



Epidemiological profile of patients with hepatic cirrhosis ambulatorially attended at a reference hospital in the west of Paraná

Perfil epidemiológico de pacientes com cirrose hepática atendidos ambulatorialmente em hospital de referência do oeste do Paraná



Ana Carolina Mendes De Souza^{1*}, Juliano Karvat de Oliveira², Lilian Cabral Pereira dos Santos³

¹Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz
²Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz
³Médica. União Oeste Paranaense de Combate ao Câncer - UOPECCAN

Original article

ARTICLE INFO

Article history:

Received 24 January 2021
 Revised 01 February 2021
 Accepted 09 February 2021
 Available online 2 March 2021
 Blind reviews

Keywords:

Liver Cirrhosis
 Epidemiological Profile
 Outpatient
 Hepatology
 MELD

Palavras-chave:

Cirrose Hepática
 Perfil Epidemiológico
 Ambulatorial
 Hepatologia
 MELD

* Corresponding author at:
carollrsouza@live.com
<https://orcid.org/0000-0002-8036-2540>

ABSTRACT

Introduction: Liver cirrhosis is a chronic disease of the liver, and is characterized by inflammation and irreversible fibrosis of its parenchyma; being able to promote alteration of the organ function, portal vein hypertension, and predisposing to the appearance of hepatocellular carcinoma - HCC (primary liver cancer). **Objectives:** This study aims to describe the epidemiological profile of patients with liver cirrhosis treated at the outpatient clinic of União Oeste Paranaense de Estudo e Combate ao Câncer - UOPECCAN - and to classify according to the MELD scale (Model for Terminal Hepatic Disease). Compare the main cirrhosis etiologies of the Liver clinic with those reported in national and international literature. In addition, to identify the clinical-epidemiological profile (risk factors and complications) of patients with cirrhosis. **Methodology:** This is a retrospective observational study, in which data from medical records from July 2019 to May 2020 were analyzed. **Results:** The predominant etiology, with 38.17% of cases, was alcoholic, followed by NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease) with 11.83%. Regarding complications, 69.84% had esophageal-gastric varices and 24.05% hepatic encephalopathy. Most were men (62.98%) and white (62.21%), with patients, on average, aged 54.9 years. Also, in relation to the MELD score, patients who died and had MELD above / equal to 20, comprise 62.16% of the cases. **Conclusions:** The results demonstrate the need for guidance on conscious alcohol consumption and care for weight control and metabolic syndrome factors. Also, monitoring and adequate treatment of patients with cirrhosis is extremely important; aiming to minimize and control the related complications, to track early the appearance of hepatocellular carcinoma, and to identify early patients who need and have clinical condition to undergo liver transplantation.

RESUMO

Introdução: A cirrose hepática (CH) é uma doença crônica do fígado, e é caracterizada pela inflamação e fibrose irreversível do seu parênquima; podendo promover alteração da função do órgão, hipertensão da veia porta, e predispondo ao surgimento do carcinoma hepatocelular - CHC (câncer primário do fígado). **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de cirrose hepática atendidos no ambulatório da União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer - UOPECCAN - e classificar de acordo com a escala MELD (Modelo para Doença Hepática Terminal). Comparar as principais etiologias de cirrose do ambulatório do Fígado com os relatados na literatura nacional e internacional. Ademais, identificar o perfil clínico-epidemiológico (fatores de risco e complicações) dos pacientes portadores de cirrose. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo observacional, em que foram analisados dados de prontuários do período de julho de 2019 a maio de 2020. **Resultados:** A etiologia predominante, com 38,17% dos casos, foi a alcoólica, seguida pela DHGNA (doença hepática gordurosa não alcoólica) com 11,83%. Em relação as complicações, 69,84% apresentou varizes esôfago-gástricas e 24,05% encefalopatia hepática. A maioria eram homens (62,98%) e da cor branca (62,21%), sendo os pacientes, em média, com 54,9 anos. Também, em relação ao escore MELD, pacientes que evoluíram a óbito e possuem MELD acima/igual 20, compreendem 62,16% dos casos. **Conclusões:** Os resultados demonstram o quão necessária é a orientação acerca do consumo consciente do álcool e dos cuidados com o controle do peso e fatores da síndrome metabólica. Também, é de suma importância o acompanhamento e adequado tratamento dos pacientes portadores de cirrose; visando minimizar e controlar as complicações relacionadas, rastrear precocemente o surgimento de carcinoma hepatocelular, e identificar precocemente pacientes que têm necessidade e condição clínica de serem submetidos a transplante hepático. **Palavras-chave:** Cirrose Hepática. Perfil Epidemiológico. Ambulatorial. Hepatologia. MELD.

