

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com cirrose hepática que procuram unidade de emergência numa cidade do sudoeste baiano

Patrícia dos Santos Ribeiro¹, Émile Silveira dos Santos Fernandes¹, Laylla Oliveira Fagundes¹, Rafael Alves da Silva Costas¹ e Alan Rodrigues de Azevedo ^(orientador)¹

Artigo original

RESUMO

A hepatopatia crônica é uma alteração do parênquima hepático, iniciada por inflamação difusa, que acaba culminando na formação de áreas fibróticas. As etiologias para a DCPF são de origens variadas, como hepatites virais, doenças metabólicas, etilismo, entre outras. Este trabalho teve como objetivo analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com cirrose hepática atendidos pelo Serviço Único de Saúde (SUS) no Hospital Geral de Guanambi (HGG), entre os anos de 2017 a 2021. Trata-se de um estudo transversal, observacional, quantitativo e retrospectivo. Os dados foram colhidos dos prontuários físicos de pacientes portadores de DCPF que procuraram o HGG, no período de 2017 a 2021. A pesquisa dispensou a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois se norteou através da análise de dados retirados dos prontuários do HGG, havendo exposição mínima dos pacientes. Foram analisados 170 prontuários de pacientes portadores de hepatopatias, destes 77,1% eram do sexo masculino, a média de idade dos pacientes era 54,9 anos, entre os fatores de risco, os mais prevalentes foram etilismo, hepatites virais, a principal doença de base foi a DCPF e o principal motivo de internação foi a ascite, estando presente em 62,4% dos pacientes, destes pacientes 19,41% evoluíram para óbito. Os resultados demonstram maior prevalência do sexo masculino entre os pacientes cirróticos com idade média de 55,51 anos, além do alcoolismo ser o principal fator de risco. Dentre as complicações, vale ressaltar o destaque a prevalência da hemorragia digestiva.

Palavras-chave: Cirrose hepática, Hepatopatia, Epidemiologia e Emergência.



Clinical epidemiological profile of patients with liver cirrhosis who seek an emergency unit in a city in southwestern Bahia

ABSTRACT

Chronic Parenchymal Liver Disease (CPLD) is a change in the liver parenchyma, initiated by diffuse inflammation, which ends up culminating in the formation of fibrotic areas, the trigger for CPLD is of varied origin, such as viral, metabolic, alcoholism, among others. To determine the clinical and epidemiological profile of patients with liver cirrhosis treated by the Unified Health Service (SUS) at the Hospital Geral de Guanambi (HGG), between 2017 and 2021. This is a cross-sectional, observational study, quantitative and retrospective. Data were taken from the physical records of patients with CPLD who sought the HGG, from 2017 to 2021. The research waived the use of the Free and Informed Consent Term (FICT), as it was guided by the analysis of data taken from the HGG charts, without patient exposure. 170 medical records of patients with liver diseases were analyzed, of which 77.1% were male, the mean age of patients was 54.9 years, among the risk factors, the most recurrent are alcoholism, viral hepatitis, schistosomiasis and polydrugs, the main underlying disease was CPLD and the main reason for hospitalization was ascites, being present in 62.4% of the patients, of these patients only 19.41% died. The results demonstrate a deficit in filling out the necessary data in the studied unit, which reflects in vague information, however, it was already possible to establish the clinical epidemiological profile of patients in the southwest of Bahia.

Keywords: Liver cirrhosis, Liver disease, Epidemiology and Emergency.

Dados da publicação: Artigo recebido em 08 de Julho e publicado em 28 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p4944-4960>

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, morfológicamente, a Doença Crônica Parenquimatosa do Fígado (DCPF) como alterações do parênquima hepático, iniciadas por inflamação difusa, que acaba culminando na formação de áreas fibróticas¹. O estopim para a DCPF é de origem variada, podendo estar associada a infecções virais (como a hepatite viral crônica B e C), hepatite autoimune, doença hepática gordurosa associada a disfunção metabólica, lesão hepática induzida por álcool, doenças metabólicas (como a hemocromatose), doenças infectoparasitárias, distúrbios vasculares, causas raras (como doença celíaca e fibrose cística); pode ocorrer, também, a cirrose criptogênica, na qual não é possível identificar um fator causal².

O fígado é um dos principais órgãos do corpo humano e participa de inúmeros sistemas fisiológicos do organismo, como o sistema vascular (através do sistema porta-veia porta e artéria hepática -, que mantém o alto fluxo sanguíneo e a baixa resistência vascular necessária ao órgão e ao sistema circulatório), o sistema linfático (os sinusóides hepáticos contêm poros altamente permeáveis, que permite ao órgão uma grande formação de linfa - cerca de metade da linfa do organismo, em condições de repouso), além de servir como reservatório de sangue, já que é um órgão venoso grande e expansível e, portanto, capaz de se adaptar a variações volêmicas, o que pode lhe conferir a capacidade de reservar ou fornecer sangue, conforme necessário³.

