Fatores prognósticos de pacientes internados por cirrose hepática no Sul do Brasil

Prognostic factors in patients hospitalized for liver cirrhosis in South of Brazil

Laise Rodrigues Silveira,[1] Betine Pinto Moehlecke Iser,[2] Flavio Bianchini[3]

Resumo

Introducão: A cirrose hepática é uma das doenças crônicas mais prevalentes na população, com alta taxa de morbidade e mortalidade. **Objetivos:** Descrever os fatores prognósticos dos pacientes internados por cirrose hepática em um hospital do Sul de Santa Catarina. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo com os pacientes internados por cirrose ou suas complicações no Hospital Nossa Senhora da Conceição no período de 2009 a 2014. Para análise de sobrevida, foi utilizada Regressão de Cox e curvas de Kaplan-Meier. **Resultados:** Foram avaliadas 141 internações por cirrose hepática, referentes a 104 pacientes. Destes, 76,9% eram homens, com média de idade de 56,6 (± 11,1) anos. As etiologias mais descritas foram a alcoólica e as hepatites virais. Os fatores indicadores de pior prognóstico foram: creatinina do momento da internação (RR: 3,27 – IC: 1,63-6,59), Child C (RR: 5,07 – IC: 1,82-14,09) e as complicações: encefalopatia hepática (RR: 7,04 – IC: 3,45-14,34), ascite (RR: 3,28 – IC: 1,59-6,79), peritonite bacteriana espontânea (RR: 3,46 – IC: 1,72-6,96), síndrome hepatorrenal (RR: 4,37 – IC: 2,22-8,63) e choque séptico (RR: 6,57 – IC: 4,43-9,74). A sobrevida dos pacientes foi de 19 dias (±1,24). Em análise ajustada, a classificação de Child C reduziu em 85% e a creatinina alterada em 77% a sobrevida dos pacientes. A mortalidade encontrada foi de 23,1%. **Conclusão:** A cirrose hepática apresentou mortalidade de 23,1% entre os pacientes internados. Foram fatores independentes associados a pior prognóstico à creatinina elevada no momento da internação e à classificação de Child C (cirrose descompensada).

Unitermos: Cirrose Hepática, Prognóstico, Mortalidade, Ascite, Encefalopatia Hepática.

Summary

Background: Liver cirrhosis is one of the most prevalent chronic disease in clinical practice, with high morbi-mortality rates. **Aim:** To describe the prognostic factors in patients hospitalized for cirrhosis in a Southern hospital of Santa Catarina State. **Methods:** Retrospective cohort study, analyzing the patients hospitalized for cirrhosis or its complications at the Nossa Senhora da Conceição Hospital, during 2009 to 2014. For survival analysis, it was used Cox regression and Kaplan-Meier curves. **Results:** The sample included 141 hospitalizations for cirrhosis, which related to 104 patients. Of these, 76,9% were male, and their mean age was 56,56 years. Alcoholic cirrhosis and viral hepatitis were the most described etiologies. The factors indicating a poorer outcome was: creatinine at the moment of hospitalization (RR: 3,27 - CI: 1,63-6,59), Child C (RR: 5,07 - CI: 1,82-14,09) and the complications: hepatic encephalopathy (RR: 7,04 - CI: 3,45-14,34), ascitis (RR: 3,28 - CI: 1,59-6,79), spontaneous bacterial peritonitis (RR: 3,46 - IC: 1,72-6,96), hepatorenal syndrome (RR: 4,37 - IC: 2,22-8,63) and septic shock (RR: 6,57 - IC: 4,43-9,74). The median survival time of patients was 19 days (±1,24). In adjusted analysis, the classification Child C reduced patient survival by 85% and the creatinine, 77%. The mortality rate found was 23,1%. **Conclusion:** Liver cirrhosis mortality of 23.1% was found among hospitalized patients. The independent factors associated with worse prognosis were: elevated creatinine at admission and Child C classification (decompensated cirrhosis).

Keywords: Liver Cirrhosis, Prognosis, Mortality Rate, Ascites, Hepatic Encephalopathy.

1. Acadêmico de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Tubarão – Santa Catarina – Brasil. **2.** Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Tubarão – Santa Catarina – Brasil. **3.** Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Tubarão - Santa Catarina – Brasil. **Endereço para correspondência:** Profª. Betine Pinto Moehlecke Iser – Av. José Acácio Moreira, 787 – Bairro Dehon - Tubarão – SC – CEP 88704-900/ **e-mail:** betinee@gmail.com. **Recebido em:** 04/03/2016. **Aprovado em:** 12/05/2016.

Introdução

A cirrose é o estágio final da doença hepática crônica, resultado de uma agressão ao fígado mantida durante anos, que é caracterizada por fibrose e conversão da arquitetura normal do fígado em nódulos regenerativos. Devido à fibrose e ao aumento da resistência ao fluxo sanguíneo, o fígado torna-se insuficiente e desenvolve hipertensão portal, fatores predisponentes das complicações da cirrose.[1–4]

As principais complicações que podem ocorrer são: hemorragia digestiva varicosa, encefalopatia hepática, ascite, peritonite bacteriana espontânea, carcinoma hepatocelular e síndrome hepatorrenal, que pioram muito o prognóstico dos pacientes.[1–5]

Dentre as várias etiologias existentes para justificar o surgimento de cirrose, destacam-se o alcoolismo, as hepatites virais, as causas biliares e as autoimunes, além de medicamentosa e criptogênica.[1,2,6–8]

A frequência de cada etiologia depende da região do mundo estudada, sendo as hepatites virais e o alcoolismo as mais prevalentes, responsáveis por mais de 65% dos casos na maioria dos estudos.[6–14] A coexistência dessas comorbidades acelera a progressão da doença, o que diminui o período assintomático.[9]

A cirrose hepática é uma das doenças crônicas mais prevalentes no Brasil,[15,16] sendo responsável, em 2010, por mais de 29 mil mortes, número duas vezes maior que o encontrado em 1990.[17] Esse aumento da prevalência pode ser observado por todo o mundo e é consequência do aumento do consumo de álcool e da prevalência das hepatites virais.[17,18] A mortalidade intra-hospitalar da cirrose hepática é pouco descrita na literatura, mas pode atingir valores de até 25%.[6,19]

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que a cirrose é uma das doenças crônicas mais prevalentes em nosso meio, com um aumento de 27% entre 2003 e 2008.

