

Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de cirrose hepática atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), em Belém - PA

Epidemiological profile of cirrhosis of liver patients treated at the Outpatient of Hepatology Of Medical Specialties CESUPA Center (CEMEC) in Belem - PA

Juliana Kelly Lima Costa,¹ Silvia Lais Macedo de Assis,¹ Vania Brilhante,² Ana Paula Rodrigues Guimarães²

RESUMO

Introdução: A cirrose hepática é considerada a principal doença crônica do fígado, e é caracterizada pela substituição difusa da estrutura hepática por nódulos de estrutura anormal circundados por fibrose. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de cirrose hepática atendidos no CEMEC. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada pela coleta de dados no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014 pela coleta de dados feita em prontuários de pacientes cadastrados (de agosto de 2012 a dezembro de 2013) no CEMEC, em Belém, PA. Tratou-se de um estudo transversal, analítico e descritivo. **Resultados:** Obtivemos uma amostra total de 21 pacientes (16,27% dos pacientes cadastrados), em que foram observadas as características sexo (masculino 61,9% e feminino 38,1%) com predominância da faixa etária entre 50 e 59 anos (38,1%). A principal origem etiológica foi a alcoólica com um total de 11 pacientes. Ocorreu uma predominância da classe Child-Pugh A (52,4%), em que a alteração laboratorial mais prevalente foi a hiperbilirrubinemia e a complicação mais observada, a presença de varizes esofágicas. **Conclusão:** O tratamento da doença hepática subjacente, bem antes do desenvolvimento da cirrose, é uma estratégia primária de prevenção. Como as causas principais da cirrose estão relacionadas com escolhas do estilo de vida – como uso de injetáveis, consumo de álcool e sexo sem proteção – os programas de prevenção enfocam justamente na mudança do estilo de vida.

Unitermos: Cirrose Hepática, Fibrose Hepática, Child-Pugh.

SUMMARY

Introduction: Cirrhosis is considered the main chronic liver disease and is characterized by diffuse liver replacement by abnormal structure nodules surrounded by fibrosis. **Objectives:** This study aims to describe the epidemiological profile of patients with liver cirrhosis treated at CEMEC. **Methodology:** The survey was conducted for data collection made in medical records of patients registered from August 2012 to December 2013 in CEMEC the period December 2013 to February 2014 in Belém, PA. This was a cross-sectional, analytical and descriptive study. **Results:** We obtained a total sample of 21 patients (16.27% of registered patients) were observed where the characteristics: sex (male 61.9% and female 38.1%) predominated where the age group 50-59 years (38, 1%). The main etiological origin was alcoholic with a total of 11 patients. There was a predominance of Child-Pugh class A (52.4%) where the most prevalent laboratory parameters were hyperbilirubinemia and the most frequently observed complication was the presence of esophageal varices. **Conclusion:** Treatment of underlying liver disease, long before the development of cirrhosis it is a primary prevention strategy. As the main causes of cirrhosis are related to lifestyle choices – such as injecting, alcohol consumption and unprotected sex – prevention programs just focus on lifestyle change.

Keywords: Liver Cirrhosis, Liver Fibrosis, Child-Pugh.

1. Acadêmicas do Curso de Medicina – Universidade Federal do Pará. 2. Professoras Assistentes do Curso de Medicina do CESUPA. **Endereço para correspondência:** Av. Almirante Barroso, 3775 – Bairro Sousa – Belém - PA – CEP 66.613-903 – e-mail: aprguimaraes@hotmail.com **Recebido em:** 20/01/2016. **Aprovado em:** 23/03/2016.

INTRODUÇÃO

A palavra cirrose vem da palavra grega *kirrhos*, que significa laranja amarelo. Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu morfológicamente a cirrose em um processo difuso caracterizado por fibrose e conversão da arquitetura hepática normal em nódulos estruturalmente anormais.¹

A cirrose hepática é considerada a principal doença crônica do fígado, sendo responsável em 1997, no Brasil, por 39.889 internações hospitalares e por uma mortalidade de 12,6 por 100 mil habitantes. Sua prevalência é variável em diferentes países, sendo que a literatura demonstra uma prevalência de 0,3% de cirrose na população dos Estados Unidos. No Brasil não existem estimativas da prevalência de cirrose.²

