

# TRANSPLANTE HEPÁTICO: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIOS

Oliveira, L.F<sup>1</sup>; Gonzaga, R.A.M<sup>2</sup>; Giaretta, V.M.A<sup>3</sup>; Sant'Anna, A.L.G.G<sup>4</sup>.

Universidade do Vale do Paraíba / Faculdade de Ciências da Saúde

<sup>1</sup>hrah.la@gmail.com

<sup>2</sup>rosane-gonzaga@bol.com.br

<sup>3</sup>giaretta@univap.br

<sup>4</sup>analucia@univap.br

**Resumo-** O transplante hepático (TH) é um procedimento cirúrgico que consiste na extração de um fígado doente para a colocação de um fígado sadio, retirado de um doador com morte encefálica (transplante cadavéricos) ou de um segmento do fígado do doador vivo (transplante intervivos). Tal procedimento é realizado quando os tratamentos convencionais não surtem mais efeito para doença hepática aguda ou crônica. A assistência de enfermagem com capacitação específica é imprescindível. Este estudo teve como objetivo levantar os principais problemas e diagnósticos de enfermagem e propor intervenções de enfermagem aos pacientes, no período pós-operatório do transplante hepático. Os problemas, diagnósticos e intervenções de enfermagem concentram-se principalmente nos sistemas tegumentar, digestório, pulmonar, renal e neurológico.

**Palavras-chave:** Transplante hepático, transplante de fígado, diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem e pós-operatório.

**Área do Conhecimento:** Enfermagem

## Introdução

O transplante hepático é um procedimento cirúrgico que consiste na extração de um fígado doente para a colocação de um fígado sadio. Existem dois tipos de transplantes, o intervivos e os de doadores cadavéricos, ou seja, com morte encefálica.

Os primeiros transplantes hepáticos foram realizados por Cannon em 1956 e em 1963, pelo americano Thomas Starz, em Denver, Colorado, nos EUA. Porém, nesse o paciente apresentou distúrbios de coagulação e acabou falecendo, no intra-operatório, por sangramento. Desde então, até 1967, várias tentativas foram realizadas por diversos cirurgiões (Castro-e-Silva Jr, et al, 2002). Em 1967, Thomaz Starz apresentou à imprensa americana, os quatro primeiros sobreviventes, do TH de doadores cadavéricos (Mies, 1998).

No Brasil, o primeiro transplante foi realizado em 1968, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) pelo Prof. Dr. Silvano Raia (Silva, Carvalho, 2006; Carvalho et. al, 2007).

O aperfeiçoamento da técnica operatória, a maior precisão das indicações e uma melhor compreensão dos mecanismos imunológicos, favoreceram resultados positivos ao procedimento do TH. Mas, a verdadeira evolução ocorreu com o aparecimento de terapia imunossupressora, na

década de 70, com a introdução da Azatioprina. Em 1978, a utilização da Ciclosporina A, elevou os índices de sobrevivência dos transplantados. (Castro-e-Silva Jr. et al, 2002)

O primeiro transplante intervivos do mundo foi realizado no Brasil, em 1989, pela equipe do Dr. Raia, no HC-FMUSP(Coelho et al, 2005).

No Vale do Paraíba Paulista, o primeiro transplante foi realizado na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São José dos Campos. Foi realizado no dia 21 de maio de 2009, em um paciente de 48 anos, pelos cirurgiões Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque e Jorge Marcelo Padilla Mancero, respectivamente, chefe e assistente do Serviço de Transplante de Fígado, os quais também fazem parte da equipe do HC-FMUSP e do Hospital Beneficência Portuguesa em São Paulo. (Site: Vereadora Amélia)

A Legislação brasileira regulamenta os 2 tipos de TH, o de doadores cadavérico e o intervivos, através da *Lei nº 9434/1997* e *Lei nº 10.211/2001* que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Também estabelecem garantias e direitos aos pacientes, além de regulamentar toda a rede assistencial, através de autorizações e re-autorizações de funcionamento de equipes e instituições. Ainda, garante a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência dos doadores vivos. Os

órgãos são direcionados a uma lista única de candidatos, por Estado da Federação, a fim de evitar o desvio à pacientes com uma condição econômica melhor ou, por qualquer outra natureza. Portanto, a distribuição se dá pela emergência, compatibilidade imunológica, tamanho e ordem de entrada na lista. (Mies, 1998).