A enfermidade acomete 0,14% da população, sendo relatada em 20/10.000 homens e 1/10.000 mulheres em 2008. O pico de prevalência ocorre nos pacientes entre 60 e 69 anos e, em relação ao nível de escolaridade, é 2,74 vezes mais comum entre os pacientes com até três anos de estudo em relação aos com mais de onze anos.[15] O teste padrão para o diagnóstico da cirrose é a biópsia hepática, na qual se encontram fibrose e nódulos regenerativos.[3] Entretanto, devido a muitos pacientes chegarem ao médico com alterações de coagulação sanguínea, o que contraindica a biópsia, o diagnóstico pode ser realizado com base na história clínica do doente em conjunto com exame físico, achados laboratoriais e ultrassonográficos.[1–3,6,20]

A cirrose hepática pode ser subclassificada em dois estágios clínicos: cirrose compensada ou cirrose descompensada. Na fase compensada, a pressão portal deve ser normal ou abaixo no nível necessário para o desenvolvimento de complicações e o fígado ainda mantém suas funções.

Com a progressão da doença, a pressão portal aumenta e a função hepática diminui, resultando no desenvolvimento de ascite, varizes esofágicas, encefalopatia hepática e icterícia, momento em que há a descompensação da doença.[21–23]

Para classificação e avaliação da cirrose, bem como da reserva funcional hepática, utilizam-se diferentes classificações. Uma das mais empregadas é o Escore de Child-Turcotte-Pugh, que estima o prognóstico dos pacientes cirróticos.[22,23]

Neste, avaliam-se duas variáveis clínicas (ascite e encefalopatia) e três exames laboratoriais (bilirrubina e albumina séricas e tempo de protrombina).[1,10,22,24] As três complicações mais comuns de cirrose são ascite, encefalopatia hepática e varizes esofágicas.[5,8,25]

A ascite é a complicação mais comum, atinge até 60% dos pacientes em 10 anos de curso da doença[25] e está associada à qualidade de vida e prognóstico piores.[5,2] Além disso, pode aumentar a chance de óbito em quase três vezes[6,12] e está associada a uma mortalidade de até 40% em um ano.[1]

Dentre os pacientes com cirrose, aproximadamente 10% desenvolverão peritonite bacteriana espontânea e seu reconhecimento e tratamento precoces podem reduzir sua mortalidade de > 90% para até 20%.[5,26] A encefalopatia hepática, descrita em até 50% dos pacientes com cirrose[6,27,28] está associada a uma mortalidade de até 50% em um ano.[27]

Embora a cirrose seja uma doença crônica bastante prevalente e com altas taxas de morbimortalidade, poucos estudos

nacionais avaliaram as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes em relação ao seu prognóstico. Essa avaliação é importante para auxiliar a equipe médica na conduta terapêutica mais adequada, especialmente para os pacientes com evolução da doença, com complicações e internações hospitalares associadas.

O objetivo deste estudo foi descrever os fatores prognósticos dos pacientes internados por cirrose hepática no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), de Tubarão/SC, bem como suas características sociodemográficas e complicações mais frequentes.

Métodos

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, através da análise dos prontuários das internações com diagnóstico de cirrose ou das suas complicações (CIDs-10: I85, I85.0, I85.9, K71.1, K74.0, K74.2, K74.5, K74.6 e R18) ocorridas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) de Tubarão/SC, no período de 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2014. Foram excluídas as internações que não apresentavam o Escore de Child-Pugh e o nível de creatinina do paciente no primeiro dia de internação hospitalar.

A coleta de dados iniciou-se após o envio e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISUL sob o número de parecer 1.049.834, na data 30 de abril de 2015.

A partir da identificação dos pacientes elegíveis ao estudo, seus registros médicos foram acessados pelo prontuário eletrônico no sistema Philips Tasy® utilizado pelo HNSC.

As variáveis de interesse ao estudo foram idade, sexo, hábitos de vida, comorbidades, motivo de internação, etiologia da cirrose, estadio da classificação de Child-Pugh da internação, local de internação, complicações durante a internação, nível de creatinina do primeiro dia de internação, realização de endoscopia digestiva, realização de ultrassonografia, realização de tomografia computadorizada, tempo de internação e desfecho.

O escore que determina o fator prognóstico (Child) foi calculado com base na combinação de informações clínicas e laboratoriais, segundo os critérios de bilirrubina total, albumina sérica, tempo de protrombina, ascite e encefalopatia hepática.[1]

O somatório da pontuação obtida colocou o paciente em uma das três categorias possíveis: A, B ou C, sendo A cirrose compensada, B a cirrose com reserva hepática limitada e C a cirrose descompensada. Os dados coletados foram armazenados no programa EpiInfo versão 3.5.4, de domínio público. As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão dos dados, e as variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa (%) com intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para verificar associação entre as variáveis foram utilizados o teste do Qui-quadrado para as variáveis qualitativas e o teste t-Student para as análises quantitativas, ou correspondentes não paramétricos. O nível de significância adotado foi de 5%.