LITERATURA

Histologicamente, a cirrose hepática é definida como uma alteração difusa do fígado, em que a arquitetura normal é substituída por nódulos regenerativos, separados por faixas de tecido fibroso, que determina a diminuição das funções de síntese e excreção hepáticas, hipertensão portal com anastomoses portossistêmicas e risco de carcinoma hepatocelular. Pode ser consequência de vários fatores etiológicos, nomeadamente álcool, infecções virais, doenças metabólicas, processos autoimunes ou patologia da via biliar.³ É uma doença severa proveniente de diversos fatores que levam à inflamação crônica do fígado. Entre as causas mais comuns estão as hepatites virais (B e C) e o abuso de substâncias, como álcool, embora a esteatose hepática seja considerada uma causa de cirrose emergente. As hepatites virais B e C são classificadas por uma inflamação no fígado causada pelo vírus. Este vírus é hepatotrópico, ou seja, replica exclusivamente nas células hepáticas humanas, fazendo com que haja uma infecção dos hepatócitos, o que pode induzir o aumento do estresse oxidativo intracelular devido ao aumento da produção de espécies reativas de oxigênio (ERO) e diminuição mitocondrial de antioxidantes como glutatona (GSH), e ainda aumento da lipoperoxidação.⁴

O abuso no consumo de bebidas alcoólicas também pode causar danos aos hepatócitos. O álcool é degradado no fígado pela enzima álcool desidrogenase (ADH), a qual é responsável por degradar quantias limitadas de álcool, e pelo citocromo P-450E1 (CYP2E1), que degrada quantias excessivas. Ambos convertem o álcool em acetaldeído (etanol).

O etanol promove a formação de ERO na mitocôndria, implicando em estresse oxidativo devido à escassez de antioxidantes hepáticos.⁵ Nos pacientes cirróticos compensados, sem

manifestações clínicas de doença hepática avançada (ascite, icterícia, encefalopatia ou hemorragia digestiva), uma ou mais dessas complicações desenvolvem-se em uma taxa de 25-30% por década. Entretanto, até que ocorram complicações relacionadas com a cirrose, a mortalidade secundária à doença hepática é rara, sendo inferior a 10% em 10 anos. Todavia, uma vez que o paciente apresenta complicações, a mortalidade aumenta para 50% em 5 anos. O uso de álcool acelera a frequência da descompensação hepática e dobra o risco de mortalidade nos cirróticos.⁶

A biópsia hepática é o exame padrão ouro para documentar a cirrose, identificar a causa e avaliar extensão do comprometimento hepático. Alguns exames de imagem como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada podem delinear as características típicas de um fígado cirrótico e a presença de hipertensão portal quando associados com dados laboratoriais e quadro clínico compatíveis podem auxiliar no diagnóstico de cirrose hepática.²

Até o momento, o transplante de fígado continua sendo a única opção de cura, mas terapias farmacológicas que podem deter a progressão para cirrose descompensada estão sendo desenvolvidos.⁷

O prognóstico da cirrose depende da etiologia, da gravidade da hepatopatia, da presença de doenças associadas e outras complicações. Várias pesquisas têm sido feitas com o intuito de encontrar o melhor instrumento, não invasivo e de fácil utilização, para avaliar o grau de comprometimento hepático bem como o prognóstico dos pacientes. Dentre os mais utilizados estão os *escores* Child-Pugh e MELD (*The Model for End Stage Liver Disease*).

O *escore* Child-Pugh inclui três variáveis contínuas (tempo de protrombina, bilirrubina total e albumina) e duas quantitativas (ascite e encefalopatia hepática). Uma pontuação 1, 2 ou 3 foi atribuída às variáveis, a fim de definir três grupos de pacientes com doenças de gravidade crescente, identificadas pelas letras A, B e C. O grupo A é formado por pacientes com *escore* (soma de pontos) entre 5 e 6, o B entre 7 e 9 e o C entre 10 e 15. Estudo realizado com 177 pacientes cirróticos, para avaliar a validade prognóstica do *escore* Child-Pugh, concluiu que a taxa de sobrevivência de um ano é de 100% para pacientes Child A, 80% para B e 45% para C.

O *escore* MELD resulta num valor numérico obtido através de uma fórmula logarítmica em que as variáveis são os níveis séricos de creatinina e bilirrubina e o valor do RNI (Relação Normalizada Internacional). É utilizado, atualmente, como um dos preditores de mortalidade em pacientes cirróticos, além de ser um marcador de prioridade para pacientes em lista de transplante hepático.⁸

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada pela coleta de dados feita no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014 em prontuários de pacientes cadastrados (agosto de 2012 a dezembro de 2013) no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), em Belém, PA.

