

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Caracterización clínica de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola".

Clinical characterization of patients with liver cirrhosis at the Provincial Teaching Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola".

Daily Lebroc Pérez (1), Blanca Esther Reina Alfonso (1), José A. Camacho Assef (2), Mileydy Massíp Ramírez (1).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con el objetivo de determinar las características clínicas de la cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", en el período comprendido de enero del 2006 a enero del 2009. Se estudiaron 48 pacientes con cirrosis hepática. La recolección de los datos se realizó a partir del expediente clínico durante la hospitalización y de la historia clínica ambulatoria. En los pacientes con cirrosis predominó el grupo de edad entre 52 y 67 años y el sexo masculino. Las principales manifestaciones clínicas que incidieron en estos pacientes fueron la ictericia y los edemas en miembros inferiores, así como las complicaciones más frecuentemente encontradas, la ascitis y el sangramiento digestivo alto. La etiología viral por virus C y el alcoholismo se presentaron con mayor frecuencia. Según el aspecto morfológico de la glándula hepática la cirrosis mixta fue la que predominó. Los pacientes con escala de puntuación Child pugh B fueron los que más se presentaron, así como los signos de hipertensión portal que más se observaron entre ellos: la presencia de líquido ascítico y las várices esofágicas o esofagogástricas. Los pacientes con Child-Pugh A, han mantenido un mayor tiempo de sobrevida.

Palabras clave: CIRROSIS HEPATICA/epidemiología; CIRROSIS HEPATICA/complicaciones.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología.
2. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología, Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

La Cirrosis Hepática (CH) es una entidad conocida ya desde tiempos de Hipócrates, siendo Laennec el primero que utilizó este término (1). Es una patología crónica cuyo único tratamiento curativo es el trasplante hepático (2).

Esta entidad es un problema de salud mundial, se ha reportado un incremento constante en su mortalidad, en los últimos años, y se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en Occidente (3-4). En México, al igual que en Perú ocupa el 7^{mo} lugar como causa de muerte en la población general. Así mismo representa la 10^{ma} causa de muerte en el país, con una tasa de mortalidad de 9.4 por cada 100 000 habitantes 1 751 defunciones (5). No se dispone aun de un programa en el país, que de forma sistemática y planificada nos permita aplicar estrategias, con el propósito de disminuir la morbimortalidad por esta enfermedad. Por lo tanto la caracterización clínica y epidemiológica del cirrótico se impone como una imperiosa necesidad.

Algunos estudios internacionales han determinado datos claves sobre etiología y morbilidad en pacientes con cirrosis (6). En Cuba existen escasos estudios que muestren una evaluación del comportamiento de la enfermedad y no se recogen antecedentes de investigaciones en este territorio (2), razón por la cual se consideró necesaria la realización de este trabajo, teniendo como objetivos caracterizar el comportamiento clínico- epidemiológico de la Cirrosis Hepática en el Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola", describiendo el comportamiento en los pacientes estudiados de algunas variables como la edad, el sexo, manifestaciones clínicas,

complicaciones, causas relacionadas con la aparición de la CH, signos de hipertensión portal y el aspecto morfológico de la glándula hepática, clasificar además a los pacientes según la escala de Child Pugh determinando el tiempo de sobrevida de los mismos y con este análisis contribuir a mejorar los índices de salud de la provincia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal sobre el comportamiento clínico de la CH en los pacientes atendidos en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" en el período comprendido de Enero de 2006 hasta Enero de 2009.

El universo de trabajo quedó constituido por los 48 pacientes con CH atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola".

Se seleccionaron todos los pacientes mayores de 20 años, con diagnóstico establecido de Cirrosis Hepática, obtenidos a través de cirugía, laparoscopia y/o de biopsia, atendidos en la consulta de Hepatología del servicio de Gastroenterología del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila a partir del año 2006 y hasta enero de 2009.