O transplante hepático interfere em várias funções do organismo, por isso a instituição que realiza tal procedimento, deve estar munida de uma equipe multiprofissional altamente capacitada e de completa infra-estrutura (Mendes et. al, 2008). O TH trata-se de um procedimento visto como o mais caro dos transplantes (Coelho et. al, 1997).

O TH é recomendado no caso de falência do fígado e caracteriza-se por uma evolução progressiva, irreversível ou terminal, quando as terapias conservadoras não obtiveram o resultado esperado, esgotando-se as possibilidades de tratamento clínico.

As doenças com indicações de transplante hepático são subdivididas em cinco grupos (Carvalho et. al, 2007):

1. Doenças colestáticas: atresia de vias biliares, cirrose biliar primária e secundária, colangite esclerosante;
2. Doenças da insuficiência hepatocelular, cirroses (auto-imune, pelo vírus B, C, D, alcoólica, medicamentosa, criptogenética);
3. Doenças metabólicas: hemocromatose, tirosinemia, glicogenoses, deficiência de alfa-1 antitripsina, doença de Wilson;
4. Vasculares: síndrome de Budd-Chiari, doença venoclusiva;
5. Neoplasias: carcinoma hepatocelular (CHC) e tumores metastáticos carcinóides.

As contra-indicações são:

1. Tumor maligno extra-hepático;
2. Doença cardiopulmonar avançada;
3. Sepses incontrolável;
4. Inabilidade de seguir o esquema de imunossupressão;
5. Uso de álcool ou uso de drogas ilícitas em menos de seis meses, quando o paciente apresenta história de drogadição; tumor maligno extra-hepático; e evidência de doença neurológica grave irreversível (Carvalho et. al., 2007).

Também são relevantes para a indicação ou contra-indicação a idade; cirurgias abdominais prévias; desnutrição grave; obesidade grave; insuficiência renal (creatinina > 2 mg/dl); tumores hepatobiliares; trombose da veia porta e infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida. (Carvalho et al, 2007).

O sucesso do transplante depende, em grande parte, de uma assistência de enfermagem especializada nos períodos pré, trans e pós-

operatórios. (Silva, Carvalho, 2006)

Este estudo teve como objetivo levantar os principais problemas e diagnósticos de enfermagem e propor intervenções de enfermagem aos pacientes no período pós-operatório de transplante hepático.

### Metodologia

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Central da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), na sala de informática, para o acesso dos bancos de dados eletrônicas da *Medical literature and retrieval system on line (Medline)*, por intermédio da produção científica desenvolvida na área da saúde da América Latina e Caribe (*Pubmed, Lilacs*), por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde. Também foram incluídos artigos de revistas da Biblioteca Central da UNIVAP e livros do acervo pessoal. Os DeCS utilizados foram: Transplante hepático, transplante de fígado, diagnósticos de enfermagem, cuidados de enfermagem e Pós-Operatório.

Incluiu artigos publicados entre 1997 e 2010, e excluí aqueles que abordavam as doenças indicativas para o transplante.

### Resultados

Em relação aos problemas de enfermagem foi encontrado 1 artigo, quanto ao diagnóstico 1 dissertação de mestrado e 1 artigo, referente aos cuidados de enfermagem somente 1 artigo. Também utilizou-se 2 livros que contemplavam todos os itens supracitados. Não foram encontrados artigos referentes as intervenções de enfermagem no pós-operatório de TH.

### Assistência de enfermagem no pós-operatório

Para o paciente transplantado ter uma boa recuperação e adaptação no pós-operatório, o enfermeiro desempenha funções desde o período pré-operatório, que consistem na avaliação física, emocional e social do paciente receptor, para enfrentar as fases seguintes. No intra-operatório, a assistência é direcionada para o procedimento anestésico-cirúrgico, onde procedimentos de grande complexidade e riscos acontecem. A prevenção de lesões na pele e/ou articulações, utilizando posicionamento cirúrgico adequado e recursos de proteção das estruturas anatômicas, do desequilíbrio metabólico através do controle hídrico, da temperatura ambiente e com a adesão as escalas avaliativas. (Salviano, 2007; Sasso et al, 2003; Carvalho et al, 2007). Ao término do transplante, o paciente é encaminhado à unidade de terapia intensiva (UTI), na qual deverá permanecer por pelo menos uma semana, para

que as funções cardiovascular, pulmonar, renal, neurológica e metabólica sejam monitoradas continuamente (Sasso, et al. 2003; Carvalho, 2007; Smeltzer, et al, 2005). É muito importante, na admissão neste setor, uma história detalhada do pré e trans-operatório principalmente das intercorrências assim como das drogas utilizadas, da reposição volêmica, das alterações metabólicas e de coagulação e, por fim, uma descrição dos tempos cirúrgicos com detalhes (Rocha, et al. 2000).