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico. Foram coletados os dados dos prontuários dos pacientes diagnosticados com cirrose hepática atendidos no Ambulatório de Hepatologia do CEMEC em Belém, PA. Para a coleta de dados, foi utilizada uma ficha de autoria própria.

Critérios de inclusão: a) Pacientes acima 18 anos; b) Pacientes com diagnóstico de cirrose hepática; c) Aceitação pelo paciente da participação do estudo, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso haja necessidade de busca de informações diretamente com os pacientes, e d) Pacientes em que contenham no prontuário os resultados de exames laboratoriais (bilirrubina sérica, albumina sérica e tempo de protrombina/INR) e histórico de complicações para a possível classificação nas classes de Child-Pugh.

Critérios de exclusão: a) Pacientes abaixo de 18 anos; b) Aqueles que não concordarem em participar da pesquisa, e c) Pacientes em que as informações do prontuário não foram suficientes.

Os dados dos pacientes foram coletados e reunidos através de protocolos de autoria própria por meio de seus prontuários; tal coleta foi autorizada através da assinatura por parte da instituição do Termo de Compromisso para Utilização de Dados.

Não houve a necessidade de aplicar o TCLE, pois encontramos os dados nos prontuários. A coleta ocorreu no CEMEC após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CESUPA, em período matutino e vespertino, de acordo com disponibilidade de horário dos pesquisadores.

As variáveis do estudo foram: gênero, faixa etária, complicações da cirrose, classificação de Child-Pugh, etiologia da cirrose e comorbidades associadas.

O gênero foi classificado em: a) feminino; b) masculino. A faixa etária foi classificada entre: a) 20 a 29 anos; b) 30 a 39 anos;

c) 40 a 49 anos; d) 50 a 59 anos; e) 60 a 69 anos; f) 70 a 79 anos; g) 80 a 89 anos; h) 90 a 99 anos.

As complicações foram divididas em: a) varizes esofágicas; b) ascite; c) peritonite bacteriana espontânea; d) encefalopatia hepática; e) síndrome hepatorenal.

A definição da classificação de Child-Pugh inclui a análise dos seguintes exames laboratoriais: a) bilirrubina sérica; b) albumina sérica; c) tempo de protrombina/INR, e das seguintes complicações: a) ascite; b) encefalopatia hepática, sendo que cada fator varia de um a três pontos dependendo dos valores e resultados.

Para análise do resultado da classificação de Child-Pugh, os pacientes foram divididos em três classes conforme o escore, sendo: a) Classe A: escore de 5 a 6; b) Classe B: escore de 7 a 9; c) Classe C: escore de 10 a 15.

A etiologia da cirrose foi dividida em: a) alcoólica; b) hepatite B; c) hepatite C; d) hepatite autoimune; e) esteatose hepática não alcoólica; f) cirrose biliar; g) cirrose criptogênica.

Os dados coletados foram armazenados no banco de dados relacional MS-ACCESS versão 2010. Para analisar a distribuição das variáveis e avaliar a tendência presente na amostra serão aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais.

As variáveis são todas qualitativas e serão apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas.

A avaliação da tendência amostral será realizada pelo teste do Qui-quadrado.⁹

Fica previamente fixado o nível de significância $\alpha = 0.05$ para rejeição da hipótese de nulidade. Todo o processamento estatístico será realizado no software BioEstat versão 5,4.

Os dados referentes ao estudo foram retirados dos prontuários, e caso algum dado e/ou resultado de exame laboratorial esteja faltando, o paciente seria convocado para solicitação dos mesmos após aceitação e assinatura do TCLE, sendo que as informações serão guardadas sob sigilo absoluto e os nomes dos pacientes ocultados. Desta forma, será mantido o respeito e a seriedade do trabalho em questão. O trabalho será submetido ao julgamento e parecer do CEP do CESUPA, e esta de acordo com a Declaração de Helsinque e com o Código de Nuremberg.

RESULTADOS

Distribuição do Gênero e Faixa Etária

O presente estudo avaliou dados de n=21 pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC).

