proyecto, se solicitó la aprobación de la Oficina de Docencia de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Esto asegura la revisión ética y moral del estudio para iniciar la recolección de datos.

3.6.2. Recolección de Datos

La recolección de información se llevó a cabo de enero a marzo del año 2025, mediante un cuestionario. Previamente se solicitó el permiso al jefe(a) del puesto de salud Campoy, se informó a los adultos que asistieron al establecimiento de salud sobre el propósito del estudio y el consentimiento informado para su participación.

3.6.3. *Análisis de datos*

Una vez recopilada la información, se llevó a cabo la codificación de las variables para su posterior registro en una hoja de cálculo utilizando el programa Office Excel 2016. En primer lugar, se analizó la base de datos correspondiente a las encuestas aplicadas mediante un análisis descriptivo de las variables. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas de doble entrada con frecuencias absolutas y porcentajes relativos. Luego, con base en los hallazgos obtenidos, se emplearon gráficos estadísticos de barras y gráficos para ilustrar los resultados.

3.7. Validación y confiabilidad

El instrumento utilizado en la presente investigación fue adaptado de un cuestionario previamente publicado en la Revista de Gastroenterología del Perú en 2017, cuyas preguntas se alinean directamente con los objetivos del presente estudio. La elección de este cuestionario se fundamenta en su reconocida validez y confiabilidad dentro del campo de estudio.

Previo a la aplicación definitiva, se realizó una prueba piloto con 15 participantes que cumplieran los mismos criterios de inclusión del estudio. Se evaluaron la claridad de las preguntas y la facilidad de comprensión, realizando ajustes en la redacción de algunos ítems para mejorar su interpretación.

Con estos procedimientos, se garantiza que el cuestionario es válido y confiable para evaluar las percepciones, el nivel de conocimiento y actitudes sobre la enfermedad hepática viral en la población de estudio.

3.8. Consideraciones éticas

La investigación se realizó siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki (última versión modificada en Fortaleza, Brasil, 2013) y el Código de Ética del Colegio Médico del Perú (CMP). El proyecto será revisado y aprobado por la Oficina de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV).

Se aseguró que todos los participantes sean informados sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio. Antes de la recolección de datos, se solicitará su consentimiento informado, asegurando que la participación sea voluntaria y sin coerción.

La información recolectada a través de las encuestas fue tratada de forma anónima y utilizada exclusivamente con fines de investigación. Se protegerá la identidad de los participantes mediante la codificación de datos y su almacenamiento en plataformas seguras, siguiendo las normativas de protección de datos personales.

Con estas consideraciones, se asegura que la investigación se desarrolle con integridad, respeto por los derechos de los participantes.

IV: RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de resultados

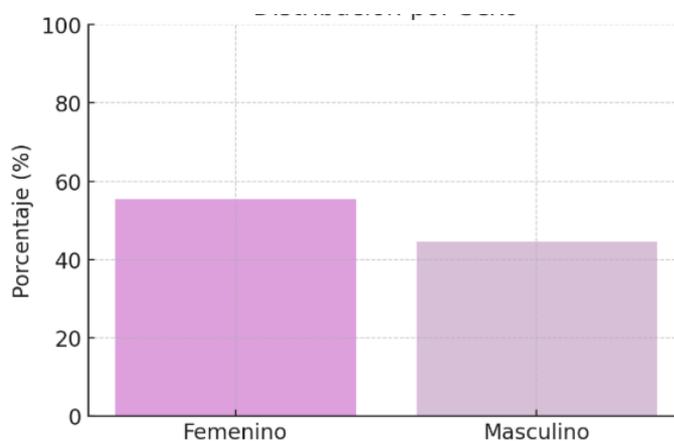
Tabla 1

Características generales de los adultos.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	66	55,46%
Masculino	53	44.54%
Grupo de edad		
18-29 años	41	34.4%
30-59 años	46	38.6%
60 o mas	32	26.8%
Grado de instrucción		
Sin Instrucción	10	8,4%
Primaria	31	26.8%
Secundaria	33	31.9%
Superior técnico	19	15.9%
Universitario	26	16.8%
Estado civil		
Soltero(a)	52	43.7%
Conviviente	43	36.1%
Casado(a)	21	17.6%
Divorciado(a)	3	2.5%
Viudo(a)	0	0.0%

Figura 2

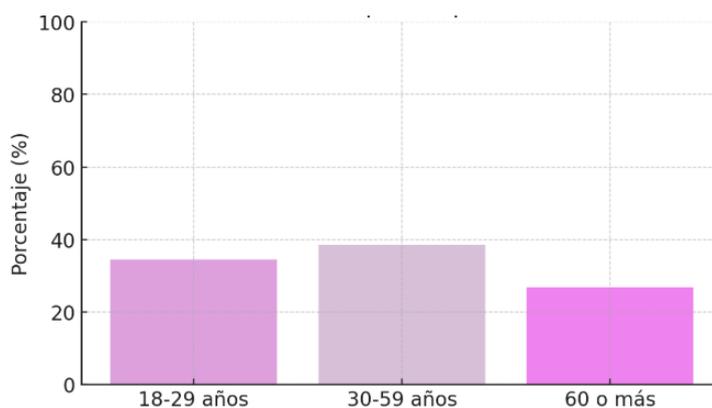
Distribución de frecuencias por sexo.



Se realizaron encuestas a 119 personas las cuales eran predominantemente mujeres, con una frecuencia de 66 personas (55.5%), mientras que el 44.5% (53 personas) fueron de sexo masculino.

Figura 3

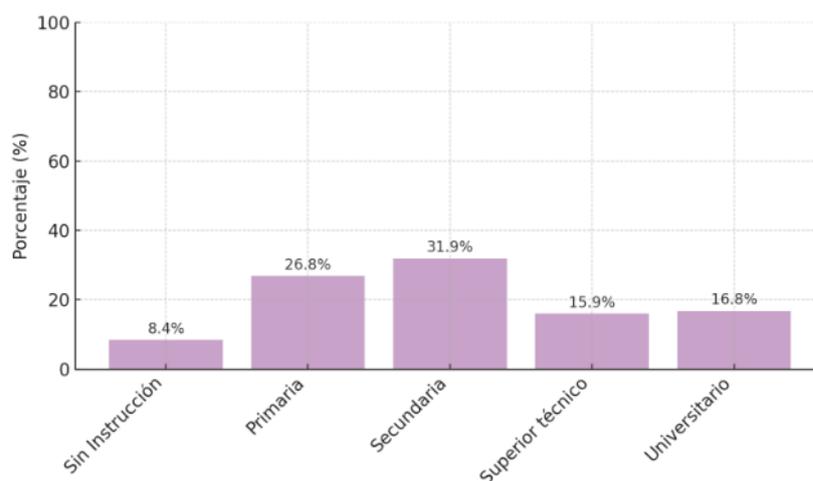
Distribución de frecuencias por Grupo de edad



El grupo etario más representado fue el de 30 a 59 años, con 46 participantes (38.6%), seguido por el grupo de 18 a 29 años, con 41 personas (34.4%). El grupo de 60 años o más representó el 26.8% de la muestra (32 personas).

