

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES HEPATOPATAS COM ASCITE.

Irigracin Lima Diniz Basílio^{1}; Anderson Feitosa Lisbôa Castro²; Artur Henrique Sudário Oliveira²; Janilson Dantas de Sousa Carvalho²; Juliana Marinho de Oliveira²; Wesley Moisés de Araújo Lemos Vasconcelos².*

1. Docente de Gastroenterologia. Unidade Acadêmica de Ciências Médicas (UAMED). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). *Correspondência: Rua Francisco Lobo Filho 750, ap. 1004, Edifício Iguatemi Residence, Catolé, Campina Grande, PB, Brasil. Email: iridiniz@yahoo.com.br.
2. Graduados em Medicina (UAMED-CCBS-UFCG).

RESUMO

Apresenta-se descrição das características clínicas, laboratoriais e epidemiológicas de pacientes com cirrose hepática descompensada com ascite. Trata-se de estudo prospectivo, transversal e observacional, realizado entre abril de 2014 e março de 2015, envolvendo pacientes com ascite devido à hepatopatia admitidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Os dados obtidos foram armazenados em formulário e organizados nos programas *Microsoft Office Excel®* versão 2010 e *GraphPad Prism®* 6 e, a partir disso, realizadas análises estatísticas. Fizeram parte da amostra estudada 38 pacientes, dos quais 68,4% (n=26) eram homens, 44,7% (n=17) tinham idade entre 41 e 60 anos e a maioria deles eram brancos e pardos (39,5% ou n=15 cada). A principal etiologia da doença hepática foi o alcoolismo, com 65,8% (n=25). Na escala de Child-Pugh, 3,1% (n=1) foram classe A, 43,8% (n=14) classe B, e 53,1% (n=17) classe C. De acordo com o escore MELD, 60,6% (n=20) apresentaram valor inferior ou igual a 20. 57,9% foram submetidos a paracentese (n=22) e, destes, 13,6% (n=3) tiveram o diagnóstico de PBE. A realização rotineira de paracentese na admissão hospitalar, a classificação dos pacientes de acordo com a função hepática e a prevenção de complicações como PBE visam a uma melhoria do prognóstico.

Descritores: Cirrose Hepática, Ascite, Peritonite.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH LIVER DISEASE AND ASCITES.

ABSTRACT

This study describes the clinical, laboratory, and epidemiological characteristics of patients with cirrhosis of the liver with ascites. This is a prospective, cross-sectional and observational study conducted between April, 2014 and March, 2015, involving patients with ascites due to liver disease admitted in the University Hospital Alcides Carneiro (Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC). The data obtained were recorded in forms and organized in *Microsoft Office Excel*® 2010 version and *GraphPad Prism*® 6 programs and then, statistical analyses were done. 38 patients were studied, of whom 68.4% (n=26) were men, 44.7% (n=17) were aged between 41 and 60 years old and most of them were white and brown (39.5% or n=15 each). Alcohol was the major cause of liver disease with 65.8% (n=25). According to Child-Pugh scale, 3.1% (n=1) were class A, 43.8% (n=14) were class B, and 53.1% (n=17) were class C. According to MELD score, 60.6% (n=20) were less than or equal to 20. 57.9% were submitted to paracentesis (n=22) and, 13.6% of them (n=3) were diagnosed with EBP. The routine screening paracentesis at hospital admission, the classification of patients according to liver function and the prevention of complications (such as EBP) aims at improving prognosis.

Keywords: Cirrhosis of the Liver, Ascites, Peritonitis.

INTRODUÇÃO

A Doença Hepática Crônica inclui um grupo de desordens que são caracterizadas por inflamação crônica e possível evolução para cirrose hepática. Denomina-se ascite o acúmulo de líquido livre de origem patológica na cavidade peritoneal. Essa é a complicação mais comum da cirrose hepática (1–3).

