



Perfil de internações não eletivas em pacientes cirróticos

Profile of non-elective hospital admissions in cirrhotic patients

Perfil de hospitalizaciones no electivas en pacientes cirróticos

Wanderson Maia da Silva¹, Fernanda Oliveira Barreto Garcia¹, Rafael José Romero Garcia¹, Railla Barbosa de Souza¹, Wesley Thyago Alves da Costa², Leonardo Magalhães Santos³.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes cirróticos com internações não eletivas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Métodos:** Realizou-se um estudo do tipo observacional, descritivo e com delineamento transversal, a partir de análise de prontuários hospitalares eletrônicos de pacientes internados no período de abril de 2024 a setembro de 2024 em um Hospital de Referência. **Resultados:** Internações de 54 pacientes foram analisados, das quais a maioria apresentava diagnóstico prévio de cirrose hepática (N=38/54, 70%). A principal causa de cirrose hepática foi a alcoólica (48%), seguida pela doença hepática gordurosa não alcoólica (22%) e pela infecção crônica pelo Vírus da Hepatite C (17%). Insuficiência IHAC foi diagnosticada em 20% dos pacientes (N=11/54), com taxa de mortalidade significativamente maior quando comparados ao grupo de pacientes sem este diagnóstico (73% vs. 5%, $p < 0,001$). Pacientes com IHAC também apresentaram maior necessidade de UTI, uso de hemocomponentes e intubação orotraqueal. Ademais, o estudo também mostrou que o escore MELD-NA não diferiu entre os pacientes que evoluíram a óbito e os que receberam alta hospitalar. **Conclusão:** Em conclusão, o presente estudo reafirma a gravidade da patologia e reforça a validade do uso de escores prognósticos, especialmente o CLIF-ACLF, neste perfil de pacientes.

Palavras-chave: Cirrose hepática, Insuficiência hepática aguda, Hospitalização.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of cirrhotic patients with non-elective hospitalizations at Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted based on the analysis of electronic hospital records of patients admitted between April 2024 and September 2024 in a Reference Hospital. **Results:** A total of 54 hospitalizations were analyzed, with most patients having a prior diagnosis of liver cirrhosis (N=38/54, 70%). The main cause of liver cirrhosis was alcohol-related (48%), followed by non-alcoholic fatty liver disease (22%) and chronic Hepatitis C virus infection (17%). Acute-on-chronic liver failure (ACLF) was diagnosed in 20% of patients (N=11/54), with a significantly higher mortality rate compared to patients without this diagnosis (73% vs. 5%, $p < 0.001$). Patients with ACLF also had a greater need for ICU admission, blood component transfusion, and endotracheal intubation. Moreover, the study showed that the MELD-NA score did not differ between patients who died and those who were discharged from the hospital. **Conclusion:** In conclusion, this study reaffirms the severity of the disease and reinforces the validity of prognostic scores, particularly the CLIF-ACLF, in this patient population.

Keywords: Liver cirrhosis, Acute-on-chronic liver failure, Hospitalization.

¹Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), Belém - PA.

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

³Faculdade de Ciências Médicas do Pará (FACIMPA), Marabá - PA.

RESUMO

Objetivo: Describir el perfil clínico-epidemiológico de pacientes cirróticos con hospitalizaciones no electivas en la Fundación Santa Casa de Misericórdia de Pará. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de diseño transversal, basado en el análisis de historias clínicas electrónicas de pacientes hospitalizados en el período de abril de 2024 a septiembre de 2024 en un hospital de referencia. **Resultados:** Se analizaron las hospitalizaciones de 54 pacientes, de los cuales la mayoría tenía un diagnóstico previo de cirrosis hepática (N=38/54, 70%). La principal causa de cirrosis hepática fue la alcohólica (48%), seguida de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (22%) y la infección crónica por el virus de la hepatitis C (17%). La insuficiencia IHAC se diagnosticó en el 20% de los pacientes (N=11/54), con una tasa de mortalidad significativamente mayor en comparación con el grupo de pacientes sin este diagnóstico (73% vs. 5%, $p < 0,001$). Los pacientes con IHAC también presentaron una mayor necesidad de ingreso en UCI, uso de hemocomponentes e intubación orotraqueal. Además, el estudio mostró que la puntuación MELD-NA no difería entre los pacientes que evolucionaron a la muerte y aquellos que recibieron el alta hospitalaria. **Conclusión:** En conclusión, el presente estudio reafirma la gravedad de esta patología y refuerza la validez del uso de puntuaciones pronósticas, especialmente el CLIF-ACLF, en este perfil de pacientes.

Palabras clave: Cirrosis hepática, Insuficiencia hepática aguda, Hospitalización.

INTRODUÇÃO

A cirrose hepática é definida como o estágio avançado da fibrose tecidual e é caracterizada pela distorção da arquitetura do parênquima hepático e pela formação de nódulos regenerativos. Qualquer fonte de agressão crônica ao tecido hepático pode levar à cirrose, sendo as causas mais prevalentes o transtorno por uso de álcool, hepatites virais (B e C), obesidade, doença hepática gordurosa não alcoólica (NAFLD), doenças autoimunes, doenças colestáticas e de depósito (acúmulo de ferro ou cobre no corpo), com muitos pacientes apresentando causas sobrepostas (SERPER M, et al., 2023).

A progressão da cirrose é desencadeada por uma resposta inflamatória crônica e pela ativação das células estelares hepáticas, que começam a produzir fibras de colágeno e outros elementos da matriz extracelular. Esse processo causa remodelação hepática progressiva, substituindo o parênquima hepático funcional por tecido cicatricial, o que reduz a capacidade funcional do órgão e leva ao desenvolvimento de hipertensão portal (KAMM DR e MCCOMMIS KS, 2022; MORAN-SALVADOR E e MANN J, 2017). O acúmulo contínuo de colágeno e o aumento da rigidez hepática pioram a condição, eventualmente causando falência hepática e outras complicações. Além disso, a fibrose hepática é amplamente influenciada por fatores genéticos e epigenéticos, que podem determinar a suscetibilidade de um indivíduo a desenvolver cirrose em resposta a insultos crônicos (FRIEDMAN SL, 2003).