A taxa de mortalidade dos pacientes hospitalizados foi calculada considerando o número de óbitos ao final do estudo em relação ao número de pacientes internados no período do estudo. Para avaliação do risco de ocorrência de óbito segundo características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, foi feita comparação das taxas de óbito por meio da Razão de Risco (RR) e IC 95%.

A sobrevida foi calculada a partir do momento da internação por cirrose até o desfecho óbito. As censuras incluíram pacientes que permaneceram vivos até o término do estudo.

A análise do tempo de sobrevida foi realizada por meio de curvas de Kaplan-Meier, comparadas pelo teste log-Rank. O modelo de regressão de Cox foi utilizado para avaliação dos fatores associados à sobrevida, computando-se os Hazard Ratio (HR) com os respectivos IC 95%.

A contribuição de cada variável no modelo foi avaliada pela razão de verossimilhança (-2log L) e nível de significância estatística ao nível de 5%. Inicialmente foram incluídas no modelo múltiplo todas as variáveis com $p < 0,10$, e permaneceram aquelas com $p < 0,05$. As análises foram realizadas no software Epi Info 3.5.4 e SPSS 18.0.

Resultados

Foram verificadas 164 internações por cirrose no período do estudo. Após exclusões pela falta de informações sobre Child e creatinina, a amostra do estudo foi constituída por 141 internações, referentes a 104 pacientes cirróticos.

A média de idade dos pacientes internados foi de 56,6 anos (DP ± 11,1), 80 (76,9%) pacientes correspondiam ao gênero masculino e 62 (59,6%) pacientes estavam casados. Em 49% dos prontuários havia registro de uso de bebidas alcoólicas. As principais etiologias da hepatopatia foram atribuídas ao álcool (37,5%) e ao vírus da hepatite C (VHC) (23,1%). As características sociodemográficas dos pacientes podem ser observadas na Tabela 1. As comorbidades mais prevalentes foram diabetes *mellitus* tipo 2 (29,8%) e hipertensão arterial sistêmica (23,1%).

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados por cirrose hepática no HNSC, Tubarão /SC, de 2009 a 2014.

Variável	N = 104 n	%
Sexo		
Masculino	80	76,9
Feminino	24	23,1
Estado civil		
Casado	62	59,6
Separado	20	19,2
Solteiro	11	10,6
Viúvo	11	10,6
Raça/Cor		
Branco	99	95,2
Negro	2	1,9
Pardo	2	1,9
Não informado	1	1,0
Escolaridade		
1º completo/incompleto	72	69,2
2º completo/incompleto	22	21,2
3º completo/incompleto	6	5,8
Não informado	4	3,8
Convênio/categoria		
Sistema Único de Saúde	88	84,6
Particular/Convênio	16	25,4
Hábitos		
Álcool	51	49
Tabagismo	20	19,2
Drogas	5	4,8
Comorbidades		
Diabetes *Mellitus*	31	29,8
Hipertensão Arterial Sistêmica	24	23,1
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	4	3,8
Síndrome da Imunodeficiência Humana	4	3,9
Insuficiência Cardíaca Congestiva	1	1,0
Insuficiência Renal	1	1,0
Etiologia da Cirrose		
Álcool	39	37,5
Vírus da hepatite C	24	23,1
Criptogênica	12	11,5
Álcool + vírus da hepatite C	7	6,7
Álcool + vírus da hepatite B	4	3,8
Vírus da hepatite B	2	1,9
Cirrose Biliar	1	1,0
Outras	1	1,0
Não Informado	14	13,5

As internações foram classificadas de acordo com o Escore de Child-Pugh, dos quais 20 (14,2%) pertenciam à classe A, 51 (36,2%), à classe B e 70 (49,6%) à classe C. Como observado na tabela 2, ascite e encefalopatia hepática foram os principais motivos das admissões hospitalares dos pacientes hepatopatas.

Durante a hospitalização, 44 (31,2%) pacientes apresentaram complicações. Considerando o total de internações (n=141), em 27 (19,1%) os pacientes apresentaram encefalopatia hepática e em 15 (10,6%), peritonite bacteriana espontânea. Os pacientes podem ter apresentado mais de um motivo de internação e complicação durante a internação.

Quanto aos exames de imagem, 53 (37,6%) realizaram endoscopia digestiva alta. Desses, 43 (81,1%) apresentaram varizes esofágicas e 8 (15,1%), gastropatia da hipertensão portal.

Em relação ao ultrassom de abdome, foi realizado por 55 (39%) dos pacientes, e os achados mais comumente encontrados foram ascite 35 (63,1%) e esplenomegalia 32 (58,2%). A tomografia computadorizada de abdome foi realizada por 16 (11,3%) pacientes, e a alteração mais encontrada foi nódulo hepático em 9 (56,3%) pacientes.

Tabela 2: Características clínicas das internações por cirrose hepática ocorridas no HNSC de Tubarão/ SC, de 2009 a 2014.

Variável	N = 104 n	%
Motivo da internação		
Ascite	80	56,7
Encefalopatia hepática	45	31,9
Hemorragia Digestiva Alta	34	24,1
Icterícia	12	8,5
Outras	16	11,3
Motivo da internação		
A - Cirrose compensada	20	14,2
B - Cirrose com reserva hepática limitada	51	36,2
C - Cirrose descompensada	70	49,6
Local de internação		
Enfermaria	129	91,5
Unidade de Terapia Intensiva	12	8,5
Complicações durante a internação		
Sem complicações	97	68,8
Encefalopatia hepática	27	19,1
Peritonite Bacteriana Espontânea	15	10,6
Ascite	13	9,2
Síndrome Hepatorrenal	8	5,7
Infecção Respiratória	7	5,0
Hemorragia digestiva alta	5	3,5
Insuficiência renal aguda	5	3,5
Infecção do Trato Urinário	5	3,5
Choque séptico	3	2,1

O desfecho óbito ocorreu em 24 pacientes, com uma taxa de mortalidade de 23,1%, correspondente a óbito em 17% das internações. Foram comparadas todas as variáveis com a mortalidade (tabela 3). As características sociodemográficas e o motivo da internação não interferiram na mortalidade.

