

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE SUBMETIDO AO TRANSPLANTE HEPÁTICO

NURSING CARE FOR PATIENTS UNDERGOING LIVER TRANSPLANTATION

Wellington José Araujo de Lima¹ ; Petrusk Homero Campos Marinho ¹

¹Faculdade de Integração do Sertão – FIS, Serra Talhada-PE, Brasil.

Resumo

O transplante de fígado é uma modalidade terapêutica utilizada na tentativa de sanar doenças hepáticas, quando já não há outro método terapêutico capaz de reverter as alterações causadas pela enfermidade. Por ser um procedimento extremamente delicado, exige a formação de uma equipe multidisciplinar para disponibilizar o melhor para o paciente submetido ao procedimento, como também para a família. O enfermeiro tem o papel de desenvolver o plano assistencial de enfermagem, no pré-operatório, durante a cirurgia e no pós-operatório. O presente estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o conhecimento científico produzido, relacionado a respeito dos cuidados prestados pelo enfermeiro ao paciente que foi submetido ao transplante de fígado, toda a logística desde o diagnóstico até os cuidados pós-operatório. Os resultados evidenciaram que o enfermeiro atua nas diferentes fases do processo do transplante, por meio da realização de cuidados de enfermagem direcionados para o preparo cirúrgico anestésico, prevenção e a detecção de complicações pós-operatórias, como também orientar sobre a recuperação. Além disso, atua no suporte nutricional, ensina a importância da terapêutica imunossupressora e na adesão do paciente a respeito dos cuidados. Ao finalizar o estudo, é esperado que tenha fornecido subsídios para a melhoria da prática e estimular os enfermeiros no desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao transplante de fígado.

Palavras-chaves: cuidados, enfermagem, recuperação, transplante hepático.

Abstract

Liver transplantation is a therapeutic modality used in an attempt to cure liver diseases, when there is no other therapeutic method capable of reversing the changes caused by the disease. Because it is an extremely delicate procedure, it requires the formation of a multidisciplinary team to provide the best for the patient undergoing the procedure, as well as for the family. The nurse has the role of developing the nursing care plan, preoperatively, during surgery, and postoperatively. This study aimed to analyze the evidence available in the literature about the scientific knowledge produced, related to the care provided by nurses to patients who have undergone liver transplantation, all the logistics from diagnosis to postoperative care. The results showed that the nurse acts in the different phases of the transplantation process, by providing nursing care directed at surgical preparation, prevention and detection of postoperative complications, as well as guidance on recovery. In addition, it acts in nutritional support, teaches the importance of immunosuppressive therapy, and in patient compliance with the care. At the end of the study, it is expected to have provided subsidies to improve practice and stimulate nurses to develop research related to liver transplantation.

Keywords: care, liver transplantation, nursing, recovery.

Introdução

O transplante é considerado o único tratamento para algumas doenças terminais. Em caso onde a equipe multiprofissional analisa e estuda todos os métodos terapêuticos possível, a luz do fim do túnel muitas vezes é a realização do transplante que possibilita a reversão de um quadro muito avançado principalmente em patologias que causaram danos irreversíveis a algum órgão ou tecido (SILVA; CARVALHO, 2006).

Anatomicamente, o fígado está localizado atrás das costelas, na região superior direita da cavidade abdominal. Pesa aproximadamente 1.500 g (2% do peso corporal), e é dividido em quatro lobos. A circulação sanguínea provém de duas fontes: 75% origina-se da veia porta (rica em nutrientes), e 25% da artéria hepática (rica em oxigênio). A veia hepática constitui a drenagem venosa do fígado e desemboca na veia cava inferior, próximo ao diafragma (STARZL; DEMETRIS, 1990).

A disfunção hepática resulta no comprometimento das células parenquimatosas do fígado, causadas tanto por doenças hepáticas primárias, como pela obstrução do fluxo biliar, ou distúrbios da circulação hepática. Essa disfunção pode ser aguda ou crônica, sendo a crônica a mais comum das ocorrências (MENDES, 2006).

Os processos patológicos que levam à disfunção hepatocelular podem ser causados por agentes infecciosos, como bactérias e vírus, bem como por anóxia, distúrbios metabólicos, toxinas e medicamentos, deficiências nutricionais, e estados de hipersensibilidade. Quando o processo patológico não é muito tóxico para as células, pode acontecer a regeneração celular, entretanto, quando não ocorre a regeneração, o resultado da doença parenquimatosa crônica é um fígado enrugado e fibrótico, caracterizando a cirrose (SMELTZER; BARE, 2005).

