



Caracterização clínica-epidemiológica de pacientes com cirrose hepática atendidos em um serviço de referência na Amazônia

Clinical and epidemiological characterization of patients with liver cirrhosis treated at a referral service in Amazonia

Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con cirrosis hepática atendidos en un servicio de referencia en la Amazonia

Izabelly Biase Damasceno dos Santos¹, Luís Filipe de Castro Sampaio¹, Larissa dos Reis Farias¹, Pedro Henrique de Castro Sampaio¹, Fernando Costa da Cruz¹, Felipe Jose Silva e Silva¹, Ellen Sabrinna dos Remédios Passos¹, Rodrigo Janderson Amaral Damasceno³, Elenilda da Conceição Ribeiro¹, Lizomar de Jesus Maues Pereira^{1,2,3}.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar pacientes com cirrose e suas complicações. **Métodos:** Estudo transversal de pacientes com cirrose hepática atendidos em um ambulatório de Hepatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, realizado com aplicação de questionários. Os dados foram analisados utilizando o Microsoft® Excel e o Jamovi. **Resultados:** Estudo com 70 pacientes com cirrose hepática revelou prevalência discreta em mulheres. O etilismo e o tabagismo foram os hábitos mais encontrados. Metade foi diagnosticada por meio de exames complementares. As principais causas foram Doença Hepática Alcoólica (DHA) e Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA)/Esteatohepatite Não Alcoólica (EHNA), seguida de hepatite C e outras. Ascite, hemorragia digestiva alta e hipertensão portal foram as complicações mais comuns. Destaque para DHGNA/EHNA como causa emergente associada a cirrose hepática e as complicações, como ascite e hipertensão portal. **Conclusão:** Predominância feminina, idade média 60,5 anos. A ascite foi a complicação mais relatada, relacionada à hipertensão portal. É importante a implantação de medidas de saúde pública e educação em saúde, para identificar casos de DHGNA/EHNA e DHA, com foco na prevenção da cirrose hepática visando a redução de complicações e melhoria dos desfechos clínicos.

Palavras-chave: Cirrose Hepática, Ascite, Hipertensão Portal, Cirrose Hepática Alcoólica, Hepatopatia Gordurosa não Alcoólica.

ABSTRACT

Objective: To characterize patients with cirrhosis and their complications. **Methods:** This was a cross-sectional study of patients with cirrhosis of the liver seen at the Hepatology outpatient clinic of the Santa Casa de Misericórdia Foundation in Pará, carried out using questionnaires. The data was analyzed using Microsoft® Excel and Jamovi. **Results:** A study of 70 patients with liver cirrhosis revealed a slight prevalence of women. Alcoholism and smoking were the most common habits. Half were diagnosed through complementary tests. The main causes were alcoholic liver disease (ALD) and non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD)/non-

¹ Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA.

² Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA.

³ Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém - PA.

alcoholic steatohepatitis (NASH), followed by hepatitis C and others. Ascites, upper gastrointestinal bleeding and portal hypertension were the most common complications. We highlight NAFLD/NASH as an emerging cause associated with liver cirrhosis and complications such as ascites and portal hypertension. **Conclusion:** Predominantly women, mean age 60.5 years. Ascites was the most reported complication, related to portal hypertension. It is important to implement public health measures and health education in order to identify cases of NAFLD/ NASH and HAD, with a focus on preventing liver cirrhosis in order to reduce complications and improve clinical outcomes.

Keywords: Liver Cirrhosis, Ascites, Portal Hypertension, Alcoholic Hepatic Cirrhosis, Non-alcoholic Fatty Liver Disease.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar pacientes con cirrosis y sus complicaciones. **Método:** Estudio transversal de pacientes con cirrosis hepática atendidos en el Ambulatorio de Hepatología de la Fundación Santa Casa de Misericordia de Pará, realizado por medio de cuestionarios. Los datos fueron analizados con Microsoft® Excel y Jamovi. **Resultados:** El estudio de 70 pacientes con cirrosis hepática reveló una leve prevalencia de mujeres. El alcoholismo y el tabaquismo fueron los hábitos más frecuentes. La mitad fueron diagnosticados mediante pruebas complementarias. Las principales causas fueron la enfermedad hepática alcohólica (EHA) y la enfermedad del hígado graso no alcohólico (HGNA)/esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), seguidas de la hepatitis C y otras. Las complicaciones más frecuentes fueron la ascitis, las hemorragias digestivas altas y la hipertensión portal. Destacamos NAFLD/NASH como causa emergente asociada a cirrosis hepática y complicaciones como ascitis e hipertensión portal. **Conclusión:** predominio de mujeres, edad media de 60,5 años. La ascitis fue la complicación más notificada, relacionada con la hipertensión portal. Es importante aplicar medidas de salud pública y educación sanitaria para identificar los casos de NAFLD/ NASH y HAD, con especial atención a la prevención de la cirrosis hepática, a fin de reducir las complicaciones y mejorar los resultados clínicos.