O fígado também desempenha papel fundamental no que tange à defesa do organismo, já que as células de Kupffer (macrófagos hepáticos) são responsáveis por fagocitar organismos invasores provenientes do sangue portal, e, portanto, fornece à circulação sistêmica sangue com menos de 1% das bactérias que chegaram ao órgão através da veia porta. Em se tratando de metabolismo, o fígado é um grande participante no que tange ao processamento e síntese de substratos e energia necessários à manutenção da fisiologia integrada do organismo, por meio do metabolismo de carboidratos (armazenamento de glicogênio e gliconeogênese, por exemplo, que são fundamentais no controle dos níveis de glicose sérica, conforme a demanda metabólica), do metabolismo de gorduras (oxidação de ácidos graxos, síntese de colesterol e outras lipoproteínas e lipogênese) e de proteínas (formação de ureia e a consequente remoção da amônia dos líquidos corporais e a formação de proteínas plasmáticas, como a albumina por exemplo)³.

Outrossim, o fígado é capaz de armazenar vitaminas, principalmente as vitaminas A, D e B12, a tal ponto que é capaz de prevenir hipovitaminoses por longos períodos (10 meses, 3-4 meses e pelo menos 1 ano, respectivamente). Outras funções hepáticas incluem o armazenamento de ferro, na forma de ferritina (através do sistema apoferritina-ferritina, o ferro pode ser armazenado ou liberado para a circulação sanguínea), a formação de substâncias imprescindíveis à coagulação sanguínea (protrombina, globulina aceleradora, fibrinogênio e alguns fatores coagulantes, como VI, IX e X), a excreção, metabolização ou remoção de fármacos, hormônios e demais substâncias através da bile, que também é sintetizada pelo órgão³.

Em relação à produção da bile, o fígado necessita conjugar o principal componente desse substrato, que é a bilirrubina - um metabólito resultante da degradação da hemoglobina. Em condições normais, a bilirrubina se liga à albumina na



circulação sanguínea, é transportada para o fígado e, então, a partir da conjugação feita pelos hepatócitos, a bilirrubina se torna um elemento hidrossolúvel; parte desse elemento é eliminado na urina e outra parte irá compor a bile⁴.

Dentre as patologias que acometem esse órgão, a cirrose hepática (CH) é considerada a principal doença crônica do fígado, sendo responsável, no Brasil, em 2015, por aproximadamente 19.000 mortes relacionadas ao uso de álcool, apesar de apresentar outras inúmeras etiologias².

O quadro clínico do paciente com DCPF é variável, sendo que as complicações são consideradas fatores de pior prognóstico da doença e incluem, com níveis de maior incidência, ascite, encefalopatia hepática (EH), hemorragia digestiva e peritonite bacteriana espontânea (PBE). O prognóstico dos pacientes com hepatopatia crônica é frequentemente estimado por escores, como o Child-Pugh e o *Model for End-stage Liver Disease* (MELD), relacionados, respectivamente, à avaliação da gravidade da doença e à previsão de mortalidade para pacientes não submetidos ao transplante hepático⁵.

Dado o exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com cirrose hepática atendidos pelo Serviço Único de Saúde (SUS) no Hospital Geral de Guanambi (HGG), entre os anos de 2017 a 2021, cujos resultados têm a finalidade de fornecer características clínicas e epidemiológicas, bem como os possíveis desfechos para os pacientes portadores dessa patologia na região do sudoeste da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e retrospectivo. Os dados foram retirados dos prontuários físicos de pacientes portadores de hepatopatias que procuraram o HGG, hospital de referência que atende Guanambi e cidades circunvizinhas, sendo referência na região, localizado no sudoeste baiano, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021.

Para selecionar esses pacientes, foi feita a análise do Código Internacional de Doenças (CID) informado no momento da admissão. Classificações referentes à cirrose hepática, como K70.3, K71.7, K74, K74.6 e suas principais complicações, como a ascite (R18) e a hipertensão portal (K76.6) foram computados. No momento da coleta de dados, foi utilizada ficha de autoria própria para reunir informações sobre perfil sociodemográfico - sexo, idade e local de residência -, perfil clínico-epidemiológico - etiologia base da hepatopatia, motivo da internação, fatores de risco - e critérios para escala de Child-Pugh e MELD.

A busca foi realizada de forma manual, selecionando os prontuários que correspondiam aos CID's descritos acima, desta forma, obteve-se amostra de 170 prontuários, correspondente a amostra ideal. Para chegar a esse número, foi realizado cálculo amostral através da calculadora *Winpepi* para um estudo de prevalência estimada, com 95% de confiabilidade. Utilizou-se uma variação de 2% para os dados encontrados na literatura, com taxa amostral de 1,8, considerando o contingente populacional de Guanambi - BA de 84.000 habitantes. Os critérios de inclusão foram pacientes portadores de cirrose hepática de ambos os sexos e maiores de 18 anos, assim como foram excluídas as gestantes.