As consequências da doença hepática são numerosas e variadas, e levam frequentemente à incapacidade, e mesmo ao risco de morte, sendo sua presença um sinal de mau prognóstico. Os sintomas mais comuns da doença hepática são: icterícia (decorrente da maior concentração de bilirrubina no sangue), hipertensão porta, ascite e varizes (resultantes das alterações circulatórias do fígado, podendo resultar em hemorragias graves e na retenção de sódio e líquidos), deficiências nutricionais (resultantes da incapacidade dos hepatócitos lesionados para metabolizar vitaminas), e encefalopatia hepática ou coma (devido ao acúmulo de amônia no plasma, ocasionado pelo prejuízo do metabolismo de proteínas pela doença hepática) (SMELTZER; BARE, 2005).

Além disso, existem, ainda, outras manifestações da disfunção do fígado que causam diversos prejuízos ao organismo, como o desenvolvimento de edema generalizado devido à hipoalbuminemia, resultante da diminuição da produção de albumina, a incidência aumentada de equimoses, epistaxe, e sangramentos, devido à redução na produção de fatores de coagulação sanguínea. Também pode ocorrer o desenvolvimento de anormalidades metabólicas, tais como o aumento do nível glicêmico, problemas na capacidade de metabolizar medicamentos, problemas hormonais, uma vez que o fígado não consegue metabolizar normalmente hormônios sexuais, resultando em ginecomastia, amenorréia, atrofia testicular, irregularidades menstruais, e outros distúrbios da função sexual. Os pacientes com disfunção hepática decorrente da obstrução biliar, comumente desenvolvem prurido grave, devido à retenção dos sais biliares, podendo desenvolver angiomas vasculares ou arteriais, bem como eritemas palmares (SMELTZER; BARE, 2005).

O enfermeiro sendo gerente de uma rede de alta complexidade que exige competência técnica e científica, dentro de uma UTI todas as decisões tomadas tem relação direta com a vida e a morte do paciente (CAMELO, 2012).

A grande maioria dos pacientes possuem múltiplas morbidades e disfunções orgânicas que diante disto, o enfermeiro traçará um plano de gestão de cuidados intensivos para apoiar a recuperação e evitar complicações (FELTRACCO et al., 2011).

Os processos crônicos da doença hepática podem acarretar diversos prejuízos às pessoas, podendo levar inclusive à morte, quando não é possível tratar nem com medicamentos de última geração, ou com técnicas cirúrgicas que possibilitem a remoção de parte do fígado. Desse modo,

o transplante de fígado surgiu como alternativa de tratamento para os casos em que mais nenhum outro tratamento pudesse levar à cura da doença, ou mesmo à amenização dos sinais e sintomas das incapacidades causadas pelas doenças do fígado.

Metodologia

O presente artigo trata-se de um estudo exploratório, por meio de uma revisão bibliográfica, desenvolvido afim de analisar informações sobre determinada temática através de levantamento de dados em projetos, pesquisas e artigos científicos já publicados. Com esse propósito foi efetuada uma revisão das publicações na área da saúde através das bibliotecas virtuais: Scielo, Bireme e Google Acadêmico, no qual foram encontrados artigos referentes ao tema. Desta forma, encontrou-se 5227 artigos relacionados com o tema, sendo eliminados 5211 por não estarem diretamente ligados ao tema. Foram escolhidos 16 artigos, todos encontrados em português, utilizando-se os termos descritores: transplante hepático, enfermagem, cuidados; foram selecionados artigos de acordo com a frequência de revisões e maior circulação no meio acadêmico, entre um período de pesquisa dos anos de 1990 a 2021, sendo mais frequentes novos estudos sobre o tema nos últimos 5 anos.

Resultados e Discussões

ANATOMIA E FISILOGIA

O fígado é o maior órgão sólido do nosso sistema. Está localizado atrás das costelas inferiores do lado direito do abdômen. É um órgão de alto complexo que realiza diversas funções, podendo ser considerado um dos principais órgãos responsáveis por produzir, armazenar, modificar, excretar substâncias envolvidas em todo metabolismo (SMELTZER; BARE, 2009).