Palabras clave: Cirrosis Hepática, Ascitis, Hipertensión Portal, Cirrosis Hepática Alcohólica, Enfermedad del Hígado Graso no Alcohólico.

INTRODUÇÃO

As doenças hepáticas são classificadas em 03 fases principais: esteatose, hepatite e cirrose. Tais fases representam o aumento do nível de gravidade da patologia. (PARENTE DB, 2020). Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1997, estabeleceu morfologicamente que a cirrose seria marcado por um processo por fibrose e mudança na arquitetura do fígado, com a formação do nódulos regenerativos no órgão (GUNNARSDÓTTIR SA, 2008), as quais são responsáveis por ocasionar diversas disfunções, como: redução da síntese e excreção hepática, aumento da pressão portossistêmica com surgimento de anastomose, com potencial evolução para carcinoma hepatocelular (CHC) (GONÇALVES LIB, 2009). Trata-se de uma importante morbidade crônica fatal (MELO APS, et al., 2017).

Em 1990, o número de óbitos por cirrose devido ao uso de álcool foi de 10.707 mortes. No ano de 2015, o número de óbitos foi de 18.923, retratando um aumento no número de mortes por essa condição (MELO APS, et al., 2017). Em um estudo realizado com dados secundários, de 2014 a 2018, obtidos do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde, foi inferido uma maior prevalência de casos de fibrose e cirrose hepática na região Sudeste do Brasil, com um maior número de casos no sexo masculino, sendo uma doença cada vez mais frequente na população brasileira, tendo causas multifatoriais (BRITO IGS, 2022).

A cirrose é decorrente de hepatopatias crônicas, com destaque: (1) Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA), que ocorre por depósito de gordura nas células do fígado, com potencial risco de evolução para hepatopatias. Dentre tal etiologia, essa pode ser subdividida em causa alcoólica e não alcoólica (CARVALHO LC, 2022b). A Doença Hepática Alcoólica (DHA) ocorre pelo resultado da depuração do álcool no organismo (BRITO IGS, 2022), a qual variáveis como etnia, sexo, maneira de consumo determinam a

maior ou menor absorção do etanol e seus níveis na corrente sanguínea (PEDROSA MSP, et al., 2023). A Esteatose Hepática Não Alcoólica (EHNA) é fruto de vários distúrbios provenientes do triglicerídeos hepáticos, onde na fase inicial da doença ocorre o aumento do órgão (hepatomegalia) e mudança na sua coloração para amarela. Os fatores predisponentes são a obesidade, diabetes, gestação e cirurgia (CARVALHO LC, 2022c); (2) Cirrose biliar, é representada pelas síndromes coleostáticas, sendo elas a cirrose biliar primária (CBP), colangite autoimune (CAI), colangite esclerosante primária (CEP) (PEDROSA MSP, et al., 2023); (3) Hepatite alcoólica, é originado pelo alcoolismo crônico e identificada como um quadro pré-cirrótico (DA PONTE IMFT, et al., 2022); (4) Hepatite por droga, que sucede da interação entre fármacos, tais como isoniazida, nitrofurantoína, amiodarona e outros, passível de produção de toxinas ao fígado (BRITO IGS, et al., 2022; CARVALHO LC, et al., 2022a); (5) Cirrose por hepatite, desencadeada por hepatites virais do tipo B (HBV) e C (HCV), decorrentes não da ação dos vírus de forma direta, mas sim do alto nível de reação imunológica produzido pelo paciente, responsável pela destruição das células do fígado (ANDRADE ZA, 2005)

A evolução para cirrose é marcada por várias fases, sendo fundamental o aumento da pressão portal, conhecida como hipertensão porta, definida pelo aumento da pressão (> 5 mmHg) do sistema porta, com surgimento da circulação colateral, translocação de bactérias e ativação persistente do processo inflamatório sistêmico (FONSECA GSGB et al., 2022, CARVALHO LC, 2022a).