Sendo observadas que as características Sexo (Masculino 61,9%) e Idade (de 50 a 59 anos com 38,1%) foram as mais frequentes, entretanto, não foram consideradas com predominância estatisticamente significativa ($p > 0.05$, não significativa) (tabela 1).

Tabela 1: Características demográficas de n=21 pacientes no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém-PA, ano 2013.

Características Gerais	n	%	p-valor
Gênero			0,3827
Feminino	8	38,1	
Masculino	13	61,9	
Total	21	100,0	
Faixa etária			0,1756
30 a 39 anos	2	9,5	
40 a 49 anos	2	9,5	
50 a 59 anos	8	38,1	
60 a 69 anos	6	28,6	
70 a 79 anos	3	14,3	
Total	21	100,0	

Fonte: CEMEC

Etiologias da Cirrose

O estudo da etiologia da cirrose mostrou que as etiologias mais frequentes foram Alcoólica (47,6%, com $p=0,9999$ não significativa) e Hepatite C (33,3%, com $p=0,1904$ não significativa). Foi observado que a amostra apresentou tendência ($p < 0,05^*$) para ausência das seguintes Etiologias da Cirrose: Hepatite B com (95,2%), Cirrose Biliar com (100,0%) e Cirrose Criptogênica (85,7%) (tabela 2).

Tabela 2: Etiologia da Cirrose de (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém-PA, ano 2013.

Etiologia da Cirrose	n	%	p-valor
Alcoólica			0,9999
Sim	10	47,6	
Não	11	52,4	
Hepatite B			< 0,0001*
Sim	1	4,8	
Não	20	95,2	
Hepatite C			0,1904
Sim	7	33,3	
Não	14	66,7	
Cirrose Biliar			< 0,0001*
Sim	0	0,0	
Não	21	100,0	
Cirrose Criptogênica			0,0023
Sim	3	14,3	
Não	18	85,7	

*teste G de aderência

Complicações da Cirrose

A distribuição das complicações presentes em n=21 pacientes evidenciou que a amostra apresentou tendência altamente significativa ($p < 0,001^*$) para ausência das seguintes complicações: Peritonite bacteriana espontânea (100,0%), Encefalopatia hepática (81,0%), Síndrome hepatorenal (100,0%). Nenhum paciente apresentou outras complicações (100,0%). Apenas 23,8% destes pacientes apresentaram ausência total de complicações (nenhuma complicação). As complicações Ascite (47,6%) e Varizes Esofágicas (52,4%) ocorreram, entretanto, sem predominância significativa ($p > 0.05$, não significativa) (tabela 3).

Tabela 3: Complicações presentes em (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém - PA, ano 2013.

Complicações da Cirrose	n	%	p-valor
Varizes esofágicas			1,0000
Sim	11	52,4	
Não	10	47,6	
Ascite			1,0000
Sim	10	47,6	
Não	11	52,4	
Peritonite bacteriana espontânea			< 0,0001*
Sim	0	0,0	
Não	21	100,0	
Encefalopatia hepática			0,0088*
Sim	4	19,0	
Não	17	81,0	
Síndrome hepatorenal			< 0,0001*
Sim	0	0,0	
Não	21	100,0	
Outras complicações			<0,0001*
Presença	0	0,0	
Ausência	21	100,0	
Nenhuma Complicação			0,0291*
Sim	5	23,8	
Não			

*Teste G de aderência

Classificação Child Pugh

O estudo da classificação de Child-Pugh mostrou que a Classe A com (52,4%) foi mais frequente, todavia, sem significativa maioria ($p=0.1561$) (tabela 4).

Tabela 4: Características de Child-Pugh dos (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém-PA, ano 2013.

Classificação de Child-Pugh	n	%
Classe A	11	52,4
Classe B	6	28,6
Classe C	4	19,0
Total	21	100,0

p-valor = 0,1561, Qui-quadrado

Complicações da Cirrose

A maioria dos pacientes apresentou ausência de Ascite (52,4%, com $p=0,9999$ não significativa) e significativa ausência de Encefalopatia Hepática com (81,0%, com $p=0,0088^*$, altamente significativa) (tabela 5).

Tabela 5: Ascite e Encefalopatia em (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém-PA, ano 2013.