Após a estabilização hemodinâmica, ventilatória e a constatação do sucesso do enxerto, o paciente é transferido para uma unidade de internação de transplantados. Ao ser encaminhado para esta unidade o cliente fica em torno de duas semanas. Neste período, ainda deve-se realizar uma rigorosa busca por sinais e sintomas de possíveis infecções e a monitorização da função hepática, renal e hematológica, (Salviano, 2007).

QUADRO 1 – PRINCIPAIS PROBLEMAS, DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE TH. SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – 2011.

PROBLEMAS	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<b>Entubação orotraqueal</b>	Troca de gases prejudicada	Monitoração respiratória
<b>Comprometimento Pulmonar</b>	Padrão respiratório ineficaz	Monitoração respiratória; Oxigenoterapia
<b>Edema; icterícia;</b>	Perfusão tissular ineficaz: periférica	Cuidados circulatórios: insuficiência venosa
<b>Oligúria</b>	Perfusão tissular ineficaz: renal	Controle hídrico
<b>Cateteres; drenos; ferida operatória</b>	Integridade da pele prejudicada	Cuidados com o local de incisão e/ou inserção; Supervisão da pele (sinais flogísticos e integridade);
<b>Cateteres; drenos; ferida operatória</b>	Risco de Infecção	Proteção contra infecção; Cuidados com cateter; Cuidados com lesões: drenagem fechada Interpretação de dados laboratoriais
<b>Sinais de infecção</b>	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	Controle de infecção; Cuidados com o local de incisão; Cuidados com lesões; Monitorização de sinais vitais; Controle hídrico; Controle do ambiente; Cuidados pós-anestésicos; Tratamento da febre
<b>Utilização de imunossupressor</b>	Mucosa oral prejudicada	Manutenção, promoção e restauração da saúde oral.
<b>Dor aguda</b>	Dor aguda	Controle da dor; Redução da ansiedade e flatulência; Controle da sedação e medicamentos; Massagem simples; Posicionamento do paciente.

PROBLEMAS	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<b>Emocional; falta de apetite</b>	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	Assistência no autocuidado na alimentação; Monitorização de líquidos; Monitorização nutricional; Terapia nutricional; Controle do peso;
<b>Confusão mental</b>	Confusão aguda	Monitorização dos sinais vitais; Monitorização neurológica; Controle de alucinações; Controle de delírio; Promoção da perfusão cerebral; Redução de ansiedade; Melhora do sono; Controle de medicamentos; Controle da hipo e hiperglicemia; Controle do ambiente: segurança; Precauções contra convulsões; Prevenção de quedas; Controle ácido-básico
<b>Desconforto respiratório; edema</b>	Volume excessivo de líquidos	Monitorização hídrica; Monitorização hemodinâmica invasiva; Controle hidro-eletrolítico.
<b>Pele ressecada</b>	Volume de líquidos deficiente	Monitorização hídrica; Controle hidro-eletrolítico; Controle de choque hipovolêmico
<b>Dor; desconforto respiratório; ansiedade; medo da morte</b>	Padrão do sono perturbado	Controle do ambiente; Musicoterapia; Posicionamento; Redução da ansiedade;
<b>Fraqueza muscular</b>	Déficit do autocuidado  Deambulação prejudicada	Assistência no auto cuidado para banho, alimentação, higiene oral, vestir-se; Promoção do exercício: treinamento para fortalecimento
<b>Mudança do hábito de vida</b>	Risco de síndrome do estresse por mudança	Identificação de risco; Promover aumento da segurança e da socialização; Melhora do enfrentamento; Mobilização familiar; Apoio espiritual; Musicoterapia
<b>Fraqueza</b>	Intolerância à atividade	Assistência no autocuidado: atividades essenciais na vida diária
<b>Falta de orientação sobre o procedimento</b>	Conhecimento deficiente quanto aos cuidados pós-transplante	Redução da ansiedade para promover a facilitação da aprendizagem; Educação para a saúde

### Discussão

Percebe-se que o papel do enfermeiro frente ao transplantado vai além dos cuidados intra-hospitalares pois, cabe ao mesmo, a orientação sobre os cuidados que deverá ter com sua saúde, pelo resto da vida, tanto em relação ao regime

terapêutico quanto a observação de possíveis sinais que possam indicar algum tipo de problema com o enxerto hepático.