Figura 4

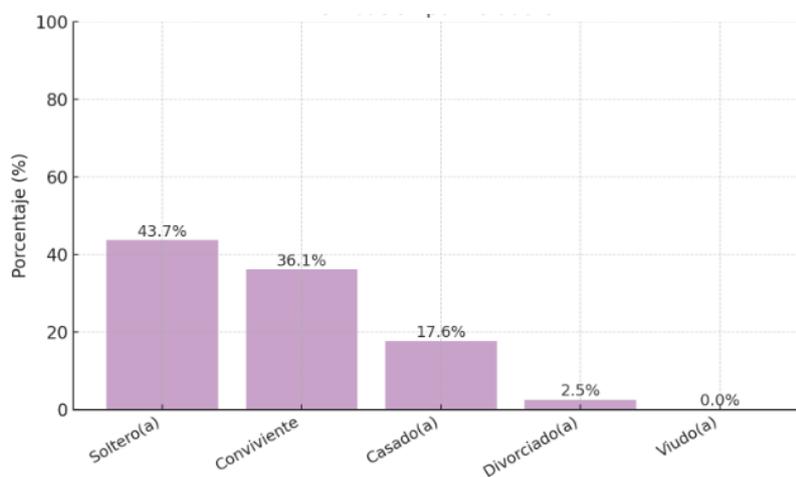
Distribución de frecuencias por Grado de instrucción



La mayoría de los encuestados reportó haber alcanzado el nivel secundario (31.9%), seguido por quienes tienen educación primaria (26.8%). Un menor porcentaje alcanzó educación universitaria (16.8%) y superior técnico (15.9%). Un grupo reducido no cuenta con instrucción formal (8.4%).

Figura 5

Distribución de frecuencias por Estado Civil



La mayoría de los participantes se identificaron como solteros(as) (43.7%) y convivientes (36.1%). Los casados(as) representaron el 17.6%, mientras que los divorciados(as) fueron solo el 2.5%.

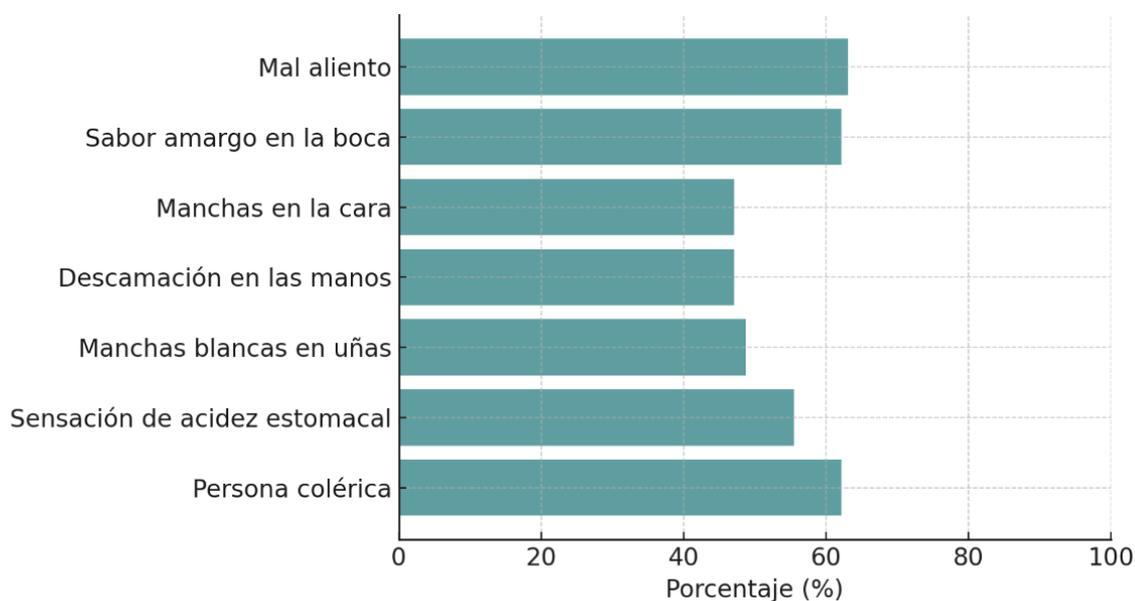
Tabla 2

Percepciones sobre la enfermedad hepática

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
1.¿La enfermedad hepática puede estar relacionada con la presencia de mal aliento?	Sí	75	63,03%
	No	44	36,97%
2.¿La enfermedad hepática puede causar un sabor amargo en la boca?	Sí	74	62,18%
	No	45	37,82%
3.¿La enfermedad hepática puede generar manchas en la cara?	Sí	56	47,05%
	No	63	52,95%
4.¿La enfermedad hepática puede causar descamación en las manos	Sí	56	47,05%
	No	63	52,95%
5.¿La enfermedad hepática puede estar asociada a la aparición de manchas blancas en las uñas?	Sí	58	48,74% %
	No	61	51,26% %
6.¿La enfermedad hepática puede provocar sensación de acidez estomacal o sabor a vinagre?	Sí	66	55,46%
	No	53	44,54%
7.¿La enfermedad hepática puede estar relacionada a persona colérica (cambios bruscos de humor o irritabilidad) ?	Sí	74	62,18%
	No	45	37,82%

Figura 6

Percepciones sobre la enfermedad hepática



En la tabla 2. Los resultados evidencian que una gran parte de los encuestados asocia la enfermedad hepática con diversos signos y síntomas. La percepción más frecuente fue que la enfermedad hepática puede estar relacionada con la presencia de mal aliento, con un 63.03% de respuestas afirmativas. Le siguen las creencias de que puede causar un sabor amargo en la boca (62.18%) y que puede estar relacionada con una persona colérica (cambios bruscos de humor o irritabilidad), también con un 62.18%

Además, un 55.46% considera que la enfermedad hepática puede provocar sensación de acidez estomacal o sabor a vinagre. Por otro lado, un 48.74% de los participantes piensa que la enfermedad hepática puede estar asociada a la aparición de manchas blancas en las uñas, mientras que un 47.05% considera que puede causar descamación en las manos y en la misma proporción 47.05% considera que puede estar asociada a la aparición de manchas blancas en las uñas.

En resumen, las percepciones más extendidas entre los encuestados reflejan una tendencia a asociar la enfermedad hepática con (mal aliento, sabor amargo en la boca y cambios de humor), algunos de los cuales no están necesariamente sustentados en la evidencia clínica, lo cual sugiere la presencia de mitos o ideas erróneas que deben ser abordadas mediante educación en salud.

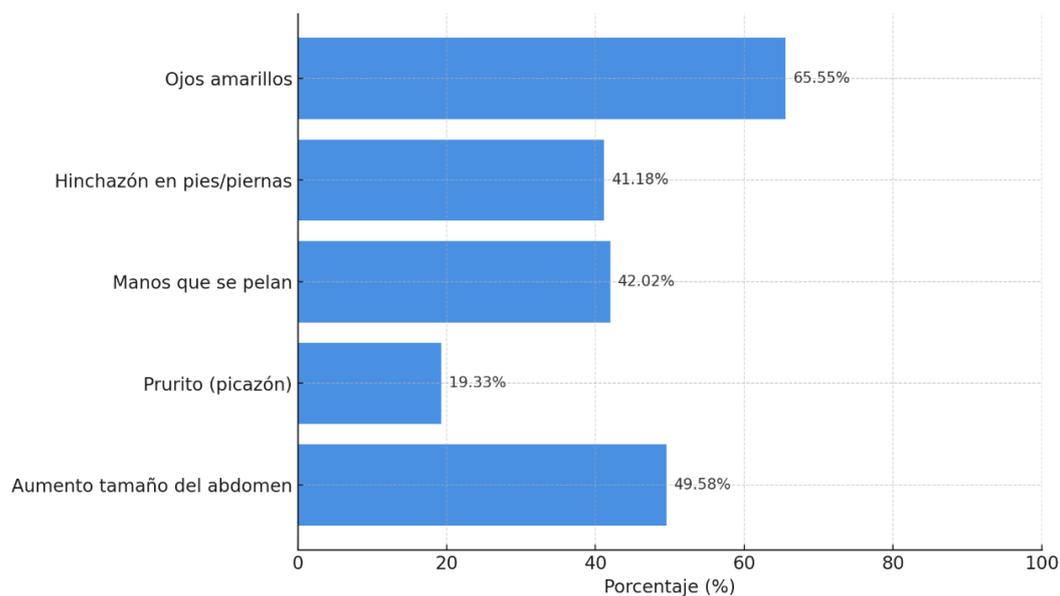
Estos hallazgos sugieren que los participantes poseen una percepción amplia, aunque no siempre precisa, de los signos y síntomas que podrían asociarse con una enfermedad hepática. Algunas de estas ideas podrían estar influenciadas por creencias culturales o conocimientos empíricos más que por información médica validada, lo que resalta la necesidad de fortalecer la educación en salud sobre este tema.