Presença de Ascite e Encefalopatia	n	%	p-valor
Ascite			
Sim	10	47,6	0,9999
Não	11	52,4	
Encefalopatia Hepática			
Sim	4	19,0	0,0088*
Não	17	81,0	

*teste G de aderência

Comorbidades Associadas à Cirrose

Foi observado que a maioria dos pacientes apresentou ausência das seguintes comorbidades associadas: Hipertensão com 71,4%, com $p=0,0809$ não significativa, e Diabetes com 81,0%, com $p=0,0088^*$, estatisticamente significativa (tabela 6).

Tabela 6: Comorbidades associadas à hipertensão e diabetes de (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém – PA, ano 2013.

Comorbidades associadas	n	%	p-valor
Hipertensão			
Sim	6	28,6	0.0809
Não	15	71,4	
Diabetes			
Sim	4	19,0	0.0088*
Não	17	81,0	

*Teste G de aderência

Distribuição da Bilirrubina

A distribuição da bilirrubina variou entre 0,39 (mínimo) e 6,48 (máximo). A tendência central está em torno da mediana 1,69, variando entre 0,91 (primeiro quartil) e 2,06 (terceiro quartil), pois o p-valor =0,0092* indica que a variável não apresenta distribuição compatível com a curva normal (tabela 7 e figura 8). A distribuição da albumina variou entre 2,20 (mínimo) e 4,80 (máximo). A tendência central está em torno da média 3,50, com variação de $\pm 0,65$ (desvio-padrão), pois o p-valor =0,9285 indica que a variável apresenta distribuição compatível com a curva normal (figura 9).

Tabela 7: Resumo das medidas de Bilirrubina (mg/dL), Albumina (g/dL) e INR (UI) em (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém-PA, ano 2013.

	Bilirrubina (mg/dL)	Albumina (g/dL)	INR (UI)
Mínimo	0,39	2,20	1,04
Máximo	6,48	4,80	3,10
Mediana	1,69	3,50	1,50
Primeiro Quartil	0,91	2,90	1,20
Terceiro Quartil	2,06	4,00	1,80
Média Aritmética	1,81	3,50	1,54
Variância	1,81	0,42	0,22
Desvio Padrão	1,38	0,65	0,46
Coefficiente de Variação	76,2%	18,6%	30,2%
p-valor (normalidade)	0,0092*	0,9285	0,0093*

*Teste de Shapiro-Wilk

Figura 8: Distribuição da Bilirrubina (mg/dL) em (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém-PA, ano 2013. A linha tracejada (azul) indica a região dos valores considerados normais.

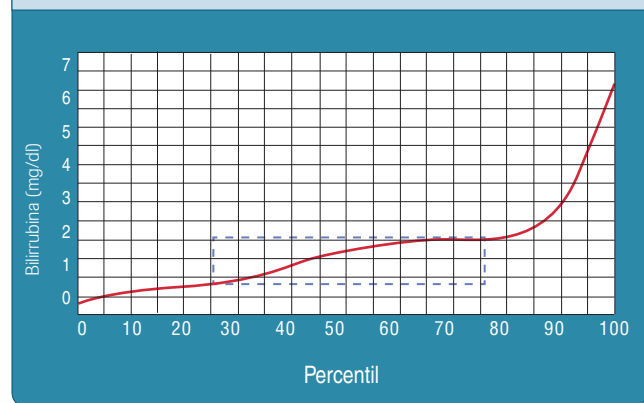
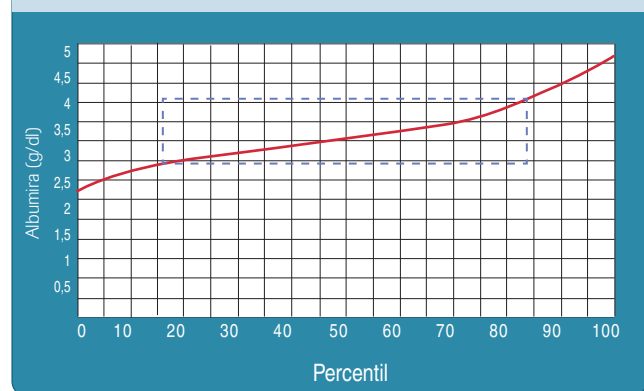