Constatou-se que o enfermeiro atua na assistência, administração, ensino, pesquisa e

consultoria visando à recuperação e uma melhor qualidade de vida ao cliente (Sasso, et. al, 2003). Sabe-se que o sucesso do período pós-operatório, está diretamente relacionado aos cuidados oferecidos pela equipe de saúde.

Cabe ao enfermeiro conduzir e orientar adequadamente a equipe de enfermagem, pois na fase pós-transplante, rápidas modificações ocorrem nas funções hepáticas, necessitando de intervenções rápidas e adequadas para prevenir complicações. (Rocha et al, 2000).

A implementação de intervenções visa à prevenção e a detecção precoce de possíveis complicações, sendo as mais frequentes:

- Complicações cirúrgicas: hemoperitônio, biliares e vasculares.
- Complicações do enxerto: falência primária do enxerto e rejeição aguda.
- Complicações gerais: respiratórias, cardiovasculares, renais, hematológicas, metabólicas, digestivas, infecciosas (Mendes et al, 2008).

A principal complicação pós-operatória e que pode resultar em um retransplante é a trombose de artéria hepática (Padilha et al, 2010).

Tais complicações, muitas vezes, decorrem do estado que o paciente se encontra no período pré-operatório.

Ressalta-se ainda, a importância da assistência de enfermagem na administração de fármacos, principalmente dos imunossupressores e as orientações ao transplantado, para que ele possa continuar o esquema de imunossupressão, em sua residência, com sucesso (Mendes et al. 2008).

Essa terapia tem como objetivo aumentar ao máximo a viabilidade do enxerto e a vida do paciente.

Quando o paciente começa a ter uma satisfatória ingestão de alimentos e líquidos por via oral, a cicatriz cirúrgica está em boas condições, não existem sinais de rejeição ou infecção e apresenta função hepática e renal adequada, é o momento de se analisar uma possível alta hospitalar (Salviano, 2007).

Nesta situação são elaboradas estratégias de acompanhamento rigoroso para promoção dos cuidados a serem executados no âmbito familiar.

Cabe ao enfermeiro abordar de forma clara e objetiva os seguintes tópicos, quando se trata do auto-cuidado e cuidado continuado aos pacientes:

- Orientação do paciente e da família quanto à importância da adesão ao regime terapêutico, principalmente em relação aos imunossupressores prescritos.
- Instruções verbais e escritas sobre como e quanto tomar os medicamentos, e também a disponibilidade de suprimento dos mesmos.

- Educação sobre os possíveis sinais e sintomas que possam indicar possíveis problemas, e que necessitam de consulta com a equipe de transplante.

- Enfatizar a importância dos testes sanguíneos, para avaliação funcional do enxerto e dos rins, e também as consultas de acompanhamento.

- Alertar que, devido à terapia com corticóides a longo prazo, pode ocorrer catarata e glaucoma, portanto é imprescindível a realização de exames oftalmológicos.

- Orientar quanto à higiene oral regular e cuidado dentário continuado por causa dos medicamentos, principalmente o imunossupressor (Brunner, et al, 2005).

### Conclusão

Ao término deste trabalho, fica claro que o campo de atuação do enfermeiro vem crescendo juntamente com a evolução da técnica de TH, sendo, portanto, necessário e extremamente importante a realização de estudos que abordem o levantamento de problemas, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem ao transplantado hepático.

Os problemas, diagnósticos e intervenções de enfermagem concentram-se principalmente nos sistemas tegumentar, digestório, pulmonar, renal e neurológico.