Os dados coletados foram transcritos em tabela do programa Excel®, versão 2013 e posteriormente analisados, de forma estatística, pelo software SPSS®, versão 2021. As variáveis numéricas foram avaliadas através dos testes T de *Student* e as variáveis categóricas, pelo Qui Quadrado.

A pesquisa dispensou a utilização de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), pois se norteou através da análise de dados retirados dos prontuários do HGG, sem que houvesse exposição dos pacientes. Foi submetida à aprovação pela Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário FIPMOC (UNIFIPMOC), sob o número de parecer 5.511.533.

RESULTADOS

Foram analisados 170 prontuários de pacientes portadores de hepatopatias do HGG. Houve uma maior prevalência de pacientes do sexo masculino, 77,1% (n=131), contra 39 mulheres (22,9%). A média de idade dos pacientes foi de 55,51 anos (DP=14,54). Quanto à cidade de procedência, 76 indivíduos são residentes de Guanambi, seguido das cidades distantes a mais de 100 Km de Guanambi, representando 32,4% da amostra. A caracterização da amostra é representada na Tabela 1. Quanto ao óbito, 33 indivíduos faleceram durante a internação, havendo predominância do sexo masculino (69,7%). A comparação entre o número de óbito e sexo não foi significativa estatisticamente ($p = 0,263$).

Tabela 1. Caracterização da amostra.

Variáveis	N	%	Média (dp)	t	Sig
Sexo					
Feminino	39	22,9			
Masculino	131	77,1			
Idade			55,51 (14,54)	-2,141	0,034
Cidade de procedência					
Guanambi	76	44,7			
Até 50km de GBI	15	10,6			
51 - 100km de GBI	19	11,2			
Acima de 100km de GBI	55	32,4			
Não avaliado	2	1,2			

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O etilismo é o principal fator de risco em toda a área analisada, tendo maior predomínio na cidade Guanambi (68,4%). Ao correlacionar o sexo com os fatores de risco avaliados, observou-se maior prevalência do sexo masculino em relação ao etilismo (n=90). A esquistossomose também se mostrou predominante em homens e em cidades acima de 100 Km de Guanambi (Tabela 2).

Tabela 2. Correlação entre fatores de risco e sexo.

	Sexo		Total	Sig
	Feminino	Masculino		
Etilismo	15	90	105	
Esquistossomose	3	4	7	
CA metastático	0	1	1	
HVA	0	3	3	
Fatores de Risco				
Polifarmácia	2	1	3	0,002
Etilismo e esquistossomose	0	1	1	
Etilismo e HVA	0	5	5	
Não avaliado	19	26	45	
Total	39	131	170	

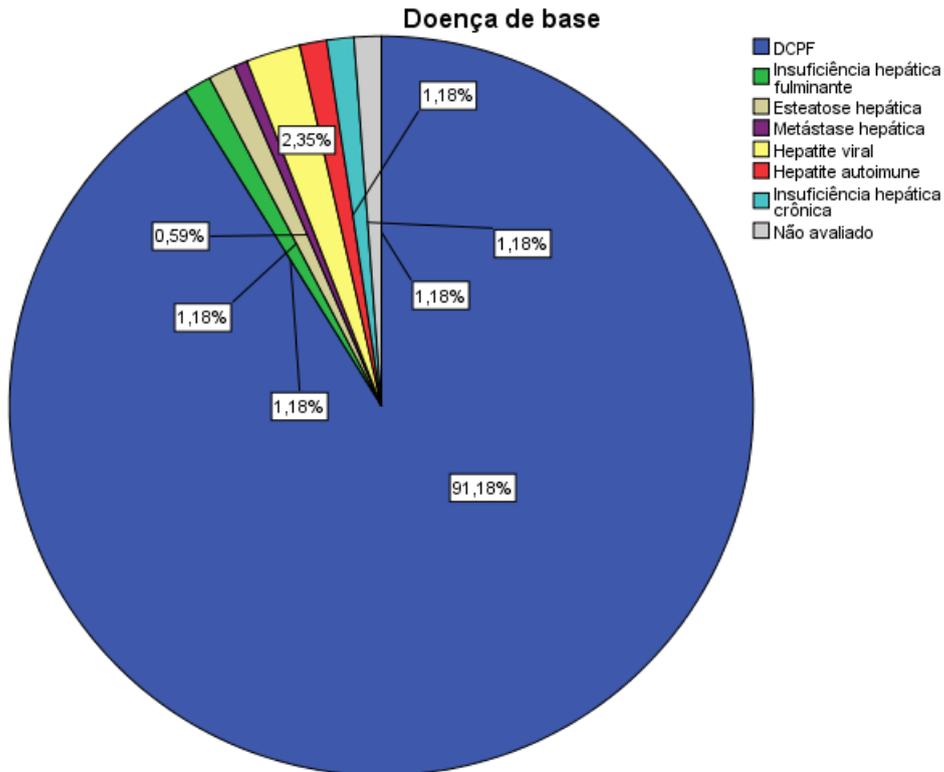
HVA: Vírus da hepatite A.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O motivo de internação mais prevalente foi a ascite, acometendo 53 pacientes (31,2%), seguida do rebaixamento do nível de consciência e outros sintomas com 37 (21,8%) indivíduos para ambos. O estudo também mostrou que 22 participantes apresentaram dor abdominal (12,9%) e em 21 prontuários (12,4%) foi relatado icterícia.