Após o estabelecimento do quadro, há a possibilidade do desenvolvimento de acúmulo na cavidade peritoneal, ou seja, ascite (LIDA VH et al., 2005), descrita muitas vezes como o primeiro sintoma (CARVALHO LC, 2022a), com risco de evolução para contaminação, por outras vias, do líquido ascítico, definindo assim a Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) (FONSECA GSGB et al., 2022). A encefalopatia hepática é traduzida, devido ao quadro de cirrose, como distúrbio sistêmico decorrente da diminuição da depuração de inúmeros metabólicos, em especial a amônia (CARVALHO LC et al., 2021). E, por último, a evolução para o estágio final da doença, o Carcinoma Hepatocelular (CHC), tumor maligno com alto nível de mortalidade (CARVALHO LC et al., 2022b). Dessa maneira, a cirrose se torna uma doença de início insidioso e assintomático, com presença de sintomas gerais e inespecíficos, dificultando o diagnóstico de forma precoce.

Portanto, tratando-se da cirrose hepática uma condição de relevante morbidade crônica fatal, com múltiplas etiologias e importantes complicações sistêmicas, este trabalho avalia as características clínicas e epidemiológicas de pacientes com essa condição, com o objetivo de conhecer o perfil dos pacientes afetados por essa doença, assim como a quais as complicações foram mais comuns.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo e quantitativo realizada a partir de aplicação de questionários, de outubro de 2023 a maio de 2024, desenvolvido no ambulatório de Hepatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, em Belém, com pacientes com cirrose hepática. As coletas de dados ocorreram às quartas e sextas-feiras no período matutino.

Os critérios para a inclusão de pacientes na pesquisa foram: idade maior ou igual 18 anos, ter diagnóstico de cirrose hepática e fibrose (CID 10: K74), ser matriculado no Ambulatório de Hepatologia da FSCMPA e/ou que apresente pelo menos um quadro secundário de descompensação da cirrose, tais como ascite (CID 10: R18), encefalopatia hepática (CID 10: K72), peritonite bacteriana espontânea (CID 10: K65.0), hemorragia digestiva alta varicosas (CID 10: I85.0), hipertensão portal (CID 10: K76.6), síndrome hepatorrenal (CID 10: K76.7) e/ou CHC (CID 10: C22.0). Não foram incluídos na pesquisa, os pacientes que apresentavam algumas limitações de responder os questionários aplicados, presença de algum grau de deficiência intelectual e que o impedia de entender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que se recusaram em participar da pesquisa.

Para a elaboração desse estudo foram estudadas as seguintes variáveis: sexo, idade, procedência, escolaridade, presença de história de tabagismo e etilismo, tempo de diagnóstico, presença de comorbidades (diabetes e hipertensão arterial sistêmica), índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA), forma de diagnóstico, etiologia da cirrose e presença de complicações. Foram consideradas como tabagistas,

pacientes com história de exposição ativa e passiva ao tabaco. O IMC foi calculado com a medição da estatura (em centímetros) e massa corporal (em quilogramas) e foram classificados conforme os pontos de corte presentes na Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) (abaixo do peso - IMC menor que 18,5; peso normal- IMC 18,5 a 24,99; sobrepeso- IMC 25,0 a 29,99; obesidade grau 1 - IMC 30,0 a 34,99; obesidade grau 2 - IMC 35,0 a 39,99; obesidade grau 3 - IMC \geq 40).

A classificação de risco do CA foi realizada conforme, World Health Organization (2000), com risco aumentado, para homens com medida maior ou a igual a 94 cm e mulheres com medida maior ou igual a 80 cm, e risco muito aumentado, para homens com CA acima ou igual a 102 cm e mulheres acima ou igual a 88 cm.

Medidas abaixo do corte de risco aumentado foram classificadas como baixo risco. Para a definição de síndrome metabólica utilizado os critérios do International Diabetes Federation - IDF que considera a CA aumentada como critério obrigatório (Homens \geq 94 cm e Mulheres \geq 80 cm) e mais 2 fatores, dentre: Triglicerídeos \geq 150 e/ou Homens HDL $<$ 40 e Mulheres $<$ 50 ou uso de hipolipemiantes; PA \geq 130/85 ou uso de anti-hipertensivos; Glicemia \geq 100 incluindo DM (IDF, 2006).