A única comorbidade que aumentou o risco de óbito foi a doença pulmonar obstrutiva crônica. A classificação de Child C aumentou em quatro vezes o risco de óbito (RR= 5,07 IC 95% 1,82-14,09) e a creatinina alterada aumentou em mais de duas vezes a mortalidade dos pacientes (RR= 3,27 IC 95% 1,63-6,59). Algumas complicações registradas durante a internação também apresentaram relação com a mortalidade, sendo o maior risco para encefalopatia hepática, choque séptico, síndrome hepatorrenal, conforme detalhado na tabela 3.

Tabela 3: Fatores associados a aumento de mortalidade dos pacientes internados por cirrose no HNSC, de 2009 a 2014.

Fator	Óbito (%)	RR (IC 95%)	Valor p
Creatinina			
Alterada	36,4	3,27 (1,63-6,59)	0,0007*
Normal	11,1		
Child			
C	28,6	5,07 (1,82-14,09)	0,0003*
A+B	5,6		
Motivo da internação			
Ascite			
Sim	18,8	1,27 (0,60-2,70)	0,5316*
Não	14,8		
Hemorragia Digestiva Alta			
Sim	23,5	1,57 (0,74-3,35)	0,2464*
Não	15		
Icterícia			
Sim	8,3	0,47 (0,07-3,17)	0,3576#
Não	17,8		
Encefalopatia Hepática			
Sim	24,4	0,87 (0,88-3,71)	0,1083*
Não	13,5		
Infecção do Trato urinário			
Sim	0	-	0,5688#
Não	17,4		
Complicações			
Peritonite Bacteriana Espontânea			
Sim	46,7	3,46 (1,72-6,96)	0,0045#
Não	13,5		

Infecção do Trato Urinário			
Sim	40	2,47 (0,79-7,73)	0,2008#
Não	16,2		
Infecção Respiratória			
Sim	42,9	2,73 (1,07-7,01)	0,0956#
Não	15,7		
Ascite			
Sim	46,2	3,28 (1,59-6,79)	0,0100#
Não	14,1		
Encefalopatia Hepática			
Sim	55,6	7,04 (3,45-14,34)	0,0000#
Não	7,9		
Síndrome Hepatorrenal			
Sim	62,5	4,37 (2,22-8,63)	0,0038#
Não	14,3		
Choque Séptico			
Sim	100	6,57 (4,43-9,74)	0,0044#
Não	15,2		
Hemorragia Digestiva Alta			
Sim	40,0	2,47 (0,79-7,73)	0,2008#
Não	16,2		

**Teste do Qui – quadrado # Teste Exato de Fisher. Nível de significância: 5%*

Na análise da sobrevida dos pacientes, considerando os dados censurados em relação ao desfecho óbito e ao tempo de internação, a sobrevida foi de 19 dias (±1,24) IC 95% 16,6-21,4 (figuras 1-a, 1-b, 1-c). A sobrevida dos pacientes foi menor para aqueles que tiveram: Child C (p=0,0012), creatinina alterada (p=0,0021), choque séptico (p=0,019), encefalopatia hepática como complicação (p=0,011).

A variável que mais contribuiu no modelo foi Child C, com uma mudança significativa na razão de verossimilhança.

Em modelo ajustado por regressão de Cox, foram incluídas todas as variáveis com p<0,10: Child C, creatinina alterada, choque séptico, encefalopatia hepática como complicação, síndrome hepatorrenal e doença pulmonar obstrutiva crônica, além de sexo e idade.

No modelo final, a creatinina e o Child permaneceram como fatores associados ao óbito ou preditores independentes de mortalidade (tabela 4). A classificação de Child C reduziu em 85% a sobrevida dos pacientes e a creatinina, 77%.

Figura 1a – Função de sobrevida dos pacientes internados por cirrose.

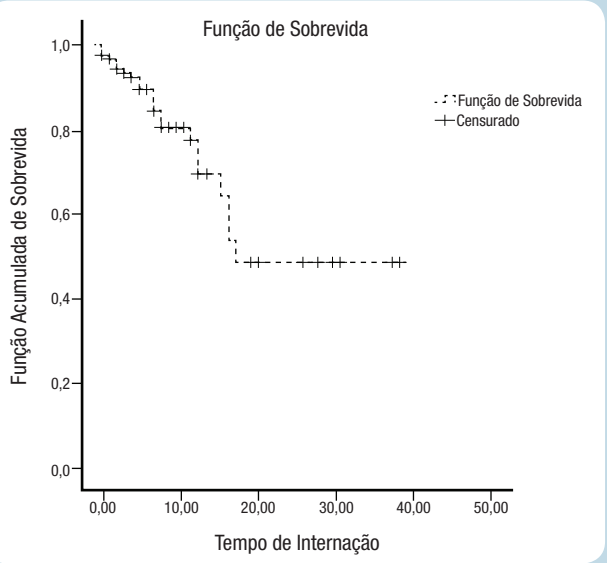


Figura 1b – Função de sobrevida dos pacientes internados por cirrose, de acordo com a classificação deChild C.