Tabla 3

Conocimientos sobre la enfermedad hepática viral

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento sobre síntomas			
1.¿ Los ojos amarillos son los	SI	78	65.55%
síntomas de una enfermedad hepática?	NO	41	34.45%
2.¿ La Hinchazón en las pies o piernas	SI	49	41.18%
son los síntomas de una enfermedad	NO	70	58.82%
hepática?			
3.Las Manos que se pelan son los	SI	50	42.02%
síntomas de una enfermedad hepática?	NO	69	57.98%
4.¿El Prurito (picazón) son los	SI	23	19.33%
síntomas de una enfermedad hepática?	NO	96	80.67%
5.¿El Aumento del tamaño del	SI	59	49.58%
abdomen son los síntomas de una	NO	60	50,42%
enfermedad hepática?			
Conocimiento sobre vías de transmisión			

6. ¿Cree que ingerir alimentos o agua contaminada puede transmitir la hepatitis A?	SI	51	42.86%
	NO	68	57.14%
7.¿Sabe que la hepatitis B y C puede transmitirse por contacto con agujas o transfusión con sangre contaminada?	SI	39	32.77%
	NO	80	67.23%
8.¿Sabe que el contacto sexual es una de las principales formas de transmisión de la hepatitis B y C?	SI	72	60.50%
	NO	47	39.50%
9.¿Cree que una madre puede transmitir hepatitis B o C a su bebé durante el nacimiento?	SI	52	43.70%
	NO	67	56.30%
Conocimiento de prevención y tratamiento			
10. ¿Conoce la existencia de una vacuna contra la hepatitis B?	SI	94	79.83%
	NO	25	20.17%
11. ¿Conoce la existencia de una vacuna contra la hepatitis A?	SI	83	69.17%
	NO	37	30.83%
12. ¿Cree que existe una vacuna contra la hepatitis C?	SI	30	25.42%
	NO	88	74.58%
13. ¿Considera que la vacunación es una forma de prevenir la hepatitis?	SI	66	55.93%
	NO	52	44.07%
14. ¿Cree que hervir el agua, lavar frutas y verduras previene la hepatitis?	SI	68	55.74%
	NO	54	44.26%
15. ¿Considera que los medicamentos son una forma de tratar la hepatitis?	SI	83	86.46%
	NO	13	13.54%

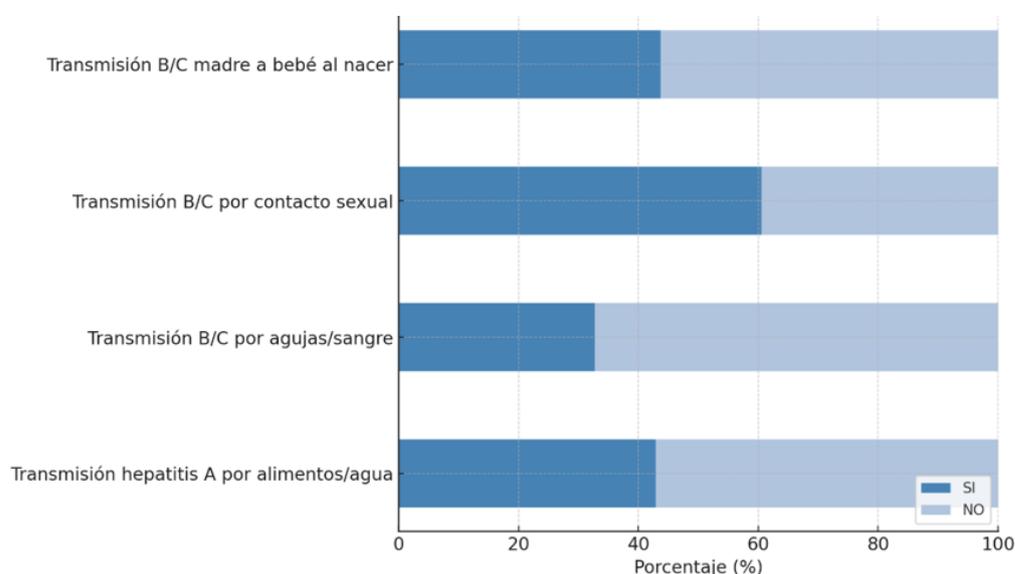
Figura 7*Conocimiento sobre síntomas de enfermedad hepática viral*

En la tabla 3. Los resultados obtenidos revelan un conocimiento variable entre los encuestados en cuanto a los síntomas relacionados con la enfermedad hepática.

La afirmación con mayor porcentaje de reconocimiento fue que los ojos amarillos son un síntoma de enfermedad hepática, con un 65% de respuestas afirmativas, lo cual demuestra que este signo clásico de ictericia es ampliamente identificado por la población. En segundo lugar, el aumento del tamaño del abdomen como posible síntoma fue reconocido por el 50.42% de los encuestados. En cambio, síntomas como la descamación de manos (42%), la hinchazón en pies o piernas (41%) y la picazón (19%) fueron menos reconocidos.