A definição de risco do consumo de álcool, considerou-se o consumo, em homens \leq 65 anos e mulheres ou indivíduos acima de 65 anos, respectivamente, maiores que 14 drinks/semana e 7 drinks/semana. Para isso, o Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estabelece o valor 13,7 g de álcool puro a quantidade presente em 355 mL de cerveja (5% de álcool), 236 mL de líquido de malte (7% de álcool), 148 mL de vinho (12% de álcool) e 44 mL em destilados (40% de álcool) (PATEL R e MUELLER M, 2023). Sendo assim, mulheres com diagnóstico de doença hepática devem limitar-se ao consumo diário de 1 bebida normal por dia, enquanto que os homens a 2 bebidas normais por dia (BERTHA M et al., 2021).

Os dados foram tabulados no Microsoft® Excel (2019) e as estatísticas foram geradas utilizando o Microsoft® Excel e o Jamovi (2.5.5) (JAMOVI, 2022; R CORE TEAM, 2021). Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva, aplicação do teste de Fisher e Qui-Quadrado. Este trabalho é fruto da pesquisa intitulada avaliação das causas da descompensação da cirrose hepática num serviço de referência para doenças hepáticas crônicas, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer nº 6.409.222, CAAE nº 74347623.1.0000.5171.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta por 70 pacientes diagnosticados com cirrose hepática, com a análise demográfica (**Tabela 1**) mostrando uma discreta prevalência da doença em mulheres (51,4%) em comparação aos homens (48,6%). A média das idades foi menor nos homens (58,8 anos, com desvio padrão de 12,3 anos) do que nas mulheres (60,5 anos, com desvio padrão de 12 anos).

Quando analisado em relação à faixa etária, a mais afetada foi de 60-79 anos, representando mais da metade dos casos (58,6%), seguida por 30-59 anos com 37,1%. A faixa etária encontrada nos resultados corroboram com os trabalhos encontrados. Contudo, em relação ao sexo, os resultados diferem dos estudos realizados (COSTA JKLC, et al., 2016; SOUZA ACM, et al., 2021; CARVALHO L e PARISE ER, 2006; DE OLIVEIRA JKL, et al., 2020).

Porém, é importante ressaltar as diferenças de gênero no acesso e uso dos serviços de saúde, nos quais as mulheres tendem a procurá-los mais (COBO B, et al., 2021). A maioria dos participantes da pesquisa não eram procedentes de Belém (67,1%). Em relação à escolaridade, a maior parte dos pacientes possuía ensino fundamental incompleto (30,0%).

De acordo com o estudo realizado por Pavão ALB, et al. (2013), a escolaridade apresentou forte associação com autoavaliação do estado de saúde. O estudo publicado por Melo SPSC, et al. (2019), reforça isso, encontrando uma maior taxa de doenças crônicas em indivíduos com menos de 8 anos de estudo e elencando como outros fatores significativos associados: índice de massa corporal, percepção de saúde, idade e faixa etária.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes diagnosticados com cirrose hepática, n=70.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	34	48,6
Feminino	36	51,4
Idade*		
Masculino		
Média	58,8	-
Desvio padrão	12,3	-
Feminino		
Média	60,5	-
Desvio padrão	12	-
Faixa etária		
18-29	2	2,9
30-59	26	37,1
60-79	41	58,6
> 80	1	1,4
Procedência		
Belém	23	32,9
Outros municípios/estados	47	67,1
Escolaridade		
Analfabeto	7	10,0
Ensino fundamental incompleto	21	30,0
Ensino fundamental completo	6	8,6
Ensino médio incompleto	4	5,7
Ensino médio completo	20	28,6
Ensino superior incompleto	2	2,9
Ensino superior completo	10	14,3
Total	70	100

Nota: * Idade apresentada em valores de medida central.

Fonte: Santos IBD, et al., 2024.

A caracterização dos hábitos de vida dos pacientes (**Tabela 2**) revelou que 61,4% são ou foram tabagistas ao longo da vida, com 02 pacientes tendo apresentado exposição passiva ao tabagismo. Um elevado percentual (82,9%) dos pacientes consomem ou consumiram álcool. Souza ACM et al. (2021) encontrou uma predominância de pacientes etilistas ou com antecedentes de etilismo em seu estudo (60,3%), porém em relação ao tabagismo, a maior frequência foi de indivíduos que negaram o uso de tabaco ou semelhantes (57,6%). De acordo com Wendt A, et al. (2021), de 2006 a 2017, no Brasil, a prevalência total do consumo abusivo de álcool aumentou nos homens, porém não apresentando mudanças significativas, e manteve um padrão crescente nas mulheres, sendo que em ambos os sexos, o hábito esteve mais presente nos indivíduos de maior escolaridade.