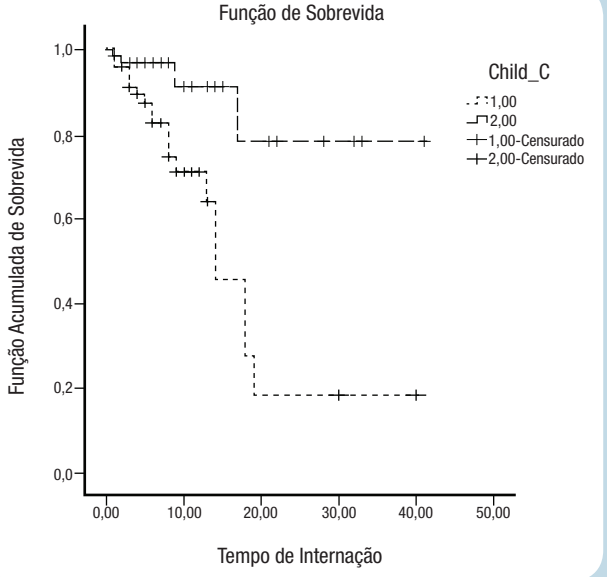


Figura 1c – Função de sobrevida dos pacientes internados por cirrose, de acordo com a presença de alteração na creatinina.

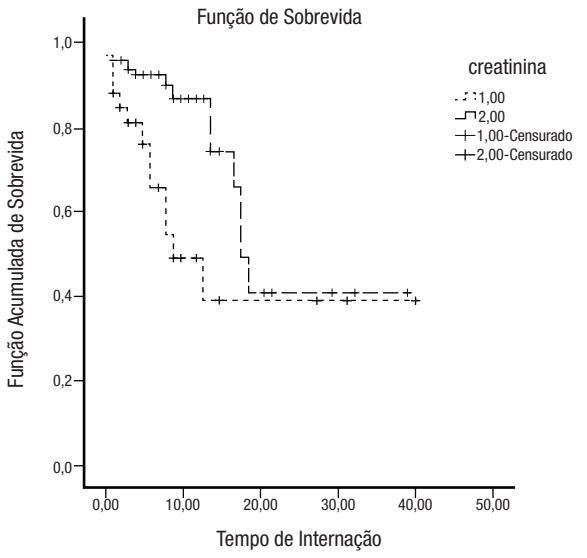


Tabela 4. Modelo de Cox para tempo de internação até a ocorrência de óbito em pacientes internados por cirrose hepática no HNSC, Tubarão /SC, de 2009 a 2014.

Variáveis	HR (IC 95%)	Valor p
Todas com p < 0,10		
Child C	0,20 (0,05-0,75)	0,017
Creatinina alterada	0,22 (0,08-0,55)	0,001
Encefalopatia Hepática – Complicação	0,53 (0,18-1,52)	0,238
Choque séptico	0,93 (0,18 – 4,88)	0,934
Síndrome Hepatorrenal	1,15 (0,34 – 3,86)	0,827
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	0,45 (0,10 – 1,93)	0,281
Sexo	1,19 (0,42 – 3,43)	0,743
Idade	1,02 (0,98 – 1,06)	0,429
Modelo final (p<0,05)		
Child C	0,15 (0,05 – 0,46)	0,001
Creatinina	0,23 (0,09 – 0,53)	0,001

Discussão

O presente estudo encontrou o padrão epidemiológico típico da cirrose hepática, com 76,9% de pacientes do sexo masculino, de idade média de 56,6 anos (DP ± 11,1), resultados semelhantes aos apresentados em outros estudos nacionais[7,26] e internacionais.[27,29] As comorbidades mais prevalentes foram diabetes mellitus (29,8%) e hipertensão arterial sistêmica (23,1%), com frequências semelhantes às descritas na literatura.[27,30–34]

Pesquisas descrevem como a etiologia mais frequentemente encontrada a alcoólica isolada, seguida da infecção pelo VHC, mesmo resultado que foi constatado nesse estudo.[35–37] O consumo de álcool foi relatado em quase metade dos prontuários, característica já verificada em outros estudos internacionais.[18,36]

Tendo em vista o Escore de Child, de maneira semelhante ao encontrado em estudo realizado no mesmo serviço em 2007,[6] a presente pesquisa verificou a seguinte distribuição: 14,2% Child A, 36,2% Child B e 49,6% Child C. Tais valores diferem dos encontrados por uma coorte retrospectiva realizada na Europa com 33,3%, 48,9% e 17,8%, respectivamente.[12]

Esta diferença pode ser justificada pelo modo como foram delineados os estudos: o europeu foi executado com pacientes em ambiente extra-hospitalar, momento em que pacientes geralmente estão compensados, classificados como Child A.[12] Já o presente estudo foi realizado em ambiente hospitalar, ocasião na qual eles se apresentam descompensados, justificando a maior frequência dos Childs B e C.

A cirrose hepática geralmente tem curso indolente e assintomático até o momento em que as suas complicações estejam presentes.[3,21] Na maioria das vezes, a ascite é a primeira e mais comum forma de manifestação da cirrose hepática,[6,11,21,24,25,36] sendo associada a pior prognóstico e qualidade de vida.[5] Esse dado pode ser verificado tanto no presente estudo quanto em estudo anterior realizado em 2007, no mesmo hospital, quando a ascite foi o principal motivo de internação dos pacientes, com 28,4%.[6]

Embora seja a mais comum nos dois estudos, a diferença entre os valores pode ser explicada pela inclusão no estudo atua do CID10 R18, que representa a ascite, o que pode ter abrangido um número maior de pacientes do que o estudo anterior.

Durante a internação dos pacientes com cirrose, o presente estudo encontrou como complicações mais comuns: encefalopatia hepática (19,1%), peritonite bacteriana espontânea (PBE) (10,6%), ascite (9,2%) e síndrome hepatorrenal (5,7%); choque séptico ocorreu na minoria dos pacientes (2,1%). Esses dados foram conflitantes com a literatura que, em geral, apresenta a ascite também como a complicação mais frequente, atingindo valores próximos a 40%.[6,36]

Essa diferença pode ser explicada pelo não registro, na coleta de dados, da presença de ascite em todos os pacientes com PBE.