Estudos epidemiológicos recentes indicam que a cirrose é uma das principais causas de mortalidade mundial, com uma incidência que continua a aumentar tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Em países ocidentais, onde a prevalência da NAFLD é alta, a cirrose relacionada a essa condição e ao consumo de álcool tem mostrado um aumento alarmante, sobrecarregando os sistemas de saúde (ALLEN AM et al., 2016). Em regiões como Ásia e África, a hepatite viral permanece uma causa predominante de cirrose hepática (MAK LY, et al., 2024).

Pacientes com cirrose hepática podem ser classificados em dois estágios, dependendo de sua apresentação clínica: cirrose compensada e cirrose descompensada. Pacientes com cirrose descompensada são caracterizados pelo surgimento de sinais clínicos significativos de progressão da doença: sangramento gastrointestinal, encefalopatia hepática, ascite, peritonite bacteriana espontânea e/ou síndrome hepatorenal (MANSOUR D e MCPHERSON S 2018). A progressão de cirrose compensada para descompensada ocorre a uma taxa anual de 5% a 7%. Após o primeiro episódio de descompensação, a cirrose evolui para um estágio mais grave, com um aumento significativo no risco de falência múltipla de órgãos e sistemas. Nesse ponto, o paciente se torna mais propenso a infecções devido à deterioração do sistema imunológico, estando sujeito a altas taxas de mortalidade. Enquanto pacientes com cirrose compensada têm uma expectativa de vida média de 12 anos, aqueles com cirrose descompensada têm uma expectativa de vida média de apenas dois anos (GUNARATHNE LS, et al., 2020).

Descompensações agudas (DA) da cirrose hepática geralmente representam as causas das admissões hospitalares não eletivas nesses pacientes. A maioria desenvolverá DA sem outras características significativas, enquanto outros desenvolverão DA associada a falências sistêmicas (ou seja, insuficiência renal, queda da função hepática e/ou falência de outros órgãos). Pacientes com DA e falência de órgãos extra-hepáticos têm maior risco de mortalidade a curto prazo (MOREAU R, et al., 2013; SINGH JA, et al., 2014).

A compreensão de que pacientes com cirrose hepática descompensada e falência de órgãos extra-hepáticos têm maior mortalidade a curto prazo levou à concepção de uma entidade clínica distinta chamada Falência Hepática Aguda sobre Crônica (FHAC). Essa condição é definida como uma síndrome que afeta pacientes cirróticos, com ou sem diagnóstico prévio, caracterizada por falência hepática aguda associada a uma ou mais falências de órgãos extra-hepáticos, mais comumente envolvendo os rins, cérebro ou cascata de coagulação (KUMAR R, et al., 2020). A FHAC pode resultar de um ou mais insultos hepáticos, que podem ser agrupados em insultos hepatotrópicos, como a reativação do vírus da hepatite B — a causa mais comum na Ásia — ou insultos não hepatotrópicos, como o consumo excessivo de álcool — a causa mais comum na Europa e nas Américas (MATTOS ÂZ e MATTOS AA, 2017; PUTIGNANO A e GUSTOT T, 2017). No entanto, é importante notar que em até 40% dos casos de FHAC, a etiologia da descompensação não pode ser determinada (JALAN R, et al., 2015).

O Chronic Liver Failure Consortium da European Association for the Study of the Liver (EASL-CLIF), um consórcio europeu para estudos de falência hepática crônica, desenvolveu um escore para identificar e diferenciar a presença de FHAC, descompensações agudas (DA) e disfunções de órgãos (DO). Esse escore permite a classificação da FHAC em graus de 1 a 3 de acordo com a gravidade e, a partir disso, estima a mortalidade em 28 e 90 dias (ENGELMANN C, et al., 2018; MOREAU R, et al., 2013). O estudo CANONIC, desenvolvido pelo EASL-CLIF, foi a base para a definição e classificação atuais da FHAC. Em resumo, 1.343 pacientes cirróticos admitidos em 29 hospitais europeus para tratamento de descompensação aguda da cirrose hepática foram incluídos. Para diagnosticar a presença de falência de órgãos/sistemas (fígado, rins, cérebro, coagulação, circulação e/ou respiratório) e definir o prognóstico, foram utilizados os critérios modificados do SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), considerando aspectos específicos da cirrose; a partir do estudo, foi definido o escore CLIF-OF, que faz parte do cálculo do escore CLIF-ACLF, atualmente utilizado para definir a ocorrência de FHAC e seu grau.

Os três pilares da FHAC são a definição de falência de órgãos (determinada pelo escore CLIF-OF), a presença de cirrose hepática pré-estabelecida (critério de inclusão) e altas taxas de mortalidade (estimadas em 15% em 28 dias). Os valores de corte que definem as subcategorias da FHAC foram estabelecidos com base no cálculo do risco de aumento das taxas de mortalidade em 28 dias em cada categoria, em comparação com o risco basal. A FHAC é um processo dinâmico que pode se desenvolver, melhorar, resolver ou piorar durante a internação. No estudo CANONIC, a FHAC foi resolvida ou melhorada em 192 pacientes (49,5%), seguiu um curso estável ou flutuante com grau final de FHAC inalterado em 118 (30,4%) e piorou em 78 (20,1%). Entre os pacientes com FHAC-1, apenas 21% progrediram para os graus 2 ou 3 da FHAC, enquanto a maioria dos pacientes com FHAC-3 inicial não melhorou com o tratamento (84%) (MOREAU R, et al., 2013).

Por fim, como a cirrose hepática é uma condição clínica grave e progressiva, com significativa prevalência mundial e que representa um grande ônus para os sistemas de saúde, particularmente o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, este estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes cirróticos com internações não eletivas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), localizada na cidade de Belém, Pará.

MÉTODOS

Este foi um estudo observacional, descritivo e transversal, baseado na análise de registros hospitalares eletrônicos de pacientes admitidos entre abril de 2024 e setembro de 2024 na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

O estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos, respeitando as Diretrizes de Pesquisa com Seres Humanos (Resolução 466/2012) do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além das Resoluções CNS/MS 510/2016 e CNS/MS 580/2018. O projeto foi submetido via sistema Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FSCMPA para aprovação, com consentimento do orientador e da instituição onde a coleta de dados foi realizada. O projeto de pesquisa foi devidamente aprovado pelo CEP sob CAAE 82384324.3.0000.5171 e número do parecer 7.115.803. As informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para cumprir os objetivos desta pesquisa, com os pesquisadores comprometidos em manter a confidencialidade dos dados coletados, garantindo rigor ético e protegendo a privacidade das informações dos pacientes—preservando totalmente o anonimato dos pacientes e solicitando dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados serão armazenados com segurança pelos pesquisadores por no mínimo cinco anos, e os resultados serão compartilhados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a comunidade por meio de publicação em periódico científico e/ou apresentação em eventos acadêmicos.