Em relação ao tabagismo, o autor relata que houve diminuição, tendo sempre uma maior prevalência entre os indivíduos de menor escolaridade. Um ponto relevante a ser destacado foi a dificuldade dos participantes em informar a quantidade de álcool consumida, sendo que em muitos casos os pacientes diziam não saber relatar com precisão a quantidade de álcool consumida ao longo da vida.

O tempo de diagnóstico (**Tabela 2**) variou, com a maioria dos casos diagnosticados em menos de 1 ano (41,4%), seguido por pacientes com diagnósticos há mais de 5 anos (31,4%) e entre 1 a 3 anos (21,4%). Apenas 5,7% foram diagnosticados entre 3 a 5 anos.

Em relação às comorbidades (**Tabela 2**), 37,1% dos pacientes são diabéticos (DM) e 45,7% possuem hipertensão arterial sistêmica (HAS). A presença de DM e HAS impacta na percepção de saúde, com estes indivíduos apresentando uma percepção que sua saúde é pior do que os indivíduos da mesma idade, o que pode impactar no estilo de vida, que agrupa decisões como atividades física, alimentação e boa ingestão

hídrica, que foi pior entre os que têm essas comorbidades em comparação aos indivíduos saudáveis (PORTO EF, et al., 2018).

A associação entre percepção de saúde e estilo de vida, principalmente no que tange ao exercício físico e a alimentação, pode ter influência no controle do peso e nas medidas de circunferência abdominal. O IMC variou 50,0% apresentando sobrepeso e 25,9% com IMC normal. Os casos de obesidade foram divididos entre obesidade grau I (19,0%), grau II (3,4%) e grau III (1,7%).

A CA apontou que 48,3% dos pacientes tiveram risco muito aumentado e 34,5% tiveram risco aumentado. Pontua-se que durante a medição da CA, 12 participantes encontravam-se ascíticos, sendo desconsiderados para a classificação de IMC e CA, resultando em um total de 58 pacientes utilizados nessa etapa.

A presença de um IMC elevado é um fator importante para o surgimento de doenças hepáticas, assim como o CA. Noronha VFCM, et al. (2020) encontrou resultado estatístico significativo entre o IMC e os graus de esteatose hepática, o mesmo foi encontrado em relação ao CA.

Tabela 2 - Caracterização dos hábitos de vida, tempo de diagnóstico, comorbidades e antropometria dos pacientes diagnosticados com cirrose hepática atendidos no ambulatório, n = 70.

Variável	N	%
Tabagismo		
Sim	43	61,4
Não	27	38,6
Etilismo		
Sim	58	82,9
Não	12	17,1
Tempo de diagnóstico		
Menos de 1 ano	29	41,4
Entre 1 a 3 anos	15	21,4
De 3 a 5 anos	4	5,7
Mais de 5 anos	22	31,4
Diabetes		
Sim	26	37,1
Não	44	62,9
Hipertensão arterial sistêmica		
Sim	32	45,7
Não	38	54,3
Total	70	100%
Índice de massa corporal		
Normal	15	25,9
Sobrepeso	29	50,0
Obesidade grau I	11	19,0
Obesidade grau II	2	3,4
Obesidade grau III	1	1,7
Circunferência abdominal		
Baixo risco	10	17,2
Risco aumentado	20	34,5
Risco muito aumentado	28	48,3
Total*	58	100%

Nota: *Total menor que 70, pois 12 pacientes estavam ascíticos no momento da medida de IMC e CA, por isso não puderam ser classificados.

Fonte: Santos IBD, et al., 2024.

Metade dos pacientes descobriram a cirrose hepática antes de perceberem ou terem sinais ou sintomas da doença (**Tabela 3**), por meio do acompanhamento de outras condições de saúde, realização de consultas ambulatoriais sem queixas específica, durante o acompanhamento de quadros de esteatose hepática e de infecções virais ou até mesmo durante procedimentos cirúrgicos.

