



LUÍS FELIPE LUKAVY
WILSON ROBERTO FORNER BRONZATTI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM CIRROSE
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE GUARAPUAVA – PR.**

GUARAPUAVA - PR
2023

LUÍS FELIPE LUKAVY
WILSON ROBERTO FORNER BRONZATTI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM CIRROSE
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE GUARAPUAVA – PR.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Avaliadora, como
critério para obtenção do grau de bacharel
(a) em Medicina.

Orientador(a): Prof. Dr. Celso Nilo Didoné
Filho

Co-Orientador (a): Prof. Luciana Luiza
Pellegrini

GUARAPUAVA- PR
2023

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM
CIRROSE ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE
GUARAPUAVA – PR.**

**EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH
CIRRHOSIS TREATED AT A REFERENCE CENTER IN
GUARAPUAVA – PR.**

Luís Felipe Lukavy¹ Wilson Roberto Forner Bronzatti² Celso Nilo Didoné Filho³

AUTORES

Luís Felipe Lukavy ¹

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua senador Pinheiro Machado, 2410, Bairro Santa Cruz, CEP 85010-100, Guarapuava-PR, Brasil.

Telefone: (42) 99941-6900

E-mail: med-luislukavy@camporeal.edu.br;

Wilson Roberto Forner Bronzatti ²

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço: Rua Barão de Capanema, 544, Bairro Santa Cruz, CEP 85015420, Guarapuava-PR, Brasil.

Telefone: (42) 99103-7070

E-mail: med-wilsonbronzatti@camporeal.edu.br;

Celso Nilo Didoné Filho ³

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Coronel Saldanha, 3432, bairro Santa Cruz, apartamento 101, CEP 85015250, Guarapuava-PR, Brasil.

Telefone: (41) 99730-8055

E-mail: celsokurama@hotmail.com.

Fontes de auxílio à pesquisa: Não financiado.

Número do projeto: 68978122.2.0000.8947

Instituição responsável pelo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa: 8947 -

Faculdade Campo Real

Declaração de conflito de interesses de todos os autores: Não há conflito de interesses.

SUMÁRIO

Resumo	7
Abstract.....	10
1 Introdução.....	13
2 Métodos.....	15
3 Resultados.....	18
4 Discussão	22
5 Conclusão.....	25
6 Agradecimento	27
7 Contribuição dos Autores.....	27
8 Orcid.....	27
9 Referências Bibliográficas.....	28
10 Anexos.....	30
10.1- Normas da revista Arquivos de Gastroenterologia	30

RESUMO

Introdução: A cirrose hepática é uma condição caracterizada pela formação de fibrose e nódulos no fígado, decorrente de lesão crônica no órgão. É classificada em compensada ou descompensada, baseada na presença de sintomas como ascite, varizes no trato gastroesofágico, icterícia e encefalopatia hepática. A progressiva fibrose inibe a função das células principais, incluindo hepatócitos e células estreladas hepáticas, resultando em tecido cicatricial e potencial falência hepática. A cirrose hepática pode ser desencadeada por uma variedade de condições, como hepatites virais B, C e D, exposição a toxinas como álcool e drogas, hepatite autoimune, distúrbios colestáticos como colangite biliar primária e colangite esclerosante primária, distúrbios vasculares como síndrome de Budd-Chiari, distúrbios metabólicos como hemocromatose, esteatose hepática não-alcoólica e cirrose criptogênica. A análise do perfil epidemiológico permite que profissionais de saúde identifiquem tendências específicas, como as principais causas da cirrose em determinada região ou grupo populacional. Isso facilita o desenvolvimento de tratamentos e intervenções direcionados. Identificar fatores de risco, como consumo excessivo de álcool, exposição a toxinas e doenças pré-existentes, é crucial para a prevenção e o estabelecimento de estratégias de intervenção.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com cirrose hepática que receberam tratamento no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISGAP).

Métodos: Foi conduzido um estudo observacional, transversal e analítico em pacientes atendidos no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISGAP), utilizando dados de prontuários eletrônicos do programa FastMedic da Secretaria Municipal de

Saúde de Guarapuava, Paraná. A coleta de dados abrangeu registros de junho de 2018 a junho de 2022. Critérios de inclusão consideraram pacientes com diagnósticos específicos de cirrose hepática de acordo com CID 10, e os critérios de exclusão englobaram registros sem CID 10 específico ou fora do período estabelecido, e prontuários com informações insuficientes.

Resultados: No estudo, a prevalência de cirrose foi mais alta em homens (69%), principalmente na faixa etária de 60 a 69 anos. As principais causas de cirrose incluíram doença hepática alcoólica (44,2%), esteatohepatite não alcoólica (16,8%) e cirrose devido à hepatite C (10,6%). Achados revelaram uma associação significativa entre o sexo masculino e encefalopatia ($p=0,005$), assim como maior consumo de álcool ($p=0,004$). Entre os 78 pacientes classificados como Child-Pugh A, nenhum apresentou sinais de encefalopatia hepática. Dos 27 pacientes classificados como Child-Pugh B, oito manifestaram encefalopatia, enquanto dois dos oito pacientes classificados como Child-Pugh C (ou seja, 25%) exibiram sinais de encefalopatia. A análise estatística revelou uma associação altamente significativa entre a presença de encefalopatia hepática e o escore Child-Pugh, com um valor de p (probabilidade) inferior a 0,001. Pacientes sem varizes de esôfago apresentaram uma contagem média de plaquetas mais elevada ($p=0,011$).