A amostra consistiu de pacientes admitidos na instituição com os seguintes códigos da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças): K70.3, K71.7, K74 e K74.6, no período de abril de 2024 a setembro de 2024, com o objetivo de analisar uma coorte transversal de seis meses. O estudo incluiu prontuários de pacientes de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, sem restrições quanto à etnia, nível educacional, renda ou estado civil, que foram admitidos na FSCMPA sob condições não eletivas devido à cirrose hepática descompensada, com diagnóstico previamente estabelecido ou presumido. Foram excluídos pacientes que, após a internação, tiveram investigação que revelou ausência de cirrose hepática, ou pacientes cirróticos admitidos exclusivamente para procedimento cirúrgico.

As informações utilizadas nesta pesquisa foram obtidas a partir dos prontuários eletrônicos de pacientes internados por cirrose hepática descompensada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, com a devida aprovação do CEP da instituição. O instrumento de coleta de dados consistiu em um formulário eletrônico, preenchido pelo Investigador Principal, que teve acesso aos registros eletrônicos e documentou informações relevantes para o estudo. Entre as variáveis analisadas estavam: sexo, idade, tempo de internação, diagnóstico prévio de cirrose hepática, duração do diagnóstico, histórico de uso de álcool e tabaco, medicamentos atuais, medicamentos usados durante a internação, procedimentos realizados durante a internação, resultados de exames laboratoriais coletados durante a internação e desfechos clínicos.

A análise dos dados foi tanto analítica quanto descritiva, com o cálculo dos escores CLIF-ALCF e CLIF-AD com base nas informações obtidas dos registros. Esses escores são validados para diagnóstico e classificação da insuficiência hepática aguda sobre crônica e podem ser calculados utilizando uma ferramenta online fornecida pela European Foundation for the Study of Chronic Liver Failure. Os softwares utilizados incluíram Microsoft Excel 2016 para tabulação de dados, Sigma Plot 15.0 para análise de dados e Microsoft Word 2016 para produção de textos.

Os riscos para os participantes incluíam a possibilidade de exposição pública de seus dados ou divulgação de sua identidade, o que poderia causar constrangimento. Esse risco foi mitigado pelo compromisso dos pesquisadores de não utilizar informações identificadoras na coleta de dados, armazenar os dados coletados de forma segura, manter a confidencialidade das informações pessoais e publicar os resultados exclusivamente por meio de canais de comunicação científica.

Os riscos para a instituição incluíam a divulgação não autorizada das informações pessoais dos participantes, o que poderia impactar a credibilidade do hospital na comunidade. Isso foi prevenido pelo compromisso dos pesquisadores de seguir os princípios éticos que regem a pesquisa científica. Os riscos para a ciência incluíam coleta inadequada de dados e análise incorreta. Esses riscos foram minimizados garantindo que os pesquisadores usassem as informações dos prontuários de forma clara e precisa.

Esta pesquisa proporcionará benefícios significativos para a comunidade médico-científica, ampliando o conhecimento sobre o tema e produzindo evidências científicas com base em uma amostra de pacientes da

Região Norte do Brasil—uma contribuição inédita, até onde se sabe. Além disso, o hospital se beneficiará com a melhoria da competência diagnóstica e terapêutica, eficácia e eficiência, o que aumentará a reputação da instituição entre as comunidades médica e científica, além do público em geral, destacando a qualidade dos serviços médicos e dos profissionais de saúde.

Os riscos para os pesquisadores incluem perda de dados ou materiais de pesquisa e perda de credibilidade dentro da comunidade científica, os quais serão mitigados por meio da anotação e digitalização de documentos em um computador dedicado à pesquisa.

RESULTADOS

Dados de 54 internações não eletivas de pacientes cirróticos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará foram incluídos entre abril de 2024 e setembro de 2024. A distribuição dessas internações ao longo do tempo é descrita na **Figura 1-A**.