Este órgão está estrategicamente localizado para realizar suas variadas funções, pois recebe sangue carregado de nutrientes do trato gastrointestinal, onde tudo é metabolizado e distribuído para onde serão utilizados. É um órgão que movimenta bastante sangue, seja de dentro para fora, ou de fora para dentro, na qual a veia porta é responsável por 75% do suprimento de sangue rico em nutrientes e os 25% restantes ficam sendo distribuído pela artéria hepática (SMELTZER; BARE, 2009).

O mal funcionamento do fígado é proveniente de lesões nas células hepáticas por doenças primárias, ou em alguns casos a obstrução dos ductos biliares ou distúrbios circulatórios. Essa disfunção pode ser aguda ou crônica, sendo a crônica a forma mais comum, onde ocorre o enrugamento do tecido causando a conhecida cirrose (SMELTZER; BARE, 2009).

Alguns processos patológicos podem prejudicar a função hepática sendo por processos virais ou não virais. As hepatites virais ainda são um dos maiores problemas de saúde pública que diante disto, as hepatites A, B, C, D e E são os maiores responsáveis pelas cirroses hepáticas crônicas (ARRUDA et al., 2013).

Fatores externos que não são virais como alcoolismo, uso descontrolado de medicamentos, drogas lícitas ou ilícitas, distúrbios metabólicos, processos autoimunes (hepatite autoimune), hepatite fulminante, podem tornar crônico a disfunção hepática, associadas a distúrbios de dislipidemias e diabetes, aumentando assim as chances de necessário a realização de um transplante hepático (ARRUDA et al., 2013).

Os sintomas mais comuns em pacientes que com alguma disfunção hepática é a icterícia causada pelo aumento exacerbado dos níveis de bilirrubinas na corrente sanguínea, como também a aparição de HDAs relacionadas a hipertensão do sistema porta, como também distúrbios circulatórios podendo levar a retenção de líquidos; deficiências nutricionais, como uma das mais grave que é a encefalopatia hepática causada por elevados níveis de amônia presente no sangue que não conseguiu ser metabolizado pelo fígado (SMELTZER; BARE, 2009).

Tais distúrbios funcionais do fígado trazem graves consequências podendo incapacitar o paciente e o risco de vida é eminente, entretanto, devido aos avanços tecnológicos surgiu uma

luz no fim do túnel que é através do transplante de fígado que pode levar a cura da doença ou amenizar a maioria dos sintomas (MENDES, 2006).

O transplante é considerado o único tratamento para algumas doenças terminais. Em caso onde a equipe multiprofissional analisa e estuda todos os métodos terapêuticos possível, a luz do fim do túnel muitas vezes é a realização do transplante que possibilita a reversão de um quadro muito avançado principalmente em patologias que causaram danos irreversíveis a algum órgão ou tecido (SILVA; CARVALHO, 2006).

Devido ao procedimento ser de alta complexidade é necessário o encaminhamento para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde é de suma importância que a equipe de enfermagem esteja presente para realizar os cuidados ao paciente transplantado em busca de uma ótima recuperação e diminuição do tempo de internamento, tais cuidados que podem intervir de forma mais rápida para evitar complicações no pós-operatório-imediato (POI) (CARVALHO, 2007). Para que um paciente receba o fígado do qual precisa é necessário o diagnóstico da morte encefálica do doador, na qual é evidenciada após uma série de teste que são realizados, dos quais são divididos em etapas:

1ª ETAPA: Critérios para abertura, premissas ou pré-teste.

Antes de iniciar o protocolo de morte encefálica, o médico confirma se não há fatores que impactam na condição clínica do paciente. Caso tenha alguma situação excludente, o protocolo não é iniciado. Os procedimentos para diagnosticar a morte encefálica só devem ser realizados em indivíduos que estejam em coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente.

2ª ETAPA: Nível de consciência (Escala de coma de Glasgow)

Cumpridos os pré-requisitos, o primeiro teste do protocolo de morte encefálica pode ser iniciado. Esse procedimento tem como objetivo avaliar o nível de consciência do paciente ou seja, o grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta.

3ª ETAPA: Exame clínico neurológico e reflexos

Depois de confirmado o coma não perceptivo, o médico testa os reflexos do tronco encefálico do paciente. São verificados:

- Reflexos pupilar (resposta à luz);
- Córneo-palpebral (ausência de fechamento das pálpebras ao toque da córnea);
- Óculo-cefálico;
- Vestíbulo-ocular;
- Tosse.