Considerando que todos os pacientes com PBE teriam ascite, a ocorrência de ascite aumentaria para 14,9%. A ocorrência de PBE durante a internação foi semelhante a encontrada em outros estudos nacionais e internacionais, cujos resultados atingiram até 15%.[38-40] A encefalopatia hepática teve prevalência muito semelhante aos estudos citados anteriormente, com 21,6%[6] e 20,4%.[36]

Em oposição a um trabalho executado na Argentina,[25] afirmando que as complicações intra-hospitalares não alteraram a mortalidade, a atual avaliação identificou algumas complicações como indicadores de pior prognóstico. São elas: encefalopatia hepática, choque séptico, síndrome hepatorrenal, peritonite bacteriana espontânea e ascite.

A encefalopatia hepática aumentou a chance de óbito em 6,04 vezes em relação aos demais pacientes em estudo, valor muito próximo aos encontrados num estudo realizado na mesma instituição em 2007[6] e num outro estudo multicêntrico feito pela Chronic Liver Failure Consortium (CLIF).[27]

De acordo com a literatura, as infecções bacterianas aumentam a probabilidade de morte em 3,75 vezes dos pacientes com cirrose descompensada.[41] Foi encontrado, nesse estudo, um risco relativo (RR) para óbito referente a choque séptico de 6,57 e uma mortalidade de 100% entre os pacientes que o desenvolveram. Essa taxa costuma ser elevada, em torno de 70-80%.[40,42-44] O valor encontrado no presente estudo provavelmente deve-se ao pequeno número de pacientes que desenvolveram choque séptico.

Por mais que a mortalidade pela peritonite bacteriana espontânea tenha caído nas últimas décadas,[45] o RR encontrado nesse estudo foi de 3,46, com uma mortalidade durante a internação hospitalar de 46,7%, valores próximos aos citados em outras pesquisas, que variaram entre 22 e 50%.[26,39,40,46,47] Nesse estudo, em relação à síndrome hepatorrenal, foi encontrado um RR de 4,37, prevalência de 5,7% e mortalidade de 62,5%, valores semelhantes aos encontrados na literatura.[25,48]

A ascite também aumentou a chance de óbito durante a internação em 2,28 vezes (RR: 3,28). Estes valores são consoantes ao encontrado no mesmo serviço em 2007[6] e ao do estudo europeu,[12] com 2,95 e 2,14, respectivamente. Assim como o descrito por um grupo de pesquisadores argentinos,[25] o vigente estudo não observou relação da mortalidade com idade e sexo dos pacientes.

O atual estudo identificou como preditores independentes de mortalidade a creatinina alterada e a classificação deChild C, fatores que reduziram a sobrevida dos pacientes internados por cirrose em 77% e 85%, respectivamente. No que se refere à creatinina, estudos nacionais e internacionais encontraram valores de risco relativo parecidos, que variaram de 2 a 5,5,[25,34,49] sendo ela caracterizada como fator de risco independente em estudos europeus, tanto em coortes retrospectivas,[12,50] quanto em revisão da literatura.[51]

Em relação ao Child C, outros estudos encontraram associação com o óbito, como a revisão sistemática realizada por pesquisadores americanos,[21] afirmando ou que o escore de-Child C é o fator prognóstico mais consistente e mais comumente encontrado na literatura, já descrito anteriormente como fator prognóstico independente para óbito.[25,51,52] Por terem alto valor preditivo e pela facilidade na aplicação, estes fatores deveriam ser utilizados rotineiramente na prática clínica para a avaliação prognóstica dos pacientes.[52]

Conclusão

Durante a realização desse trabalho encontrou-se dificuldade com os prontuários preenchidos por médicos não especialistas devido ao não preenchimento completo dos registros e a não solicitação de todos os exames necessários para a avaliação do Child. Além disso, como os pacientes foram selecionados pelo CID da entrada no hospital, pacientes que internaram com outras queixas, além de cirrose ou principais complicações, não foram abrangidos pelo estudo. Devido ao uso de prontuários, o registro em relação à quantidade de

álcool consumida também pode ter sido prejudicado, assim como as outras variáveis como comorbidades, motivo de internação e complicações durante a internação.

Este estudo demonstrou que a cirrose hepática é uma doença prevalente e com alta morbidade e mortalidade. Foram fatores independentes associados a pior prognóstico à creatinina elevada no momento da internação e a classificação de Child C (cirrose descompensada). Conhecendo as características e comportamento da cirrose, o diagnóstico precoce das complicações pode ser feito, e a profilaxia e o tratamento realizados de forma agressiva, diminuindo a mortalidade destes pacientes.