Figura 8

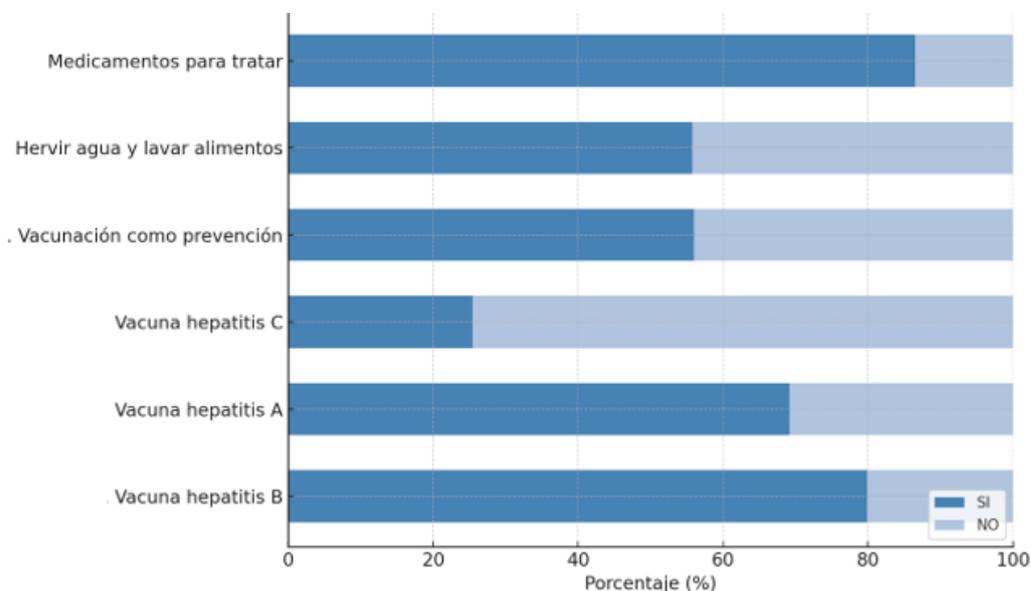
Conocimiento sobre vías de transmisión



En la tabla 3. El análisis de los resultados sobre el conocimiento de las vías de transmisión de la hepatitis revela que el 60.50% de los encuestados está al tanto de que el contacto sexual es una de las principales formas de transmisión de la hepatitis B y C, lo que indica un conocimiento considerable sobre esta vía de contagio. No obstante, aún un 39.50% no lo identifica correctamente. A continuación, se encuentra la transmisión vertical (de madre a hijo durante el parto), reconocida por el 43.70%, mientras que el 56.30% no está informado sobre esta forma de transmisión. Respecto a la hepatitis A, el 42.86% sabe que puede transmitirse a través de alimentos o agua contaminada, pero el 57.14% desconoce esta posibilidad. Por otro lado, solo el 32.77% de los participantes es consciente de que las hepatitis B y C pueden transmitirse por contacto con agujas o transfusiones de sangre contaminada, lo que subraya una importante brecha de conocimiento, ya que el 67.23% de los encuestados no reconoce esta vía de transmisión, que es clave para la prevención de estas enfermedades.

Figura 9

Conocimiento sobre Prevención y tratamiento



En la tabla 3. En cuanto al conocimiento sobre prevención y tratamiento de la hepatitis, se destaca que un 79.83% de los encuestados está al tanto de la existencia de una vacuna contra la hepatitis B, lo que refleja una buena conciencia sobre las opciones preventivas disponibles para esta enfermedad. Sin embargo, el 20.17% aún desconoce esta información. Respecto a la hepatitis A, el 69.17% de los participantes sabe que existe una vacuna, mientras que el 30.83% no tiene conocimiento al respecto.

Por otro lado, el 25.42% de los encuestados cree erróneamente que existe una vacuna contra la hepatitis C, mientras que el 74.58% sabe correctamente que no hay vacuna disponible para esta infección, lo que resalta la importancia de seguir informando sobre las limitaciones en las opciones preventivas para la hepatitis C.

En cuanto a las medidas preventivas, el 55.93% de los encuestados considera que la vacunación es una forma de prevenir la hepatitis, mientras que el 44.07% no está seguro de esta afirmación. Asimismo, un 55.74% cree que prácticas como hervir el agua y lavar frutas y

verduras ayudan a prevenir la hepatitis, mientras que el 44.26% no está convencido de su efectividad en la prevención.

Finalmente, en relación con el tratamiento, el 86.46% de los participantes considera que los medicamentos son una forma de tratar la hepatitis, lo que indica un buen nivel de conocimiento sobre las opciones terapéuticas, mientras que el 13.54% no comparte esta opinión.

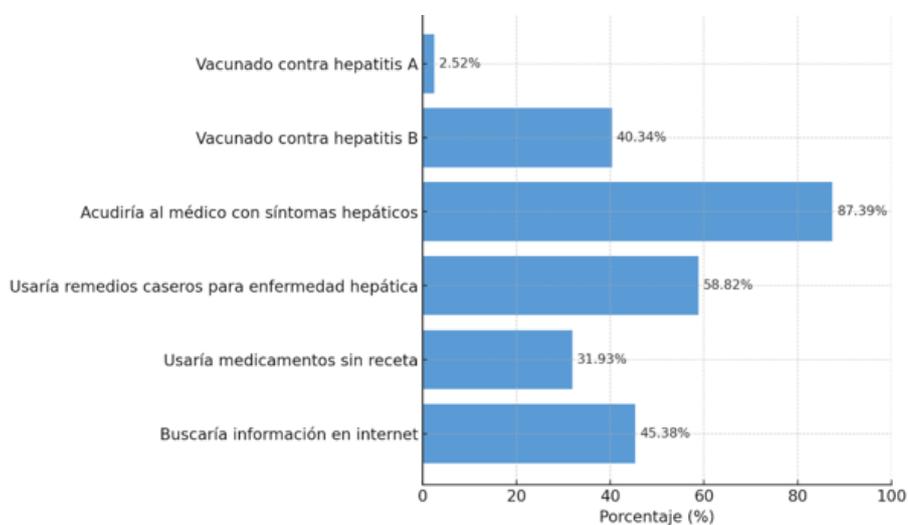
Tabla 4

Actitudes frente a la enfermedad hepática viral

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1.¿Se ha vacunado contra la hepatitis A?	SI	3	2.52%
	NO	116	97.48%
2.¿Se ha vacunado contra la hepatitis B?	SI	48	40.34%
	NO	71	59.66%
3.Si tuviera síntomas hepáticos, ¿acudiría al médico?	SI	104	87.39%
	NO	15	12.61%
4.¿Utilizaría remedios caseros o hierbas medicinales si tuviera una enfermedad hepática?	SI	70	58.82%
	NO	49	41.18%
5.¿Utilizaría medicamentos de farmacia sin receta médica para tratar problemas hepáticos?	SI	38	31.93%
	NO	81	68.07%
6.¿Buscaría información en internet antes de acudir a un médico?	SI	54	45.38%
	NO	65	54.62%

Figura 10

Actitudes Frente a la Enfermedad Hepática Viral



En la tabla 4. En relación con las actitudes adoptadas por los encuestados frente a enfermedades hepáticas, se observó que solo un 2.52% refirió haberse vacunado contra la hepatitis A, mientras que un 97.48% indicó no haber recibido dicha vacuna. En contraste, un 40.34% afirmó haber sido vacunado contra la hepatitis B, y el 59.66% no lo ha hecho.

Ante la presencia de síntomas hepáticos, un 87.39% de los participantes manifestó que acudiría al médico, mientras que un 12.61% no lo haría. Por otro lado, el 58.82% recurriría a remedios caseros o hierbas medicinales en caso de presentar una enfermedad hepática, y un 41.18% no utilizaría este tipo de tratamiento alternativo.

Además, un 31.93% de los encuestados indicó que utilizaría medicamentos de farmacia sin receta médica para tratar problemas hepáticos, frente a un 68.07% que no recurriría a esta práctica. Finalmente, el 45.38% expresó que buscaría información en internet antes de acudir a un médico, mientras que el 54.62% no lo haría.

Estos resultados evidencian tanto una alta disposición para acudir a atención médica formal ante síntomas hepáticos como una considerable tendencia a la automedicación o uso de terapias no convencionales.

V. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio revelan que la mayoría de los participantes fueron mujeres (55.46%), lo cual coincide parcialmente con el estudio de Calixtro et al. (2017), donde esta proporción fue mayor (64%). Esta diferencia puede atribuirse a las características sociodemográficas de cada población evaluada. Asimismo, el grupo etario predominante en esta investigación fue el de adultos entre 30 y 59 años (38.6%), mientras que en el estudio comparativo fue el grupo de 31 a 45 años (34%), lo que refleja una similitud en cuanto al predominio de adultos jóvenes y de mediana edad en ambas muestras.