4ª ETAPA: Teste de apneia

Esse procedimento serve para verificar se há qualquer movimento respiratório do paciente, que é desconectado do aparelho de ventilação mecânica e recebe estímulo com oxigênio.

E por fim após realizar todos os procedimentos necessários para confirmação da morte encefálica é preciso continuar os tramites para liberação dos órgãos em caso de doação (MORSCH, 2020).

POLÍTICA DE TRANSPLANTES NO BRASIL

Com o aumento dos casos onde se tinha a necessidade do transplante, foi necessário a criação de leis e normas que através do SUS, seriam feitos o controle e a realização de tal procedimento. A legislação responsável por regulamentar a questão dos transplantes de órgãos no Brasil vem acompanhando o desenvolvimento dos procedimentos e buscando melhorar cada dia mais. Destacam-se as seguintes leis e seus regulamentos:

• 1968 - Lei nº 5.479 – Atribui aos médicos o diagnóstico de morte e a obtenção do consentimento requerido. Proibia a remoção de órgãos em casos de crime, mas não havia proibição expressa ao comércio de órgãos ou controle de doador vivo não aparentado (BRASIL, 1968).

•1988 – Artigo 199 § 4o, da Constituição Brasileira – A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

•1991 – Resolução 1346/91 – O Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamenta o diagnóstico de morte encefálica para pessoas maiores de dois anos exigindo que testes clínicos para identificar a morte encefálica sejam realizados com intervalo de seis horas e atestados por dois médicos não ligados à equipe de transplante (BRASIL, 1991).

•1992 - Lei nº 8.489 e Decreto Presidencial nº 879 de 22/07/1993 – regulamentam e revogam a Lei nº 5.479 de 1968, mantendo a maioria dos itens da lei anterior e incluindo os seguintes tópicos (BRASIL, 1992).

Os tecidos, órgãos e partes do corpo humano são insuscetíveis de ser comercializados. Considera como morte encefálica à morte definida como tal pelo Conselho Federal de Medicina e certificada por médico. A definição de morte encefálica não exclui os outros conceitos ou condições de morte. Torna obrigatória a notificação de morte encefálica. Permite a pessoa maior de idade e capacitada dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. A doação é limitada a parentes ou cônjuges, sendo exigido autorização judicial em outras situações. O Ministério da Saúde normatiza sobre a organização das Centrais de Notificação das Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 1992).

•1997 - Lei nº 9.434 – Lei dos Transplantes, primeira iniciativa no sentido de se pensar uma Política Nacional de Transplantes, revogando a Lei nº 8.489 - Normatiza a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. Os principais pontos desta lei foram: necessidade do consentimento presumido, a distribuição por lista única e a adoção de penalidades para as infrações, sendo inclusive totalmente assumida pelo Ministério da Saúde, via SUS, revelando a possibilidade de este sistema colocar as práticas da área da saúde em defesa da vida preocupando-se com a dimensão ética (BRASIL, 1997a).

•1997 - Decreto nº 2.268 - Regulamenta a Lei dos Transplantes, com a instituição do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), sua Coordenação Nacional e as Centrais de Notificação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) no âmbito dos Estados, na busca de um sistema de captação e distribuição de órgãos mais justo e eficiente (BRASIL, 1997b).

Esta lei atraiu a atenção de profissionais da saúde e dos pacientes, principais interessados na questão, da população e da mídia, promovendo grandes debates e discussões, sinalizando para a busca de caminhos para um sistema de captação e distribuição de órgãos com mais transparência, eficiência e justiça. Outro mérito desta medida foi despertar na sociedade um intenso debate sobre a doação de órgãos e sobre os transplantes, visando conscientizar e atenuar a rejeição em relação à doação (BRASIL, 1997b).

•1998 - Oficialização da coordenação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), e publicação de regulamento técnico e de portarias relativas às diversas atividades. A lista de espera para transplante, por tipo de órgão, passou a ser organizada em cada Estado com a criação do Cadastro Técnico Único ou Listas Únicas Estaduais ou Listas Regionalizadas nos Estados que possuem Centrais Regionais de Transplante. (BRASIL, 1998).