<https://doi.org/10.35984/fjh.v3i1.303>

© 2021 The Authors. Published by FAG Journal of Health. This is an open access article under the CC BY-NC-ND licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

1. Introdução

A cirrose hepática (CH) é definida morfológicamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por um processo inflamatório difuso do parênquima hepático que promove alterações progressivas no fígado, com consequente formação de fibrose. É considerada a principal doença crônica do fígado, sendo responsável em 2015, no Brasil, por 18.923 mortes somente relacionado ao uso de álcool (MELO, 2017).

As características clínicas da cirrose representam o resultado das alterações patológicas, e espelham a gravidade da hepatopatia. Possui, a princípio, um curso clínico assintomático e silencioso. Pode se tornar descompensada em decorrência, principalmente, do surgimento e progressão da hipertensão da veia porta, e da deterioração da função do fígado (EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis, 2017).

Dispõe-se de uma ampla variedade de manifestações clínicas e complicações, podendo-se considerar descompensação do quadro a presença de: icterícia, ascite, varizes gastroesofágicas (podendo levar a hemorragia digestiva alta – HDA), encefalopatia hepática (EH), alterações na função renal, entre outras (COSTA, 2016).

As complicações da cirrose são fatores de pior prognóstico da doença, maior gasto público, maior morbidade; além de afetar a produtividade do indivíduo. Ademais, a CH se constitui como principal fator de risco para Carcinoma Hepatocelular (CHC) (BITTENCOURT & ZOLLINGER, 2017; FATTOVICH, 2016).

De etiologia variada, a CH pode ser decorrente de uma série de processos patogênicos. Destacam-se, dentre eles: Hepatite viral crônica (B e C); esteatohepatite não-alcóolica (DHGNA); hepatite autoimune; lesão hepática induzida por álcool; lesão hepática induzida por drogas ou toxinas; doenças metabólicas, tais como deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson, hemocromatose; distúrbios vasculares como insuficiência cardíaca direita crônica e Síndrome de Budd-Chiari; infecções e parasitoses; colangite biliar primária; cirrose biliar secundária; colangite esclerosante primária; além de cirrose criptogênica (que é quando não se identifica um fator causal para a cirrose), e causas raras como doença celíaca e fibrose cística (SBH et al., 2005).

A prevalência mundial de CH é estimada em cerca de 3 a 5%, em adultos, em estudos de necropsia. No Brasil, a taxa de mortalidade por CH e outras hepatopatias crônicas é de 15,6 a cada 100 mil habitantes. A CH afeta os indivíduos nos anos de maior produtividade laboral, acarretando em morte prematura, doença e/ou invalidez; e dessa forma, acarretando forte impacto na economia (TSOCHATZIS, 2014)

Classicamente considerada como terminal, a cirrose em recentes estudos passou a ser uma doença dinâmica, cuja evolução natural pode apresentar fases que refletem diretamente na morbimortalidade dos pacientes cirróticos (BITTENCOURT & ZOLLINGER, 2017).

Escore prognósticos são utilizados para avaliar a função hepática, e a necessidade de transplante e sobrevida média. Um dos escores mais amplamente utilizados, e de boa acurácia para avaliação da gravidade da cirrose, é a classificação de CHILD-Pugh; que se baseia em marcadores de função hepática (INR, albumina e bilirrubinas) e complicações clínicas (ascite e encefalopatia hepática). A pontuação do modelo de doença hepática em fase terminal (Model Of End-Stage Liver Disease - MELD) foi proposta, em 2002, para prever a mortalidade de pacientes não submetidos a transplante hepático. Tem como base medições objetivas:

creatinina, bilirrubina, razão normalizada internacional (INR) e sódio (SBH et al., 2020).