Em pacientes cirróticos, a ascite pode estar presente na apresentação em até 30% dos casos e, em pacientes com cirrose compensada sem ascite, a chance de desenvolver a complicação em 10 anos é de 50 a 60%. Estudos recentes mostram

que, havendo ascite no paciente cirrótico, a mortalidade é de 15% em 1 ano e de 44% em 5 anos (4).

A Associação Americana para o Estudo de Doenças Hepáticas recomenda realizar a análise do líquido ascítico em associação com a paracentese abdominal com a finalidade de diagnosticar ou excluir peritonite bacteriana espontânea (PBE) (5).

A PBE é uma infecção bacteriana de um líquido ascítico previamente estéril. Corresponde a uma complicação grave e comum em pacientes cirróticos com ascite, ocorrendo geralmente em pacientes com ascite volumosa. Seu diagnóstico se baseia na quantidade de polimorfonucleares (PMN) no líquido ascítico. Um valor maior ou igual a 250 PMN/mm³ neste líquido, não associada à cirurgia prévia ou à infecção de origem intra-abdominal, define a condição. Ocorre em 10 a 25% dos cirróticos com ascite e alcança uma mortalidade de 20 a 40% (6–8).

A classificação de *Child-Pugh* e o escore MELD (Modelo para Doença Hepática Terminal, do inglês *Model for End-Stage Liver Disease*) são utilizados com frequência para estimar o prognóstico de pacientes com hepatopatia crônica. Os níveis séricos de creatinina, leucócitos e de albumina são utilizados como variáveis isoladas também na determinação do prognóstico (6).

Considerando que o Hospital Universitário Alcides Carneiro é uma referência na recepção de pacientes portadores de hepatopatia descompensada, torna-se necessário conhecer a etiologia, os fatores de risco, as variáveis independentes e os escores prognósticos associados à ascite e PBE, a fim de classificar os pacientes de acordo com a gravidade do quadro clínico, determinar medidas preventivas e realizar o tratamento adequado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, transversal e observacional envolvendo a população de Campina Grande e cidades vizinhas que procuram o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) para assistência médica especializada. A pesquisa foi desenvolvida no período de abril de 2014 a março de 2015. A população alvo foi composta por pacientes admitidos com ascite devido à hepatopatia.

Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 18 anos, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos pacientes portadores de hepatopatia compensada; hepatopatia

descompensada gravíssima: óbito antes da aplicação do questionário ou transferência para Unidade de Terapia Intensiva; ou admitidos fora do âmbito do HUAC.

Após a aplicação do questionário, foi realizado o procedimento de punção abdominal e análise citológica e bioquímica do líquido ascítico para os pacientes que apresentavam as seguintes indicações: ascite puncionável (volumosa) de início recente; sinais ou suspeita de infecção; cirróticos admitidos ao hospital. As contra-indicações ao procedimento foram: coagulopatia grave com sinais de coagulação intravascular disseminada (CIVD) ou fibrinólise evidente. O material obtido através da punção abdominal foi encaminhado ao Laboratório de Análises Clínicas do HUAC, para análise bioquímica e citológica.

Os dados obtidos foram armazenados em formulário padrão (apêndice 1), formatados e organizados em tabelas utilizando o programa *Microsoft Office Excel*® versão 2010. A partir das tabelas geradas, foram organizadas informações em um banco de dados eletrônico no programa *GraphPad Prism*® 6. Após esta etapa, foi realizada análise de estatística, que incluiu determinação de frequências, médias, desvio padrão e valores máximo e mínimo.

Em cumprimento das normas referentes à Resolução CNS 466/12/CNS/MS, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi realizado de acordo com as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUAC, protocolado sob o número CAAE 26235713.9.0000.5182.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de estudo, 38 pacientes foram admitidos na enfermaria de clínica médica do HUAC com ascite devido à hepatopatia e avaliados nesta pesquisa, compondo a amostra estudada.

De acordo com a Tabela 1, dos 38 pacientes avaliados, a maioria foi do sexo masculino, 68,4% (n=26), compatível com dados de pesquisas realizadas em Tubarão (SC) e em Tirana, na Albânia, refletindo a predominância do etilismo no gênero masculino, principal fator de risco para a enfermidade (9-11).