•2001 - Lei nº 10.211 Altera dispositivos da Lei nº 9.434, através de redação explícita da exigência de autorização de familiares, obedecida a linha sucessória, subscrita por duas testemunhas. Permite também a doação de órgãos de familiares até o quarto grau ou de pessoas não parentes mediante autorização judicial. A atual Política Nacional de Transplantes, incorporada pelo SUS, vem garantindo o acesso aos milhares de pacientes renais crônicos que buscam um transplante. Neste contexto, a criação de uma legislação, com definições claras de doadores e não doadores, e também de critérios para diagnóstico de morte encefálica e para a distribuição dos órgãos, ajudou a consolidar esta forma de tratamento, propiciando a criação de vários novos centros transplantadores nos últimos anos (BRASIL, 2001).

•2006 – Portaria nº 1.160 de 29/05/2006 – Estabelece o critério de gravidade do estado clínico do paciente, por meio do escore MELD, para alocação de fígado. Antes desse escore, o

tempo em lista era o único critério a ser utilizado para alocação de fígado, onde as pessoas eram transplantadas de acordo com a sua data de inscrição em lista. Esse critério se mostrou falho e injusto, pois não indicava a necessidade ou urgência do transplante (BRASIL, 2006).

O RECEPTOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

O paciente que tiver indicação para a realização do procedimento, na maioria dos casos, são portadores de doenças de evolução progressiva e irreversível, como também em casos mais graves tumores malignos e hepatites fulminantes. Esses pacientes apresentam diversas complicações que envolvem vários aspectos desde econômicos como psicológicos (MASSAROLLO; KURGANT, 2000).

Após ser diagnosticado com uma doença grave e crônica, o paciente passa por um turbilhão de emoções e sua vida sofre uma brusca mudança em todos os âmbitos desde sua vida em sociedade como relação familiar. A rotina muda e tudo se resume em consultas, exames e uma espera improvável por encontro de um órgão compatível (BORGES et al, 2011).

A condição clínica do paciente se refere a gravidade da doença hepática que é avaliada por uma escala chamada de classificação de Child-Pugh, na qual a mesma baseia-se em 6 critérios clínicos e laboratoriais, como apresentado na figura 1.

Figura 1 – Classificação Child-Pugh Para Doença Hepática

Indicadores	Pontos		
	1	2	3
Nutrição	Nutrição Normal	Desnutrição Alterada	Desnutrição Severa
Ascite	Ausente	Controlada Moderadamente	Pouco controlada com diuréticos
Encefalopatia	Ausente	Grau I	Grau II
Tempo de Protrombina	0-2 seg > Controle	2-4 seg > Controle	≥4 seg > Controle
Bilirrubina total	0-2 mg/dl	2-3 mg/dl	>3 mg/dl
Albumina	>3,5 g/dl	2,5-3,5 g/dl	<2,5 g/dl

Fonte: Mendes (2006)

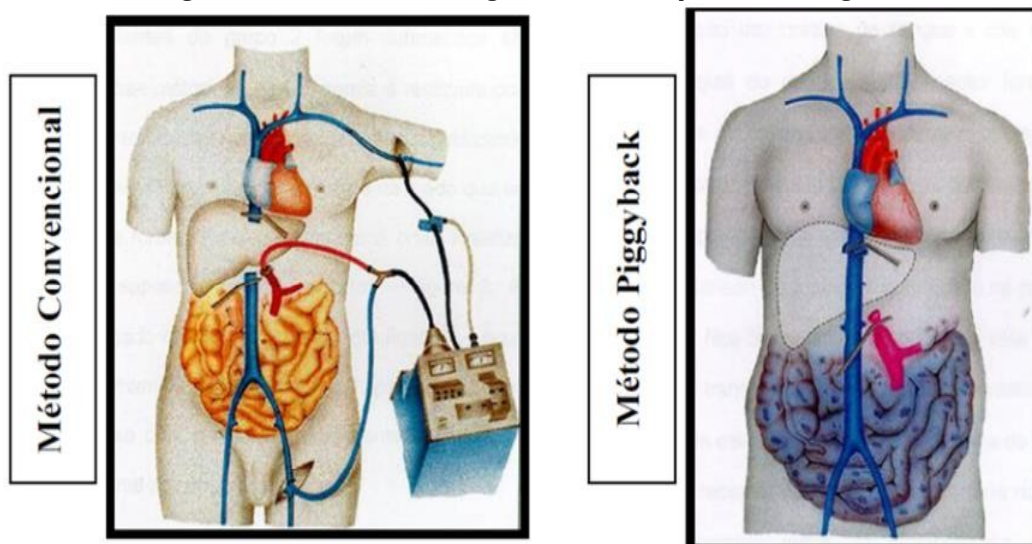
A gravidade pode variar de 5 até 15 e geralmente pacientes que necessitam do transplante estão no grupo 3 pois são mais graves (ARRUDA et al, 2013).