A DCPF foi a doença de base com maior predomínio (91,2%), seguida de Hepatites Virais (2,4%), insuficiência hepática fulminante, hepatite autoimune, esteatose, insuficiência, e metástase hepática que representaram juntas porcentagem menor que 6% (Figura 1).

Figura 1. Doença de base.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na tabela 3, encontram-se os resultados de exames laboratoriais, como albumina, bilirrubina total, TP, relação normatizada internacional (RNI) e creatinina dos pacientes. Destes, 73 (42%) pacientes cursaram com valor de albumina menor que 2,8 g/dL e 13 (7,6%) apresentaram níveis maiores que 3,5 g/dL. Em relação à bilirrubina, o número de pacientes que cursaram com níveis menores que 2 mg/dL e maiores que 3 mg/dL foi semelhante.

O tempo de protrombina em 80% dos pacientes apresentou valores superiores a 6s. Pela associação entre TP e RNI, a maior parte dos indivíduos (51,2%) cursou com valores de RNI inferior a 1,7. A creatinina foi representada por valores séricos entre 0,6 mg/dL e 1,3 mg/dL em 50% dos pacientes, enquanto 41,8% destes, cursaram com valores acima de 1,3 mg/dL e 5,3% manifestaram níveis inferiores a 0,6 mg/dL (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil laboratorial.

Variáveis	N	%
Albumina		
< 2,8	73	42,9
2,8 – 3,5	38	22,4
> 3,5	13	7,6
Não avaliado	46	27,1
Bilirrubina Total		
< 2	59	34,7
2 – 3	14	8,2
> 3	60	35,3
Não avaliado	37	21,8
Tempo de Protrombina		
< 4	1	0,6
> 6	136	80,0
Não avaliado	33	19,4
RNI		
< 1,7	87	51,2
1,7 – 2,2	31	18,2
> 2,2	19	11,2
Não avaliado	33	19,4
Creatinina		
< 0,6	9	5,3
0,6 – 1,3	85	50,0
> 1,3	71	41,8
Não avaliado	5	2,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A ascite acometeu 106 pacientes (62,4%), com maior prevalência em indivíduos que apresentaram albumina sérica menor que 2,8 g/dL (42,9%). Em valores maiores que 3,5g/dL, o acúmulo de líquido abdominal estava presente em apenas 4 pacientes. A relação entre albumina e ascite apresentou significância estatística ($p < 0,001$) (Tabela 4). Os valores de albumina foram correlacionados com o tempo de protrombina (TP), sendo que 65 pacientes apresentaram relação entre níveis albumina menor que 2,8 g/dL e alargamento do tempo de protrombina ($> 6s$), essa correlação apresentou significância estatística.

Tabela 4. Correlação entre variáveis: Ascite x Albumina e EH x Bilirrubina Total

		Albumina				Total	Sig
		< 2,8	2,8 - 3,5	> 3,5	Não avaliado		
Ascite	Presente	57	24	4	21	106	0,000
	Ausente	16	14	9	25	64	
Total		73	38	13	46	170	

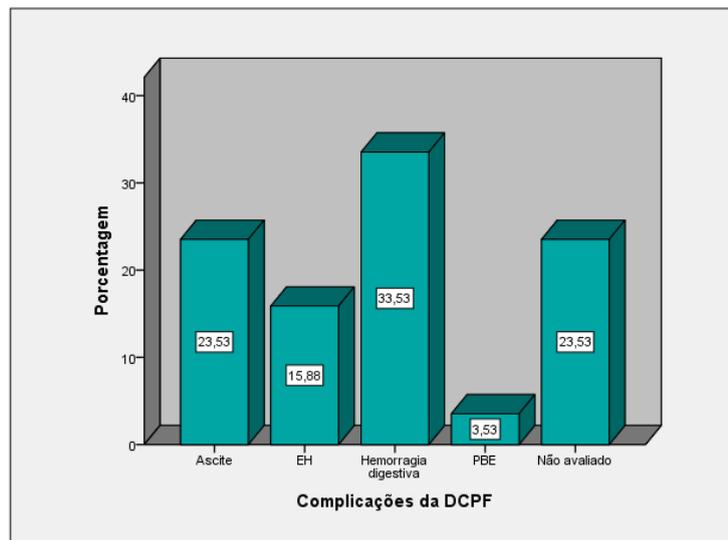
		Bilirrubina Total				Total	Sig
		< 2	2 - 3	> 3	Não avaliado		
EH	Presente	11	5	21	3	40	0,024
	Ausente	3	0	3	0	6	
	Não avaliado	45	9	36	34	124	
Total		59	14	60	37	170	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A EH foi descrita em 40 pacientes, sendo que, destes, 21 apresentaram níveis de bilirrubina total maior que 3 mg/dL. A maioria dos pacientes (n=124) não apresentou esse dado em seus prontuários. É possível observar que houve significância da relação entre valores de bilirrubina total sendo $p < 0,05$.