Quedaron excluidos de este estudio, los pacientes con sospecha clínica de esta enfermedad, en los que nunca fue factible confirmar el diagnóstico por laparoscopia o biopsia hepática.

De los pacientes incluidos en el estudio se analizaron las siguientes variables:

- Sexo.
- Edad.
- Causas relacionadas con la aparición de la CH.
- Manifestaciones clínicas.
- Complicaciones.
- Signos de hipertensión portal.
- Aspecto morfológico de la glándula hepática.
- Clasificación de Child-Pugh.
- Tiempo de sobrevida.

Los datos fueron recogidos del expediente clínico de los pacientes durante su hospitalización y de la historia clínica ambulatoria. Para la compilación de los datos, se elaboró una planilla diseñada al efecto. Los resultados se procesaron de forma manual y se expuso en tablas de frecuencia, expresándolos en números y porcentajes.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El grupo de edad que mayor número de pacientes con CH aportó fue el grupo comprendido entre 52-67 años, con 24 casos para un 50%, seguido del grupo comprendido entre 36-51 años, con 11 casos para un 22,91% con ligero predominio del sexo masculino (Tabla No.1). Estos datos son similares a los encontrados por Bustíos C y por Medina y Col (7-8).

La mayoría de la literatura médica consultada señala que la edad promedio en que se presenta la cirrosis hepática es entre 40 y los 60 años, aunque puede manifestarse a cualquier edad (9-11).

Al estudiar el comportamiento de los síntomas y signos clínicos reflejado en la Tabla No.2, se encontró que la ictericia y los edemas en miembros inferiores fueron los más frecuentes para un 47,91% respectivamente, seguida de la astenia para un 43,75%. No coinciden estos datos con los resultados de Rodríguez Hernández H y D'Amico et al. (12-13).

Muchas personas con CH no presentan síntomas al principio de la enfermedad. Sin embargo a medida que la lesión progresa, tiene dos consecuencias principales (insuficiencia hepática e hipertensión portal y la alteración de la función renal). Estos son los responsables de las principales complicaciones: ictericia, encefalopatía, ascitis y hemorragia digestiva (13-14).

Las complicaciones que con mayor frecuencia se presentaron en los pacientes con CH expresado en la Tabla No.3 fue la ascitis, con 19 casos para un 39,58 %. Le sigue en orden de frecuencia el sangramiento digestivo alto con 15 casos para un 31,25% y la encefalopatía hepática con 7 casos para un 14,58%, no coincidiendo estos datos con la bibliografía revisada (1, 2, 7, 15).

La mayoría de la literatura médica señala que la ascitis es el síntoma más común de la cirrosis y es un signo de enfermedad hepática avanzada, la probabilidad de supervivencia en estos pacientes se acorta, y se ha demostrado una media de sobrevida de 35 meses, en algunos trabajos realizados (16-17), se asocia con disminución de la calidad de vida, incremento en el

riesgo de infecciones, falla renal y pobre sobrevida a largo plazo. En pacientes con ascitis la presencia del SHR se asocia con mortalidad de 50% a los 5 meses y 80% a las 2 semanas para el SHR tipo II y tipo I, respectivamente (18-20).

El sangramiento digestivo por várices esofágicas es la causa de la tercera parte de muerte en los pacientes con cirrosis e hipertensión portal (21). Estudios prospectivos han demostrado, que más de 90% de pacientes con cirrosis hepática desarrollan várices esofágicas, el riesgo de hemorragia de estas, es de 25 a 30%, la mayoría de los episodios ocurren durante el primer año del diagnóstico, la mortalidad de cada episodio de hemorragia variceal es de 30 a 40% dependiendo del estado clínico del paciente, el riesgo de hemorragia recurrente para aquellos que sobrevivieron a los episodios iniciales es aproximadamente de 70% (22).