### Referências

- BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S; BARE, B.G; SMELTZER, S.C; FIGUEIREDO, J.E.F (Trad.) BRUNNER & SUDDARTH TRATADO DE ENFERMAGEM MEDICO-CIRURGICA. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CARVALHO, D.V; SALVINO, M.E.M; CARNEIRO, R.A; SANTOS, F.M.M; DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO POR CIRROSE ETÍLICA E NÃO-ETÍLICA. Escola Anna Nery; vol.11 (no.4); Rio de Janeiro Dez. 2007.
- CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO E RECUPERAÇÃO. 1ª ed Barueri- SP: Manole, 2007
- Coelho, J.C.U; Trubian, P.S; Freitas, A.C.T; Parolin, M.B; Schulz, G.J; Martins, E.L; COMPARAÇÃO ENTRE O CUSTO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO CADAVERÍCO E O INTERVIVOS. Ver. Assoc.Med. Bras. Vol. 51 (nº3) São Paulo May/june 2005
- COELHO, J.C.U; WIEDERKEHR, J.C ;LACERDA, M.A; CAMPOS, A.C.L; ZENI NETO, C; MATIAS, J.E.F; CAMPOS, G.M.R; CUSTO DO

TRANSPLANTE HEPÁTICO NO HOSPITAL DE CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Rev Ass Med Brasil 43(1):53-7; 1997

– DOCHTERMAN, J.M. CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC). 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2010 xxxix, 901 p. (Biblioteca Artmed. Enfermagem)

– FERREIRA, C.T.; VIEIRA, S.M.G; SILVEIRA, T.R; TRANSPLANTE HEPÁTICO. Jornal de Pediatria; vol. 76 (Supl. 2); 2000

– GARCEZ, R.M. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO - 2009-2011. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

– MASSAROLO, M.C.K.B; KRUCGANT, P; O VIVENCIAL DOS ENFERMEIROS NO PROGRAMA DE TRANSPLANTE DE FÍGADO DE UM HOSPITAL PÚBLICO. Rev Latina Americana de Enfermagem; vol.8(nº4); Ribeirao Preto; Aug 2000.

– MENDES, K.D.S; GALVAO, C.M. TRANSPLANTE DE FÍGADO: EVIDENCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM. Rev Latino Americana de Enfermagem, vol. 16 (nº.5), Ribeirao Preto Sep./Oct. 2008

– MIES, S. TRANSPLANTE DE FÍGADO. Rev Assoc. Med. Bras. Vol.44, n.2 , São Paulo Apr./June 1998

– OLIVEIRA, D.M.S; DRACHLER, M.L; OLIVEIRA, L.S; FATORES DE RISCO PARA A FALÊNCIA DO TRANSPLANTE ORTOTÓPICO DE FÍGADO NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL. Caderno Saúde Pública;vol.23 (no.1); Rio de Janeiro Jan. 2007.

– PADILHA, K.G; VATTIMO, M.F.F; SILVA, S.C; KIMURA, M. ENFERMAGEM EM UTI: CUIDANDO DO PACIENTE CRITICO. Barueri, SP: Manole, 2010.

– ROCHA, A.B.L; KINA, C; LOURENZEN, R; SILVA, S.C. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE HEPÁTICO: CUIDADOS INTENSIVOS NO PÓS-OPERATÓRIO. Revista Nursing. Vol. 3, n 26, Julho 2000.

– SALVIANO, M.E.M; TRANSPLANTE HEPÁTICO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NANDA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO. Dissertação. (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2007.

– SASSO, K.D; AZEVEDO, M.A.J. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRANSPLANTE DE FÍGADO: A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NESSA MODALIDADE TERAPÉUTICA. Revista Nursing, v. 60, n.6, Maio de 2003.

– SILVA, T.C.C; CARVALHO, R; TRANSPLANTE HEPÁTICO: PROBLEMAS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO. JBT J Bras Transpl 2006; 9:481-485.

– VEREADORA AMELIA, Amélia homenageia médicos da Santa Casa dia 19 de maio às 20 horas, 17/Mai/2010. Disponível em: [http://www.ameliapt.com.br/site/publish/ameliagemovimentos/Am\\_lia\\_homenageia\\_m\\_dicos\\_da\\_Santa\\_Casa\\_que\\_fizeram\\_S\\_o\\_Jos\\_referencia\\_no\\_p\\_a\\_s\\_em\\_transplante\\_de\\_f\\_gado.shtml](http://www.ameliapt.com.br/site/publish/ameliagemovimentos/Am_lia_homenageia_m_dicos_da_Santa_Casa_que_fizeram_S_o_Jos_referencia_no_p_a_s_em_transplante_de_f_gado.shtml). Acessado em 27/05/2011