A faixa etária predominante foi entre 41 e 60 anos, (44,7%, n=17). Ressalta-se que 42,1% (n=16) tinha idade entre 61 e 80 anos. A idade média (em anos) foi de 58,4 (desvio padrão – DP – de 14,3, com variação de 53,75 a 63,04, para intervalo de confiança – IC – de 95%), reforçando a casuística de trabalho feito em Fundão (ES), a qual demonstra que pessoas com idade média entre 30 e 64 anos estão em maior

risco de desenvolver complicações da doença hepática alcoólica crônica, em função da sobrecarga hepática contínua, já que o alcoolismo geralmente se inicia entre os 18 e os 25 anos (12).

A maioria dos entrevistados declarou etnia parda ou branca, 39,5% cada uma (n=15, para cada uma), não apresentando conformidade com dados de estudo feito em Florianópolis (SC) (14), o qual demonstrou que 73,8% dos pacientes eram de cor branca. Isso pode ser explicado pelas diferenças históricas de colonização entre o Nordeste e o Sul do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Campina Grande apresenta 50,3% da população de pardos, 43,8% de brancos e 5,7% de negros; diferentemente da população de Florianópolis, onde a proporção de brancos é consideravelmente maior: 84%, sendo 10,4% de pardos e 5% de negros (13).

Verificou-se que 52,6% (n=20) dos pacientes eram etilistas, sendo a maioria composta por homens (entre eles, etilismo de 57,7%, n =15), contrastando com o etilismo nas mulheres (41,6%, n=5). Este dado condiz com a demonstração na literatura de que a maioria dos pacientes etilistas é do sexo masculino, porém com tendência a diminuição da proporção de etilistas entre os sexos, resultado de tendência a uniformização de costumes e maior susceptibilidade a complicações decorrentes de uma mesma quantia de álcool em mulheres (11-14).

Tabela 1. Caracterização epidemiológica de pacientes com ascite devido à hepatopatia (n=38).

Variável		N	%
Gênero	Masculino	26	68,4
	Feminino	12	31,6
Raça	Branca	15	39,5
	Negra	8	21,0
	Parda	15	39,5
Faixa etária	≤ 40 anos	4	10,5
	41 - 60 anos	17	44,7
	61 - 80 anos	16	42,1
	> 80 anos	1	2,7
Etilismo	Etilista	20	52,6
	Não etilista	7	18,4
	Ex-etilista	11	28,9

A tabela 2 apresenta a frequência de etiologias da doença hepática nos pacientes avaliados, sendo o alcoolismo a mais prevalente, 65,8% (n=25) dos casos, seguido por esquistossomose, hepatite C e metástases neoplásicas. Este padrão também é demonstrado em estudos nacionais e internacionais (10,11,12,16).

Tabela 2. Etiologia de doença hepática (n=38).

Etiologia	N	%
Alcoolismo	25	65,8
Esquistossomose	2	5,3
Hepatite C	2	5,3
Hepatite B	1	2,6
Hepatite auto-imune tipo I	1	2,6
Metástases neoplásicas	2	5,3
Indefinida	5	13,1

Dos 38 pacientes, 22 foram submetidos a paracentese e tiveram disponibilizados resultados de bioquímica e citometria do líquido ascítico. Destes, 13,6% (n=3) tiveram o diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea (PBE). Outros estudos demonstraram uma incidência de PBE entre 18,9% e 25% dos pacientes com citometria do líquido ascítico disponível (10,16), podendo justificar um melhor prognóstico dos pacientes do nosso estudo e dever-se ao baixo número amostral em comparação com os demais.

A classificação de *Child-Pugh* é utilizada com frequência para estimar o prognóstico de pacientes com hepatopatia crônica. Os escores *Child A*, *B* e *C*, representam risco baixo, intermediário e alto, respectivamente. As variáveis necessárias para determiná-la são bilirrubina sérica, albumina sérica, tempo de protrombina (ou INR – sigla em inglês para Índice Internacional Normalizado), ascite e encefalopatia. O MELD é um escore calculado através de uma função logarítmica que envolve as variáveis bilirrubina sérica, INR e creatinina sérica. Também apresenta associação com pior prognóstico de hepatopatia crônica conforme seu valor se apresenta mais elevado (9-12).