A outra metade procurou ajuda médica por complicações presentes no quadro de cirrose hepática, recebendo o diagnóstico no momento ou durante consultas consecutivas. Por se tratar de uma doença multicausal, muitos pacientes tiveram mais de uma causa contribuindo para o diagnóstico de cirrose hepática. Sendo assim, os resultados obtidos concordam com os autores, onde a causa por DHA (48,6%) é a mais predominante, juntamente com DHGNA/EHNA (48,6%), a qual havia sido descrita como emergente. Enquanto isso, a hepatites pelo vírus C (HCV) (24,3%) foi a segunda etiologia mais prevalente, seguida do vírus B (5,7%), autoimune (5,7%), biliar (5,7%), vascular (1,4%) e criptogênica (1,4%).

Segundo Starr SP e Raines D (2011), o abuso de álcool e as hepatites virais são consideradas as causas mais comuns de cirrose, porém a DHGNA, causa metabólica, está cada vez mais prevalente. Essa afirmação é vista também nos estudos desenvolvidos por Rojas YA, et al. (2022), onde foi observado que cerca de 25% da população está atualmente sendo afetada pelas causas DHGNA e EHNA, sendo que no Brasil essa estimativa gira em torno de 35,2% de indivíduos acometidos, média essa superior a global (31%).

Além disso, para Moon AM, et al. (2020) e Stein E, et al. (2016), cerca de 30-50% de óbitos por cirrose no mundo são atribuídos ao consumo de álcool. Sendo assim, conforme Cheemerla S e Balakrishnan M (2021), já esperava-se aumento no número de casos por DHGNA e DHA, uma vez que inúmeras regiões do mundo estão passando pelo processo de crescimento das taxas de obesidade e do consumo de álcool, haja vista que de acordo Bertha M, et al. (2021) pacientes com DHA ou outras condições hepáticas, como DHGNA, hepatites virais e hemocromatose não existe nível seguro de consumo de álcool.

Tabela 3 - Caracterização das etiologias da cirrose hepática e complicações apresentadas pelos pacientes diagnosticados com a doença atendidos, n = 70.

Variável	N	%
Forma de diagnóstico		
Assintomáticos	35	50,0
Complicações	35	50,0
Total	70	100
Etiologia*		
Vírus da Hepatite B	4	5,7
Vírus da Hepatite C	17	24,3
Alcoólica	34	48,6
Metabólica	34	48,6
Vascular	1	1,4
Autoimune	4	5,7
Biliar	4	5,7
Criptogênica	1	1,4
Complicações**		
Hipertensão portal	53	75,7
Ascite	39	55,7
Hemorragia digestiva alta	17	24,3
Encefalopatia hepática	6	8,6
Carcinoma hepatocelular	1	1,4

Nota: *Total maior que 70 e percentual maior que 100% da amostra devido ao fato de ter sido considerado múltiplas etiologias de cirrose hepática em um mesmo paciente; ** Percentual maior que 100%, devido ao fato de um mesmo paciente ter a possibilidade de apresentar mais de uma complicação decorrente da doença.

Fonte: Santos IBD, et al., 2024.

A análise das complicações (**Tabela 3**) revelou que a ascite foi a complicação mais relatada pelos pacientes, com 55,7% afetados por essa complicação. A hemorragia digestiva alta foi a segunda complicação mais incidente, afetando 24,3% dos pacientes. Contudo, a complicação mais incidente foi a hipertensão portal (75,7%), sendo encontrada nos resultados dos exames de ultrassonografia abdominal total e endoscopia digestiva alta.

Esses resultados convergem com os encontrados por Costa JKLC, et al. (2016), no qual a ascite foi a segunda complicação mais incidente (47,6%) e as varizes esofágicas, um dos sinais de hipertensão portal foi a primeira (52,4%), e por Souza ACM, et al. (2021), que relatou a ascite como a complicação mais encontrada (74,0%) no exame físico em pacientes assistidos ambulatorialmente em um hospital do oeste Paraná, porém também apresentou números significativos de alterações encontrados nos exames de imagem, com as mais incidentes sendo varizes gástricas (69,8%), varizes periportais (65,9%) e hipertensão portal (61,9%).

Em pacientes internados, De Oliveira JKL, et al. (2020), encontrou a ascite como terceira mais registrada em pacientes em um hospital público no estado de Roraima, com segundo lugar ocupada pela encefalopatia hepática e o primeiro lugar pela hemorragia digestiva alta. Além disso, ao relacionar a ocorrência de hipertensão portal com ascite, foi observado uma significância entre a associação, obtendo um $p < 0.001$ pelo teste de Qui-Quadrado. Sendo assim, a presença de hipertensão portal aumenta significativamente a probabilidade do paciente desenvolver ascite, reforçando a necessidade de um diagnóstico e manejo precoce dessas condições.