Conclusão: A cirrose hepática é uma condição complexa com implicações que vão além da disfunção hepática. Principais causas incluem doença hepática alcoólica, hepatite C e esteato-hepatite não alcoólica, afetando principalmente homens entre 50 e 69 anos. A classificação de Child-Pugh revelou a maioria dos pacientes em estágios iniciais, permitindo intervenções oportunas. A contagem de plaquetas mostrou potencial na avaliação da fibrose e prevenção de complicações. Estratégias

preventivas e educação sobre riscos, especialmente em relação ao álcool, são essenciais para melhorar a qualidade de vida e o prognóstico. Uma abordagem multidisciplinar e precoce é fundamental para o manejo eficaz da cirrose hepática, enfatizando a importância de intervenções terapêuticas precoces e educação contínua sobre fatores de risco.

Palavras chave: Cirrose Hepática. Perfil Epidemiológico. Hepatologia. Hepatite.

ABSTRACT

Introduction: Hepatic cirrhosis is a condition characterized by the formation of fibrosis and nodules in the liver, resulting from chronic injury to the organ. It is classified as compensated or decompensated, based on the presence of symptoms such as ascites, varices in the gastroesophageal tract, jaundice, and hepatic encephalopathy. Progressive fibrosis inhibits the function of main cells, including hepatocytes and hepatic stellate cells, resulting in scar tissue and potential liver failure. Hepatic cirrhosis can be triggered by a variety of conditions, such as viral hepatitis B, C, and D, exposure to toxins such as alcohol and drugs, autoimmune hepatitis, cholestatic disorders such as primary biliary cholangitis and primary sclerosing cholangitis, vascular disorders such as Budd-Chiari syndrome, metabolic disorders such as hemochromatosis, non-alcoholic fatty liver disease, and cryptogenic cirrhosis. The analysis of the epidemiological profile allows healthcare professionals to identify specific trends, such as the main causes of cirrhosis in a particular region or population group. This facilitates the development of targeted treatments and interventions. Identifying risk factors, such as excessive alcohol consumption, exposure to toxins, and pre-existing conditions, is crucial for prevention and the establishment of intervention strategies.

Objective: This study aimed to analyze the epidemiological profile of patients diagnosed with hepatic cirrhosis who received treatment at the Intermunicipal Health Consortium (CISGAP).

Methods: A cross-sectional and analytical observational study was conducted on patients treated at the Intermunicipal Health Consortium (CISGAP), using data from electronic medical records from the FastMedic program of the Municipal Health Department of Guarapuava, Paraná. Data collection covered records from June 2018

to June 2022. Inclusion criteria considered patients with specific diagnoses of hepatic cirrhosis according to ICD-10, and exclusion criteria encompassed records without specific ICD-10, or outside the established period, and records with insufficient information.

Results: In the study, the prevalence of cirrhosis was higher in men (69%), mainly in the 60 to 69 age group. The main causes of cirrhosis included alcoholic liver disease (44.2%), non-alcoholic steatohepatitis (16.8%), and cirrhosis due to hepatitis C (10.6%). Findings revealed a significant association between male gender and encephalopathy ($p=0.005$), as well as higher alcohol consumption ($p=0.004$). Of the 78 patients classified as Child-Pugh A, none showed hepatic encephalopathy. Among the 27 patients classified as Child-Pugh B, 8 manifested encephalopathy, while 2 out of the 8 patients classified as Child-Pugh C (25%) exhibited signs of encephalopathy. Statistical analysis revealed a highly significant association between the presence of hepatic encephalopathy and the Child-Pugh score, with a p-value less than 0.001. Patients without esophageal varices had a higher mean platelet count ($p=0.011$).

Conclusion: Hepatic cirrhosis is a complex condition with implications that go beyond liver dysfunction. Major causes include alcoholic liver disease, hepatitis C, and non-alcoholic steatohepatitis, affecting mainly men between 50 and 69 years old. The Child-Pugh classification revealed most patients in early stages, allowing for timely interventions. Platelet count showed potential in assessing fibrosis and preventing complications. Preventive strategies and education about risks, especially regarding alcohol, are essential to improve quality of life and prognosis. A multidisciplinary and early approach is crucial for effective management of hepatic cirrhosis, emphasizing the importance of early therapeutic interventions and ongoing education about risk factors.

Keywords: Hepatic Cirrhosis. Epidemiological Profile. Hepatology. Hepatitis.