Atualmente, para os doentes com cirrose avançada (MELD maior/igual a 15, CHILD B-9) e/ou complicações, desde que tenham condições clínicas, o transplante hepático é o tratamento definitivo e que oferece melhor sobrevida a longo prazo, além de proporcionar melhora na qualidade de vida. O escore MELD orienta a alocação de enxertos nas filas de receptores de cada estado. Contudo, a decisão final quanto à atribuição tem frequentemente por base vários parâmetros além da pontuação, incluindo as prioridades locais e, também, a compatibilidade com o doador (tipo sanguíneo, tamanho proporcional) (EASL: Transplantação do fígado, 2016).

A principal razão para realizar o estudo é a quantidade escassa de dados epidemiológicos sobre esse tópico, o qual não se atém apenas à região oeste do Paraná e o referido serviço de Cascavel (PR), mas também ao Brasil.

Neste contexto o presente estudo teve por objetivo determinar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com cirrose hepática atendidos no Hospital UOPECCAN – CASCAVEL – PR, no período de julho de 2019 a maio de 2020, com a finalidade de estabelecer as características clínicas e desfecho dos pacientes.

2. Metodologia

Os dados referentes ao estudo foram retirados dos prontuários dos pacientes atendidos com diagnóstico de cirrose hepática, entre julho de 2019 e maio de 2020, no serviço de hepatologia/transplante hepático. Para se chegar ao diagnóstico de CH foram lançados mão de critérios histológicos, bioquímicos ou de imagem, correlacionados às manifestações clínicas da cirrose, tais como: encefalopatia hepática, presença de varizes gastroesofágicas, ascite e/ou demais sinais de hepatopatia crônica. Os referidos dados acerca das complicações e das características do quadro clínico foram considerados segundo as diretrizes internacionais.

Objetivou-se a partir da coleta reunir, dos prontuários, informações sobre: o perfil sociodemográfico – predominância de gênero; idade no momento da pesquisa; cor/etnia; local de residência (Restante do Paraná, Cascavel ou outros estados) e estado civil; causa etiológica da CH; escore Model for End-Stage Liver Disease (MELD); morbimortalidade versus transplante; dentre outras identificadas como necessárias para evidenciar características da doença relatada. A pontuação MELD foi empregada com o intuito de estabelecer o prognóstico da CH. Recentemente, o sistema nacional de transplantes incorporou a dosagem de sódio sérico ao escore de MELD, visto que a hiponatremia é um critério de agravamento da cirrose. Fixou-se o desfecho do estudo no último dia de coleta de dados, considerando primários: as complicações da cirrose, o transplante e o óbito.

Os dados coletados foram armazenados e tabelados no aplicativo Excel®, versão 2013, depois foram analisados e feitas as estatísticas por seleção e cálculo automático pelo aplicativo. As variáveis comparadas entre si foram subdivididas em: estatísticas descritivas – média, mediana e desvio-padrão – e em relativas: porcentagem.

O estudo tem aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Os riscos da pesquisa são mínimos, relacionados ao armazenamento e sigilo sob os dados dos pacientes participantes, posto que se trata de um estudo retrospectivo e não houve contato direto com os participantes. Assegura-se a retenção das informações colhidas dos prontuários e a não

exposição mediante a não identificação nominal dos pacientes, os quais serão identificados a partir do cadastro numérico feito pela própria instituição (UOPECCAN-Cascavel). Os dados ficarão armazenados pelos pesquisadores responsáveis durante o período subsequente à finalização da pesquisa, por até cinco anos. A pesquisa foi submetida à aprovação pela Plataforma Brasil segundo o registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 30011220.4.0000.5219.

3. Resultados

Um total de 262 (duzentos e sessenta e dois) prontuários de pacientes diagnosticados com cirrose hepática atendidos no ambulatório do Fígado e de Transplante Hepático do período proposto passaram por análise. Quanto a idade, o mais novo tinha 16 (dezesseis) anos e o mais velho 88 (oitenta e oito), com a média de 54,9 anos (DP±12,74), sendo a idade média masculina maior que a feminina. Já em relação ao gênero, 62,98% (n=165) pertenciam ao sexo masculino e 37,02% (n=97) ao feminino. Sobre a raça/etnia, 62,21% (n=163) era branca, 33,21% (n=87) era parda e 4,58% (n=12) era negra. No que diz respeito ao estado civil, 44,66% (n=117) eram casados, 34,35% (n=90) solteiros, 13,36% (n=35) divorciados e os demais 7,63% (n=20) eram viúvos. Em análise do local de residência, 69,08% (n=181) foram encaminhados de demais cidades do Paraná, 29,77% (n=78) procediam de Cascavel-PR e o restante 1,15% (n=3) de outros estados da Federação.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da população estudada