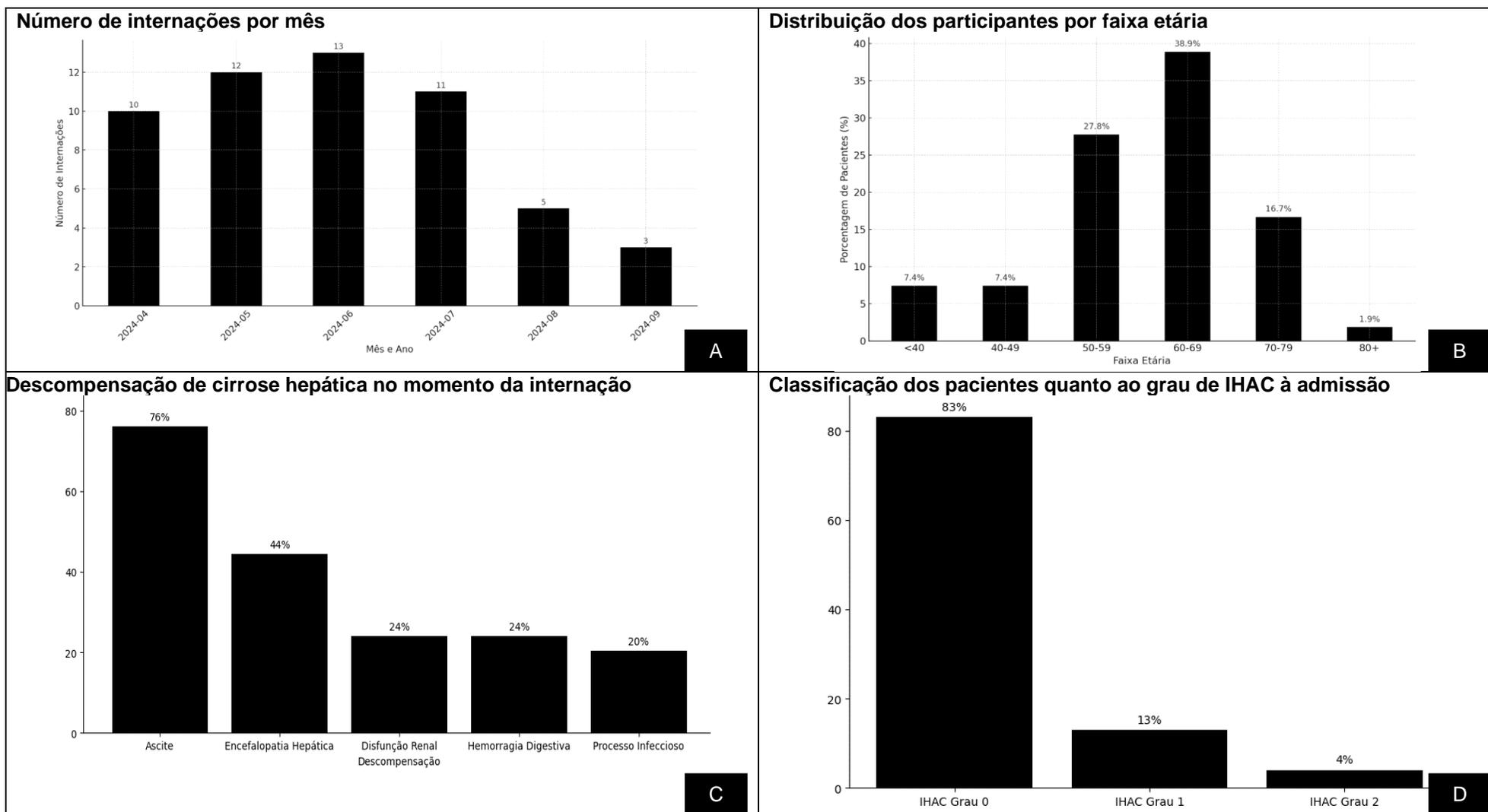
Quanto às características clínico-epidemiológicas, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (N = 36/54; 67%) e tinha diagnóstico prévio de cirrose hepática (N = 38/54; 70%). A idade média dos participantes do estudo foi $60,7 \pm 12,1$ anos, variando de 22 a 89 anos. A **Figura 1-B** representa a distribuição dos participantes por faixa etária.

A prevalência de uso de álcool e tabaco foi significativa na amostra analisada, com 69% dos pacientes apresentando histórico de consumo passado ou ativo de álcool (N = 37/54) e 44% com histórico de tabagismo (N = 24/54). No momento da internação, o consumo ativo de tabaco ou álcool foi relatado por 11% (N = 6/54) e 22% (N = 12/54) dos pacientes, respectivamente.

No contexto da internação não eletiva dos pacientes incluídos no estudo, a principal causa foi a presença de ascite clinicamente significativa, graus II ou III (N = 41/54, 76%). A **Figura 1-C** lista as outras causas de internação.

Na maioria dos pacientes, não foi possível identificar claramente a causa da descompensação apresentada (N = 18/54; 33%). Quando uma condição clínica justificando a descompensação pôde ser estabelecida, os destaques foram: sangramento de varizes esofágicas ou gástricas (N = 13/54; 24%), infecção documentada ou presumida (N = 11/54; 20%), consumo de álcool (N = 7/54; 13%) e suspensão de medicação (N = 5/54; 9%).

Figura 1 – Dados de internações não eletivas de pacientes cirróticos da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, entre abril e setembro de 2024



Fonte: Silva WM, et al. 2025; Dados extraídos registros hospitalares eletrônicos da Fundação Santa Casa de Misericórdia.

Os pacientes incluídos no estudo foram classificados de acordo com a presença de Insuficiência Hepática Aguda sobre Cirrose (IHAC), com base no escore CLIF-ACLF, com graus de IHAC de 1 a 3, e aqueles classificados como ausentes de IHAC (GRAU 0) foram categorizados como "Descompensação Aguda" e tiveram seu escore CLIF-AD calculado. Assim, 83% (45/54) dos pacientes foram classificados como grau 0, 13% (7/54) foram classificados como grau I e 4% (2/54) como grau II, conforme mostrado na **Figura 1-D**.

A **Tabela 1** apresenta as características clínicas e laboratoriais dos pacientes incluídos no estudo, incluindo aqueles com diagnóstico prévio de cirrose hepática e os que tiveram o diagnóstico confirmado durante a internação.

Tabela 1- Características dos pacientes internados com diagnóstico de cirrose hepática.

Característica	N (%)	%
Causa de cirrose hepática nos pacientes com diagnóstico prévio		
Álcool	14	37
Doença Hepática Gordurosa	9	24
Vírus C	8	21
Outras Causas	5	13
Criptogênica	2	5
Causa de cirrose hepática nos pacientes sem diagnóstico prévio		
Álcool	12	75
Doença Hepática Gordurosa	3	19
Vírus C	1	6
Perfil clínico dos pacientes com diagnóstico prévio de cirrose hepática		
Tempo de diagnóstico (meses)	22 (12-24) ^a	
Uso de diurético (Sim %)	15/38	39
Uso de beta-bloqueador (Sim %)	22/38	58
História de descompensação prévia (Sim %)	32/38	84
Perfil clínico-laboratorial dos pacientes no momento da admissão		
Escore CHILD-PUGH	9 (7-10) ^b	
CHILD-PUGH A	7/54	13
CHILD-PUGH B	31/54	57
CHILD-PUGH C	16/54	30
Escore MELD-NA	16,2 ± 6,0 ^c	
Presença de Ascite	51/54	94
Ascite grau 1	10/51	19
Ascite grau 2	35/51	69
Ascite grau 3	6/51	12
Presença de Encefalopatia	24/54	44
Encefalopatia grau 1 ou 2	24/24	100
Encefalopatia grau 3 ou 4	0/24	0
Hemoglobina	10,7 ± 1,8 ^c	
Leucócitos	7471 ± 5435 ^c	
Plaquetas	149.796 ± 80.257 ^c	
Sódio	134,3 ± 6,2 ^c	
Albumina	2,8 ± 0,6 ^c	
Creatinina	0,92 (0,7 – 1,22) ^b	
Ureia	48 (30,5 – 71) ^b	
Uso de Terapia Renal Substitutiva	2/54	4
Bilirrubina Total	1,46 (0,8 – 3,48) ^b	
Pressão Arterial Sistólica	124 ± 19 ^b	
Pressão Arterial Diastólica	73 ± 12 ^c	
Uso de Vasopressor	2/54	4
Uso de Ventilação Mecânica	1/54	2