Os pacientes foram classificados de acordo com a escala de *Child-Pugh*, sendo que em seis pacientes não foi possível a realização por falta de dados. Dentre os pacientes avaliados (n=32), 3,1% (n=1) pertencia a classe A, 43,8% (n=14) a classe B e 53,1%(n=17) a classe C. Esses resultados estiveram de acordo com achados

descritos em estudo semelhante no Rio de Janeiro (RJ) , onde *Child C* foi a classe mais prevalente (16). No entanto, diferiram do estudo em Tubarão (SC), onde *Child B* foi o mais prevalente (9), possivelmente, pelo fato deste último trabalho não ter sido realizado em um centro de referência para hepatopatias, tendo pacientes hepatopatas internados por outras causas.

Foi possível calcular o MELD de 33 pacientes, sendo 60,6% (n=20) pacientes com MELD inferior a 20, e 39,4% (n=13) pacientes apresentando MELD superior ou igual a 20. Destes 33 pacientes, 19 foram submetidos à paracentese, possibilitando confirmar ou excluir diagnóstico de PBE. Os pacientes sem PBE (n=16) apresentaram um escore médio de MELD de 17,06, já os com PBE (n=3) um escore um pouco mais elevado de 19,0.

A maior prevalência de pacientes internados com MELD inferior a 20 diverge de grande parte da literatura, como o estudo de Tsung no qual essa prevalência foi de apenas 44,6% (8), isso pode ter sido ocasionado por uma limitação do nosso estudo devido ao número restrito de participantes. Quando analisamos os pacientes que apresentaram PBE, estes tiveram um escore médio de MELD superior aos que não apresentaram diagnóstico de PBE, coincidindo com outros trabalhos e confirmando o pior prognóstico (10,11).

Em relação às comorbidades associadas, a diabetes mellitus estava presente em 21,1% (n=8) dos pacientes, hipertensão arterial sistêmica em 15,8% (n=6), insuficiência cardíaca congestiva ou insuficiência renal crônica em 2,63% (n=1), condizendo com outros trabalhos (9-11).

Determinados dados laboratoriais apresentados são tidos como marcadores prognósticos isolados. Os níveis séricos de albumina baixos podem ser considerados marcadores tardios de desnutrição. Sabe-se que os idosos apresentam níveis séricos de albumina reduzidos, já predispondo a um pior desfecho. A hipoalbuminemia está associada a um maior risco futuro de adoecimento, principalmente por causas infecciosas, alteração da ação de drogas que se ligam a ela, e morte. Elevação de leucócitos séricos e disfunção renal também estão associados a pior prognóstico (17,18).

Através dos dados dispostos na Tabela 3, observou-se que 37,0% (n=10) da amostra tinha a albumina sérica < 2,5 g/dL, concordando com pesquisa argentina. Notou-se que 25,0% (n=36) tinha os leucócitos totais > 10000 /mm³ e 25% (n=9) tinha a creatinina ≥ 1,5 mg/dL. Já no referido trabalho, foi visto que 56,6% dos pacientes apresentaram leucócitos totais maior que 10000/mm³ e que 18,2% apresentaram

creatinina maior ou igual a 1,5 mg/dL. Essa constatação possivelmente está associada a maior incidência de PBE neste, bem como a elevação dos escores de pior prognóstico (18).

Tabela 3. Valores críticos dos exames laboratoriais associados a pior prognóstico.