		Frequência (n=262)	%
Sexo	Masculino	165	62,98
	Feminino	97	37,02
Raça	Branca	163	62,21
	Negra	12	4,58
	Parda	87	33,21
Idade	<20 anos	13	4,96
	20 a 40 anos	28	10,69
	41 a 60 anos	123	46,95
	>60 anos	98	37,40
Estado Civil	Solteiro(a)	90	34,35
	Casado(a)	117	44,66
	Divorciado(a)	35	13,36
	Viúvo(a)	20	7,63
Residência	Cascavel	78	29,77
	Resto do Paraná	181	69,08
	Outros Estados	3	1,15

Já à respeito da causa etiológica, de acordo com os dados coletados, a principal encontrada foi a alcoólica, com 38,17% (n=100). Em segundo, a doença hepática gordurosa não alcoólica com 11,83% (n=31). Quanto à porcentagem de cirrose por causa viral, a presença do vírus B sobressai em 5,34% (n=14) e do vírus C em 4,20% (n=11). O restante foi subdividido em outras etiologias, com 20,61% (n=54), em mais de uma etiologia, com 10,31% (n=27) e, ainda, em etiologia desconhecida ou processo de fechamento de diagnóstico, mas com cirrose estabelecida, com 9,54% (n=25). Entre as outras causas, dos 54 (cinquenta e quatro) pacientes, a cirrose

criptogênica foi a mais prevalente, com 35,19% (n=19). Dentre as causas mistas, a associação do vírus da Hepatite B ao consumo do álcool foi encontrada em 29,62% (n=8).

Tabela 2 - Etiologia da Cirrose Hepática nos pacientes estudados

		Frequência (n=262)	%
Causa etiológica	Alcoólica	100	38,17
	Esteatose	31	11,83
	Vírus da Hepatite B	14	5,34
	Vírus da Hepatite C	11	4,20
	Outras	54	20,61
	Mais de uma etiologia	27	10,31
	Desconhecida/ À Esclarecer	25	9,54

Nas consultas do ambulatório, ao exame físico, os pacientes acompanhados apresentaram graus variados de descompensação da ascite, somando-se todos os casos documentados, cerca de 74% (n=194) apresentaram algum grau de ascite e 62,60% (n=164) apresentaram variações perceptíveis, ao exame físico, de qualquer grau de icterícia.

Tabela 3 - Achados descritos ao exame físico

		Frequência (n=262)	%
Ascite	Não	58	22,14
	Grau I	81	30,92
	Grau II	61	23,28
	Grau III	52	19,85
Circulação Colateral	Não	217	82,82
	Sim	45	17,18
Edema	Não	84	32,06
	+/4+	63	24,05
	2+/4+	44	16,79
	3+/4+	36	13,74
Eritema Palmar	4+/4+	35	13,36
	Não	183	69,85
	Sim	79	30,15
Esplenomegalia	Não	158	60,31
	Sim	104	39,69
Hepatomegalia	Não	148	56,49
	Sim	114	43,51
Icterícia	Não	98	37,40
	+/4+	61	23,28
	2+/4+	59	22,52
	3+/4+	25	9,54
Teleangiectasia	4+/4+	19	7,25
	Não	188	75,95
	Sim	74	24,05

Além disso, a presença de hepatoesplenomegalia palpável pôde ser notada, órgãos respectivamente aumentados à palpação, fígado em 43,51% (n=114) e baço em 39,69% (n=104) dos pacientes examinados. Demais alterações, como quadros de encefalopatia hepática estiveram presente em 24,05% (n=63) dos pacientes e quadros de peritonite bacteriana espontânea (PBE) em 7,63% (n=20), além de presença de contratura palmar (Flapping) em 13,74% (n=36), que é uma complicação decorrente da encefalopatia. O

acometimento sistêmico síndrome, como: Síndrome Hepatorrenal foi constatada em 13,74% (n=36), Síndrome Hepatopulmonar em 9,54% (n=25), e Cardiomiopatia Cirrótica em 5,34% (n=14).