Referências

1. de Castro Lima JM, dos Santos AA, de Costa JIF. Gastroenterologia e hepatologia: sinais, sintomas, diagnóstico e tratamento [Internet]. Edições UFC; 2010. Recuperado de: http://books.google.com.br/books?id=rmaVkgEACAAJ
2. Pudles E, Defino HLA. Cirrose e suas complicações. In: Medicina Interna de Harrison. 18o ed Rio de Janeiro: AMGH Editora; 2014.
3. Schuppan D, Afdhal NH. Liver cirrhosis. The Lancet. 14 de março de 2008;371(9615):838–51.
4. Pinzani M, Rosselli M, Zuckermann M. Liver cirrhosis. Best Pract Res Clin Gastroenterol. abril de 2011;25(2):281–90.
5. Bird TG, Ramachandran P, Thomson E. Decompensated liver cirrhosis. Anaesth Intensive Care Med. abril de 2015;16(4):180–5.
6. Poffo MR, Sakae TM, Mota A, Souza AR de. Perfil epidemiológico e fatores prognósticos de mortalidade intrahospitalar de pacientes cirróticos internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição. ACM Arq Catarin Med [Internet]. setembro de 2009 [citado 3 de outubro de 2014];38(3). Recuperado de: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=663083&indexSearch=ID
7. Oliveira LCM, Lima PS, Martins BR. Frequência das Causas de Hemorragia Digestiva Alta em Pacientes com Cirrose Hepática Atendidos em um Hospital Universitário. GED Gastroenterol Endosc Dig. 2012;31(1):19–24.
8. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, Salerno F, Merli M, Panella C, Loguercio C, Apolone G, Niero M, Abbiati R. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. Gastroenterology. janeiro de 2001;120(1):170–8.
9. Andreoli TE. Cirrose Hepática e suas Complicações. In: Cecil, medicina interna básica. 6o ed Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 427–34.
10. Fayad, Leonardo. Desempenho de modelos prognósticos como preditores de mortalidade em pacientes com descompensação aguda da cirrose [Internet] [Dissertação]. Universidade do Sul de Santa Catarina; 2013 [citado 10 de fevereiro de 2014]. Recuperado de: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/123104
11. Goldberg E, Chopra S. Cirrhosis in adults: Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2014 [citado 18 de outubro de 2014]. Recuperado de: http://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults--etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search_result&search=cirrose+hepática&selectedTitle=1%7E150
12. Botta F, Giannini E, Romagnoli P, Fasoli A, Malfatti F, Chiarbonello B, Testa E, Risso D, Colla G, Testa R. MELD scoring system is useful for predicting prognosis in patients with liver cirrhosis and is correlated with residual liver function: a European study. Gut. janeiro de 2003;52(1):134–9.
13. Ratib S, Fleming KM, Crooks CJ, Aithal GP, West J. 1 and 5 year survival estimates for people with cirrhosis of the liver in England, 1998–2009: A large population study. J Hepatol. fevereiro de 2014;60(2):282–9.
14. Global Burden of Disease Study Group. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. dezembro de 2012;380(9859):2095–128.
15. Barros MB de A, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Ciênc Amp Saúde Coletiva. setembro de 2011;16(9):3755–68.
16. Iida VH, Silva TJA da, Silva ASF da, Silva LFF da, Alves VAF. Cirrose hepática: aspectos morfológicos relacionados às suas possíveis complicações. Um estudo centrado em necropsias. J Bras Patol E Med Lab. fevereiro de 2005;41(1):29–36.
17. Mokdad AA, Lopez AD, Shahraz S, Lozano R, Mokdad AH, Stanaway J, Murray CJL, Naghavi M. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. BMC Med. 18 de setembro de 2014;12(1):1–24.
18. Fleming KM, Aithal GP, Solaymani-Dodaran M, Card TR, West J. Incidence and prevalence of cirrhosis in the United Kingdom, 1992–2001: A general population-based study. J Hepatol. novembro de 2008;49(5):732–8.
19. Soncini M, Leo P, Triossi O, Breda C, Attili AF, Mondardini A, Federico A, Cosentini A, Tritto G, Bottelli R, Pompeo F,

Marone GP, Bonazzi P, Magnolia MR, Pietrini L, Proietti M, Belfiori V, Tozzi A, Giglio LA, Muratori R, Bertelè AM, Grasso T, Spadaccini A, Verta M, Ferraris L, Caruso S, Sega R, Brambilla G. Management and outcomes of hepatic cirrhosis: Findings from the RING study. Hepatol Res. novembro de 2006;36(3):176–81.