Variáveis		N	%
Creatinina (mg/dL)	≥ 1,5	9	25,0
	< 1,5	27	75,0
	Total	36	100
Albumina sérica (g/dL)	≥ 2,5	17	63,0
	< 2,5	10	37,0
	Total	27	100
Leucócitos totais (/mm ³)	> 10000	9	25,0
	≤ 10000	27	75,0
	Total	36	100

mg/dL = miligrama por decilitro; g/dL = grama por decilitro; /mm³ = por milímetro cúbico

O estudo apresenta como principais limitações o uso de dados laboratoriais – por vezes não disponíveis – e o pequeno número amostral em comparação com outros levantamentos, justificado pelo intervalo de tempo maior destes.

CONCLUSÃO

A avaliação das características clínico-epidemiológicas dos pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica do HUAC mostrou predomínio de pacientes do sexo masculino, de idade média de 58 anos e de cores branca e parda. A principal etiologia para cirrose descompensada por ascite foi o alcoolismo, seguida pelas hepatites virais (predominantemente por vírus C).

Os indicadores de gravidade demonstraram predominância do *Child C*, pela classificação de *Child-Pugh*, apesar do escore MELD inferior a 20 ter prevalecido. 37,0% apresentou albumina sérica inferior a 2,5 g/dL, enquanto que 25% revelou leucócitos totais superiores a 10000 / mm³ e 18,2% creatinina maior ou igual a 1,5 mg/dL.

A realização rotineira de paracentese na admissão hospitalar, a classificação correta dos pacientes de acordo com a função hepática e marcadores prognósticos e a prevenção de complicações como PBE estão entre as principais condutas que visam uma melhora do prognóstico, conforme determina a Associação Americana para o Estudo de Doenças Hepáticas. Tais medidas devem ser estimuladas a serem de realização rotineira em serviços de referência em hepatologia. Dessa forma, podemos ter uma melhor qualidade do manejo dos pacientes com cirrose hepática, bem como um melhor desfecho.

REFERÊNCIAS

1. Popovic D, Kovacevic N, Kistic D, Tepavcevic D, Trajkovic G, Alempijevic et al. Validation of the chronic liver disease questionnaire in Serbian patients. *World journal of gastroenterology* : WJG. 2013;19(30):4950-7.
2. Burri E, Schulte F, Muser J, Meier R, Beglinger C. Measurement of calprotectin in ascitic fluid to identify elevated polymorphonuclear cell count. *World journal of gastroenterology*: WJG [Internet]. 7 Abr 2013 [acesso em 20 set 2013]; 19 (13): 2028–36. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3623979&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
3. Andrade Júnior DR, Galvão FHF, Santos SA, Andrade DR. Ascite: estado da arte baseado em evidências. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2009 [acesso em 20 set 2013];55(4):489–96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302009000400028&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
4. Runyon B. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. *Hepatology*. 2009;49(6):2087-107.
5. Cadranel J-F, Noursbaum J-B, Bessaguet C, Nahon P, Nguyen-Khac E, Moreau R, et al. Low incidence of spontaneous bacterial peritonitis in asymptomatic cirrhotic outpatients. *World Journal of Hepatology* [Internet]. 27 Mar 2013 [acesso em 31 Ago 2013];5(3):1048. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3612567&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
6. Koulaouzidis A. Spontaneous bacterial peritonitis. *World Journal of Gastroenterology*. 2009;15(9):1042-9.