En relación con el nivel educativo, se identificó una brecha significativa: en nuestro estudio, predominó el nivel secundario (31.9%) y primario (26.8%), en contraste con Calixtro et al. (2017), donde más de la mitad de los participantes contaban con estudios universitarios (56%). Esta diferencia podría influir directamente en el nivel de conocimientos y actitudes hacia las enfermedades hepáticas, reforzando la importancia de contextualizar las intervenciones educativas según el perfil educativo de la población.

Respecto a la percepción de los síntomas, se evidenció una alta prevalencia de creencias populares. Los síntomas más referidos fueron el mal aliento (63.03%), el sabor amargo en la boca (62.18%) y el carácter colérico o irritable (62.18%). Estos hallazgos son consistentes con los de Calixtro et al. (2017), quien también reportó una alta asociación entre estos síntomas y las enfermedades hepáticas. Sin embargo, en el presente estudio, se observó una mayor proporción de personas que relacionaban incorrectamente síntomas inespecíficos (como acidez, manchas faciales y descamación de manos) con patologías hepáticas, lo que confirma la persistencia de percepciones erróneas vinculadas a creencias culturales y la necesidad de fortalecer la alfabetización sanitaria para diferenciar síntomas digestivos comunes de signos hepáticos reales.

El signo más comúnmente identificado fue la ictericia (65.5%), lo cual concuerda con estudios previos, como el de Calixtro, donde se reporta un reconocimiento del 73%. Esto reafirma que los “ojos amarillos” siguen siendo el síntoma más asociado por la población con enfermedades hepáticas, seguido por la distensión abdominal (50.42%). Sin embargo, otros signos clínicos relevantes como la hinchazón de extremidades (41%) fueron menos reconocidos. Asimismo, se identificaron signos erróneos como el prurito (19%) y la descamación de manos (42%), lo que revela ciertas confusiones en la población respecto a los síntomas reales.

En cuanto al conocimiento sobre vías de transmisión, se observó una comprensión parcial. Aunque el 60.5% identificó correctamente el contacto sexual como una vía de contagio de hepatitis B y C —superior a lo reportado por Rosmawati et al. (2023) y Agwa et al. (2024)—, persistieron altos niveles de desconocimiento respecto a la transmisión por sangre contaminada o agujas (67.23%). Esta brecha es crítica, considerando que la vía percutánea es la principal forma de contagio para hepatitis C, Calixtro y Bashair también reportan niveles de desconocimiento similares, lo cual evidencia un patrón persistente de desinformación en diferentes contextos poblacionales.

En relación con la hepatitis A, más de la mitad de los encuestados (57.14%) desconocía que esta se transmite por alimentos o agua contaminada, a diferencia de Calixtro, donde al menos el 50% identificó correctamente esta vía. Este hallazgo cobra especial relevancia en zonas con limitado acceso a servicios básicos, donde la hepatitis A representa un riesgo elevado. Además, el bajo reconocimiento de la transmisión vertical de hepatitis B y C (56.30%) es preocupante, ya que limita la implementación de medidas preventivas durante el embarazo y parto. Calixtro reportó un conocimiento aún más bajo, lo que refuerza la urgencia de incluir esta información en campañas dirigidas a la salud materno-infantil.

Sobre las medidas preventivas, el 79.83% de los participantes manifestó conocer la vacuna contra la hepatitis B y el 69.17% la correspondiente a la hepatitis A, cifras superiores a las reportadas en estudios previos (Calixtro; Bashair). Esto podría indicar un efecto positivo de campañas de inmunización recientes. Sin embargo, persisten creencias erróneas, como la existencia de una vacuna contra la hepatitis C (25.42%), un dato que coincide con Bashair (38.1%) y Calixtro (15%) y que refleja confusión entre los diferentes tipos de hepatitis. Solo el 55.93% consideró la vacunación como una medida efectiva, cifra inferior a lo reportado en Calixtro (84.2%), lo que podría impactar negativamente en las tasas reales de inmunización.

En cuanto a otras medidas preventivas, el 55.74% mencionó hervir agua y lavar alimentos como estrategia útil, en concordancia con Calixtro (38%), lo cual refleja una conciencia creciente sobre prácticas de higiene personal, especialmente relevantes para prevenir hepatitis A y E.

Respecto al tratamiento, el 86.46% confió en los medicamentos como vía terapéutica, lo cual supera significativamente lo reportado por Calixtro (51%) y contrasta con el alto nivel de desconocimiento evidenciado por Worship (69.2%). No obstante, aún persiste desconfianza (13.54%) sobre la efectividad del tratamiento, lo que subraya la necesidad de reforzar la educación sobre opciones médicas eficaces.

Respecto a la cobertura vacunal, se identificó una baja proporción de vacunados: solo el 2.52% había recibido la vacuna contra hepatitis A y el 40.34% contra hepatitis B, lo que revela una brecha entre el conocimiento y la práctica preventiva, situación que también se refleja en estudios como los de Calixtro y Worship. Cabe destacar que, si bien históricamente la vacuna contra la hepatitis A no formaba parte del Esquema Nacional de Vacunación en el Perú, desde mayo de 2023 fue incorporada oficialmente como una dosis única para niños de 15 meses, según el Ministerio de Salud (MINSa). Por lo tanto, es comprensible que el porcentaje reportado en esta investigación sea bajo, ya que la mayoría de los encuestados eran adultos. No

obstante, también podría explicarse por la disponibilidad previa de esta vacuna en el sector privado, especialmente para grupos de riesgo como viajeros o personas con enfermedades hepáticas, o por confusión con otras vacunas del calendario regular, como la de hepatitis B.

Este contexto refuerza la necesidad de campañas de comunicación más claras y eficaces sobre el esquema nacional de vacunación, así como el fortalecimiento del acceso equitativo a vacunas preventivas, especialmente en comunidades con menor nivel educativo o acceso limitado a servicios de salud.

Finalmente, en cuanto a las prácticas de búsqueda de atención, se observó que el 87.39% de los encuestados acudiría al médico ante la presencia de síntomas hepáticos, dato que se alinea con lo reportado por Calixtro, (97%) y supera ampliamente el porcentaje encontrado por Worship, (57.1%). No obstante, persiste una alta prevalencia del uso de remedios caseros (58.82%), superior al 41% referido por Calixtro, así como una considerable proporción de personas que recurriría a medicamentos sin receta (31.93%). Estos resultados evidencian la coexistencia de prácticas tradicionales y automedicación con el sistema formal de salud, lo cual podría comprometer el manejo adecuado de las enfermedades hepáticas. Además, el 45.38% indicó que buscaría información en internet, cifra inferior a la de Calixtro (78%), lo que podría deberse a diferencias en acceso digital o niveles de alfabetización digital.

En conjunto, estos hallazgos evidencian importantes vacíos de conocimiento y prácticas incorrectas respecto a las enfermedades hepáticas. Se hace indispensable desarrollar estrategias educativas adaptadas a las características socioculturales y educativas de la población, que promuevan la identificación adecuada de síntomas, el reconocimiento de vías de transmisión reales, la confianza en la vacunación y el acceso temprano a tratamiento médico.

VI. CONCLUSIONES

6.1. La mayoría de los encuestados fueron mujeres (59.66%), con un grupo etario predominante entre los 30 a 59 años (63.03%), y un nivel educativo principalmente secundario (53.78%). El estado civil más frecuente fue soltero (42.02%) o conviviente (33.61%).

6.2. Se identificó que gran parte de los participantes asocia la enfermedad hepática con síntomas poco específicos, como mal aliento, sabor amargo en la boca y cambios de humor, lo cual revela la existencia de creencias erróneas o mitos culturales que no están sustentados por evidencia médica.