1. INTRODUÇÃO

A cirrose hepática (CH) é caracterizada pela formação de fibrose e nódulos no fígado, resultando de lesão crônica no órgão (1). Esta condição pode ser dividida em duas categorias: compensada ou descompensada, determinadas pela presença de sintomas como ascite, varizes no trato gastroesofágico, icterícia e encefalopatia hepática (2). A progressiva fibrose crônica no fígado inibe a função das células principais, incluindo hepatócitos, células sinusoidais e células estreladas hepáticas, conhecidas como células de Kupffer, levando à formação de tecido cicatricial que pode levar à falência hepática total (1).

Estatísticas dos Estados Unidos apontam aproximadamente 44.000 mortes anuais devido à cirrose hepática, e estima-se que a mesma seja responsável por 2 milhões de óbitos globalmente (3).

A cirrose hepática pode ser causada por várias condições, incluindo hepatites virais B, C e D, exposição a toxinas como álcool e drogas, hepatite autoimune, distúrbios colestatícos como colangite biliar primária e colangite esclerosante primária, distúrbios vasculares como síndrome de Budd-Chiari e cirrose cardíaca, distúrbios metabólicos como hemocromatose, NASH, doença de Wilson, deficiência de alfa-1 antitripsina e cirrose criptogênica (1).

As tendências epidemiológicas das doenças hepáticas crônicas estão se modificando, em resposta à implementação de programas abrangentes de vacinação contra hepatite B e tratamento para hepatite C, e também ao aumento crescente da prevalência da síndrome metabólica e ao aumento do consumo excessivo de álcool nas últimas décadas (3).

Ao analisar o perfil epidemiológico, profissionais de saúde podem identificar tendências específicas, como quais etiologias da cirrose são mais prevalentes em

determinada região ou grupo populacional. Isso auxilia no desenvolvimento de tratamentos e intervenções mais direcionados e eficazes. Identificar possíveis fatores de risco associados à cirrose como consumo excessivo de álcool, exposição a toxinas, doenças pré-existentes (como hepatites virais), são fundamentais para a prevenção e o desenvolvimento de estratégias de intervenção.

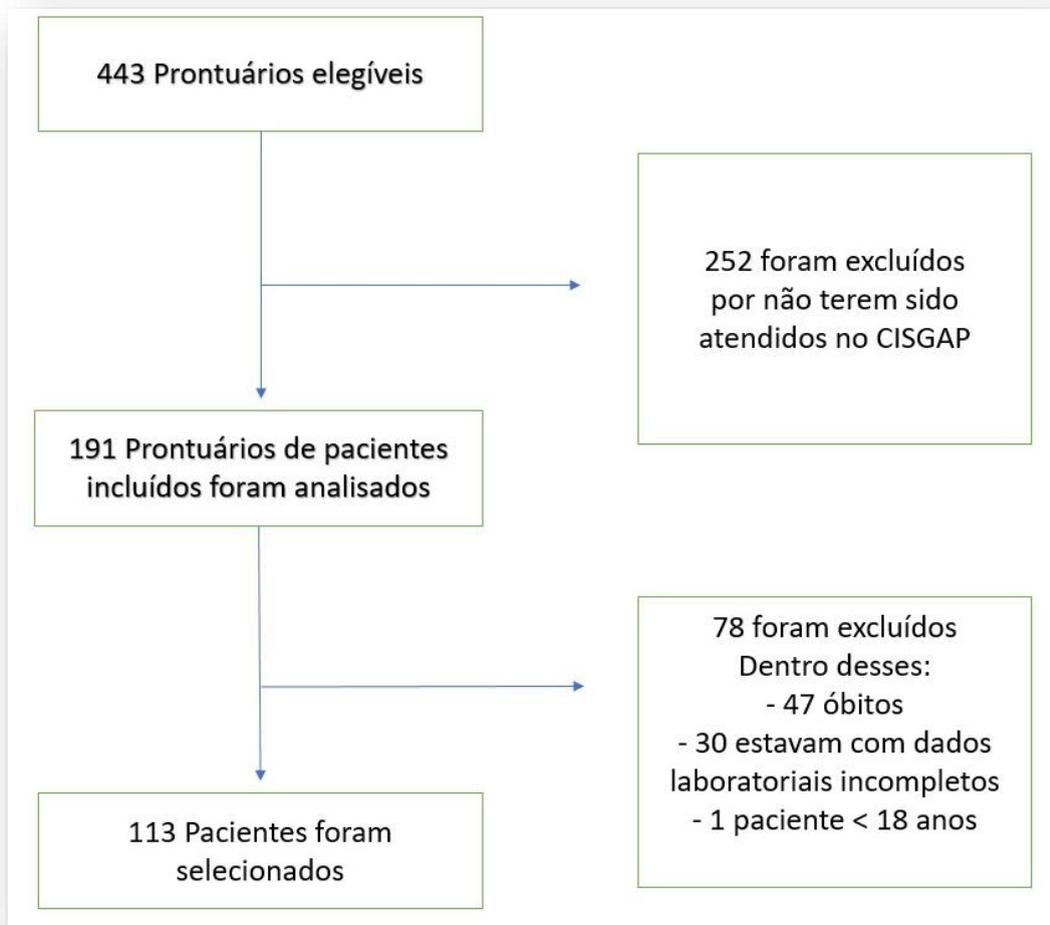
Devido à falta de informações epidemiológicas sobre esse assunto, tanto a nível nacional quanto na região de Guarapuava-PR, é evidente a necessidade de compreender o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com cirrose hepática. Portanto, este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com cirrose hepática que receberam tratamento em Guarapuava-PR.