7. Suliman M, Khalil F, Alkindi S, Pathare V, Soliman N, Almadhani A. Tumor necrosis factor- α and interleukin-6 in cirrhotic patients with spontaneous bacterial peritonitis. *World journal of gastrointestinal pathophysiology*. 2012;3(5):92-8.
8. Tsung P, Ryu S, Cha I, Cho H, Kim J, Kim H. Predictive factors that influence the survival rates in liver cirrhosis patients with spontaneous bacterial peritonitis. *Clinical and molecular hepatology* [Internet]. 27 Feb 2013 [acesso em 15 Set 2013];19 (2):131-9. Disponível em: <http://www.ecmh.org/journal/view.php?year=2013&vol=19&no=2&spage=131>.
9. Poffo MR, Sakae TM, Mota A, Souza AR. Perfil epidemiológico e fatores prognósticos de mortalidade intra-hospitalar de pacientes cirróticos internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição. *Arq. Catarinenses de Medicina*. 2009;38(3):78–85.
10. Kraja B, Sina M, Mone I, Pupuleku F, Babameto A, Prifti S. Predictive Value of the Model of End-Stage Liver Disease in Cirrhotic Patients with and without Spontaneous Bacterial Peritonitis. *Gastroenterology research and practice*. 2012;2012:1-5.
11. Thiele GB, Silva OM, Fayad L, Lazzarotto C, Ferreira MA, Marconcini ML, et al. Clinical and laboratorial features of spontaneous bacterial peritonitis in southern Brazil. *Sao Paulo Medical Journal* [Internet]. Jul 2014 [acesso em 2 out 2015];132(4):205–10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000400205&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
12. Gonçalves LIB. Alcoolismo e cirrose hepática. Covilhã. Tese [Mestrado Integrado em Medicina] - Universidade da Beira Interior, 2009.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>]. Cidades [acesso em 18/07/2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
14. Castro MS, Santos NF. Alcoolismo, gênero e mulher: um estudo no grupo central de alcoólicos anônimos em Teresina – PI. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2015.
15. Branco AB, Mascarenhas FAN, Pena LGQ. Alcoolismo com fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2009; 20 (2):123-33.

16. Figueiredo FAF, Coelho HSM, Soares JAS. Peritonite bacteriana espontânea na cirrose hepática: prevalência, fatores preditivos e prognóstico. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1999;45(2):128–36.
17. Silva R, Schmidt OF, Silva S. Polifarmácia em geriatria. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*. 2012; 56(2):164-74.
18. Mathurin S, Chapelet A, Spanevello V, Sayago G, Balparda C, Virga E, et al. Infecciones en pacientes hospitalizados por cirrosis. *Medicina*. 2009;69(2): 229-38.

Recebido: maio / 2016

Aceito: julho / 2016

APÊNDICE I

**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES HEPATOPATAS COM ASCITE**

Nº do prontuário:

Observações:

PROTOCOLO I

SEÇÃO 1 – CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

001. Idade inferior a 18 anos: 1 – Sim; 2 – Não []
002. Admitido fora do âmbito do HUAC: 1 – Sim; 2 – Não []
003. Portador de hepatopatia compensada: 1 – Sim; 2 – Não []
004. Portador de hepatopatia descompensada gravíssima: 1 – Sim; 2 – Não []
005. Portador de PBS: 1 – Sim; 2 – Não []
006. Nome do entrevistador:
007. Data (___/___/___) e resultado da entrevista []
1 – Realizada; 2 – Incompleta; 3 – Não realizada por impossibilidade de privacidade; 4 – Recusada; 5 – Caso alguma questão de “1” a “5” seja afirmativo, paciente será excluído do estudo.

SEÇÃO 2 – DADOS PESSOAIS

008. Nome:
009. Sexo: 1 – Masculino; 2 – Feminino []
010. Raça: 1 – Branca; 2 – Parda; 3 – Negra []
011. Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____
012. Procedência: 1 – Campina Grande; 2 – Outra cidade []
013. Naturalidade: 1 – Campina Grande; 2 – Outra cidade []
014. Ocupação: 015. Contato:
016. Endereço:

SEÇÃO 3 – DADOS SOCIOECONÔMICOS

017. Escolaridade (anos): []
018. Zona de moradia atual: 1 – Urbana; 2 – Rural; 3 – Rural e urbana []
019. Qual é a renda familiar (incluindo trabalho, pensão, aposentadoria, aluguel, etc.) []
- 1 – Não tem renda;
- 2 – Menos de 1 SM (menos de RS 678,00);
- 3 – 1 a 3 SM (RS 678,00 a RS 2034,00);
- 4 – > 3 a 6 SM (> RS 2034,00 a RS 4068,00);
- 5 – > 6 a 10 SM (> RS 4068,00 a RS 6780,00);
- 6 – > 10 a 15 SM (> RS 6780,00 a RS 10170,00);
- 7 – > 15 a 20 SM (> RS 10170,00 a RS 13560,00);
- 8 – > 20 SM (> RS 13560,00);
- 97 – NS; 98 – NR.