20. GASTROENTEROLOGIA F-FBD. Cirrose Hepática. In: Condutas em gastroenterologia. Revinter; 2004. p. 542–6.
21. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. J Hepatol. janeiro de 2006;44(1):217–31.
22. Muir AJ. Understanding the Complexities of Cirrhosis. Clin Ther. 1 de agosto de 2015;37(8):1822–36.
23. Garcia-Tsao G, Friedman S, Iredale J, Pinzani M. Now there are many (stages) where before there was one: In search of a pathophysiological classification of cirrhosis. Hepatology. 1 de abril de 2010;51(4):1445–9.
24. Gayotto LC da C, ALVES VAF. Cirrose Hepática - Aspectos Gerais. In: Doenças do fí gado e vias biliares. 1o ed São Paulo: Atheneu; 2001.
25. Vicco MH, Rodeles L, Ferini F, Long AK, Musacchio HM. In-hospital mortality risk factors in patients with ascites due to cirrhosis. Rev Assoc Médica Bras. fevereiro de 2015;61(1):35–9.
26. Figueiredo F a. F, Coelho HSM, Soares JAS. Spontaneous bacterial peritonitis in hepatic cirrhosis: prevalence, predictive factors and prognosis. Rev Assoc Médica Bras. abril de 1999;45(2):128–36.
27. Cordoba J, Ventura-Cots M, Simón-Talero M, Amorós À, Pavesi M, Vilstrup H, Angeli P, Domenicali M, Ginés P, Bernardi M, Arroyo V. Characteristics, risk factors, and mortality of cirrhotic patients hospitalized for hepatic encephalopathy with and without acute-on-chronic liver failure (ACLF). J Hepatol. fevereiro de 2014;60(2):275–81.
28. Riordan SM, Williams R. Treatment of Hepatic Encephalopathy. N Engl J Med. 14 de agosto de 1997;337(7):473–9.
29. Kanwal F. Decreasing Mortality in Patients Hospitalized With Cirrhosis. Gastroenterology. maio de 2015;148(5):897–900.
30. Blendea MC, Thompson MJ, Malkani S. Diabetes and Chronic Liver Disease: Etiology and Pitfalls in Monitoring. Clin Diabetes. 2 de outubro de 2010;28(4):139–44.
31. Alavian SM, Hajarizadeh B, Nematizadeh F, Larijani B. Prevalence and determinants of diabetes mellitus among Iranian patients with chronic liver disease. BMC Endocr Disord. 19 de novembro de 2004;4(1):4.
32. Baig NA, Herrine SK, Rubin R. Liver disease and diabetes mellitus. Clin Lab Med. março de 2001;21(1):193–207.
33. Henriksen JH, Moller S. Liver cirrhosis and arterial hypertension. World J Gastroenterol WJG. fevereiro de 2006;12(5):678–85.
34. Rocco JR, Soares M. Outcome of patients with cirrhosis admitted to intensive care. Rev Bras Ter Intensiva. março de 2010;22(1):11–8.
35. Fleming KM, Aithal GP, Card TR, West J. All-cause mortality in people with cirrhosis compared with the general population: a population-based cohort study. Liver Int Off J Int Assoc Study Liver. janeiro de 2012;32(1):79–84.
36. Schmidt ML, Barritt AS, Orman ES, Hayashi PH. Decreasing mortality among patients hospitalized with cirrhosis in the United States from 2002 through 2010. Gastroenterology. maio de 2015;148(5):967–77.e2.
37. Gonçalves PL, Gonçalves CS, Pereira FEL, Gonçalves PL, Gonçalves CS, Pereira FEL. Mortality from liver cirrhosis in Espírito Santo State, Brazil. Cad Saúde Pública. junho de 2014;30(6):1335–40.
38. Lippi G, Danese E, Cervellin G, Montagnana M. Laboratory diagnostics of spontaneous bacterial peritonitis. Clin Chim Acta. 20 de março de 2014;430:164–70.
39. Coral G, Mattos AA de, Damo DF, Viégas AC. Spontaneous bacterial peritonitis: prevalence and prognosis. Experience from a general hospital in Porto Alegre, RS, Brazil (1991-2000). Arq Gastroenterol. julho de 2002;39(3):158–62.
40. Fernández J, Acevedo J, Castro M, Garcia O, Rodríguez de Lope C, Roca D, Pavesi M, Sola E, Moreira L, Silva A, Seva-Pereira T, Corradi F, Mensa J, Ginès P, Arroyo V. Prevalence and risk factors of infections by multiresistant bacteria in cirrhosis: A prospective study. Hepatology. 1 de maio de 2012;55(5):1551–61.
41. Jalan R, Fernandez J, Wiest R, Schnabl B, Moreau R, Angeli P, Stadlbauer V, Gustot T, Bernardi M, Canton R, Albillos A, Lammert F, Wilmer A, Mookerjee R, Vila J, Garcia-Martinez R, Wendon J, Such J, Cordoba J, Sanyal A, Garcia-Tsao G, Arroyo V, Burroughs A, Ginès P. Bacterial infections in cirrhosis: A position statement based on the EASL Special Conference 2013. J Hepatol. junho de 2014;60(6):1310–24.
42. Plessier A, Denninger M-H, Consigny Y, Pessione F, Francoz C, Durand F, Francque S, Bezeaud A, Chauvelot-Moachon L, Lebrec D, Valla DC, Moreau R. Coagulation disorders in patients with cirrhosis and severe sepsis. Liver Int. 1 de dezembro de 2003;23(6):440–8.
43. Gustot T, Durand F, Lebrec D, Vincent J-L, Moreau R. Severe sepsis in cirrhosis. Hepatology. 1 de dezembro de 2009;50(6):2022–33.
44. Fernández J, Gustot T. Management of bacterial infections in cirrhosis. J Hepatol. 2012;56, Supplement 1:S1–12.
45. Simão A. Síndrome hepatorrenal, choque sético e insuficiência renal como preditores de mortalidade em doentes com peritonite bacteriana espontânea: comentário. J Port Gastrenterologia. novembro de 2012;19(6):273–5.

46. Song JY, Jung SJ, Park CW, Sohn JW, Kim WJ, Kim MJ, Cheong HJ. Prognostic Significance of Infection Acquisition Sites in Spontaneous Bacterial Peritonitis: Nosocomial versus Community Acquired. J Korean Med Sci. agosto de 2006;21(4):666–71.
47. Simão A. Síndrome hepatorrenal, choque sético e insuficiência renal como preditores de mortalidade em doentes com peritonite bacteriana espontânea: comentário. J Port Gastrenterologia. novembro de 2012;19(6):273–5.
48. Al Sibae MR, Cappell MS. Accuracy of MELD scores in predicting mortality in decompensated cirrhosis from variceal bleeding, hepatorenal syndrome, alcoholic hepatitis, or acute liver failure as well as mortality after non-transplant surgery or TIPS. Dig Dis Sci. abril de 2011;56(4):977–87.
49. Fede G, D'Amico G, Arvaniti V, Tsochatzis E, Germani G, Georgiadis D, Morabito A, Burroughs AK. Renal failure and cirrhosis: A systematic review of mortality and prognosis. J Hepatol. abril de 2012;56(4):810–8.
50. Fichet J, Mercier E, Genée O, Garot D, Legras A, Dequin P-F, Perrotin D. Prognosis and 1-year mortality of intensive care unit patients with severe hepatic encephalopathy. J Crit Care. setembro de 2009;24(3):364–70.
51. Freire P, Romãozinho JM, Ferreira M, Amaro P, Leitão MC. O Doente Cirrótico na Unidade de Cuidados Intensivos: Avaliação do Prognóstico. J Port Gastrenterologia. março de 2011;18(2):73–80.
52. Papatheodoridis GV. MELD vs Child-Pugh and creatinine--modified Child-Pugh score for predicting survival in patients with decompensated cirrhosis. World J Gastroenterol. 2005;11(20):3099.