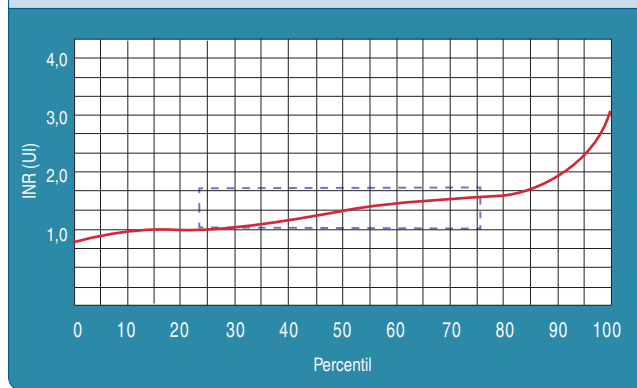
Figura 9: Distribuição da Albumina (g/dL) em (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA. Belém-PA, ano 2013. A linha tracejada (azul) indica a região dos valores considerados normais.



A distribuição do INR variou entre 1,04 (mínimo) e 3,10 (máximo). A tendência central está em torno da mediana 1,50,

variando entre 1.20 (primeiro quartil) e 1.80 (terceiro quartil), pois o p -valor = 0.0093* indica que a variável não apresenta distribuição compatível com a curva normal (figura 10).

Figura 10: Distribuição do INR (UI) em (n=21) pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA, Belém-PA, ano 2013. A linha tracejada (azul) indica a região dos valores considerados normais.



os pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do CEMEC desde seu início, em agosto de 2012 até dezembro de 2013. O número de pacientes diagnosticados com cirrose hepática até essa data e que os prontuários estavam completos para nossa análise foi de 21, que equivale a 16,27% dos pacientes cadastrados no Ambulatório de Hepatologia do CEMEC.

Na tabela 1, observa-se que o gênero predominante foi o masculino com 61,9% (n=13). A ocorrência mais frequente em homens é também igualmente encontrada por todos os autores Paffo *et al.* e Jipsen *et al.*, que abordaram essa variável^{2,13} que descreveu o perfil dos pacientes em pré-operatório para transplante de fígado no Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, e sua amostra de 49 pacientes evidenciou o sexo masculino (n=33, 67%) como o prevalente.^{6,12-15}

A literatura mostra, consistentemente, que existem diferenças no consumo do álcool por sexo, sendo o uso abusivo mais frequente em homens. O alcoolismo está negativamente associado com situação socioeconômica, educação, ocupação e renda.

Como pode ser visto, também na tabela 1, a maior parte dos pacientes com cirrose hepática neste estudo tem entre 50 e 59 anos (38,1%, n=8), se assemelhando na média de 53,09 anos descrita por Almani *et al.*,¹⁶ que fez um estudo dos pacientes cirróticos no Departamento Médico Cirúrgico no Hospital Universitário de Hyderabad/Jamshoro.

A tabela 2 mostra que os pacientes com cirrose hepática atendidos no CEMEC têm, como principal etiologia, o alcoolismo (47,6%, n=10), divergindo apenas do trabalho de Almani *et al.*¹⁶ que descreveu os 139 pacientes atendidos no Hospital Santa Casa de Porto Alegre – RS, onde a principal causa foram as hepatites virais (43,9%, n=72) e em segundo lugar o alcoolismo (29,3%, n=48).

Como segunda etiologia mais frequente em nosso trabalho está a Hepatite C (33,3%, n=7), discordando do trabalho de Mattos *et al.*¹² que avaliou as características epidemiológicas e clínicas da cirrose hepática de 475 pacientes na Unidade do Fígado do Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins da cidade de Salud – Peru, onde a segunda causa foi a hepatite B (15,2%) e a hepatite C (11,8%), a terceira causa.

O álcool é uma droga psicotrópica que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade e principalmente pela mídia em comerciais na televisão. Seu uso é rotina no Brasil e no mundo. De acordo com a OMS, a mortalidade delimitação da condição funcional associada ao consumo de bebida alcoólica superam às associadas ao tabagismo.

DISCUSSÃO

A cirrose hepática é uma condição definida por sua histopatologia e tem uma ampla variedade de manifestações clínicas e complicações, algumas das quais podem ameaçar a vida.

No passado, achava-se que a cirrose nunca era reversível; contudo, ficou claro que, quando o insulto subjacente que causou a cirrose é removido, pode haver reversão da fibrose.