MÉTODOS DE REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE.

Transplante de fígado (TxF) é considerado o tratamento definitivo para pacientes com doença hepática terminal. A técnica convencional consiste na remoção conjunta do fígado doente com a veia cava retrohepática. Durante este procedimento a veia cava inferior é interrompida em sua porção suprahepática. Associado a isso, a veia porta tem o seu fluxo cessado para o fígado acarretando estase venosa infradiaphragmática. Alterações hemodinâmicas são estabelecidas durante esta fase. Procurando evitar as complicações hemodinâmicas da técnica convencional e as complicações inerentes do uso do DVV uma nova técnica de hepatectomia no TxF foi utilizada: "a técnica piggyback". Ela consiste na remoção do fígado doente preservando a veia cava retrohepática (TZAKIS A et al, 1990). Podendo ser ilustrado através da figura 2.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO

O enfermeiro tem grande papel no diagnóstico, na implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. Ele é o elo de ligação entre o paciente e a equipe multiprofissional pois está presente com o paciente em quase todos os momentos no pré- operatório e por isso é capaz de identificar as necessidades e os problemas do paciente (MENDES, 2006).

Figura 2 – Técnicas Cirúrgicas de Transplante de Fígado

Fonte: MENDES, 2006 apud SILVA JUNIÓR, O.C et al. Protocolo do Grupo Integrado de transplante de Fígado. HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2001. 98p.

A legislação sobre Transplantes e sua regulação no Brasil, exige a presença do profissional enfermeiro, exigindo que seja credenciado a instituição que realiza o transplante. O COFEN autoriza o enfermeiro a realizar procedimentos altamente técnicos, porém exigem qualificação. E além disso o enfermeiro fica responsável pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em transplantes. Para que o transplante tenha sucesso, a participação do enfermeiro é essencial em diversas áreas diferentes como: Centro de captação de órgãos, UTI, Centro Cirúrgico, Unidade de Internação entre outras áreas (CINTRA; SANNA, 2005).

O enfermeiro pode atuar de formas distintas onde no centro cirúrgico faz o atendimento com toda a equipe multidisciplinar, porém dentro da UTI tem autonomia de coordenar o orientar as ações e cuidados que serão prestados para a clientela (SASSO; AZEVEDO, 2003). A relação que o enfermeiro tem com o paciente torna-se tão fiel que o paciente a procura para que enxergue nele um ser humano e não somente a patologia em si, pois o enfermeiro através dessa percepção pode reintegrar o paciente no âmbito sociocultural, o que promove saúde ao paciente enquanto esperam na fila para o transplante (SALVIANO, 2007).

Após uma rigorosa consulta com toda uma equipe multiprofissional, o paciente é encaminhado ao ambulatório para a consulta de enfermagem, que é focada na orientação do receptor e de seus familiares sobre todos os preparos necessários, como protocolo de exames, informações sobre a cirurgia, a adesão da terapêutica medicamentosa afim de evitar rejeição do órgão recebido e ensinar como funciona a fila (MENDES, 2006).

A atuação do enfermeiro no pré-operatório é crucial pois é o momento onde se faz todo o preparo emocional do paciente para que em todos os processos desde a entrada no ambiente hospitalar até o final do tratamento, ocorram de forma tranquila e também planejar os cuidados pós-cirurgia. No pré-operatório o enfermeiro é responsável por todo acolhimento e junto a equipe de enfermagem vai realizar o exame físico, orientar a questão da higiene pré-operatória, a tricotomia, iniciar venóclise. O mesmo encaminha o paciente para a realização de todos os exames laboratoriais, ECG, raio-X, entre outros e verificar qual tipo de alergia ou limitações que possam impossibilitar o processo cirúrgico (SASSO; AZEVEDO, 2003).

Após o término do transplante. Inicia-se a fase mais crítica do processo, o paciente é encaminhado para a UTI. Durante o POI são necessárias várias ações da equipe de enfermagem como: verificar sinais vitais, glicemia capilar, controle de drenagens, diurese e circunferência abdominal afim de rastrear qualquer tipo de hemorragia interna. Essas ações têm como objetivo detectar de forma precoce qualquer tipo de complicação mais frequente ou cirúrgica exemplo a rejeição primária do órgão (ARRUDA et al, 2013).