A principal complicação foi a hemorragia digestiva, que acometeu 57 pacientes (33,5%), seguida da ascite com 40 (23,5%), EH com 27 (15,9%) e 6 (3,5%) pacientes evoluíram para PBE (Figura 2).

Figura 2. Complicações da doença crônica parenquimatosa do fígado.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A análise dos formulários dos pacientes acometidos por DCPF hospitalizados no HGG apontou uma prevalência do sexo masculino (77,1%), o que corrobora com o



estudo realizado na UNOPECCAN-Cascavel, onde o sexo masculino representou 62,98% do total de pacientes participantes do estudo e em Portugal com 77,7% dos pacientes cirróticos atendidos pelo sistema de saúde português

Em se tratando de faixa etária, foi possível observar uma idade média de 55,51 anos no presente estudo. Concordando com esse achado, uma pesquisa feita em um hospital no estado do Paraná e em uma policlínica de hepatologia uruguaia encontraram idade média de 54,9 e 56,6 anos, respectivamente²

Ao correlacionar as variáveis categóricas: fatores de risco e sexo, observou-se maior prevalência do etilismo nos homens (85,7%). Esse achado condiz com o estudo realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), que também apontou predominância do alcoolismo no sexo masculino (57,7%), assim como pacientes assistidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) de Teresina, dos quais mais da metade faziam consumo de álcool, representado por 59,3%^{5,6}. Esses resultados reforçam os dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, a qual mostrou que o consumo abusivo de álcool na população adulta foi 3,3 vezes maior em homens em relação ao sexo feminino¹.

Estudo realizado no hospital UNOPECCAN registrou incidência de 10,31% na associação de pelo menos dois fatores de risco². Esse dado corrobora com o observado no presente estudo, que demonstrou associação entre o etilismo e outros fatores de risco, por exemplo, a esquistossomose e o vírus da hepatite A (HVA). Uma pesquisa feita no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco também apresentou associação entre esquistossomose e hepatite A, representando 31,5% da amostra⁷.

A polifarmácia representou 1,7% dos fatores de risco avaliados neste estudo. O uso indiscriminado de medicações pode causar danos irreversíveis ao parênquima hepático, resultante da hepatotoxicidade. Uma análise realizada na cidade de Manaus coincide com o percentual encontrado no HGG, por evidenciar presença de polimedicação em 2,8% dos pacientes estudados⁹. Apesar de ser uma pequena taxa amostral, o uso indiscriminado de remédios é uma prática amplamente difundida que pode causar danos à saúde do indivíduo ao sobrecarregar a função hepática.

A prevalência de esquistossomose nos pacientes do HGG variou significativamente de acordo com o local de procedência, sendo que essa parasitose se mostrou prevalente (n=6) nos pacientes residentes a mais de 100 km de Guanambi. Esse dado consolida os disponibilizados pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, pois demonstram que regiões que estão a um raio superior a 100 km do município apresentaram taxa de incidência de 3,1% da esquistossomose em 2010. Haja vista que o estado da Bahia é o segundo maior em área endêmica para essa doença no Brasil, estando presente em pelo menos 251 municípios¹⁰.

Ao avaliar os pacientes internados, foi possível perceber um predomínio da DCPF (91,18%) como doença de base, seguida de hepatite viral (2,35%), além de destacar que a esteatose hepática representa apenas 1,18% da amostra total. Estes resultados corroboram com a pesquisa realizada no ambulatório de gastroenterologia da UNIFESO, onde a doença hepática crônica apresenta uma prevalência de 76% e hepatite por vírus C 3%¹¹. No entanto, ao avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com cirrose hepática no hospital UNOPECCAN em Cascavel-PR, a esteatose representou a segunda maior etiologia (11,83%), ao contrário do presente estudo².

A ascite esteve presente em 62,35% dos pacientes com hepatopatia, sendo representante de 31,18% dos motivos de internação. Esses dados concordam com o

estudo dos pacientes avaliados na UNOPECCAN, no qual 74,05% apresentaram algum grau de ascite, reforçando a ideia de que a ascite é uma das complicações mais incidentes da cirrose hepática². Porém, um estudo realizado no CEMEC, 52,4% não apresentavam tal condição¹².