Isto é mais evidente no tratamento bem sucedido da hepatite C crônica; no entanto, a reversão da fibrose também é observada em pacientes com hemocromatose cujo tratamento foi bem sucedido, assim como em pacientes com hepatopatia alcoólica que interromperam o uso de álcool.¹⁰

Independentemente da causa da cirrose, as características patológicas consistem no desenvolvimento de fibrose até o ponto em que se observa distorção arquitetônica com formação de nódulos regenerativos. Isto resulta na diminuição da massa hepatocelular e, assim sendo, em sua função, assim como em uma alteração do fluxo sanguíneo.

A indução da fibrose ocorre com a ativação de células estelares hepáticas, resultando na formação de maior quantidade de colágeno e de outros componentes da matriz extracelular.¹⁰

Os dados obtidos mostraram uma realidade que, em sua maioria, não difere muito daquela encontrada em outros trabalhos de diversos autores. Foram avaliados 129 prontuários de todos

A tabela 3 mostra a presença e ausência de complicações. Demonstra que a principal complicação dos pacientes com cirrose hepática atendidos no CEMEC foram as varizes esofágicas (52,4%, n=11), e em segundo lugar ascite (47,6%, n=10), concordando com o trabalho de Pérez *et. al.*¹⁷ que caracterizou clinicamente os pacientes com cirrose hepática no Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola.”

A primeira complicação mais frequente foi a presença de varizes esofágicas descritas em Mattos *et. al.*¹⁴ assim como no nosso trabalho, mas em segundo lugar, as infecções, em terceiro a encefalopatia hepática e por último a ascite; 23,8% (n=5) dos pacientes não apresentou nenhuma complicação. Nenhum paciente já havia tido peritonite bacteriana espontânea e síndrome hepatorenal.

Isso deve ter ocorrido devido os nossos pacientes serem atendidos ambulatorialmente para controle e acompanhamento, e não internados devido à cirrose hepática descompensada. Sendo assim, é obrigatória a triagem destes pacientes para a realização de endoscopia digestiva alta, diagnóstica e terapêutica quando necessária. Sugerimos um serviço de endoscopia em todos os centros de atendimentos especializados para melhor avaliação de cada caso.

A tabela 4 demonstra a classificação de Child-Pugh, mostrando que 52,4% (n=11) foram classificados como A, indicando um acesso mais precoce aos serviços de saúde. Isso diverge de Bustios, C. *et. al.*¹² em que predominou o Child-Pugh B, e em segundo lugar Child-Pugh C, e de Potto *et. al.*² onde teve a mesma ordem de frequência; mas estes dois trabalhos foram feitos com pacientes internados em hospital, o que difere dos nossos dados.

A tabela 5 mostra que os pacientes têm tendência a ter ascite, mas praticamente não desenvolvem EH, justamente por serem classificados como Child-Pugh A, assim como foi visto no trabalho de Almani *et. al.*¹⁶

A maioria dos pacientes não apresenta comorbidades associadas, como mostra na tabela 6. As duas comorbidades mais presentes foi a hipertensão arterial sistêmica (28,6%, n=6), e diabetes *mellitus* tipo 2 (19%, n=4). Existe uma carência de estudos acerca dessa variável que permita comparar com este trabalho.

A tabela 7 mostra que a bilirrubina encontrava-se em torno de 1,89 de mediana, a albumina em torno da mediana 3,50 e o INR em torno de 1,50, o que é totalmente compatível com a classificação de Child-Pugh encontrada (classe A) visto que

tais dados laboratoriais são usados de rotina da avaliação do dano hepático e tempo de sobrevivência e na necessidade de transplante hepático. A hiperbilirrubinemia é um fator de mau prognóstico na cirrose hepática, ocorrendo principalmente à custa da fração direta. Já a albumina como é produzida exclusivamente pelo fígado, trata-se de um teste valioso da função da síntese do órgão.

O tempo de protrombina é um dos mais importantes marcadores de função hepática, considerando que o fígado é o local de síntese dos fatores de coagulação e que a meia-vida destes fatores é muito mais curta que a da albumina (ex: Fator VII = 6 horas); deste modo avaliamos uma população que, em sua maioria, possui uma boa reserva hepática e bom prognóstico.

CONCLUSÃO

O conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com cirrose hepática atendidos no CEMEC coincidiu com a maioria dos estudos avaliados. Houve predomínio do sexo masculino e adultos jovens.