Em análise de exames de imagem, a presença de carcinoma hepatocelular (CHC) foi diagnosticado em 9,92% (n=26) dos pacientes do estudo. Foi possível, por meio de endoscopia digestiva alta (EDA), notar a presença de varizes gastroesofágicas em 69,84% (n=176) e de gastrite em 51,59% (n=130) dos pacientes. Destes, cerca de 29,77% (n=78) apresentaram episódios de hemorragia digestiva alta (HDA) varicosa.

Tabela 4 - Achados em exames de imagem dos pacientes estudados

Achados em exames de imagem	Frequência (n=252)	%
Varizes gástricas	176	69,84
Gastrite	130	51,59
Varizes periportais	166	65,87
Hipertensão portal	156	61,90
Colecistopatia Calculosa	50	19,84
Ectasia de Veia Porta	24	9,52
Pancreatite Crônica	29	11,51
Úlcera TGI	24	9,52
CA de Pâncreas	3	1,19
Linfoadenomegalia abdominal	27	10,71

Ao serem enumeradas, as comorbidades não relacionadas à patologia cirrótica, em prontuário, 37,79% (n=99) possuíam duas ou mais comorbidades. Apenas 24,05% (n= 63) possuíam uma única comorbidade, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais prevalente, com 6,49% (n=17). Por se tratar de um hospital oncológico, foi possível constatar vários tipos de câncer além do carcinoma hepatocelular, sendo diagnosticados antes e durante o período da pesquisa, cerca de 16,03% (n=42) de casos.

Tabela 5 - Presença de Comorbidades associadas nos pacientes estudados

Comorbidade	Frequência (n=262)	%
Não	100	38,17
Sim		
Apenas HAS	17	6,49
Apenas DM	12	4,59
Apenas Hipotireoidismo	5	1,91
Outras	29	11,07
Duas ou mais	99	37,79

Em consideração aos hábitos de vida, 60,31% (n=158) possuíam história atual ou pregressa de consumo de álcool e 42,37% (n=42,37) de uso de tabaco ou semelhantes.

Tabela 6 - Relato de Etilismo e Tabagismo atual ou progressivo.

	Frequência (n=262)	%
Etilismo		
Não	104	39,69
Sim	158	60,61
Tabagismo		
Não	151	57,63
Sim	111	42,37

Em relação ao prognóstico dos pacientes do estudo, o método de classificação, descrito primeiramente por (MALINCHOC et al.), no início dos anos 2000, o MELD é um cálculo matemático proposto para previsão da mortalidade em

três meses de doentes com uma doença hepática em fase terminal. Quanto a classificação, a sobrevida é dada após o cálculo e o resultado: ≤ 14 a taxa de sobrevida em 1 ano é mais baixa do que em paciente submetidos ao TH.

Para a Sociedade Brasileira de Hepatologia, um MELD ≥ 15 é considerado como hepatopatia grave. Esse cálculo não consegue refletir o impacto das complicações, como a encefalopatia recorrente e a ascite refratária, no entanto, é capaz de prever a possibilidade de óbito a depender do valor resultante. O valor médio do MELD da população estudada é 16,25.

Tabela 7 – Valores de MELD na população estudada

Grupo/ Valores	Frequência (n=262)	%
MELD ≥ 40 (A)	8	3,05
30-39 (B)	12	4,58
20-29 (C)	61	23,28
10-19 (D)	139	53,05
≤ 9 (E)	42	16,03

Em relação ao prognóstico, de acordo com as pontuações do gráfico acima, do grupo A, somente um paciente não evoluiu a óbito, mas foi enquadrado como tratamento paliativo; já do grupo B, 75% (n=9) não sobreviveu até o fim do estudo; dos pacientes constituintes da classificação C, 47,54% (n=29) evoluíram a óbito; da faixa de valores que compõe o grupo D, destes 17,98% (n=25) morreram e, por fim, dos pacientes com MELD ≤ 9 (nove), somente três faleceram, totalizando 7,14%.

Tabela 8 - Correlação entre Escore MELD e desfecho

Desfecho	Óbito	MELD			
		≤ 9	10-19	20-29	30-39
Sem TH	3	25	29	9	8
TH	0	8	9	2	0

Como abordado no parágrafo anterior, o desfecho escolhido para elucidar a tabela foi o óbito dos pacientes. Dos 19 (dezenove) pacientes submetidos ao TH que faleceram, nota-se a maior prevalência de mortalidade naqueles que possuem MELD maior. No entanto, vale ressaltar que pacientes descompensados, com muitas comorbidades e além disso, com quadro mais arrastado de cirrose hepática possuem um pior prognóstico, por vezes nem sendo listados em fila de transplante. Ainda, a média do escore MELD dos pacientes transplantados que evoluíram à óbito é de 20,8, sendo 12 (doze) destes com pontuação MELD ≥ 20 e outros 9 (nove) com MELD entre 13-19.