A hipertensão portal é a principal responsável pela formação da ascite que devido a resistência encontrada no fígado, promove elevação da pressão portal culminando em extravasamento de líquido para o abdome; Contudo a albumina também é contribuinte para a formação da ascite, visto que é responsável por 80% da pressão osmótica no plasma¹³. Nas doenças hepáticas crônicas, a albumina tem sua síntese reduzida, caracterizando quadros de hipoalbuminemia, que são utilizados como marcador de doença hepática avançada¹³. Nesta pesquisa, 57 pacientes apresentaram esse quadro associado a níveis de albumina <2,8 g/dL, o que reflete seu papel na manutenção da osmolaridade plasmática. Ou seja, valores de albumina maiores que 3,5 g/dL representam menor probabilidade de evoluir com ascite; essa afirmativa pode ser comprovada no presente estudo, já que apenas 4 pacientes da amostra inicial apresentaram essa complicação. Estes achados condizem com os resultados de uma pesquisa realizada no sul do Brasil em portadores de hepatite autoimune, pois observou-se uma média de 3,6 g/dL nos valores de albumina em 5% dos pacientes (n=40)¹⁴.

O TP é utilizado para avaliar a função hepática: quando este se prolonga por mais de 5 segundos, implica em mau prognóstico¹⁵. No presente trabalho, 65 pacientes apresentaram valores de TP alargado (> 6s) em associação com menores níveis de albumina (< 2,8 g/dL), comprovando a afirmativa anterior. Outrossim, estudo no Hospital Universitário de Santa Fé, Argentina, demonstraram a importância do tempo de protrombina prolongado como preditor de mortalidade hospitalar em pacientes com cirrose alcoólica, em decorrência da insuficiência hepática¹⁵.

A EH esteve presente em 23,53% dos indivíduos internados no HGG; essa condição está relacionada à disfunção hepática, a partir da qual alguns compostos não conseguem ser metabolizados no fígado, devido a lesão hepatocelular, como a amônia, que quando não metabolizada, se acumula na circulação e consegue atravessar a barreira hematoencefálica gerando alterações neurológicas, como a EH¹⁶. Da amostra estudada, 21 indivíduos apresentaram EH associada a bilirrubina total > 3 mg/dL, isso se explica pois, a bilirrubina também é metabolizada nos hepatócitos, acredita-se que sirva como um marcador de função hepática e lesão aguda, visto que a incapacidade de metabolizar a bilirrubina está diretamente ligada à insuficiência hepática e consequentemente ao acúmulo de amônia¹⁶. Estes dados corroboram com os achados do estudo de características clínicas e laboratoriais feito no sul do Brasil, neste estudo, 37,1% dos pacientes apresentaram EH e 63,6% tinham icterícia, o que é indicativo de insuficiência hepática gerando acúmulo de amônia e bilirrubina que são os responsáveis pelos sintomas achados¹⁷.

Ao analisar as complicações dos pacientes estudados no HGG, notou-se que 33,5% evoluíram com hemorragia digestiva, 23,5% com ascite, 15,9% com EH e 3,5% apresentaram PBE. Estudo realizado no regime ambulatorial de gastroenterologia da UNOPECCAN em 2021 analisou as mesmas variáveis, no entanto, observou-se uma maior incidência da ascite (74%) em relação à hemorragia digestiva alta (29,77%)²; tal diferença pode ser explicada devido à complexidade do local em que os pacientes foram assistidos. Em se tratando de EH e PBE, no entanto, o estudo feito no Paraná concordou

com os dados obtidos no HGG, pois a incidência de ambas as complicações foram, respectivamente, 20% e 3%².

Como dito no estudo da UNOPECCAN, a ascite é uma das complicações mais comuns da cirrose e sua taxa de mortalidade após 2 anos de instalação é de cerca de 50%^{2, 18}. Os dados coletados no HGG consolidam essa afirmativa, pois a maioria dos pacientes com ascite (70%) não evoluíram para óbito no momento da internação.

Outra complicação comum na DCPF é a PBE, que consiste em uma infecção bacteriana sem evidência de foco abdominal secundário e está relacionada à presença de líquido ascítico. Essa condição ocorre em 10-30% dos pacientes internados por ascite, sendo que estes estão sujeitos a evoluir para o óbito após 2 anos de alta hospitalar, já que a taxa de mortalidade pós PBE alcança 70% em um ano e até 80% após dois anos¹⁹. O presente estudo condiz com os dados anteriores, uma vez que, dos pacientes portadores de PBE, apenas 2 evoluíram para óbito durante o período de internação.

A hemorragia digestiva é uma emergência médica, a qual levou a óbito 50% dos pacientes internados na Unidade Hospitalar São Rafael após o primeiro episódio de sangramento, de acordo com o estudo realizado pela UFBA²⁰. Discordando desses dados, apenas 15,7% dos pacientes da presente pesquisa que apresentaram sangramento digestivo evoluíram para a morte.

No tocante aos exames laboratoriais, 42,9% (n=73) dos pacientes apresentavam albumina com valor menor que 2,8 g/dL; essa hipoalbuminemia ocorre na maior parte dos pacientes hepatopatas e retrata a atrofia do parênquima hepático, que cursa com diminuição da função desse órgão²¹. Esses dados corroboram com um estudo feito em Belém-PA, que demonstrou a tendência à hipoalbuminemia nesses pacientes, visto que os valores variaram entre 2,2 g/dL e 4,8 g/dL, sendo este o maior valor encontrado¹².