2. MÉTODOS

Foi conduzido um estudo observacional, transversal, analítico e individualizado, utilizando dados provenientes da análise de prontuários eletrônicos obtidos através do programa FastMedic da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava, no estado do Paraná. A pesquisa focou nos pacientes encaminhados e atendidos no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISGAP).

A coleta de dados foi realizada abrangendo o período de junho de 2018 a junho de 2022. Os critérios de inclusão incluíram prontuários de pacientes com idade superior a 18 anos e com diagnóstico de CID 10 de K70.3 (Cirrose hepática alcoólica), K71.7 (Doença hepática tóxica com fibrose e cirrose hepáticas), K74 (Fibrose e Cirrose Hepática) e K74.6 (Outras formas de cirrose hepática e as não especificadas). Por outro lado, os critérios de exclusão consideraram prontuários de pacientes menores de 18 anos, prontuários sem os registros específicos de CID 10, ou que não se encaixavam no período predefinido. Além disso, os prontuários com informações insuficientes foram excluídos, incluindo daqueles que foram a óbito (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 – Descrição dos critérios de inclusão e exclusão, Guarapuava-PR, 2023



Fonte: Os autores, 2023.

As variáveis abordadas no estudo incluíram gênero, faixa etária, complicações decorrentes da cirrose (ascite, encefalopatia e varizes esofágicas), classificação de Child-Pugh, classificação de Meld, etiologia da cirrose, comorbidades associadas (hipertensão, diabetes melitus do tipo 2, insuficiência cardíaca), hábitos de vida (etilismo e tabagismo) e contagem de plaquetas. Para a análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 21.

O gênero foi dividido em: a) masculino; b) feminino. A faixa etária foi categorizada entre: a) 18 a 39 anos; b) 39 a 59 anos; c) 60 a 90 anos.

A determinação da classificação de Child-Pugh envolveu a avaliação dos seguintes parâmetros laboratoriais: a) níveis séricos de bilirrubina total; b) concentração sérica de albumina; c) tempo de protrombina/INR. Além disso, também foram consideradas as seguintes complicações: a) presença de ascite; b) ocorrência de encefalopatia hepática.

O MELD é um sistema de pontuação utilizado para avaliar a gravidade de doenças hepáticas. O score é calculado com base em três parâmetros laboratoriais: a bilirrubina sérica total, a creatinina sérica e o tempo de protrombina/INR.

A análise da tendência amostral foi conduzida por meio dos testes Qui-quadrado, T-Student e testes não paramétricos. O valor de p usado para significância estatística foi de 0,05 para rejeição da hipótese nula.

Não foi necessário aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que os dados foram obtidos dos prontuários. A coleta dos dados foi realizada no CISGAP após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo a Resolução 466/2012, do Centro Universitário Campo Real, ocorrendo em horários matutinos e vespertinos, de acordo com a disponibilidade dos pesquisadores. O cálculo amostral foi conduzido utilizando a fórmula $N = Z^2 \times P(1-P) / E^2$, assumindo uma prevalência de 3%, resultando em $N = 44$. Dado que o estudo contou com a participação de 113 indivíduos, o tamanho amostral foi considerado adequado.

3. RESULTADOS

Distribuição do Gênero e da Faixa etária

O presente estudo avaliou dados de n=113 pacientes atendidos no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISGAP) entre os anos de 2018 a 2022. Em relação as características de gênero, o sexo masculino foi o que obteve maior frequência no estudo com 69% e a faixa etária com maior predominância foi entre 60 a 69 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características de Gênero e Faixa etária de n=113 pacientes atendidos no CISGAP, Guarapuava-PR, ano 2023.

Características Gerais	n	%
Gênero		
Feminino	35	31
Masculino	78	69
Total	113	100
Faixa etária		
18 a 29 anos	1	0,9
30 a 39 anos	5	4,4
40 a 49 anos	22	19,5
50 a 59 anos	28	24,8
60 a 69 anos	39	34,5
70 a 79 anos	15	13,3
80 a 89 anos	3	2,7
Total	113	100

Fonte: CISGAP, 2023.

Causas etiológicas

A análise da etiologia da cirrose revelou que as causas predominantes foram a doença hepática alcoólica (44,2%), esteatohepatite não alcoólica (16,8%) e a cirrose causada pela hepatite C (10,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das causas etiológicas de cirrose dos n=113 pacientes atendidos no CISGAP, Guarapuava-PR, ano 2023.

Causa Etiológica	n	%
Doença Hepática Alcoólica	50	44,2
Esteatohepatite não alcoólica	19	16,8
Cirrose por HCV	12	10,6
Cirrose Biliar Primária	3	2,7
Cirrose Biliar Secundária	3	2,7
Cirrose Criptogênica	4	3,5
Colangite Esclerosante	1	0,9
Cirrose por HBV	3	2,7
Hemocromatose Hereditária	1	0,9
Hepatite Autoimune	8	7,1
Hepatocarcinoma	1	0,9
Hepatopatia Congestiva Idiopática	2	1,8
Total	113	100

Fonte: CISGAP, 2023.