Ao fim da coleta de dados, houve a possibilidade de separar em desfechos os pacientes estudados. Dos 262, 52 (19,85%) faleceram devido as complicações da cirrose sem realizar transplante, somados a estes, 7 (sete) eram paliativos e podiam falecer a qualquer momento. Já em consideração aos transplantados, acompanhados no pré, peri e pós-transplante a curto e a longo prazo, dos 19,46% (n=51), 6,87% (n=18) evoluíram a óbito pós-transplante e 0,76% (n=2) foram retransplantados. Do total, somente seis pacientes receberam alta do ambulatório e 14,50% (n=38) não continuaram o acompanhamento neste centro, sendo classificados como evasão. Além disso, 2 (dois) pacientes foram encaminhados

para o ambulatório de oncologia clínica para realizar tratamento de câncer.

Tabela 9 - Desfecho dos pacientes do estudo

	Frequência (n=262)	%
Óbito + Transplante	18	6,87
Óbito sem transplante	52	19,85
Paliativo	7	2,67
Protocolo de Transplante	21	8,02
Transplante	31	11,83
Retransplante	2	0,76
Acompanhamento	86	32,82
Alta	6	2,29
Evasão	38	14,50
Encaminhado	2	0,76

Por fim, quando considerada a sobrevida do paciente transplantado, considerando que 19,46% (n=51) dos pacientes foram submetidos a retirada do fígado cirrótico, pode-se inferir que no serviço a taxa de sobrevida do pacientes transplantados gira em torno de 60% (n=33).

4. Discussão

No estudo realizado, 62,98% (n=165) eram do sexo masculino, enquanto 37,02% (n=97) eram do feminino. De acordo com (Chang, 2015), foi possível observar proporção semelhante em estudo epidemiológico realizado em Singapura (63,8% de pacientes do sexo masculino e 36,2% do feminino).

As causas mais prevalentes de CH, segundo (TSOCHATZIS, 2014), são: infecção pelo Vírus da Hepatite C, Vírus da Hepatite B, por consumo crônico do álcool e doença hepática gordurosa não alcoólica. Quando comparado ao serviço no qual foram coletados os dados da pesquisa, há um padrão bem semelhante: 38,17% (n=100) de etiologia alcoólica e 11,83% (n=31) devido à esteatose. No entanto, entre as causas virais, que no estudo da revista americana, o vírus da hepatite C é considerado o mais prevalente em países desenvolvidos, nesta pesquisa o vírus B possui 5,34% (n=14), enquanto que o C apresenta 4,20% (n=11) dos pacientes. Este dado com relação às hepatites virais é compatível com a epidemiologia do local do estudo, visto que o oeste do Paraná é uma região endêmica para hepatite B.

No processo de análise dos prontuários de pacientes que possuem mais de uma etiologia, é possível evidenciar sinergismo entre as fontes de lesão hepática. A associação de mais de um fator pode promover, acelerar ou exacerbar o processo de fibrose hepática. Dentre todos, 10,31% (n=27) dos indivíduos participantes são portadores de causas mistas de CH e oito deles, o equivalente à 29,62% têm associação do Vírus da Hepatite B e do consumo de álcool.

Em (FATTOVICH, 2016), afirma-se que de acordo com dados de um estudo de coorte realizado na Europa, dos indivíduos que faleceram por causa hepática, o Hepatocarcinoma foi a causa apontada em 54% a 70% dos pacientes com cirrose compensada de variadas etiologias e em 50% dos pacientes portares do vírus C da hepatite. Dos pacientes do estudo realizado na UOPECCAN-Cascavel, 3 (três) dos 5 (cinco) portadores de hepatite C que faleceram no período do estudo, que corresponde a 60%, obtiveram o diagnóstico de carcinoma hepatocelular. Ademais, dos 10 (dez) pacientes que evoluíram a óbito com mais de uma doença hepática, 6 (seis) deles apresentaram concomitantemente CHC, totalizando, também, 60%.