6.3. El signo más reconocido fue la ictericia (65%) de los encuestados. Le siguió el aumento del tamaño del abdomen (50.42%), No obstante, síntomas como la descamación de manos (42%) y la picazón (19%), fueron erróneamente identificados como relacionados con la hepatitis.

6.4. El 60.50% de los encuestados identificó correctamente el contacto sexual como vía de transmisión de hepatitis B y C, mientras que otras formas, como la transmisión vertical (43.70%), el consumo de agua o alimentos contaminados (42.86%) y el contacto con agujas o sangre infectada (32.77%), fueron menos reconocidas.

6.5. La mayoría reconoce las vacunas para hepatitis B (79.83%) y A (69.17%), pero el 25.42% cree erróneamente que hay vacuna para la hepatitis C. Más del 55% conoce medidas preventivas, y el 86.46% identifica los medicamentos como tratamiento.

6.6. La mayoría acudiría al médico ante síntomas hepáticos (87.39%), pero hay una tendencia a usar remedios caseros (58.82%) y medicamentos sin receta (31.93%). La tasa de vacunación es baja, con solo un 2.52% contra hepatitis A y 40.34% contra hepatitis B. Además, el 45.38% buscaría información en internet.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Fortalecer estrategias educativas: Se recomienda que el personal del Centro de Salud Campoy desarrolle estrategias educativas integrales para mejorar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad hepática viral, especialmente en cuanto a sus síntomas, formas de transmisión, prevención y tratamiento. Estas estrategias deben estar orientadas a corregir mitos comunes y proporcionar información basada en evidencia científica.

7.2. Realizar investigaciones en otros niveles de atención: Es importante llevar a cabo estudios similares en diferentes centros de salud y niveles de atención para evaluar el conocimiento y las actitudes sobre la enfermedad hepática viral en otras poblaciones. Los resultados de estos estudios permitirán diseñar intervenciones educativas más efectivas y personalizadas.

7.3. Investigaciones sobre complicaciones de la enfermedad hepática: Se sugiere realizar investigaciones adicionales que evalúen el conocimiento sobre las complicaciones de la enfermedad hepática viral. La población debe estar informada sobre los riesgos y complicaciones a las que podría exponerse si no toma las medidas preventivas adecuadas, lo que puede mejorar la adherencia a tratamientos y la prevención temprana.

VIII. REFERENCIAS

- Alibrahim, H., Bohsas, H., Swed, S., Albakri, K., AbdeQadir, Y., Ramadan, S., Kazan, L., Haj Saleh, H., Tashrifwala, F., Al Ibrahim, M., Tayfour, S., Abo Alsel, T., Alnehlawi, A., Khan, U., Boktor, A., Elbially, I., Manad, H., Abazid, R., & Hafez, W. (2024). Evaluation of the General Population's Knowledge Concerning Liver Health: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, *16*(2), pp. 1-19. [10.7759/cureus.54162](https://doi.org/10.7759/cureus.54162)
- Agwa, R., Elwan, T., Alghamdi, H., Alghamdi, A., Altaweel, F., Alghamdi, A., Alhussain, H., Alsawlihah, K., & Alzahrani, F. (2024). Awareness of Hepatitis B Virus (HBV) Screening Before Marriage and Pregnancy Among Adults in the Al-Baha Region, Saudi Arabia. *Cureus*, *16*(1), pp. 1-14. [10.7759/cureus.52057](https://doi.org/10.7759/cureus.52057)
- Almalki F, Alraffah Y., Alasiri R., Dhafar M., Albogami F., Alhazmi M., Alyazidi A., Alharbi L., & Alotaibi M. (2025). Knowledge, Attitude and Practice Towards Hepatitis B Infection and HBV Vaccine Among the Healthy Population in Makkah, Saudi Arabia. *Infect Drug Resist* . 2025; 18 pp. 2153-2164. [10.2147/IDR.S517243](https://doi.org/10.2147/IDR.S517243)
- Alotaibi, B., Althobaiti, M., Hazazi, A., Hazasi, A., Hazazi, S., Nassir, R., Alhaddad, M., Abdelwahab, S. (2021). Exploration of Knowledge, Attitude, and Practice Among Residents of Saudi Arabia Toward Hepatitis Viruses. *inquiry*. 58. pp. 1-10. [10.1177/00469580211059965](https://doi.org/10.1177/00469580211059965).
- Australian Bureau of Statistics. (11 de agosto de 1999). Demographic variables 1999 <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/8A82CE62440E5D2DCA25697E0018FEA8?opendocument>.
- Abbasi, I., Fatmi, Z., Kadir, M., & Sathiakumar, N. (2014). Prevalence of hepatitis B virus infection among barbers and their knowledge, attitude and practices in the district of

- Sukkur, Sindh. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 27(5), pp. 757–765. <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0299-z>.
- Bhadoria, A., Khwairakpam, G., Grover, G., Pathak, V., Pandey, P., & Gupta, R. (2022). Viral Hepatitis as a Public Health Concern: A Narrative Review About the Current Scenario and the Way Forward. *Cureus*, 14(2), pp.1-7 <https://doi.org/10.7759/cureus.21907>
- Chevaliez, S & Pawlotsky, J. (2009). Virological techniques for the diagnosis and monitoring of hepatitis B and C. *Annals of Hepatology*. Vol 8. pp.7-12. [10.1016/S1665-2681\(19\)31804-6](https://doi.org/10.1016/S1665-2681(19)31804-6)
- Chonka, T., Endashaw, G., Zerihun, E., & Beyene, B. (2024). Knowledge, attitude, and practice towards hepatitis B and C virus infection and associated factors among adults living at selected woredas in Gamo Zone, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC public health*, 24(1). pp 1-10. [10.1186/s12889-024-18387-z](https://doi.org/10.1186/s12889-024-18387-z)
- Chigbu, D., Loonawat, R., Sehgal, M., Patel, D & Jain, P. (2019). Hepatitis C Virus Infection: Host–Virus Interaction and Mechanisms of Viral Persistence. *Cells*, 8(4), pp 1-27. [10.3390/cells8040376](https://doi.org/10.3390/cells8040376)
- Centro Nacional de epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (junio del 2024). Número de casos de hepatitis B, Perú 2000 – 2024. *CDC Perú*. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE06/hepatitisb.pdf>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2021). Situación epidemiológica de la hepatitis B en el Perú, https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202148_10_180033_2.pdf
- Devarbhavi, H., Asrani, S., Arab, J., Nartey, Y., Pose, E., & Kamath, P. (2023). Global burden of liver disease: 2023 update. *Journal of hepatology*, 79(2). pp.516–537. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.03.017>

- Eng-Kiong, T y Lok, A. (20 de marzo de 2025). *Epidemiology, transmission, and prevention of hepatitis B virus infection*. Uptodate. https://www-uptodate-com.libbook.xyz/contents/epidemiology-transmission-and-prevention-of-hepatitis-b-virus-infection?search=prevencion%20hepatitis%20b%20y%20c&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
- Gan, C., Yuan, Y., Shen, H., Gao, J., Kong X., Che, Z., Guo, Y., Wang H., Dong E., & Xiao J. (2025). Liver diseases: epidemiology, causes, trends and predictions. *Sig Transduct Target Ther* 10, 33. pp 1-33. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-02072-z>
- Florian, S. (2019). *Perú: Indicadores de Educación por Departamentos, 2009-2019*. Instituto Nacional de Estadística e Informática. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1751/ibro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Estado civil o conyugal del jefe (a) de hogar y ciclo de vida del hogar*. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1711/cap03.pdf
- Jefferies, M., Rauff, B., Rashid, H., Lam, T., & Rafiq, S. (2018). Update on global epidemiology of viral hepatitis and preventive strategies. *World journal of clinical cases*, 6(13), pp. 589–599. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v6.i13.589>.
- Kar, P y Karna, R. (2020). A Review of the Diagnosis and Management of Hepatitis E. *Current treatment options in infectious diseases*, 12(3), pp 310–320. <https://doi.org/10.1007/s40506-020-00235-4>.
- Kabamba, A., Many, H., Mutombo, C., Kasongo, C., Kakisingi, C., Matanda, S., Mutombo, A., Mwamba, C., Ngulu Nsasi, A., Kabamba, B., & Longanga, A. (2023). Knowledge,

attitude, and practice towards hepatitis B and C viruses among the population of Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *African Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 6(1), pp.19-35. doi: 10.21608/ajgh.2023.188582.1030.