Sendo observado a estabilização do quadro do paciente, o mesmo será encaminhado novamente para a unidade de internação, que permanecerá por mais alguns dias seguindo toda uma terapêutica medicamentosa para manter o perfeito funcionamento do fígado novo. Todos os parâmetros devem ser monitorizados e iniciasse todo o processo da SAE.

Sistematizar a assistência de enfermagem possibilita a melhoria do serviço e a agilidade em casos de urgências inesperadas para que possam agir de forma precisa (ARRUDA et al, 2013).

O enfermeiro possui um importante papel em todo o processo pois seus cuidados vão além do ambiente intra-hospitalar, fica claro que sua atuação vai até os cuidados domiciliares afim de proporcionar uma vida saudável ao paciente transplantado pelo resto da vida. Tem o papel de orientar sobre dieta, adequação de atividades físicas para evitar lesões e o sedentarismo, observar sinais de infecção ou de rejeição do órgão ou algum sinal de deficiência hepática que possa ser tratada no ambulatório. E por fim orientar uma criteriosa e rigorosa administração de medicamentos que pode evitar maiores danos ao paciente e também a toda equipe multidisciplinar envolvida (MENDES et al. 2008; AGUIAR; BRAGA, 2011).

Conclusão

Ao buscar evidências para apoiar o cuidado perioperatório de pacientes adultos com transplante de fígado, obtivemos pesquisas sobre tópicos relacionados a este método de tratamento, a saber: cuidados pré-operatórios, intra e pós-operatórios, ensino ao paciente, gerenciamento de medicamentos e papel do enfermeiro, suporte nutricional e suporte emocional. Em relação aos resultados dessa avaliação abrangente, observamos o importante papel que o enfermeiro desempenha no programa de transplante de fígado. A responsabilidade desse profissional é cuidar do paciente e de sua família, e também observamos que os enfermeiros estão realizando pesquisas nessa área. Neste estudo, 85% dos artigos científicos foram escritos ou em coautoria por enfermeiros.

Na fase pré-operatória, os enfermeiros realizam intervenções de enfermagem aos pacientes aptos para o transplante hepático. Desde o momento em que são colocados na lista de espera até imediatamente antes do transplante, os enfermeiros estão ativamente envolvidos no atendimento ao paciente. Dentre essas intervenções, destacamos a pesquisa para resolução de problemas de ensino, quando enfermeiros, pacientes e familiares realizam atividades de ensino, que está relacionada a um processo do período perioperatório, auxilia no enfrentamento das complicações que ocorrem durante a longa espera pelo transplante, o enfermeiro é responsável pelos cuidados intensivos até a operação; trata da relação entre o paciente e a equipe multiprofissional, pois é o membro que mais tempo permanece ao lado destes pacientes, sendo um elo entre eles e as equipes de saúde.

Durante o transplante, o enfermeiro desempenha papel fundamental na implementação da enfermagem. É um período extremamente complicado, neste momento o profissional está trabalhando com duas equipes de transplante (receptor e doador) ao mesmo tempo para coordenar as atividades que tornam o procedimento bem-sucedido. Além disso, supervisiona as atividades da equipe de enfermagem na sala de cirurgia, faz parte da equipe que coordena o suporte necessário ao transplante, nomeadamente perfusionistas, radiologistas, bioquímicos, patologistas etc. A enfermagem visa realizar procedimentos que garantam a segurança do paciente, como o correto posicionamento na mesa de operação; cuidados com a pele para prevenir lesões ou patogenidades; utilizar sistemas que ajudem a prevenir a hipotermia para aquecer o paciente (uso de bombas de aquecimento de fluidos, enfaixamento de extremidades, proteção com manta, colchão ou ar aquecidos); a monitorização das perdas sanguíneas e dos fluidos administrados (contagem de compressas, mensuração do conteúdo abdominal aspirado, mensuração da quantidade de hemoderivados infundida, assim como de cristaloides e coloides, mensuração do débito urinário, dentre outras); até a transferência dos pacientes para um leito de cuidados intensivos após o término da cirurgia.

Imediatamente após a cirurgia, os enfermeiros ajudam a restaurar e reparar funções importantes, prevenir e tratar complicações pós-operatórias e implementar cuidados de enfermagem que podem encurtar a permanência na unidade de terapia intensiva. Quando os pacientes recebem alta da UTI e são transferidos para a enfermaria de transplante, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na preparação para a alta, envolvendo a administração de imunossupressores e ensinando os pacientes sobre a adesão e a importância do uso adequado. Além dos cuidados com a ferida operatória e identificação de complicações comuns após o transplante, como rejeição ou infecção.