Legenda: a – valor expresso em mediana (1 quartil – 3 quartil); b – valor expresso em mediana (1º quartil – 3º quartil); c – valor expresso em média ± desvio padrão; † – Teste exato de Fisher;

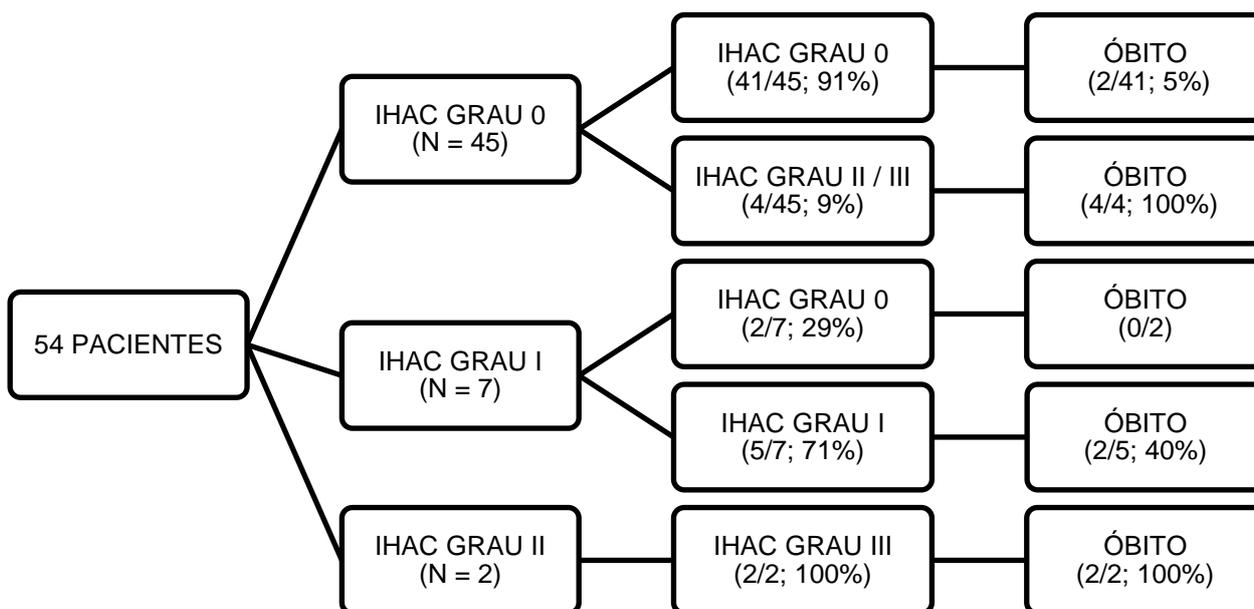
Fonte: Silva WM, et al. 2025; Dados extraídos registros hospitalares eletrônicos da FSCMPA.

Entre os pacientes com cirrose previamente diagnosticada (N=38/54; 70%), a principal etiologia identificada foi o consumo de álcool, responsável por 37% dos casos (N=14/38). Dentre as causas agrupadas como "Outras Causas", destacam-se a Colangite Biliar Primária, Colangite Biliar Secundária, Hepatite Autoimune e Doença Ductopênica Adulta, cada uma com um caso registrado.

Além disso, 30% dos pacientes (N = 16/54) não apresentavam diagnóstico prévio de cirrose no momento da internação, mas tiveram a condição confirmada após investigação etiológica. Avaliando a história natural da doença nos pacientes já diagnosticados com cirrose (N=38/54), observou-se que 84% apresentavam descompensação hepática. As manifestações mais frequentes incluíram ascite (N=29/38; 76%), encefalopatia hepática (N = 16/38; 42%) e sangramento gastrointestinal (N=13/38; 34%).

A mediana do escore CLIF-OF para pacientes com diagnóstico de IHAC foi 9, com valor do primeiro quartil de 8 e valor do terceiro quartil de 9,5. Para os pacientes sem IHAC, a média do escore CLIF-AD foi $50,1 \pm 9,2$. Pacientes diagnosticados com IHAC na admissão tiveram uma nova avaliação clínico-laboratorial realizada após 48 horas, enquanto os pacientes sem IHAC foram reavaliados 7 dias após a internação. Dois dos nove pacientes com IHAC foram reclassificados como grau 0 de IHAC após 48 horas de internação, enquanto quatro dos 45 pacientes com descompensação aguda (grau 0 de IHAC) desenvolveram algum grau de IHAC após 7 dias de internação e foram classificados como grau 2 de IHAC (3/4) e grau 3 de IHAC (1/4). A **Figura 2** detalha a progressão dos pacientes de acordo com o grau de IHAC na admissão e reavaliação, bem como o desfecho relacionado à mortalidade ao final da internação.

Figura 2 – Progressão dos pacientes de acordo com o grau de IHAC



Fonte: Silva WM, et al. 2025; Dados extraídos registros hospitalares eletrônicos da FSCMPA.

Considerando a presença de IHAC no momento da reavaliação, observou-se mortalidade significativamente mais alta no grupo com IHAC em comparação ao grupo sem essa condição (73% vs. 5%, $p < 0,001$), conforme detalhado na **Tabela 2**.

Além disso, a mortalidade geral durante a internação foi de 18,5% (N = 10/54). Ao comparar os escores Child-Pugh e MELD-NA entre os pacientes que faleceram e os que receberam alta, não houve diferença estatística nos valores de ambos os escores entre os grupos, conforme também apresentado na **Tabela 2**.

Tabela 2– Comparação da presença de IHAC, escores prognósticos e mortalidade dos pacientes.