Achados do exame físico

Em relação aos achados de exame físico, a amostra apresentou tendência significativa já que homens apresentaram mais encefalopatia que as mulheres. Além disso, homens também apresentaram o maior consumo de álcool do que as mulheres (Tabela 3).

Dentre as complicações e comorbidade observadas as mais prevalentes foram ascite, encefalopatia, consumo de álcool, hipertensão arterial, varizes de esôfago, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca e tabagismo (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização de achados do exame físico nos n=113 pacientes atendidos no CISGAP, Guarapuava-PR, ano 2023.

Achados exame físico	n	%	p-valor
Ascite			0,147
Ascite ausente	73	64,6	
Ascite leve	8	7,1	
Ascite moderada	24	21,2	

Ascite grave	8	7,1	
Encefalopatia			0,005*
Sim	10	8,8	
Não	103	91,2	
Etilista			0,004*
Sim	52	46	
Não	61	54	
Hipertensão arterial			0,178
Sim	18	15,9	
Não	95	84,1	
Varizes de esôfago			0,152
Sim	18	15,9	
Não	95	84,1	
Diabetes Mellitus 2			0,133
Sim	10	8,8	
Não	103	91,2	
Insuficiência Cardíaca			0,339
Sim	2	1,8	
Não	111	98,2	
Tabagista			0,682
Sim	14	12,4	
Não	99	87,6	

Fonte: CISGAP, 2023.

Correlação com Child-Pugh

Em relação à presença de ascite, 64,6% dos pacientes não apresentaram ascite, enquanto 7,1% tiveram ascite leve, 21,2% ascite moderada e 7,1% ascite grave. A encefalopatia foi observada em 8,8% dos pacientes. Cerca de 46% dos pacientes foram identificados como etilistas, enquanto 15,9% apresentaram hipertensão arterial e o mesmo percentual apresentou varizes de esôfago. Cerca de 12,4% dos pacientes foram identificados como tabagistas.

Foi possível observar que do total de pacientes (n=113), 78 foram classificados como Child-Pugh A, 27 como Child-Pugh B e 8 como Child-Pugh C. Em relação à presença de ascite, 73 pacientes não apresentaram ascite, enquanto 8 apresentaram ascite grave, 8

ascite leve e 24 ascite moderada. Os resultados da correlação entre o grau de Child-Pugh e gravidade da ascite foram estatisticamente significativos, indicando uma associação entre a gravidade da ascite e a classificação Child-Pugh, com um p-valor inferior a 0,001.

Dos 78 pacientes classificados como Child-Pugh A, nenhum apresentou encefalopatia hepática. Entre os 27 pacientes classificados como Child-Pugh B, 8 manifestaram encefalopatia, enquanto 2 dos 8 pacientes classificados como Child-Pugh C (25%) exibiram sinais de encefalopatia. A análise estatística revelou uma associação altamente significativa entre a presença de encefalopatia hepática e o escore Child-Pugh, com um p-valor inferior a 0,001.

Paciente que não possuem varizes de esôfago tem em média maior número de plaquetas (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação de Idade, Varizes de esôfago e Plaquetas de n=113 pacientes atendidos no CISGAP, Guarapuva-PR, ano 2023.

	Varizes de esôfago	n	Média	Erro desvio	Erro padrão da média	p-valor
Idade	Sim	18	54,67	10,527	2,481	0,196
	Não	95	58,52	11,687	1,199	
Plaquetas	Sim	18	101666	43610	10279	0,011*
	Não	95	145670	69711	7152	

Fonte: CISGAP, 2023.

4. DISCUSSÃO

A cirrose é uma condição crônica do fígado caracterizada pela destruição difusa e regeneração das células hepáticas parenquimatosas, o que resulta em um aumento generalizado do tecido conjuntivo e desorganização da estrutura lobular. A tríade de necrose parenquimatosa, regeneração e cicatrização está sempre presente, independentemente das manifestações clínicas individuais. Em muitas doenças crônicas do fígado, a cirrose é considerada um estágio irreversível (4).

As complicações mais comuns incluem varizes esofágicas, ascite, encefalopatia, infecções bacterianas, insuficiência renal, carcinoma hepatocelular e insuficiência hepática. Alguns componentes reversíveis da cirrose mostraram melhorias histológicas significativas com regressão da condição, mas a completa resolução com retorno à arquitetura normal parece improvável (5).

Embora seja possível estabilizar a cirrose através do controle da doença primária, sua presença acarreta consequências como hipertensão portal, desvio de sangue intra-hepático, comprometimento da função parenquimatosa que afeta a síntese de proteínas, o metabolismo hormonal e a excreção de bile e sais biliares (4).