Tabela 4 - Correlação das etiologias da cirrose com as principais complicações de pacientes atendidos, n = 70.

Causas	p-valor*			
	Ascite	Encefalopatia hepática	HDA**	Hipertensão portal
Hepatite B	1.000	1.000	1.000	0.246
Hepatite C	0.091	0.324	0.053	0.101
Alcoólica	0.157	0.422	0.783	1.000
Metabólica	0.002	1.000	1.000	0.012
Vascular	1.000	1.000	0.243	1.000
Autoimune	0.624	1.000	0.246	0.566
Biliar	1.000	1.000	1.000	1.000
Criptogênica	0.443	1.000	1.000	1,000

Nota: *p-valor do Teste Exato de Fisher; ** HDA: Hemorragia Digestiva Alta.

Fonte: Santos IBD, et al., 2024.

No presente estudo, observou-se que ao associar a causa metabólica (DHGNA/EHNA) com ascite e hipertensão portal houve significância nos resultados, obtendo-se um $p < 0,05$ pelo teste exato de Fisher (**Tabela 4**). A DHGNA acomete cerca de 25% da população mundial, considerada uma das principais causas de cirrose. O DHGNA pode ser classificada desde acúmulo de gordura no fígado de forma leve, com ou sem inflamação, até EHNA, definida como inflamação hepática com tendência a progressão mais rápida da fibrose em comparação ao DHGNA, sendo a última atrelada a síndrome metabólica e ao diabetes tipo 2, aumentando o risco de cirrose e as suas complicações (POWELL EE, et al., 2021).

Sendo assim, não é incomum que haja um subdiagnóstico por DHGNA, mesmo após o desenvolvimento da cirrose, onde só é identificado quando surgem sinais de hipertensão portal, como esplenomegalia e trombocitopenia, bem como os sintomas da descompensação hepática decorrentes da cirrose, como ascite, encefalopatia hepática e sangramento de varizes gastroesofágicas, como complicações da hipertensão portal ou insuficiência hepática (SANYAL AJ et al., 2006). Quanto às outras associações de causas com complicações, não se obteve resultados com significância.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

À Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação (PROPESP/PIBIC/UFGA) edital 18/2023

CONCLUSÃO

O sexo feminino foi o mais prevalente, com uma média de idade 60,5 anos. A faixa etária mais encontrada foi adulto/idoso (60-79 anos). A maior parte dos pacientes atendidos eram provenientes de outros municípios e estados, com escolaridade de ensino fundamental incompleto. Metade dos pacientes estavam assintomáticos e foram diagnosticados por meio de exames complementares, enquanto a outra metade procurou ajuda devido a complicações da cirrose. O álcool e a DHGNA/EHNA foram as principais causas, seguida da hepatite C. Ascite, hipertensão portal e hemorragia digestiva alta foram as complicações mais comuns, sendo que as duas primeiras tiveram significância quando associada. A DHGNA/EHNA está associada com o desenvolvimento de ascite e hipertensão portal. Portanto, é importante a implementação de programas descentralizados de triagem para identificar precocemente a fibrose hepática e suas causas subjacentes, abrangendo todos os municípios do Pará, com atuação na divulgação de informações sobre os riscos da cirrose e promoção de medidas preventivas, como modificações no estilo de vida e acompanhamento regular da saúde hepática. Para isso, parcerias com unidades de atenção primária e equipes multidisciplinares de saúde podem facilitar o acesso ao diagnóstico precoce e ao manejo adequado, visando melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida dos pacientes afetados.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE ZA. Regressão da fibrose hepática. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2005, 38 (6): 514-520.
2. BERTHA M, et al. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Disease: A Patient-Friendly Summary of the 2019 AASLD Guidelines. *Clinical Liver Disease*, 2021, 17(6): 418–423.
3. BRITO IGS, et al. A prevalência de casos de fibrose e cirrose hepática na população brasileira no período entre 2014 a 2018. *Brazilian Journal of Development*, 2022, 8 (5): 37709-37723.
4. CARVALHO L e PARISE ER. Evaluation of nutritional status of nonhospitalized patients with liver cirrhosis. *Arquivos de gastroenterologia*, 2006, 43: 269-274.
5. CARVALHO LC, et al. Encefalopatia hepática: uma abordagem neurológica. *Cardiologia unimar*, 2021.
6. CARVALHO LC, et al. Key clinical considerations of osteoporosis for public health. *Research, Society and Development*, 2022a, 11 (7).
7. CARVALHO LC, et al. The importance and proper management of diuretics in clinical medicine: a pharmacological. *Research, Society and Development*, 2022b, 11 (9).
8. CARVALHO LC, et al. Doenças inflamatórias intestinais: uma abordagem geral. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 2022c.
9. CHEEMERLA S e BALAKRISHNAN M. Global epidemiology of chronic liver disease. *Clinical liver disease*, 2021, 17(5): 365–370.
10. COBO B, et al. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 2021, 26: 4021-4032.
11. COSTA JKLC, et al. 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.*, 2016: 35 (1): 01-08.
12. DA PONTE IMFT, et al. Aspectos anatomopatológicos das neoplasias malignas renais. *Brazilian Journal of Development*, 2022, 8 (12): 127-140.
13. DE OLIVEIRA JKL, et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes cirróticos internados em hospital público de referência do estado de Roraima. *Revista saúde & diversidade*, 2020, 4 (2): 80-83.
14. FONSECA GSGB, et al. Cirrose hepática e suas principais etiologias: Revisão da literatura. *E-Acadêmica*, 2022, 3 (2).
15. GONÇALVES LIB. Alcoolismo e cirrose hepática. Dissertação (mestrado em medicina) - Faculdade ciências da saúde. Universidade da beira interior, Covilhã, 2009.