SEÇÃO 4 – HÁBITOS E COSTUMES

020. Consumo de bebidas alcoólicas: 1 – Sim; 2 – Não; 3 – ex-etilista []
021. Tabagismo: 1 – Sim; 2 – Não; 3 – ex-tabagista []

SEÇÃO 5 – AVALIAÇÃO CLÍNICA

022. Sintomas: 1 – Temperatura axilar > 37,8° C: 1 – Sim; 2 – Não []
 2 – Alterações no estado mental: 1 – Sim; 2 – Não []
 3 – Dor abdominal: 1 – Sim; 2 – Não []
 4 – Diarréia: 1 – Sim; 2 – Não []
 5 – Sangramento gastrointestinal: 1 – Sim; 2 – Não []
023. Outros sinais / sintomas:
 1 – Colúria 1 – Sim; 2 – Não []
 2 – Acolia fecal 1 – Sim; 2 – Não []
 3 – Hemorragia digestiva alta 1 – Sim; 2 – Não []
 4 – Hepatomegalia 1 – Sim; 2 – Não []
 5 – Dor a descompressão do abdome 1 – Sim; 2 – Não []
024. Episódio atual foi adquirido durante a internação? 1 – Sim; 2 – Não []
025. Você apresenta algum tipo de doença crônica? 1 – DM; 2 – HAS; 3 – Osteoporose; 4 – Anemia;
 5 – Outra: _____ []
026. Causas de doença hepática: 1 – Hepatite B; 2 – Hepatite C; 3 – Alcoolismo; 4 – Criptogênica;
 5 – Esquistossomose; 6 – Hemocromatose; 7 – Outra: _____ []
027. Outra etiologia para doença hepática: 1 – Sim; 2 – Não []
 Qual? _____.
028. Presença de CHC: 1 – Sim; 2 – Não []
029. Em uso prévio de antibiótico: 1 – Sim; 2 – Não []
 Qual? _____; Por quantos dias? _____.

PROTOCOLO II**SEÇÃO 6 – DADOS PESSOAIS**

008. Nome: _____
009. Sexo: 1 – Masculino; 2 – Feminino []

SEÇÃO 7 – ESCORES CLÍNICOS-LABORATORIAIS

030. Classificação de Child-Pugh: 1 – A; 2 – B; 3 – C []
1. Bilirrubina total (mg/dL): _____
 1 – < 2; 2 – 2-3; 3 – > 3 []
2. Albumina sérica (g/dL): _____
 1 – > 3,5; 2 – 3-3,5; 3 – <3 []
3. TP (s) / INR: _____
 1 – 0-4 / <1,7 ; 2 – 4-6 / 1,7-2,3; 3 – >6 / >2,3 []
4. Ascite: 1 – Ausente; 2 – Facilmente controlável; 3 – Mal controlada []
5. Encefalopatia hepática: 1 – Nenhuma; 2 – Grau I/II (mínima); 3 – Grau III/IV (avançada) []
031. Escala MELD: _____ 1 – < 20; 2 – ≥ 20 []
1. Bilirrubina total (mg/dL): _____
2. INR: _____
3. Creatinina sérica (mg/dL): _____
032. Exames complementares:
 1. Leucócitos totais (/mm³): _____;
 Eos.: _____%; Basof.: _____%; Miel.: _____%; MetaM: _____%; Bast.: _____%;
 Segm.: _____%; Linf. Típ.: _____%; Linf. At.: _____%; Mon.: _____%
2. AST (U/L): _____; 3. ALT (U/L): _____; 4. FA (U/L): _____; 5. GGT (U/L): _____; 6. Uréia (mg/dL): _____.

SEÇÃO 8 – AVALIAÇÃO DO LÍQUIDO ASCÍTICO

033. Realização de paracentese: 1 – Sim; 2 – Não []
034. Apresentação de PBE: 1 – Sim; 2 – Não []