Kheir, O., Freeland, C., Abdo, A., Yousif, M., Altayeb, E., & Mekonnen, H. (2022). Assessment of hepatitis B knowledge and awareness among the Sudanese population in Khartoum State. *The Pan African medical journal*, 41. pp.1-11
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35721651/>

Lok, A. (8 de abril de 2023). *Hepatitis B virus: Clinical manifestations and natural history*. uptodate. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-abnormal-liver-biochemical-and-function-tests>.

Lok, A. (14 de abril 2025). *Hepatitis B virus: Screening and diagnosis in adults*. in: UpToDate. https://www-uptodate-com.libbook.xyz/contents/hepatitis-b-virus-screening-and-diagnosis-in-adults?search=diagnostico%20hepatitis%20b&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

Mehta, P., Grant, L & Reddivari, A. *Hepatitis viral*. (2024). StatPearls Treasure Island
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554549/>

Ministerio de Salud. (20 de junio de 2024). Día Nacional de Lucha Contra la Hepatitis B: Minsa fortalece la prevención, identificación de casos y la entrega oportuna del tratamiento. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/975474-dia-nacional-de-lucha-contra-la-hepatitis-b-minsa-fortalece-la-prevencion-identificacion-de-casos-y-la-entrega-oportuna-del-tratamiento>

Ministerio de Salud. (3 de febrero de 2024). Generosidad que transforma vidas: 561 personas recuperaron su salud gracias a donantes de órganos y tejidos y sus familias. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/901607-generosidad-que-transforma>

vidas-561-personas-recuperaron-su-salud-gracias-a-donantes-de-organos-y-tejidos-y-sus-familias

Miñan-Tapia, A., Torres-Riveros, G., Torres-López, S., Huallpa, E., & Mejia, R. (2019). Nivel de conocimientos sobre hepatitis b y factores asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(3). pp.1-17

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000300008&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000300008&lng=es&tlng=es)

Matthews, P., Maponga, T., Ghosh, I., Lemoine, M., Ocamá, P., Abubakar, I., Story, A. & Flanagan, S. (2022). Hepatitis B Virus: Infection, liver disease, carcinogen or syndemic threat? Remodelling the clinical and public health response. *PLOS global public health*, 2(12). pp 1-5. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001359>

Osorio, L., Patiño, T., Tagle, M & Huayanay, L. (2017). Percepciones, conocimientos y actitudes sobre enfermedad hepática en adultos sanos que acuden a instituciones de salud de estrato A, B y C. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 30(2), pp. 126–32. <https://doi.org/10.47892/rgp.2010.302.391>

Pan American Health Organization. (06 de junio 2022). Observatorio Regional de Salud: La salud en las Américas. Informe de situación 2022. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56150/v46e972022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Quirino, A., Marascio, N., Branda, F., Ciccozzi, A., Romano, C., Locci, C., Azzena, I., Pascale, N., Pavia, G., Matera, G., Casu, M., Sanna, D., Giovanetti, M., Ceccarelli, G., Alaimo di Loro, P., Ciccozzi, M., Scarpa, F., & Maruotti, A. (2024). Viral Hepatitis: Host Immune Interaction, Pathogenesis and New Therapeutic Strategies. *Pathogens (Basel, Switzerland)*, 13(9), pp. 766. <https://doi.org/10.3390/pathogens13090766>

- Rybicka, M., Woziwodzka, A., Sznarkowska, A., Romanowski, T., Stalke, P., Dręzewski, M., Verrier, E., Baumert, T & Bielawski, K. (2020). Liver Cirrhosis in Chronic Hepatitis B Patients Is Associated with Genetic Variations in DNA Repair Pathway Genes. *Cancers*, 12(11), pp.1-16. <https://doi.org/10.3390/cancers12113295>
- Rosmawati, M., Cristina, Y & Singh, S. (2023). Understanding the knowledge, awareness, and attitudes of the public towards liver diseases in Malaysia. *Revista Europea de Gastroenterología y Hepatología* 35(7). pp. 742-752, julio de 2023. | DOI: 10.1097/MEG.0000000000002548
- Tan, C., Goh, G., Youn, J., Yu, J & Singh, S. (2021). Public awareness and knowledge of liver health and diseases in Singapore. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 36(8), pp. 2292–2302. <https://doi.org/10.1111/jgh.15496>
- Worship-Thishile, A., Mania-Mbonic, C., Motbo-Shakad, C., Kason-Bumbwub, C & Mussal-Tagalom, C., (2023) Knowledge, attitude, and practice towards hepatitis B and C viruses among the population of Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Revista africana de gastroenterología y hepatología* 6 pp.19-23. 10.21608/ajgh.2023.188582.1030 .

IX. ANEXOS

ANEXO A

Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	dimensiones	Indicadores	Ítems	Categoría	Estadístico
Percepción sobre enfermedad hepática	Conjunto de creencias, ideas o suposiciones que tienen los adultos sobre los signos, causas y consecuencias de la enfermedad hepática viral (calixtro, et al 2017).	Respuestas afirmativas en la encuesta sobre síntomas y factores asociados.	Síntomas asociados (calixtro, et al 2017).	Síntomas identificados por el encuestado.	1, 2,3,4,5,6	Nominal / 1.Sí 2.No	-Frecuencias -porcentajes
				Relación con estados de animo	7		
Conocimiento	Nivel de información que posee la persona sobre la enfermedad	Respuestas correctas o incorrectas sobre la	-Conocimiento sobre síntomas	-Síntomas	1,2,3,4,5		

	<p>hepática. (calixtro, et al 2017).</p>	<p>enfermedad en la encuesta.</p>	<p>(calixtro, et al 2017).</p>			<p>Nominal/ 1.Sí 2.No</p>	<p>-Frecuencias -porcentajes</p>		
			<p>-Conocimiento de las vías de transmisión de la enfermedad. (calixtro, et al 2017).</p>	<p>-Trasmisión</p>	<p>6,7,8,9</p>				
			<p>-Conocimiento sobre</p>	<p>-Tratamiento</p>	<p>15</p>				

			prevención y tratamiento (calixtro, et al 2017).	-Prevención	10, 11,12,13, 14		
Actitud	Es la percepción que tienen los participantes sobre una predisposición aprendida a pensar, sentir y actuar de una manera particular ante una situación dada. (tamiru, C.,et al 2024)	Respuestas sobre hábitos y prevención de la enfermedad hepática en la encuesta.	Prevención (calixtro, et al 2017).	Conductas preventivas	1,2,3,6	Nominal/ 1.Sí 2.No	-Frecuencias -Porcentajes
				uso de tratamientos alternativos	4,5		