16. GUNNARSDÓTTIR SA. Liver cirrhosis – epidemiological and clinical aspects. gastroenterology, hepatology. Inst of Medicine. Dept of Internal Medicin. Gotemburgo, 2008.
17. International Diabetes Federation (IDF). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. 2006. Disponível em: <https://idf.org/media/uploads/2023/05/attachments-30.pdf>. Acessado em: 06 de jun. 2024.
18. LIDA VH, et al. Cirrose hepática: aspectos morfológicos relacionados às suas possíveis complicações. um estudo centrado em necropsias. J Bras Patol Med Lab, 2005, 41 (1): 29-36.
19. MELO APS, et. al. 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, 2017, 20: 61-74.
20. MELO SPSC, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. Ciencia & saude coletiva, 2019, 24: 3159-3168.
21. MOON AM, et al. Contemporary epidemiology of chronic liver disease and cirrhosis. Clin Gastroenterol Hepatol, 2020, 18:2650-2666.
22. NORONHA VFCM, et al. Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica e Síndrome Metabólica. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020.
23. PARENTE DB. Métodos de imagem na avaliação da doença hepática gordurosa não alcoólica. Radiologia Brasileira, 2020; 53(2): 9-10.
24. PATEL R e MUELLER M. Alcoholic liver disease. in statpearls. Statpearls publishing, 2023.
25. PAVÃO ALB, et al. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cadernos de Saúde Pública, 2013, 29 (4): 723-734.
26. PEDROSA, MSP, et al. Os principais tipos e manifestações da cirrose hepática: uma atualização clínica. Brazilian Journal of Health Review, 2023, 6 (1): 4423-4439.
27. PORTO EF, et al. Estilo de vida e suas relações com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, 2018, 361-373.
28. POWELL EE, et al. Non-alcoholic fatty liver disease. The lancet, 2021.
29. R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer Software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from mran snapshot 2022-01-01). 2021.
30. ROJAS YA, et al. Non-alcoholic fatty liver disease prevalence in Latin America: a systematic review and meta-analysis. ANN Hepatol, 2022, 27(6).
31. SANYAL AJ, et al. Similarities and differences in outcomes of cirrhosis due to nonalcoholic steatohepatitis and hepatitis C. Hepatology, 2006, 43: 682–89.
32. SOUZA ACM, et al. Epidemiological profile of patients with hepatic cirrosis ambulatorially attended at a reference hospital in the west of Paraná. FAG Journal of Health, 2021, 3 (1): 59-64.
33. STARR SP e RAINES D. Cirrhosis: diagnosis, management, and prevention. American family physician, 2011, 84 (12).
34. STEIN E, et al. Heavy daily alcohol intake at the population level predicts the weight of alcohol in cirrhosis burden worldwide. J Hepatol, 2016, 65:998-100.
35. THE JAMOVI PROJECT. JAMOVI. (VERSION 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.2022.
36. WENDT A, et al. Análise temporal da desigualdade em escolaridade no tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, 2021, 37:50120.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization, 2000.