O enfermeiro é responsável pela gestão da assistência prestada ao paciente e sua família, exercendo as atividades de enfermagem, administrativas, de ensino e pesquisa, fundamentais para o sucesso do transplante hepático. Trata-se de um profissional que é um membro da equipe multidisciplinar, e indispensável em programas de transplante de fígado. Assim, consideram-se de suma importância o desenvolvimento de pesquisas e / ou a utilização de seus resultados, para embasar e enriquecer a prática clínica do enfermeiro durante todo o processo de transplante.

Referências

ARRUDA, Soraia; et al. Sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente pós-transplante hepático. In: Associação Brasileira de Enfermagem; TEIXEIRA, Elizabeth; BRESCIANI, Helga Regina; MARTINI, Jussara Gue, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. P. 9-45. (Sistema de Educação em Saúde; v.1).

BORGES, Maria Cristina Leite Araújo et al. Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 16, p. 754-760, 2012.

BRASIL. Constituição (1968). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Lei nº 5.479, de 10 de Agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 14/8/1968, Página 7177 (Publicação Original).

BRASIL. Constituição (1988) Artigo 199, § 4º. Disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgão, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Recursos Humanos. Manual de Perícia Médica. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 128p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Constituição (1992). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Diário Oficial da União. 20 nov. 1992; seção 1:16065. Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997a. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 fev. 1997. Seção 1. p. 7.

- BRASIL. Constituição (1997). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Decreto nº 2.268 de 30 de junho de 1997b.
- Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 1997b. Seção 1. p. 62.
- BRASIL. Constituição (2001). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: MS; 2001.
- BRASIL. Constituição (2006). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Ministério da Saúde. Portaria no 1.262, de 16 de junho de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 19 jun. 2006;seção 1:41-4.
- CAMELO, Silvia Helena Henriques. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 192-200, 2012.
- CARVALHO, Daclé Vilma et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório de transplante hepático por cirrose etílica e não-etílica. **Escola Anna Nery**, v. 11, p. 682-687, 2007.
- CINTRA, Vivian; SANNA, Maria Cristina. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, p. 78-81, 2005.
- DAL SASSO, Karina; AZEVEDO, Maria Augusta Junqueira. Assistência de enfermagem no transplante de fígado: a importância do enfermeiro nessa modalidade terapêutica. **Nursing (São Paulo)**, p. 16-20, 2003.
- DE AGUIAR, Maria Isis Freire; BRAGA, Violante Augusta Batista. Sentimentos e expectativas de pacientes candidatos ao transplante de fígado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 413-21, 2011.
- DO CAMPO SILVA, Telma Christina; DE CARVALHO, Rachel. Transplante hepático: problemas de enfermagem em pacientes no pós-operatório. **Brazilian Journal of Transplantation**, v. 9, n. 1, p. 481-485, 2006.
- FELTRACCO, P. et al. Complicações infecciosas do sistema nervoso central precoces após transplante hepático. In: **Procedimentos de transplante**. Elsevier, 2010. p. 1216-1222.
- MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; KURCGANT, Paulina. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, p. 66-72, 2000.

MENDES, KDS. **Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. 2006. 202 f.** 2006. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo–USP, Ribeirão Preto.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

MORSCH, J. D. **Como aplicar o protocolo de morte encefálica**, 20 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/protocolo-de-morte-encefalica> Acesso em: 30/11/2021

SALVIANO, Marcia Eller Miranda. Transplante hepático: diagnósticos de Enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação. 2007.

SMELTZER, C. S.; BARE, G. B. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SMELTZER, C. S.; BARE, G. B. Histórico e cuidado aos pacientes com distúrbios hepáticos. In: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.3, 11 ed., 2009.

STARZL, Thomas E.; DEMETRIS, Anthony J. Liver transplantation: A 31-year perspective part III. **Current problems in surgery**, v. 27, n. 4, p. 187-240, 1990.

TZAKIS, Andreas; TODO, Satoru; STARZL, Thomas E. Orthotopic liver transplantation with preservation of the inferior vena cava. **Annals of surgery**, v. 210, n. 5, p. 649, 1989.

Recebido em: 01/08/2022

Aprovado em: 05/09/2022