Comparação entre:	Alta como desfecho da internação	Óbito como desfecho da internação	P - valor
A presença ou ausência de IHAC e a mortalidade dos pacientes			
Presença de IHAC à reavaliação (N = 11/54)	3/11 (27%)	8/11 (73%)	<0,001†
Ausência de IHAC à reavaliação (N = 43/54)	41/44 (95%)	2/43 (5%)	
Os valores dos escores CHILD-PUGH e MELD-NA entre pacientes conforme o desfecho da internação			
Escore CHILD-PUGH (Média ± DP)	8,5 ± 1,8	8,3 ± 1,2	0,665
Escore MELD-NA (Média ± DP)	16,1 ± 6,2	17,0 ± 5,1	0,687
Escore CHILD-PUGH (Média ± DP)	8,5 ± 1,8	8,3 ± 1,2	0,665

Legenda: † – Teste exato de Fisher.

Fonte: Silva WM, et al. 2025; Dados extraídos registros hospitalares eletrônicos da FSCMPA.

Ademais, pacientes com IHAC no momento da reavaliação também apresentaram maior necessidade de UTI, uso de hemocomponentes e intubação orotraqueal. O tempo de internação foi significativamente mais curto nos pacientes com IHAC, conforme observado na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Comparação entre a presença ou ausência de IHAC e a mortalidade dos pacientes.

	Presença de IHAC à reavaliação (N = 11/54)	Ausência de IHAC à reavaliação (N = 43/54)	P - valor
Tempo de internação [Mediana (1Q – 3Q) dias]	7 (6 – 12)	12 (8 – 15)	<0,05†
Necessidade de UTI (Sim %)	8/11 (72%)	5/43 (12%)	<0,001‡
Necessidade de hemocomponentes (Sim %)	6/11 (55%)	3/43 (7%)	0,001‡
Necessidade de Intubação Orotraqueal (Sim %)	5/11 (45%)	0/43 (0%)	<0,001‡

Legenda: † – Teste de Mann-Whitney; ‡ – Teste exato de Fisher

Fonte: Silva WM, et al. 2025; Dados extraídos registros hospitalares eletrônicos da FSCMPA.

Por fim, a mortalidade aos 28 e 90 dias após a internação também foi avaliada. Os pacientes foram acompanhados com dados de consulta ambulatorial ou, para os que ainda não retornaram para consulta, por contato telefônico.

Para a mortalidade aos 28 dias, dados de 53/54 pacientes estavam disponíveis, e o resultado foi 11 óbitos durante o período analisado (N = 11/53; 20,8%), valor semelhante à mortalidade geral registrada durante o período de internação. Observou-se que apenas 1 paciente que recebeu alta da internação faleceu dentro dos primeiros 28 dias.

No período de 90 dias após a internação, dados de 50/54 pacientes estavam disponíveis, e o resultado foi 11 óbitos durante o período (N = 11/50; 22%). Portanto, não foram registrados óbitos adicionais no período entre 28 e 90 dias após a internação.

Ao comparar pacientes com presença ou ausência de IHAC no momento da reavaliação, a mortalidade após 28 e 90 dias de admissão também foi significativamente mais alta nos pacientes com IHAC, conforme mostrado na **Tabela 4**.

Tabela 4 – Comparação entre a presença ou ausência de IHAC e a mortalidade em 28 e 90 dias pós-alta dos pacientes.

	Presença de IHAC à reavaliação	Ausência de IHAC à reavaliação	P - valor
Mortalidade em 28 dias^a	8/11 (73%)	3/42 (7%)	<0,001 [†]
Mortalidade em 90 dias^b	8/11 (73%)	3/39 (8%)	<0,001 [†]

Legenda: a – dados disponíveis para 53/54 pacientes; b – dados disponíveis para 50/54 pacientes; † – Teste exato de Fisher

Fonte: Silva WM, et al. 2025; Dados extraídos registros hospitalares eletrônicos da FSCMPA.

DISCUSSÃO

A cirrose hepática é um problema significativo de saúde pública mundial, e o manejo de suas complicações é quase sempre desafiador. A principal causa de cirrose hepática entre os pacientes analisados foi a cirrose alcoólica, identificada em 48% dos pacientes, seguida pela doença hepática gordurosa não alcoólica (22%) e pela infecção crônica pelo vírus da hepatite C (17%). Esses achados são consistentes com a literatura: dados da lista de transplante de fígado dos Estados Unidos reforçam que essas três causas representaram aproximadamente 80% de todos os casos de cirrose entre 2004 e 2013 (WONG RJ, et al., 2015). Estudos mais recentes também destacam a crescente prevalência de cirrose hepática relacionada à doença hepática gordurosa não alcoólica (RINELLA ME, et al., 2023).

A presença de ascite significativa foi identificada como um dos principais gatilhos de descompensação no estudo. A literatura corrobora esses achados, observando que a ascite é frequentemente o primeiro sinal de descompensação hepática em pacientes com hipertensão portal, como discutido por FuruichiY, et al. (2024). Isso sugere que intervenções precoces para controlar a hipertensão portal e manejar a ascite podem reduzir a probabilidade de internações não eletivas e melhorar a sobrevida desses pacientes. Dieta com baixo teor de sal e o uso de diuréticos, quando indicados, são estratégias utilizadas para o manejo da ascite em pacientes cirróticos (AITHALGP, et al., 2021). No presente estudo, 39% dos pacientes já diagnosticados com cirrose hepática estavam em terapia diurética crônica.

A presença de sangramento gastrointestinal, geralmente secundário a varizes esofágicas ou gástricas, também reflete a gravidade da hipertensão portal e a fragilidade do sistema vascular hepático em pacientes cirróticos (FRANCHIS R, et al., 2022). No presente estudo, 24% dos pacientes apresentaram sangramento gastrointestinal na admissão. A literatura sugere o uso de betabloqueadores para reduzir a pressão portal e o risco de sangramento varicoso, o que pode prevenir descompensações graves. Além disso, a ligadura endoscópica profilática das varizes com potencial de sangramento pode ser implementada como uma medida de intervenção precoce, minimizando as ocorrências de descompensação (FRANCHIS R, et al., 2022). O uso de betabloqueadores antes da hospitalização foi relatado por 58% dos pacientes com diagnóstico prévio de cirrose hepática.