En la Tabla No. 4 se relacionan las causas asociadas con la aparición de la cirrosis hepática, donde se puede observar que en el sexo masculino predominó el alcoholismo para un 22,91%, seguido de la infección por el virus C para un 12,5%, coincidiendo este estudio con los resultados de Abarca, Bustíos C, y Pateron y col. (2, 7, 23). En el sexo femenino la causa que más incidió fue la infección por el virus C para un 14,58%, seguido del alcoholismo y de la causa no determinada para un 10.41%, coincidiendo con los resultados obtenidos por Habu D en Osaka (24). Datos epidemiológicos señalan que el consumo de alcohol se ha incrementado sobre todo en adolescentes, y que la edad de inicio para el consumo ha disminuido. Además la ingestión de alcohol en mujeres también se ha incrementado, siendo los porcentajes de inicio de consumo similares en ambos sexos. Es por ello importante que se desarrollen políticas adecuadas para frenar el consumo en la población general y sobre todo en menores de edad (7).

Los signos de hipertensión portal que con mayor frecuencia se presentaron en los pacientes con CH expresado en la Tabla No. 5, fueron la ascitis para un 39,58 %, seguido de las várices esofágicas o esofagogástricas para un 27,08%. Estos datos son similares a los encontrados por Rodríguez H, Campollo y Ortega y Col (12, 25-26). La ascitis es dentro de las descompensaciones mayores de esta hepatopatía crónica, la más frecuente. Aproximadamente el 50% de los pacientes con cirrosis compensada desarrollaran ascitis en un intervalo prospectivo de 10 años y la mitad de los pacientes con ascitis fallecerán en un plazo de dos años, por ello se ha incluido la misma como una de las indicaciones para valorar el trasplante hepático (18, 27).

En la Tabla No. 6 se muestra la clasificación de la cirrosis hepática atendiendo al aspecto morfológico de la glándula hepática. Al analizar los resultados de la laparoscopia en los 48 pacientes estudiados se obtuvo como resultados que en 21 casos predominó la CH mixta para un 43,75 %, seguida de la CH micronodular con 16 casos para un 33,33% y de la CH macronodular con 11 casos para un 22,91%.

La mayoría de los estudios revisados reportan que la CH micronodular se caracteriza por nódulos pequeños, regulares, que no superan los 3 mm, con bandas conjuntivas que separan los nódulos (14,28); con frecuencia se observa que existe un patrón micronodular en el inicio del desarrollo de la enfermedad y al progresar tienden a aparecer nódulos mayores. En el caso de la CH macronodular los nódulos son mayores de 3 mm, irregulares, son comunes los tabiques anchos y extensos. Mientras que la CH mixta predominan nódulos de diferentes tamaños (11, 14, 28-29).

Al analizar la Tabla No. 7 se encontró que de un total de 48 casos, 24 correspondieron al Child B para un 50 %, predominando este grupo en cuestión, seguido del Child A y del Child C este último con el menor porcentaje. No coincidiendo estos datos con los resultados obtenidos por otros autores (2, 12). La clasificación de Child – Pugh es la más utilizada en la actualidad, para valorar de forma rápida el pronóstico de los pacientes con cirrosis descompensada en la práctica clínica, debido a su enorme sencillez (30-31).

En la Tabla No. 8 se muestra el tiempo de sobrevida de los pacientes con CH teniendo en cuenta la clasificación de Child-Pugh. En este caso el grupo de pacientes con Child-pugh A, 21 han mantenido una sobrevida de 4 años, mientras que en los clasificados con Child-pugh B, de 24 pacientes, uno falleció a los 2 años y 23 tuvieron una sobrevida de 4 años; en el caso de Child-Pugh C de 3 pacientes todos fallecieron, 2 en los dos primeros años de sobrevida, falleciendo el tercero antes de los 4 años. Estos datos coinciden con la bibliografía revisada donde se plantea que los pacientes que pertenecen a la clase A de Child- Pugh tienen buen índice de sobrevida y bajos índices de mortalidad, mientras que los pacientes que se encuentran dentro de la clase C tienen índices de mortalidad mucho mayor (12,15, 22).