Quanto à bilirrubina, como já citado, sabe-se que o fígado tem papel central na metabolização e excreção dessa substância; com a fibrose hepática, essa função fica prejudicada, o que leva a um retardo na metabolização da mesma²². Os dados da pesquisa no HGG refletem essa realidade, visto que 35,5% (n=60) dos pacientes possuíam valor de bilirrubina maior que 3 mg/dL, consolidando o estudo feito no Pará, cuja média dos valores de albumina dos pacientes avaliados foi de 3,5 mg/dL¹².

O tempo de protrombina e o RNI demonstram a função de síntese hepática, haja vista que os fatores de coagulação são sintetizados no fígado¹³. A insuficiência hepática pode desencadear distúrbios de coagulação em seus portadores, os quais são decorrentes das interações dinâmicas entre os sistemas anticoagulante, pró-coagulante e fibrinolítico, podendo haver diminuição concomitante ou sobreposição de um sobre o outro. Essas alterações podem ter como resultado a hipo ou hipercoagulabilidade ou, até mesmo, uma hemostasia com limiar mais baixo, na qual ocorre redução simultânea dos fatores pró e anticoagulantes²³. Apesar de não determinar confiavelmente o risco de sangramento, o TP é um bom preditor de perda da função hepática²³. Sendo assim, 51,2% dos pacientes do HGG cursaram com níveis de RNI inferiores a 1,7 e 80,6% dos prontuários avaliados apresentaram alargamento do tempo de protrombina.

Dos pacientes internados por cirrose hepática, cerca de 20% desenvolvem como complicação a lesão renal aguda²⁴. Outra complicação bastante comum em pacientes cirróticos é a síndrome hepatorenal (SHR), caracterizada por graves alterações na função circulatória, diminuindo a taxa de filtração glomerular e gerando aumento do valor de creatinina²⁰. Concordando com esses dados, 41,8% dos pacientes internados no



HGG devido a hepatopatias apresentaram valores de creatinina maior que o limite superior de referência, 1,3 mg/dL, o que é indicativo de insuficiência renal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, concluiu-se que, dos pacientes que procuraram o serviço de emergência do HGG devido a complicações da cirrose hepática, houve prevalência do sexo masculino, com idade média de 55,51 anos, sendo, em sua maioria, procedentes do município de Guanambi. Observou-se também que o principal fator de risco relacionado às hepatopatias na unidade em questão foi o alcoolismo; vale ressaltar que pacientes que distam a mais de 100 km do local de estudo, houve incidência significativa da esquistossomose. Dentre as complicações avaliadas, percebeu-se prevalência da hemorragia digestiva. No entanto, a ascite foi a principal causa relacionada ao óbito; é importante salientar que, do percentual total de mortes, houve predominância do sexo masculino.

Contudo, para um perfil clínico mais completo, se faz necessário que todos os prontuários relatem dados como: presença de ascite, encefalopatia hepática, valor de albumina, bilirrubina total, tempo de protrombina, RNI e creatinina. Já que estas informações são imprescindíveis para classificar o paciente nas escalas de Child-Pugh e MELD.

Portanto, os dados apresentados poderão contribuir para o planejamento de ações educativas à população, a fim de esclarecer a respeito dessa patologia, assim como preveni-la e evitar suas possíveis complicações. Sendo assim, é importante ressaltar o valor que um prontuário completo, constando todas as avaliações e procedimentos feitos no paciente, exerce na manutenção dos estudos em saúde pública.



REFERÊNCIAS

1. Melo APS, França EB, Malta DC, Garcia LP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool: Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [Internet]. 2017 Mai 1 [acesso em 30 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PvZkBQZ3GYGVbcGkwgf4Sfg/?format=pdf&lang=pt>.
2. Mendes de Souza AC, Karvat de Oliveira J, Cabral Pereira dos Santos L. Perfil epidemiológico de pacientes com cirrose hepática atendidos ambulatorialmente em hospital de referência do oeste do paraná. **Fag journal of health** (FJH). 2021 Mar 2.
3. Guyton AC, Hall JE. **Guyton & Hall**, tratado de fisiologia médica. 13th ed. Barcelona Elsevier Espa a D.L; 2016.
4. Costanzo LS. **Physiology**. Philadelphia, Pa: Saunders/Elsevier; 2013.
5. Basílio ILD, Castro AFL, Oliveira AHS, Carvalho JD de S, Oliveira JM de, Vasconcelos WM de AL. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes hepatopatas com ascite. **Revista Saúde & Ciência Online** [Internet]. 2016 [acesso em 29 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.rsctemp.sti.ufcg.edu.br/index.php/RSC-UFCG/article/view/365/244>.
6. Santos GVA de A, Monteiro CF de S, Júnior FJG da S, Lima LA de A, Veloso LUP, Rocha MVS. Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em popula o adulta. **Ciência, Cuidado e Saúde** [Internet]. 2021 Jul 31 [acesso em 28 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/58462/751375152490>.
7. Silva PCV, Domingues ALC. Aspectos epidemiológicos da esquistossomose hepatoesplênica no Estado de Pernambuco, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [Internet]. 2011 Set [acesso em 29 de outubro de 2022]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n3/v20n3a07.pdf>
8. Nunes Callado A, Maria Pinheiro Bezerra I, Adami F, Vinícius de Alcantara Sousa L, Carlos de Abreu L. Mortality and hospitalization for liver disease in the Western Amazon from 2008 to 2017. **Journal of Human Growth and Development**. 2021 Abr 28.
9. Tiguman GMB, Biase TMMA, Silva MT, Galvão TF. Prevalência e fatores associados à polifarmácia e potenciais intera o es medicamentosas em adultos na cidade de Manaus: estudo transversal de base populacional, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/mNGQVjQMr4G55swJsDxDDYx/?format=pdf&lang=pt>