As causas principais da cirrose incluem: doença hepática alcoólica (DHA), hepatite B (HBV), hepatite C (HCV), esteato-hepatite não alcoólica (EHNA), hemocromatose, hepatite autoimune (HAI), cirrose biliar primária (CBP) e colangite esclerosante primária (6).

Quando comparados ao serviço onde os dados da pesquisa foram coletados, há um padrão bastante similar: doença hepática alcoólica correspondendo à 44,2% (n=50), seguida de esteatohepatite não alcoólica com 16,8% (n=19) e cirrose devido

ao vírus da hepatite C (HCV) com 10,6% (n=12). Outras causas menos comuns incluíram a cirrose biliar primária, cirrose biliar secundária, cirrose criptogênica, colangite esclerosante, cirrose por vírus da hepatite B (HBV), hemocromatose hereditária, hepatite autoimune, hepatocarcinoma, hepatopatia congestiva e casos classificados como idiopáticos, cada um representando uma proporção menor do total de casos.

A faixa etária mais prevalente para a ocorrência de cirrose, conforme encontrado em nosso estudo, é entre 50 e 69 anos, uma tendência que é consistentemente observada em pesquisas anteriores.(7) . Além disso o gênero masculino foi mais prevalente, algo que também é corroborado pela literatura científica (7).

Do total de 113 pacientes, 31% (n=35) eram do sexo feminino e 69% (n=78) do sexo masculino. Em relação à distribuição por faixa etária, o grupo apresentou a seguinte composição: 0,9% (n=1) estavam na faixa etária de 18 a 29 anos, 4,4% (n=5) na faixa de 30 a 39 anos, 19,5% (n=22) na faixa de 40 a 49 anos, 24,8% (n=28) na faixa de 50 a 59 anos, 34,5% (n=39) na faixa de 60 a 69 anos, 13,3% (n=15) na faixa de 70 a 79 anos e 2,7% (n=3) na faixa de 80 a 89 anos.

Estudos têm consistentemente demonstrado que há disparidades no consumo de álcool entre os gêneros, com o uso excessivo sendo mais comum em homens.(1,8). O alcoolismo tem sido frequentemente associado negativamente com o status socioeconômico, níveis de educação, ocupação e renda. (1,8). Nosso estudo encontrou a mesma disparidade no consumo de álcool entre gêneros. Dos 78 pacientes masculinos 55,7% (n=43) eram etilistas, por outro lado apenas 25,7% das pacientes femininas (n=9) eram etilistas.

Considerando as implicações clínicas e os resultados do exame físico, as complicações mais prevalentes observadas no ambiente ambulatorial foram: ascite, encefalopatia, consumo de álcool, hipertensão arterial, varizes de esôfago, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca e tabagismo, como pode ser visto na Tabela 3.

Com base nos resultados apresentados, a importância do escore Child-Pugh é evidenciada na avaliação e classificação de pacientes com cirrose hepática, especialmente em relação a complicações como encefalopatia hepática e ascite. A associação significativa entre a presença de encefalopatia e ascite e as classificações Child-Pugh B e C indica a utilidade clínica desse sistema de classificação na previsão e monitoramento de complicações hepáticas. A capacidade do escore Child-Pugh em estratificar o risco de complicações e oferecer orientação no manejo clínico é ressaltada por meio desses achados, destacando sua importância como uma ferramenta prática e eficaz na avaliação de pacientes com doenças hepáticas, proporcionando uma base para decisões terapêuticas e prognóstico clínico (9,10).

A contagem de plaquetas emerge como um importante marcador na avaliação do grau de fibrose hepática. Foi demonstrado na literatura que a redução na contagem de plaquetas pode estar associada a um aumento da atividade fibrótica no fígado, indicando a progressão de doenças hepáticas crônicas, como a cirrose, bem como da sua associação com a hipertensão portal (11).

Com base nos dados apresentados na Tabela 5, é possível inferir uma relação significativa entre o número de plaquetas no sangue e a presença de varizes de esôfago.

Esses resultados sugerem que a contagem de plaquetas pode desempenhar um papel crucial na patogênese das varizes de esôfago, possivelmente como um fator

de risco ou indicador de progressão da doença. As plaquetas são conhecidas por desempenhar um papel vital na coagulação sanguínea e na reparação de tecidos lesionados. Portanto, uma contagem reduzida de plaquetas pode estar associada a uma maior incidência de sangramento e desenvolvimento de varizes de esôfago, uma complicação grave frequentemente associada à cirrose. A contagem de plaquetas se mostra então, um importante fator para avaliação do grau de fibrose hepática (12).

5. CONCLUSÃO

Com base nos achados discutidos, a investigação revelou que as principais causas da cirrose incluem doença hepática alcoólica, hepatite C e esteato-hepatite não alcoólica. A análise demográfica indicou que a faixa etária mais afetada está entre 50 e 69 anos, com uma predominância significativa no gênero masculino.

A classificação de Child-Pugh emergiu como um sistema crucial para a avaliação e estratificação de pacientes com cirrose, fornecendo insights valiosos para prever e monitorar complicações como ascite e encefalopatia hepática. Além disso, a contagem de plaquetas mostrou-se uma ferramenta promissora na avaliação do grau de fibrose hepática e na predição de complicações como varizes de esôfago.