Características de la población	La edad es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de la medición (ABS, 1999)	Se medirá en años cumplidos mediante pregunta directa	Edad	Fecha de nacimiento	1	Razón 1. 18 a 29 años 2. 30 a 59 años 3. 60 años o mas	-Frecuencias -Porcentajes
	El sexo se refiere a la clasificación biológica de los individuos basada en sus características anatómicas y fisiológicas (INEI, 2017)	Se identificará según lo declarado por el encuestado/a.	Sexo	Características Sexuales	2	1.Masculino. 2.Femenino	
	Se refiere al nivel más alto de estudios que una persona ha alcanzado, ya sea completo o incompleto. (INEI, 2019)	Se obtendrá preguntando por el mayor grado o nivel educativo alcanzado.	Grado de instrucción	Grado de instrucción	3	1. Sin instrucción 2. Primaria completa /incompleta 3. Secundaria completa/incompleta	

						4. Técnico o superior no universitaria 5. universitario	
	Es la situación legal o de hecho que describe la relación conyugal o afectiva de una persona. (INEI, 2017)	Se obtiene mediante auto declaración del encuestado al momento de la encuesta.	Situación Civil	Estado civil	4	1.Soltero(a) 2.Conviviente 3.Casado 4.Divorciado(a)/Separado(a) 5.Viudo(a)	

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ENFERMEDAD
HEPATICA VIRAL EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
DE SALUD CAMPOY, LIMA, 2025

Estimado(a) participante:

Lo invitamos a participar en un estudio que busca evaluar el conocimiento y actitudes frente a la enfermedad hepática viral en adultos atendidos en el Centro de Salud Campoy, lima 2025

Su participación es totalmente voluntaria, anónima y confidencial. No se recopilará información que permita identificarlo(a), y sus respuestas serán utilizadas únicamente con fines académicos y científicos.

No existen riesgos asociados con su participación. Su colaboración ayudará a comprender mejor el nivel de conocimiento sobre enfermedad hepática viral en la comunidad y podrá contribuir a futuras estrategias de prevención en salud.

Si en algún momento desea retirarse del estudio, puede hacerlo sin ninguna consecuencia en su atención médica.

Si está de acuerdo en participar, por favor firme a continuación:

Firma: _____

ANEXO C

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.DATOS GENERALES:

Edad: _____ años	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Grado de instrucción: <input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior técnico <input type="checkbox"/> Universitario	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)

2.PERCEPCIONES

PERCEPCIONES SOBRE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA	SI	NO
1.¿La enfermedad hepática puede estar relacionada con la presencia de mal aliento?		
2.¿La enfermedad hepática puede causar un sabor amargo en la boca		
3.¿La enfermedad hepática puede generar manchas en la cara?		
4. ¿La enfermedad hepática puede causar descamación en las manos?		
5.¿La enfermedad hepática puede estar asociada a la aparición de manchas blancas en las uñas?		
6.¿La enfermedad hepática puede provocar sensación de acidez estomacal o sabor a vinagre?		
7.¿La enfermedad hepática puede estar relacionada a persona colérica (cambios bruscos de humor o irritabilidad) ?		

3.CONOCIMIENTO:

CONOCIMIENTOS SOBRE SINTOMAS	SI	NO
1.¿ Los ojos amarillos son los síntomas de una enfermedad hepática?		
2.¿ La Hinchazón en las pies o piernas son los síntomas de una enfermedad hepática?		
3.Las Manos que se pelan son los síntomas de una enfermedad hepática?		
4.¿El Prurito(picazo los síntomas de una enfermedad hepática?		
5.¿El Aumento del tamaño del abdomen son los síntomas de una enfermedad hepática?		
CONOCIMIENTO SOBRE VIAS DE TRANSMISION		
6.. ¿Cree que ingerir alimentos o agua contaminada puede transmitir la hepatitis A?		
7.¿Sabe que la hepatitis B y C puede transmitirse por contacto con agujas o transfusión con sangre contaminada?		
8.¿Sabe que el contacto sexual es una de las principales formas de transmisión de la hepatitis B y C?		
9.¿Cree que una madre puede transmitir hepatitis B o C a su bebé durante el nacimiento?		
CONOCIMIENTO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO		
10. ¿Conoce la existencia de una vacuna contra la hepatitis B?		
11. ¿Conoce la existencia de una vacuna contra la hepatitis A?		
12. ¿Cree que existe una vacuna contra la hepatitis C?		
13. ¿Considera que la vacunación es una forma de prevenir la hepatitis?		
14. ¿Cree que hervir el agua, lavar frutas y verduras previene la hepatitis?		
15. ¿Considera que los medicamentos son una forma de tratar la hepatitis?		

4.ACTITUDES:

ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD HEPÁTICA	SI	NO
1.¿Se ha vacunado contra la hepatitis A?		
2.¿Se ha vacunado contra la hepatitis B?		
3.Si tuviera síntomas hepáticos, ¿acudiría al médico?		
4.¿Utilizaría remedios caseros o hierbas medicinales si tuviera una enfermedad hepática?		
5.¿Utilizaría medicamentos de farmacia sin receta médica para tratar problemas hepáticos?		
6.¿Buscaría información en internet antes de acudir a un médico?		

ANEXO D

Cronograma de actividades:

ACTIVIDAD	2024-2025					
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
1. PLANEACION						
Definir tema y objetivos principales	X					
Búsqueda y revisión de literatura	X	X	X	X		
Redacción y estructuración del proyecto		X	X	X		
Presentación preliminar del proyecto de investigación					X	
Revisión y ajustes del proyecto según retroalimentación					X	
Aprobación del proyecto					X	
2. DESARROLLO						
Diseño y preparación de instrumentos para la recolección de datos			X	X		
Prueba y refinamiento de instrumentos					X	
Recopilación de datos en campo					X	
Organización y procesamiento de los datos					X	
Análisis detallado e interpretación de resultados					X	
3. INFORME						
Elaboración del documento de informe final						X
Presentación preliminar del informe a revisores						X
Incorporación de observaciones y correcciones						X
4. DEFENZA						

Preparación y defensa del informe final						X
Entrega del informe final encuadernado						X

Presupuesto

N°	RUBRO	UNID-MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
MATERIALES DE ESCRITORIO					
1	Lápiz HB	unidad	10	1	10
2	Papel bond 75 gr	resma	1	20	20
3	Corrector líquido	unidad	2	3	6
4	Lapicero tinta liquida	unidad	3	4	12
5	Carpeta manila tamaño oficio	unidad	3	1	3
6	Borrador mediano	unidad	2	2	4
7	Marcador fluorescente	unidad	3	3	9
8	Mascarillas quirúrgicas	caja	1	10	10
9	Alcohol de 70° spray 500ml	unidad	1	5	5
10	lapicero	caja	1	25	25
11	Memoria USB de 64 GB	unidad	1	20	20
TRANSPORTE					
12	Gastos de transporte	global	1	75	75
SERVICIOS GENERALES					
13	Análisis y validación estadística	servicio	1	250.00	250.00
14	Traducción profesional del resumen	servicio	1	100.00	100.00
15	Edición y compilación del informe	servicio	1	150.00	150.00
16	Encuadernado del documento final	servicio	1	100.00	150.00
17	Impresión de copias	servicio	1	100.00	100.00
18	Contingencias e imprevistos	servicio	1	100.00	100.00
PRESUPUESTO TOTAL					1054.00 S/