10. De situação R. **Ministério da Saúde**. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde [Internet]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_ba_5ed.pdf
11. Veras R dos SC, Lima MM, Gonçalves PD, Oliveira HA, Salgado PHC, Torres ALM. PERFIL DAS DOENÇAS HEPÁTICAS CRÔNICAS NO AMBULATÓRIO DO UNIFESO. Cadernos da Medicina - **UNIFESO** [Internet]. 2018 Abr 25 [acesso em 29 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/752/437>
12. Lima Costa J, Lais S, De Assis M, Brilhante V, Paula A, Guimarães R. Artigo Original Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de cirrose hepática atendidos no Ambulatório de Hepatologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), em Belém -PA. **GED gastroenterol. endosc. dig** [Internet]. Disponível em: revista_GED_edicao1_artigo1_2016.pdf (sbhepatologia.org.br)
13. Catarinense De Pediatria S, **Científico D. Avaliação laboratorial do fígado**. [Internet]. Disponível em: <dc-avaliacao-laboratorial-figado.pdf> (scp.org.br)
14. Fedrizzi RS, coral GP, Mattos AA de, mattos ÂZ de, tovo CV. Evaluation of patients with autoimmune hepatitis in a specialized outpatient clinic in southern brazil. **Arquivos de Gastroenterologia**. 2020 Dez;57(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/HtnfgPVjF48CNgwX5CNW4xD/?lang=en#>
15. Vicco MH, Rodeles L, Ferini F, Long AK, Musacchio HM. In-hospital mortality risk factors in patients with ascites due to cirrhosis. **Revista da Associação Médica Brasileira** [Internet]. 2015 Fev 1 [acesso em 20 de outubro de 2022];61(1):35–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/RfkhHMVwCTYKKGXPwDBbsWD/?lang=en#>
16. Hepatologia, SB. Encefalopatia Hepática: **Relatório da 1 a Reunião Monotemática da Sociedade Brasileira de Hepatologia** [Internet] Volume 30 -Separata - Out/Dez,2011. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/pdf/encefalopatia/ged.pdf>
17. Thiele GB, Silva OM da, Fayad L, Lazzarotto C, Ferreira M do A, Marconcini ML, et al. Clinical and laboratorial features of spontaneous bacterial peritonitis in southern Brazil. São Paulo. **Medical Journal** [Internet]. 2014 Mai 20 [acesso em 29 de outubro de 2022];. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/jbxXjwpgr7Fp8njsZw57LTn/?lang=en#>
18. Rubim A, Chang C, Haine M, Ferraz N, Souza O, Reis S, et al. Ascite: complicação da cirrose/ Ascites: Complication of cirrhosis. **Revista Caderno de Medicina** [Internet]. 2019 [acesso em 22 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/download/1351/592>



19. Bittencourt PL, Zollinger CC, Coelho HSDM. **Manual de Cuidados Intensivos em Hepatologia**. Editora Manole; 2014.
20. Andrade J, Bahia S. **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**. Fundada em 18 de fevereiro de 1808. Letalidade de pacientes cirróticos com hemorragia varicosa em um hospital terciário de Salvador [Internet]. 2013 [acesso em 29 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/13993/1/Jamylle%20Freire%20Andrade.pdf>
21. André T, Guimarães De Matos O. Alterações funcionais da albumina na cirrose hepática. **Faculdade de Medicina Lisboa**. Fevereiro 2018 [Internet]. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42597/1/TiagoGMatos.pdf>
22. Candolo Martinelli A. Icterícia jaundice. **Medicina, Ribeirão Preto**, [Internet]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/503/502>
23. Hepatologia SB. Educação médica continuada: Distúrbios da coagulação na cirrose hepática. **Sociedade Brasileira de Hepatologia**, [Internet] Disponível em: https://www.sbhepatologia.org.br/pdf/FASC_HEPATO_30_FINAL.pdf
24. Hepatologia SB. Recomendações da sociedade brasileira de hepatologia para manejo da lesão renal aguda na cirrose I. **Sociedade Brasileira de Hepatologia**, [Internet]. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Diretriz-SBH-AKI.-FINAL.pdf>