Como en otras enfermedades crónicas, el conocimiento de la historia natural y de los factores pronósticos de la CH es de gran importancia para estimar la supervivencia de los pacientes, es útil para valorar el efecto de nuevos métodos terapéuticos sobre la evolución de la enfermedad y para la elección de pacientes candidatos a trasplante hepático (16, 31).

CONCLUSIONES

En los pacientes con CH predominó el grupo de edad entre 52 y 67 años y el sexo masculino. Las principales manifestaciones clínicas que presentaron estos pacientes fueron la ictericia y los edemas en miembros inferiores, así como las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron la ascitis y el sangramiento digestivo alto. Dentro de las causas relacionadas con la aparición de la cirrosis hepática el alcoholismo y la etiología viral por virus C, fueron las que más incidieron. Los signos de hipertensión portal que más se observaron fueron la presencia de líquido ascítico, seguido de várices esofágicas o esofagogástricas. La CH mixta fue la predominante en estos pacientes. Los pacientes clasificados como Child-Pugh B fueron los más frecuentemente encontrados y los Child-Pugh los que mantuvieron un mayor tiempo de sobrevida.

RECOMENDACIONES

Realizar estudio de intervención en el hospital para disminuir la incidencia de la cirrosis hepática. Profundizar en el estudio de la CH, sus factores pronósticos con el objetivo de conocer las posibilidades de trasplante hepático en un futuro.

ABSTRACT

An observational descriptive study was carried out with the aimed to determine the clinical features of liver cirrhosis at the Provincial Teaching Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" from January 2006 to January 2009. 48 patients with cirrhosis were studied. The data collection was conducted from medical record during hospitalization and outpatient clinic history. In patients with cirrhosis it predominated the age group between 52 and 67years and male sex. The main clinical manifestations that affected these patients were jaundice and edema in lower limbs, and and complications more frequently found, ascites and upper digestive bleeding. The viral etiology C virus and alcohol abuse occurred more frequently. According to morphological appearance of the hepatic gland, the mixed cirrhosis was the predominant. Patients with score scale Child-Pugh B were presented most frequently, and signs of portal hypertension were observed more among them: the presence of ascites fluid and esophageal varices or oesophagogastric. Patients with Child-Pugh A, had an increased survival time.

Keywords: LIVER CIRRHOSIS/epidemiology; LIVER CIRRHOSIS/complications.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dávalos Moscol M. Epidemiología de la cirrosis hepática en el Perú. Enfermedades Apar Digestivo [Internet]. 2003 [citado 2 May 2006]; 6(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.per/BVRevistas/Enfermedades_digestivo/_06n2/pdf/a06.pdf
2. Abarca J, Peña Herrera V, Garcés C, Carrillo L, Sáenz R. Etiología, sobrevida, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática en el Ecuador. Evaluación retrospectiva (1989-2003) Rev Gastr Latinoam. 2006; 17(1):29-34.
3. Pascual Pareja JF. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática y análisis de los factores asociados con el daño hepático en pacientes coinfectados por el virus de inmunodeficiencia humana y el virus de hepatitis C [tesis]. Madrid: Universidad, Facultad de Medicina; 2005.
4. Crawford JM. Hígado y vías biliares. En: Cartron R, Kummar V, Robbins S, editores. Patología estructural y funcional. 5 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 919-91.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Cuba y base de datos de autopsias de Cuba SARCAP nacional. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
6. Huertas Cuaresma J, Méndez Perles C, Medina Mirón M, González Gallardo M. Cirrosis hepática en el hospital clínico San Carlos [Internet]. 2007 [citado 14 Ago 2009]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_xv/m11.pdf

7. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características epidemiológicas y clínicas de la Cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM. *Rev Gastroenterol Perú*. 2003; 27:238-245.
8. Medina E, Kaempffer A. Cirrosis hepática en Chile. *Rev Chilena Salud Publ*. 2002; 24: 217-232.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Temas de medicina interna. Cirrosis hepática. 4ta ed. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2002.
10. Gines Gisbert P, Arroyo Pérez V. Cirrosis hepática. En: Domarus A, Farreras Valenti P, Rozman C. *Medicina Interna*. 14 ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 242-50.
11. Berenguer J. *Gastroenterología y Hepatología*. Madrid: Elsevier; 2002.
12. Rodríguez Hernández H, Jacobo Karma JS, Catañón Santillán M, Arambula Chávez M. Supervivencia de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital General Regional del IMSS, Durango. *Gac Med Mex*. 2002; 138(4): 325-330.
13. D'Amico C, García Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in Cirrhosis: A systematic review of 118 studies. *J Hepatol*. 2006; 44: 217-231.
14. Rioja Torres P. Evaluación de la función cardiaca en los enfermos con cirrosis hepática candidatos a trasplante hepático: estudio isotópico y hormonal. Córdoba: Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba; 2008.
15. Muñoz Espinosa LE, Blanca López YM, Briones Martínez AM, Calvillo Valadez MA. Complicaciones y supervivencia en paciente con cirrosis hepática. *Med Univ [Internet]*. 1999 [citado 2 May 2007]: [aprox. 5 p.]; 1(2):33-39. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=10298&id_seccion=874&id_ejemplar=1064&id_revista=86
16. Cebreros O, Lozano MA, Vargas CB. Infecciones intercurrentes en pacientes cirróticos en el hospital arzobispo Loayza. *Rev Gastr Perú [Internet]*. 2000 [citado 2 May 2007]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/gastro/vol_2002/infeccirrosis.htm
17. Planas R, Montoliu S, Balleste B, Rivera M, Miguel M, Masnou H, et al. Natural history of patients hospitalized for management of cirrhotic ascites. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006; 4:1385-94.
18. Gines P, Cárdenas A, Arroyo V, Rodés J. Management of cirrosis and ascites. *N Engl J Med*. 2004; 350:1646-54.
19. Runyon B. AASLD Practice Guideline: Management of adult patients with ascitis due to cirrhosis. *Hepatology*. 2005; 34: 1-16.
20. Kuiper JJ, Van Buren HR, de Man RA. Ascites in cirrhosis: a review of management and complications. *J Med*. 2007; 65(8):123-30.
21. Sarin S, Waldhawan M, Ayarwal S, Tyagi P, Sharma B. Endoscopic variceal ligation plus propranolol versus endoscopic ligation alone in primary prophylaxis of variceal bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100: 805-7.
22. Operación Sugiura. Tiempo Abdominal más escleroterapia en pacientes con hipertensión portal hemorrágica. *Rev Cir Ciruj*. 2002; 70(4): 39-46.
23. Pateron D, Ganne N, trinchet JC, Auroseau MH, Mal F, Meielier C. Prospective study of screening for hepatocellular carcinoma in caucasian patients with cirrhosis. *J Hepatol*. 1994; 20:65-71.
24. Habu D, Shiomi S, Lee C. Trends in the causes and outcome of liver cirrhosis diagnosed by laparoscopy in Osaka, Japan during the post three decades. *Digest Endosc*. 2001; 13: 13-6.
25. Campollo O, Valencia Salina J, Berumen Arellano A. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. *Salud Públ Mex*. 1997; 39:195-200.
26. Ortega C, Martínez A, Uribe M, Poo JL. Factores pronósticos y sobrevida en pacientes cirróticos con ascitis. Estudio de casos y controles. *Rev Gastroenterol Mex*. 1994; 59(1): 132.
27. Torres Delgadillo A. Ascitis refractaria e hiponatremia dilucional: tratamiento actual y nuevos acuáréticos. *Rev Gastroenterol Mex*. 2005; 70(3): 39-46.
28. Ampurdanés Mingalla S. Revisiones y actualizaciones: enfermedades del aparato digestivo, cirrosis hepática. *Clín Actual Med [Internet]*. 2000 [citado 2 May 2007]: [aprox 3 p.].