A principal etiologia foi de origem alcoólica, mostrando que o álcool é um problema de saúde pública em nosso país, gerando gastos que podiam ser evitados com a mudança nos hábitos de vida dos pacientes. Sendo assim propomos que seja criado um programa de conscientização sobre os malefícios do álcool na população residente em Belém - PA.

A complicação que mais esteve presente nestes pacientes foram as varizes esofágicas. O desenvolvimento de um estado circulatório hiperdinâmico provoca uma dilatação ainda maior e o crescimento de varizes e, eventualmente, a sua ruptura e hemorragia varicosa.

O presente estudo evidenciou que a maioria dos pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia do CEMEC são classificados como Child-Pugh A, demonstrando assim que a maioria dos pacientes está em fase inicial da doença e suas alterações laboratoriais são compatíveis com isto.

Concluimos que, com o presente estudo, a maioria dos pacientes é referenciado ao hepatologista após sua primeira descompensação, facilitando o acesso e diagnóstico precoce da cirrose hepática; porém, é preciso ainda intervir com medidas e estratégias variadas para tentar conter a instalação da cirrose propriamente dita; tais medidas incluem: prevenção e tratamento do alcoolismo, vacinação para o VHB, detecção e tratamento precoce da hepatite C.

REFERÊNCIAS

1. Gunnarsdóttir SA. Liver cirrhosis – Epidemiological and Clinical Aspects. Gotemburgo, 2008.
2. Poffo MR, Sakae TM, Mota A, Souza AR. Perfil epidemiológico e fatores prognósticos de mortalidade intra-hospitalar de pacientes cirróticos internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Arquivos Catarinenses de Medicina, Tubarão. 2009; 38(3): 78-85.
3. Gonçalves LIB. Alcoolismo e Cirrose Hepática [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2009.
4. Krüger RL. Influência da cirrose hepática sobre as capacidades cardiorrespiratória e neuromuscular durante o exercício físico: revisão de literatura [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
5. Bruha R, Dvorak K, Petryl J. Alcoholic liver disease. World J Hepatol. 2012; 4(3):81-90.
6. Dittrich S, Mattos AA, Mattos AZ, Alves AV, Araújo FB. Associação entre gradiente de pressão portal e ascite em pacientes com cirrose. Arquivos de Gastroenterologia. 2010; 47(2):174-177.
7. Schuppan D, Afdhal NH. Liver Cirrhosis. Lancet. 2008; 371(9615):838-51.
8. Bassani L. Perfil lipídico de pacientes cirróticos e sua correlação com os escores prognósticos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2011.
9. Ayres M, Ayres J, Manuel; Ayres DL; Santos AAS. BioEstat 5.3: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá; 2007.
10. Wiegand J, Berg T. The etiology, diagnosis and prevention of liver cirrhosis. Dtsch Arztebl Int. 2013;110(6):85-91.
11. Ferreira LL, Arroyo Júnior PC, Silva RCMA, Lamari NM, Cavenaghi OM. Perfil de pacientes em pré-operatório para transplante de fígado em hospital de ensino. Rev. Inst. Ciênc. Saúde. 2013; 31(1): 84-7.
12. Bustíos C, Dávalos M, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es- Salud. Rev Gastroenterol Perú. 2012; 27: 238-245.
13. Jepsen P, Vilstrup H, Andersen PK, Sorensen HT. Socioeconomic status and survival of cirrhosis patients: A Danish Nationwide cohort study. BMC Gastroenterol. 2009; 9:35.
14. Mattos AZ, Mattos AA, Vianna FF, Musskopf MI, Pereira-Lima JC, Maciel AC. Platelet count/spleen diameter ratio: analysis of its capacity as a predictor of the existence of esophageal varices. Arq Gastroenterol. 2010; 47(3):275-8
15. Iida VH, Silva TJA, Silva ASF, Silva LFF, Alves VAF. Cirrose hepática: aspectos morfológicos relacionados às suas possíveis complicações. Um estudo centrado em necropsias, Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, São Paulo.2005; 41(1): 29-36.
16. Almani A, Memon AS, Memon AI, Shah MI, Rahpoto MQ and Solangi R. Cirrhosis of liver: Etiological factors, complications and prognosis. J Liaquat Uni Med Health Sci 2008; 61-66.
17. Pérez DL, Alfonso BE, Assef JAC, Ramírez MM. Caracterización clínica de los pacientes com cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Mediciego. 2011; 17(2): 1-8.