Os resultados do estudo destacaram que a maioria dos pacientes que receberam atendimento no CISGAP foram categorizados como Child-Pugh A, indicando que a maioria desses pacientes se encontra em estágios iniciais da doença. Ao identificar os pacientes em estágios iniciais da doença, é possível implementar intervenções oportunas e estratégias preventivas, visando retardar a progressão da cirrose e reduzir o risco de complicações graves. Além disso, a ênfase na educação sobre os fatores de risco e a promoção de estilos de vida saudáveis podem

desempenhar um papel fundamental na redução da incidência e impacto da cirrose, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e prognóstico dos pacientes.

6. AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer e dedicar esse trabalho a todos que me auxiliaram nessa jornada acadêmica. Primeiramente a Deus por iluminar e abençoar o caminho traçado no nosso âmbito acadêmico. A nossas famílias que sempre nos apoiaram e nos auxiliaram em todas as minhas decisões e momentos difíceis.

Agradecemos especialmente o nosso orientador Dr. Celso Didoné Filho que foi extremamente acolhedor e participativo na elaboração desse projeto. Por fim, aos nossos colegas pela disponibilidade e companheirismo, por nos auxiliarem em vários momentos.

7. CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Bronzatti WRF, coleta de dados, execução da pesquisa, escrita do texto, análise da estatística, revisão. Lukavy LF, coleta de dados, execução da pesquisa, escrita do texto, análise da estatística, revisão. Filho CND, revisão.

8. ORCID

Luís Felipe Lukavy: 0009-0009-7447-0711

Wilson Roberto Forner Bronzatti: 0009-0006-7935-7070

Celso Nilo Didoné Filho: 0000-0003-1238-4999

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharma B, John S. Hepatic Cirrhosis. 2018.
2. D'Amico G, et al. Clinical states of cirrhosis and competing risks. *Journal of Hepatology* [Internet]. 2018 Mar 01 [cited 2023 Oct 3];68 DOI <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2017.10.020>. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29111320/>.
3. Moon AM, Singal AG, Tapper EB. Contemporary Epidemiology of Chronic Liver Disease and Cirrhosis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* [Internet]. 2020 Nov 18 [cited 2023 Sep 16]; DOI <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.07.060>. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31401364/>.
4. Schuppan D, Afdhal NH Afdhal. Liver cirrhosis. *Lancet* [Internet]. 2008 Mar 08 [cited 2023 Oct 5]; DOI [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60383-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60383-9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18328931/>.
5. 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. Available from: <https://www.lumhs.edu.pk/jlumhs/Vol07No02/pdfs/v7n2oa01.pdf>.
6. Gunnarsdóttir SA. Liver cirrhosis-epidemiological and Clinical Aspects [doctoral thesis on the Internet]. Gothenburg: University of Gothenburg; 2008 [cited 2023 Oct 10]. 75 p. Available from: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/10132>.
7. Figueiredo FAF, Coelho HSM, Soares JAS. Peritonite bacteriana espontânea na cirrose hepática: prevalência, fatores preditivos e prognóstico. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 1999 Apr 01 [cited 2023 Oct 14];45 DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-42301999000200007>. Available from: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/MqTWHkS3FhGSrFBq7t4zs3k/#>.
8. Gonçalves LIB. Alcoolismo e cirrose hepática [dissertação de mestrado on the Internet]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2009 [cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/947>
9. Tsoiris A, Marlar CA. Use Of The Child Pugh Score In Liver Disease. StatPearls Publishing [Internet]. 2019 Jun 14 [cited 2023 Oct 4]; DOI 31194448. Available from: <https://europepmc.org/article/nbk/nbk542308#free-full-text>

10. Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child–Pugh versus MELD. *Journal of Hepatology* [Internet]. 2004 Nov 23 [cited 2023 Oct 2];42 DOI <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2004.11.015>. Available from: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(04\)00533-1/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(04)00533-1/fulltext).
11. Costa AC, Ribeiro B, Costa E. Índices plaquetários em indivíduos com doença hepática alcoólica crônica. *Arquivos de Gastroenterologia* [Internet]. 2007 Sep 01 [cited 2023 Sep 8];44(3) DOI <https://doi.org/10.1590/S0004-28032007000300004>. Available from: <https://www.scielo.br/j/ag/a/GGnJkNV8TjSxhkqnyYCGN3x/>.
12. Witters P, et al. Review article: blood platelet number and function in chronic liver disease and cirrhosis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* [Internet]. 2008 Mar 05 [cited 2023 Oct 4];27 DOI <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03674.x>. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2036.2008.03674.x>
13. Berg T, Wiegand J. The Etiology, Diagnosis and Prevention of Liver Cirrhosis: The Etiology, Diagnosis and Prevention of Liver Cirrhosis. *Deutsches Ärzteblatt International* [Internet]. 2013 Feb 08 [cited 2023 Oct 6]; DOI 10.3238/arztebl.2013.0085. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/134324>
14. Berg T, Wiegand J. The Etiology, Diagnosis and Prevention of Liver Cirrhosis: The Etiology, Diagnosis and Prevention of Liver Cirrhosis. *Deutsches Ärzteblatt International* [Internet]. 2013 Feb 08 [cited 2023 Oct 6]; DOI 10.3238/arztebl.2013.0085. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/134324>
15. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Revista de Gastroenterología del Perú* [Internet]. 2007 Sep 03 [cited 2023 Sep 16]; Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000300003

10. ANEXOS

10.1 Normas da revista Arquivos de Gastroenterologia.

Escopo e política

Publica contribuições originais e inéditas (de pesquisadores nacionais e estrangeiros), que sejam compatíveis com os objetivos da Revista e estejam adequadas aos padrões científicos e editoriais.