Disponible en: http://db-doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&ident

29. Marín Armenta JA. Cirrosis hepática [Internet]. 2006 [citado 17 sep 2009]: [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://drmarin.galeon.com/cirrosis.htm>
30. Andreu V. Pronóstico de la cirrosis hepática. Jano EMC [Internet]. 1997 [citado 2 may 2007]; 53(237): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pident=4281
31. Duran F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: child-Pugh versus MELD. J Hepatol. 2005; 42:S100-7.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes con cirrosis hepática según edad y sexo.

Edad/Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 - 35 años	-	-	3	6,25	3	6,25
36 - 51 años	4	8,33	7	14,58	11	22,91
52 - 67 años	11	22,91	13	27,08	24	50
68 - 83 años	7	14,58	5	6,25	10	20,83
Total	22	45,83	26	54,16	48	100

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Tabla No. 2. Comportamiento de los síntomas y signos clínicos en los pacientes con CH.

Manifestaciones Clínicas	No.	%
Astenia	21	43,75
Ictericia	23	47,91
Dolor en Hipocondrio Derecho	10	20,83
Dispepsia	13	27,08
Edema en miembros inferiores	23	47,91
Ascitis	19	39,58
Arañas Vasculares	14	29,16
Hepatomegalia	17	25,41
Palidez cutáneo mucosa	5	10,41

n = 48

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Tabla No. 3. Complicaciones más frecuentes en los pacientes con CH.

Complicaciones	Total	
	No.	%
Sangramiento digestivo	15	31,25
Encefalopatía hepática	7	14,58
Infecciones	6	12,50
Ascitis	19	39,58
Síndrome hepatorenal	1	2,08
Total	48	100

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Tabla No. 4. Causas relacionadas con la aparición de la cirrosis hepática.

Causas	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alcoholismo	5	10,41	11	22,91	16	33,33
Virus C	7	14,58	6	12,50	13	27,08
Virus B	3	6,25	5	10,41	8	16,66
Esteatohepatitis no alcohólica	1	2,08	1	2,08	2	4,16
Tóxica	1	2,08	1	2,08	2	4,16
No determinada	5	10,41	2	4,16	7	14,58
Total	22	45,81	26	54,14	48	100

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Tabla No. 5. Signos de hipertensión portal en los pacientes con CH.

Signos de hipertensión portal	No.	%
Esplenomegalia	7	14,58
Líquido Ascítico	19	39,58
Aumento de la vascularización del ligamento falciforme y redondo	10	20,83
Aumento de la vascularización del Epiplón y pared vesicular.	8	16,66
Várices esofágicas o esofagogástricas	13	27,08
Vasos sanguíneos ingurgitados en la curvatura mayor gástrica y asas intestinales.	10	20,83

n= 48

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Tabla No. 6. Clasificación de la cirrosis hepática atendiendo al aspecto morfológico de la glándula hepática.

Aspecto laparoscópico del hígado	Total	
	No.	%
CH Micronodular	16	33.33
CH Macronodular	11	22.91
CH Mixta	21	43.75
Total	48	100

Tabla No. 7. Clasificación de los pacientes según la escala de Child Pugh.

Clasificación de Child Pugh	Total	
	No.	%
A	21	43.75
B	24	50
C	3	6.25
Total	48	100

Tabla No. 8. Tiempo de sobrevida en los pacientes estudiados relacionándola con la clasificación de Child- Pugh.

Clasificación de Child-Pugh	Total De pacientes	Tiempo de sobrevida	
		2	4
A	21	21	21
B	24	23	23
C	3	1	0