A descompensação aguda na cirrose frequentemente se apresenta como um cenário complexo envolvendo múltiplas disfunções orgânicas. No presente estudo, a disfunção renal também foi prevalente. Clària J, et al. (2016) destacam que a disfunção renal é um marcador de pior prognóstico em pacientes cirróticos, correlacionando-se com taxas mais altas de mortalidade. A alta prevalência de encefalopatia hepática no grupo estudado também é consistente com a literatura, onde essas são identificadas como complicações primárias nas hospitalizações de pacientes cirróticos (FERNÁNDEZ J, et al., 2018).

Complicações infecciosas foram uma causa significativa de descompensação neste estudo, o que é corroborado por Saliba F, et al. (2013), que demonstram que infecções bacterianas aumentam o risco de falência orgânica em pacientes com cirrose descompensada. A literatura sugere que intervenções rápidas em infecções podem retardar ou prevenir a progressão para falência hepática aguda sobre crônica (ACLF), por exemplo, Nadim MK, et al. (2016) enfatizam a importância de terapias antimicrobianas adequadas e precoces. Assim, para populações de alto risco, intervenções focadas no controle de infecções podem ser estratégias para melhorar os resultados das internações.

O presente estudo identificou alta mortalidade entre pacientes com falência hepática aguda sobre crônica (ACLF), especialmente em casos de grau II ou III, alcançando 73%. A alta mortalidade associada a essa condição é um achado consistente com estudos globais, refletindo a natureza complexa e o prognóstico desfavorável dessa condição (CRONST J, et al., 2022). No estudo conduzido por Picon et al. (2017) (PICON RV, et al., 2017), a mortalidade entre pacientes com ACLF foi de 61% após 28 dias de diagnóstico e 83% após 90 dias.

O trabalho de Hsu C, et al. (2024) destacou uma alta taxa de mortalidade em pacientes cirróticos admitidos em unidades de terapia intensiva (UTIs), com valores alcançando 60% dentro de 30 dias de admissão. O presente estudo mostrou uma necessidade significativamente maior de internação em UTI em pacientes com ACLF em comparação com aqueles com descompensação aguda da cirrose hepática sem atender aos critérios de ACLF. Esse achado é essencial para a prática clínica, pois sugere que pacientes com ACLF necessitam de suporte intensivo especializado, incluindo o manejo da falência de múltiplos órgãos e monitoramento contínuo para minimizar o risco de morte.

A discussão sobre a eficácia de escores prognósticos como CLIF-ACLF e MELD-NA é um ponto chave no estudo. O escore CLIF-ACLF foi amplamente validado como um escore específico para pacientes com ACLF, oferecendo uma estimativa mais precisa do risco de mortalidade ao considerar falências de múltiplos órgãos. Estudos como o de Trebicka J, et al. (2024) apoiam o uso do CLIF-ACLF, sugerindo que ele é superior ao MELD-NA na captura da complexidade do ACLF, especialmente quando múltiplos sistemas estão comprometidos. Silva PES, et al. (2014) realizaram um estudo para validar a definição de ACLF e o escore CLIF-ACLF em uma população brasileira, acompanhando 192 pacientes, e observaram que o escore foi um forte preditor de mortalidade até 30 dias em pacientes cirróticos admitidos com descompensação aguda, com sensibilidade de 64%, especificidade de 90% e uma razão de probabilidade positiva de 6,61 para valores ≥ 9 . No presente estudo, embora os pacientes classificados com ACLF apresentassem maior mortalidade, o escore MELD não diferiu significativamente entre os pacientes que faleceram em comparação aos que tiveram alta hospitalar.

O estudo de Balcar L, et al. (2021) também sugere que, além do uso do CLIF-ACLF, a avaliação da rigidez hepática pós-tratamento por elastografia é uma ferramenta adicional para prever descompensações. Isso permite uma avaliação longitudinal mais abrangente e sugere que um modelo combinado de escore e biomarcadores não invasivos poderia oferecer uma visão mais detalhada e prognóstica dos pacientes com cirrose avançada.

Uma das estratégias para o tratamento do ACLF é o transplante de fígado. Em um estudo retrospectivo de 381 admissões entre 2017 e 2022, Fernandes FC, et al. (2023) descreveram uma prevalência de ACLF de 10,49%, similar à prevalência encontrada no presente estudo, onde 9/54 (16%) pacientes foram diagnosticados com ACLF na admissão hospitalar. Nesse estudo, o transplante de fígado foi realizado em 45% dos pacientes, resultando em 100% de sobrevida aos 28 dias para o ACLF grau 3 com transplante, contra 10% sem transplante, e sobrevida de 1 ano de 80% versus 0%, respectivamente.

Comparado a coortes internacionais, os resultados deste estudo refletem as particularidades do sistema de saúde brasileiro, onde fatores como acesso a recursos e suporte especializado podem influenciar significativamente os resultados. Em países com menor acesso a cuidados intensivos, a progressão para ACLF pode ser acelerada e as taxas de mortalidade tendem a ser mais altas. Weil D, et al. (2017) discutem como esses fatores estruturais contribuem para piores resultados em populações de países de renda média e baixa.

Este estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas. O tamanho reduzido da amostra e a natureza retrospectiva limitam a generalização dos achados. Além disso, não foi possível acessar a mortalidade geral aos 28 e 90 dias para todos os pacientes, com 7,4% de dados faltantes (N = 4/54), pois esses pacientes não retornaram para acompanhamento ambulatorial até o momento do estudo, e não foi possível estabelecer contato após 6 tentativas em dias diferentes. Adicionalmente, a dependência dos registros hospitalares pode introduzir vieses, e futuros estudos devem explorar populações maiores e incluir acompanhamento pós-alta de longo prazo para determinar o impacto de intervenções específicas.

CONCLUSÃO

A cirrose hepática é uma condição complexa e grave, especialmente em estágios descompensados, com alta mortalidade e necessidade de cuidados intensivos. Este estudo enfatiza a Insuficiência Hepática Aguda sobre Cirrose (IHAC) como uma complicação crítica, associada a fatores como ascite, sangramentos gastrointestinais e infecções, que são determinantes para a descompensação. A avaliação prognóstica utilizando os escores CLIF-ACLF e CLIF-AD mostrou-se crucial, destacando o CLIF-ACLF como ferramenta sensível para estratificar o risco de mortalidade. O estudo também aponta que estratégias para prevenir a descompensação e tratar complicações precocemente podem reduzir a sobrecarga no sistema de saúde e melhorar a sobrevivência. A implementação de abordagens integradas e o uso de novos biomarcadores podem otimizar o acompanhamento de pacientes com cirrose avançada, com a necessidade de mais estudos para fortalecer essas práticas.