Levando em consideração as repercussões clínicas e os achados ao exame físico, entre as complicações mais comuns no ambulatório, citam-se: a ascite (em cerca de 74%), um ou mais episódios de HDA (29,77%), a EH (24,05%) e a PBE (7,63%). Se comparadas com dados (Bittencourt & Zollinger, 2017) o sangramento por varizes de esôfago podem acometer 33 a 50% dos portares de cirrose hepática. Já em relação à ascite, estima-se que 50% dos cirróticos desenvolvam ascite ao longo da vida. E a prevalência de PBE é 3 e 10% e EH é 20%.

Segundo Bittencourt & Zollinger (2017), a prevalência de síndromes sistêmicas decorrentes da cirrose hepática é cerca de 15%. No estudo, a síndrome Heparotrenal foi evidenciada em 13,74% e a Hepatopulmonar em 9,54%.

Quando analisada a sobrevida dos pacientes (ZAYDFUDIM, 2020), por meio do escore MELD, a mortalidade maior está associada a pontuações acima de 20; variando de 76% em três meses para pacientes com MELD entre 20 e 29; de 83% com MELD entre 30 e 39 e 100% nos pacientes que pontuação 40 ou mais no escore.

Na pesquisa realizada, os pacientes seguiram padrões bem semelhantes quando considerados escores maiores. Um possível fator que explique as poucas discrepâncias, como a mortalidade abaixo de 76% - em torno de 47,54% - em pacientes com MELD superior a 20 e inferior a 30, pode ser o acompanhamento e o tratamento das exacerbações da doença. Outro fator que compila para essas variações pode ser o registro em prontuário no momento no qual os pacientes não estavam necessariamente descompensados ou graves.

Quanto a sobrevida global associada ao transplante hepático, segundo Marroni (2019), atualmente, a sobrevida de pacientes e de enxertos, ao final de um ano na maioria dos centros de transplante, gira em torno de 75 a 90%. Os valores podem ser diferentes devido às diferenças percentuais das causas etiológicas da cirrose nos diferentes centros. Em locais com pacientes portadores de hepatite viral C e carcinoma hepatocelular os resultados são piores quando comparados aos centros nos quais predominam doenças colestatísticas, alcoólicas ou metabólicas. A meta média atingida nos centros de referência é a sobrevida de 70% em cinco anos.

Na UOPECCAN a sobrevida foi de 60%, logo pode-se inferir proximidade do esperado. A possível discrepância pode ter ocorrido por presença de pacientes que realizaram transplante fora do centro e continuaram o acompanhamento neste ambulatório, também por existirem pacientes que foram submetidos a transplante fora do tempo do estudo, destes, a maioria, há pelo menos um ano antes do período da coleta de dados.

5. Considerações finais

A alta prevalência e incidência da doença hepática, e o impacto (pessoal e social) das suas complicações, enfatizam a necessidade de se identificar, por meio de triagem, pacientes com hepatopatias crônicas. Esta prática deve ser estimulada, principalmente, em grupos de risco; como etilistas, portadores de hepatites virais, pacientes com sobrepeso/obesidade e outros achados de síndrome metabólica.

Visto o impacto que esta doença representa em termos de saúde pública, não se pode ignorar a relevância de estudos que demonstram os riscos das repercussões clínicas a curto/longo prazo, e a morbimortalidade dos pacientes cirróticos. É importante reconhecer os padrões mais frequentes quanto as etiologias da cirrose, para que se possa atuar em prevenção e adequado tratamento das mesmas. Atualmente, no

Brasil, elas estão mais relacionadas ao uso crônico exacerbado de álcool, e ao aumento do sobrepeso/obesidade da população; ambas causas mais prevalentes também em países desenvolvidos.

Além disso, o controle das demais comorbidades é de suma importância no tratamento desses pacientes, pois além de poder contribuir para acelerar a fibrose hepática e culminar com CH, podem provocar descompensações da mesma, a exemplo do diabetes mellitus. Ainda, faz-se necessário manter acompanhamento regular da hepatopatia, rastreio para carcinoma hepatocelular, e adequado tratamento das complicações e causas da cirrose. O adequado seguimento dos pacientes cirróticos visa manter a qualidade de vida dos mesmos, evitar exacerbações e desfechos desfavoráveis, e identificar precocemente a necessidade de transplante hepático. Apesar de representar um grande custo para a saúde pública a curto prazo, quando bem indicado e em momento oportuno, o transplante hepático tem o potencial de aumentar significativamente a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos pacientes cirróticos, permitindo, inclusive, que estes retomem suas atividades laborais e sociais.

6. Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

7. Referências

- AUTORES, D. (s.d.). Fonte: Sociedade Brasileira de Hepatologia: https://www.sbhepatologia.org.br/pdf/anais_21congresso.pdf> Acesso em Nov. 2020.
- BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE - Ministério da Saúde. (s.d.). Fonte: Manual de Perícia Médica: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pericia_medica> Acesso em Jan. 2021.
- BITTENCOURT, P. L., & Zollinger, C. C. (2017). Manual de Cuidados Intensivos em Hepatologia - 2ª Edição. Manole.
- CHANG, P. E. (2015). Epidemiology and Clinical Evolution of Liver Cirrhosis in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 44:218-25.
- Cirrose hepática: aspectos morfológicos relacionados às suas possíveis complicações. Um estudo centrado em necropsias. (Fevereiro de 2005). *JORNAL BRASILEIRO DE PATOLOGIA E MEDICINA LABORAL*.
- COSTA, J. K. (2016). Epidemiological profile of cirrhosis of liver patients treated at the Outpatient of Hepatology Of Medical Specialties CESUPA Center. GED.
- DATASUS. (s.d.). C.16 Taxa de Mortalidade Específica por Cirrose Hepática. Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqc16.htm>> Acesso em Dez. 2020.
- DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SAÚDE E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. (Novembro de 2020). Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>> Acesso em Nov. 2020.
- Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da ABTO. (2009). Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS: <http://www.abto.org.br/abtov03/upload/pdf/livro.pdf>> Acesso em Jan. 2021.
- EASL (2017). EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *JOURNAL OF HEPATOLOGY*.
- FATTOVICH, G. (s.d.). Hepatocellular Carcinoma in Cirrhosis: Incidence and. Department of Gastroenterology, University of Verona, 35-50.
- Fibrose hepática e marcadores. (Novembro de 2020). Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA: <https://www.sbhepatologia.org.br/pdf/9.pdf>> Acesso em Dez. 2020.
- MARRONI, C. A. (s.d.). Transplante ortotópico de fígado: aspectos pré, peri e pós-operatórios. Em Sociedade Brasileira de Hepatologia.
- MELO, A. P. (2017). Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool: Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015. *Revista da Sociedade Brasileira de Epidemiologia*.
- PACHECO, L. (2016). Transplante de fígado no Brasil. Fonte: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt_0100-6991-rcbc-43-04-00223.pdf> Acesso Nov. 2020.
- PAULO, J. d. (Março de 2020). O Brasil é um país desenvolvido, a caminho da OCDE. Fonte: <https://jornal.usp.br/atualidades/o-brasil-e-um-pais-desenvolvido-a-caminho-da-ocde/#:~:text=O%20Brasil%20n%C3%A3o%20%C3%A9%20mais,desenvolvimento%2C%20mas%20um%20pa%C3%ADs%20desenvolvido.&text=A%20C3%A9%20do%20Brasil%2C%20Trump%20considera,%20C3%81frica%20>> Acesso Jan. 2021.
- SEUL (2016). Recomendações de Orientação Clínica da EASL: Transplantação do fígado. ASSOCIAÇÃO EUROPEIA PARA O ESTUDO DO FÍGADO.
- SILVA, A. d. (s.d.). Hipertensão Portal no Cirrótico. Em Sociedade Brasileira de Hepatologia.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. (2020). Fonte: <https://site.abto.org.br/pesquisas/>> Acesso Dez. 2020.
- TSOCHATZIS, E. A. (2014). Liver cirrhosis. *Lancet*, 383.
- YING Peng, M. X. (2016). Child–Pugh Versus MELD Score for the Assessment of Prognosis in Liver Cirrhosis.
- ZAYDFUDIM, V. M. (2020). The impact of cirrhosis and MELD score on postoperative morbidity. *American Journal of Surgery*.
- KAMATH PS, Kim WR; Advanced Liver Disease Study Group. The model for end-stage liver disease (MELD). *Hepatology*. 2007;45:797-805.
- SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - Boletim Epidemiológico: Hepatite Virais. Volume 2/2018.