A submissão do manuscrito implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação.

São aceitos estudos de natureza original, clínicos ou cirúrgicos, técnicas, estudos de epidemiologia e artigos de revisão. Relatos de casos não são aceitos. As seções de Artigo Original são: Endoscopia, Cirurgia, Hepatologia, Motilidade Digestiva, Gastroenterologia Clínica, Cirurgia Experimental, Gastroenterologia Pediátrica, Patologia Clínica de Gastroenterologia e Nutrição.

Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor, Consenso, Comunicação Breve, Suplementos e E-Vídeos.

A avaliação do trabalho é feita de forma imparcial e incógnita, ou seja, omitindo aos examinadores, qualquer identificação da origem do artigo. Artigos Originais são avaliados por no mínimo dois revisores (peer review). O tempo estimado para o processo é de 90 dias a partir da submissão. A decisão sobre a aceitação para publicação é tomada pelo Conselho Editorial.

Nenhuma taxa é exigida aos autores para submissão, avaliação e publicação de artigos. **A Arquivos de Gastroenterologia** está disponível online com um acesso aberto e livre. Não é necessário solicitar ao periódico a

permissão para cópia eletrônica, desde que o crédito apropriado seja dado à fonte original.

Forma e preparação de manuscritos

Regras gerais

O texto deve estar no idioma inglês.

O número de autores é limitado a seis para os Artigos

Originais, e três para Comunicação Breve. Exceções podem ser feitas no caso de estudos multicêntricos.

Para Comunicação Breve, recomenda-se que não ultrapasse mais de 2500 palavras. Pode conter uma figura e uma tabela.

As referências não devem exceder a 15.

Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Métodos, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes.

As pesquisas com humanos devem trazer o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal.

Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte

endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.

Recomenda-se uma carta de apresentação destacando a intenção de publicar no periódico **Arquivos de Gastroenterologia** e a importância desta pesquisa e publicação. Esta carta deve ser escrita no campo “Author’s Cover Letter” no cadastro on-line.

Por determinação do SciELO, a adoção do ORCID como identificador dos autores passará a ser obrigatória a partir de janeiro de 2019.

Formato

O manuscrito submetido deve ser enviado em formato Microsoft Word e organizado da seguinte forma:

- 1) Título em inglês e português. Para autores estrangeiros a tradução será feita.
 - 2) Nomes dos autores e suas afiliações. Não insira cargos, funções ou adjetivos.
 - 3) Para cada autor deve ser descrita **em inglês** a sua participação no estudo. As contribuições são, por exemplo: coleta de dados, execução de pesquisa, redação de texto, análise estatística, etc.
 - 4) Departamento e Instituição onde o trabalho foi realizado.
 - 5) Orcid de todos os autores.
 - 6) Declarar se há ou não conflito de interesse, subsídio ou outro apoio financeiro; os patrocinadores devem ser declarados.
 - 7) Resumo estruturado (Contexto, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão). O Resumo deve ser enviado tanto em inglês como em português (de 200 a 600 palavras). Abreviações, notas e referências devem ser evitados. Para autores estrangeiros a tradução será feita.
 - 8) Descritores (de 3 a 10). Utilize sempre termos da lista Medical Subject Headings (MeSH) do MEDLINE. Informação disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. A pesquisa também pode ser feita no portal Descritores em Ciências da Saúde, em “Consulta ao DeCS”, disponível em: <http://decs.bvs.br/>
 - 9) Recomendamos a seguinte divisão dentro do artigo: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; Conclusão; Agradecimentos.
 - 10) Todos os colaboradores que não sejam autores podem ser mencionados na seção de Agradecimentos.
-

11) Referências – A **Arquivos de Gastroenterologia** adota as normas Vancouver. Texto completo

em: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Cite as referências no texto usando algarismos arábicos na ordem de citação, entre parênteses. Para até seis autores, todos devem ser citados. Para mais de seis autores, inclua “et al.”.

12) Tabelas (em formato Microsoft Word ou Excel) – Intitula-se Tabela apenas quando há resultados numéricos. Explicações e abreviaturas devem ser colocadas em notas de rodapé da tabela.

13) Figuras – Nomeie como “Figura” sempre que for: questionário escrito, fotografias, gráficos e desenhos. Eles devem ser enviados em formato digital de alta resolução (2 mb). As figuras devem conter um pequeno texto sobre o assunto.