REFERÊNCIAS

1. AITHAL GP, et al. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut*, 2020;70(1):9–29.
2. ALLEN AM, et al. Time trends in the health care burden and mortality of acute on chronic liver failure in the United States. *Hepatology*, 2016;64(6):2165–72.
3. BALCAR L, et al. Patterns of acute decompensation in hospitalized patients with cirrhosis and course of acute-on-chronic liver failure, 2021;9(4):427–37.
4. CLÀRIA J, et al. The Acute-on-Chronic Liver Failure Syndrome, or When the Innate Immune System Goes Astray. *The Journal of Immunology*, 2016;197(10):3755–61.
5. CRONST J, et al. Acute-on-Chronic Liver Failure: Diagnóstico ao Transplante Hepático. *Brazilian Journal of Transplantation*, 2022;25(03):e042.
6. ENGELMANN C, et al. Validation of CLIF-C ACLF score to define a threshold for futility of intensive care support for patients with acute-on-chronic liver failure. *Critical Care*, 2018;22(1):254.
7. FERNANDES FC, et al. Acute-on-chronic liver failure: a retrospective review of cases at a transplantation center in Brazil. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 2024; 39: e392624.
8. FERNÁNDEZ J, et al. Bacterial and fungal infections in acute-on-chronic liver failure: prevalence, characteristics and impact on prognosis. *Gut*, 2017;67(10):1870–80.
9. FRANCHIS R, et al. Corrigendum to “Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension”. *Journal of Hepatol*, 2022;77(1):271–1.
10. FRIEDMAN SL. Liver fibrosis – from bench to bedside. *Journal of Hepatology*, 2003; 38 Suppl 1:S38–S53.
11. FURUICHI Y, NISHIGUCHI R, SATO K. Scoring system for prediction of mortality after endoscopic ligation in esophageal variceal bleeding. *Digestive Endoscopy*, 2024;36(10):1115-1117.
12. GUNARATHNE LS, et al. Cirrhotic portal hypertension: From pathophysiology to novel therapeutics. *World Journal of Gastroenterology*, 2020;26(40):6111–40.
13. HSU C, et al. P59 Outcomes of patients with cirrhosis admitted to intensive care: a real-world district general hospital experience. *Gut*, 2024;73:A48.
14. JALAN R, et al. The CLIF Consortium Acute Decompensation score (CLIF-C ADs) for prognosis of hospitalized cirrhotic patients without acute-on-chronic liver failure. *Journal of Hepatology*, 2015;62(4):831–40.
15. KAMM DR, MCCOMMIS KS. Hepatic stellate cells in physiology and pathology. *The Journal of Physiology*, 2022;600(8):1825–37.
16. KUMAR R, et al. Acute-on-chronic liver failure. *Clinical Medicine*, 2020;20(5):501–4.
17. MAK LY, et al. Liver diseases and hepatocellular carcinoma in the Asia-Pacific region: burden, trends, challenges and future directions. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2024; 21(12): 834–851.
18. MANSOUR D, MCPHERSON S. Management of decompensated cirrhosis. *Clinical Medicine*, 2018;18(Suppl 2):s60–5.

19. MATTOS ÂZ, MATTOS AA. Acute-on-chronic liver failure—old concepts made clearer. *Translational Gastroenterology and Hepatology*, 2017;2(12):111–1.
20. MORAN-SALVADOR E, MANN J. Epigenetics and Liver Fibrosis. *Cellular and Molecular Gastroenterology and Hepatology*, 2017;4(1):125–34.
21. MOREAU R, et al. Acute-on-Chronic Liver Failure Is a Distinct Syndrome That Develops in Patients With Acute Decompensation of Cirrhosis. *Gastroenterology*, 2013;144(7):1426-1437.e9.
22. NADIM MK, et al. Management of the critically ill patient with cirrhosis: A multidisciplinary perspective. *Journal of Hepatology*, 2016;64(3):717–35.
23. PICON RV, et al. Chronic liver failure-consortium acute-on-chronic liver failure and acute decompensation scores predict mortality in Brazilian cirrhotic patients. *World Journal of Gastroenterology*, 2017;23(28):5237-5245.
24. PUTIGNANO A, GUSTOT T. New concepts in acute-on-chronic liver failure: Implications for liver transplantation. *Liver Transplantation*, 2017;23(2):234–43.
25. RINELLA ME, et al. AASLD Practice Guidance on the Clinical Assessment and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Hepatology*, 2023;77(5):1797–1835.
26. SALIBA F, et al. Cirrhotic patients in the ICU. *Current Opinion in Critical Care*. 2013;19(2):154–60.
27. SERPER M, et al. Patterns of Care Utilization and Hepatocellular Carcinoma Surveillance: Tracking Care Across the Pandemic. *The American journal of gastroenterology*, 2023;118(2):294–303
28. SILVA PES, et al. Single-centre validation of the EASL-CLIF Consortium definition of acute-on-chronic liver failure and CLIF-SOFA for prediction of mortality in cirrhosis. *Liver International*, 2014;35(5):1516–23.
29. SINGAL AK, et al. ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 2018;113(2):175–94.
30. SINGH JA, et al. Risk of serious infections with immunosuppressive drugs and glucocorticoids for lupus nephritis: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Med*, 2016;14(1):137.
31. TREBICKA J, et al. Recent advances in the prevention and treatment of decompensated cirrhosis and acute-on-chronic liver failure (ACLF) and the role of biomarkers. *Gut*, 2024;73(6):1015-1024.
32. WEIL D, et al. Prognosis of cirrhotic patients admitted to intensive care unit: a meta-analysis. *Ann Intensive Care*, 2017;7(1):33.
33. WONG RJ, et al. Nonalcoholic Steatohepatitis Is the Second Leading Etiology of Liver Disease Among Adults Awaiting Liver Transplantation in the United States. *Gastroenterology*, 2015;148(3):547–55.