

## Complicações pós-operatórias do transplante hepático: evidências para otimização da assistência de enfermagem

Postoperative complications of liver transplant: evidence for the optimization of nursing care

Las complicaciones postoperatorio de trasplante de hígado: evidencias para la optimización de la asistencia de enfermería

*Evelyn Nascimento de Moraes;<sup>1</sup> Deise Conrad;<sup>2</sup> Glaucia Costa Machado;<sup>3</sup> Maíza de Oliveira Abreu;<sup>4</sup> Elane Moreira de Matos;<sup>5</sup> Samuel Augusto Chaves da Cruz<sup>6</sup>*

### Como citar este artigo:

Moraes EN, Conrad D, Machado GC, Abreu MO, Matos EM, Cruz SAC. Complicações pós-operatórias do transplante hepático: evidências para otimização da assistência de enfermagem. Rev Fun Care Online. 2017 out/dez; 9(4):999-1007. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.999-1007>

### RESUMO

**Objetivo:** Investigar as principais complicações mais frequentes no pós-operatório do transplante hepático e apontar as evidências para a detecção precoce e otimização da assistência de enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa do tipo descritiva. Foram analisados todos os prontuários eletrônicos disponíveis no sistema MvPep no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Os dados foram coletados por meio de um formulário esquematizado, e, para a análise, foram transferidos para o Microsoft Office Excel 2007, transcritos em forma de tabelas e transformado em gráficos para melhor visualização dos dados. **Resultados:** Destacaram-se diversas complicações como as neurológicas, pulmonares, respiratórias, cardíacas, hematológicas, vasculares, biliares, as do próprio enxerto, intestinais, peritoneais, cirúrgicas, infecciosas e renais. **Conclusão:** Evidenciou-se a necessidade de uma assistência diferenciada e individualizada aos transplantados, com um olhar aguçado e minucioso, sendo o enfermeiro o responsável por planejá-la.

<sup>1</sup> Enfermeira especialista em Cuidados de Enfermagem ao Paciente Crítico pelo Centro Universitário São Camilo. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). Enfermeira do Hospital Federal do Andaraí e do Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro. *E-mail:* <evelyn.moraes@yahoo.com.br>.

<sup>2</sup> Enfermeira da Educação Continuada do Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro, especialista em Licenciatura e Administração Hospitalar. *E-mail:* <deise.conrad@hasilvestre.org.br>.

<sup>3</sup> Bacharela em Enfermagem pela Faculdade Adventista da Bahia (Fadba). Especialista *lato sensu* no formato residência em Enfermagem Hospitalar com ênfase em Saúde do Idoso, pelo Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro. *E-mail:* <glauca.cm@hotmail.com>.

<sup>4</sup> Bacharela em Enfermagem pela Faculdade Adventista da Bahia (Fadba). Especialista *lato sensu* no formato residência em Enfermagem Hospitalar com ênfase em Saúde do Idoso, pelo Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro. *E-mail:* <maiza.enfer@hotmail.com>.

<sup>5</sup> Bacharela em Enfermagem pela Faculdade Adventista da Bahia (Fadba). Especialista *lato sensu* no formato residência em Enfermagem Hospitalar com ênfase em Saúde do Idoso, pelo Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro. *E-mail:* <enf.elanemattos@hotmail.com>.

<sup>6</sup> Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Adventista da Bahia (Fadba). Especialista *lato sensu* no formato residência em Enfermagem Hospitalar com ênfase em Saúde do Idoso, pelo Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro. *E-mail:* <enf.samuelchaves@hotmail.com>.

**Descritores:** Transplante hepático, Complicações pós-operatórias, Assistência de enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the main and most frequent complications in postoperative liver transplantation and to point out the evidence for early detection and optimization of nursing care. **Method:** This is a study with a quantitative approach of a descriptive type. All electronic records available in MvPep system from January 2012 to December 2014. Were analyzed. The data were collected through a schematic form, and for the analysis, they were transferred to Microsoft Office Excel 2007, transcribed in the form of tables and graphs were made for better visualization of data. **Results:** Several complications were noteworthy such as neurological, pulmonary, respiratory, cardiac, hematologic, vascular, biliary, the graft itself, intestinal, peritoneal, surgical, infectious and kidney related. **Conclusion:** The need for a differentiated and individualized assistance to the transplant patient, with a keen and thorough look, was made evident, and the nurse is responsible for planning it.

**Descriptors:** Liver transplantation, Postoperative complications, Nursing care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Investigar las principales complicaciones más frecuentes en el postoperatorio del trasplante hepático y señalar las pruebas para la detección temprana y la optimización de los cuidados de enfermería. **Método:** Se trata de un estudio con un enfoque cuantitativo descriptivo, se analizaron todos los registros electrónicos disponibles en el sistema MvPep desde enero de 2012 hasta diciembre de 2014. Los datos fueron recogidos a través de una forma esquemática, y para la análisis fueron transferidos a Microsoft Office Excel 2007, transcritos en forma de tablas y gráficos fueran realizados para una mejor visualización de datos. **Resultados:** Se destacaron varias complicaciones como neurológica, pulmonar, respiratorias, cardíacas, hematológicas, vasculares, biliares, el propio injerto, intestinal, peritoneal, quirúrgica, infecciosas y en el riñón. **Conclusión:** Se demostró la necesidad de una atención diferenciada e individualizada al paciente de trasplante, con una mirada penetrante y profunda, y el enfermero responsable de la planificación de la misma.

**Descriptores:** Trasplante de hígado, Las complicaciones postoperatorias, Los cuidados de enfermería.

## INTRODUÇÃO

O transplante de fígado é um procedimento que salva vidas de pacientes com doença hepática crônica em estágio terminal ou insuficiência hepática aguda, quando não há outros tratamentos clínicos e cirúrgicos disponíveis.<sup>1</sup>

Desta forma, no pós-operatório, o medo de rejeição e a possível necessidade de retransplante é um estresse constante para o receptor e seus familiares. Além da rejeição, o não funcionamento primário do enxerto, a hemorragia pós-operatória, a trombose da artéria hepática, as complicações biliares, cardiopulmonares, hematológicas e as infecções são riscos de máxima importância que podem acarretar o insucesso do procedimento.<sup>2</sup>

A relevância do presente estudo justifica-se pela necessidade e importância do aperfeiçoamento da assistência desenvolvida pelo profissional enfermeiro, bem como para a prestação de um cuidado efetivo e qualificado ao indivíduo,

visto que a forma de cuidar possibilita um reflexo na recuperação do transplantado.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo investigar as complicações mais frequentes do pós-operatório do transplante hepático e apontar as evidências para a detecção precoce e otimização da assistência de enfermagem, uma vez que se configura como papel do enfermeiro planejar a assistência.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Este tipo de estudo pretende descrever os fatos e os fenômenos de determinada realidade. Existe uma descrição exata dos fenômenos e dos fatos, e estes fogem da possibilidade de verificação por meio da observação.<sup>3</sup>

O estudo de campo foi realizado por meio da análise de 159 prontuários de pacientes que realizaram transplante hepático de um total de 173 cirurgias ocorridas no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, posto que, entre o total de cirurgias, não foi possível acessar o prontuário eletrônico de 14 pacientes no sistema homônimo (MvPep) utilizado pela instituição da pesquisa. Entre os prontuários de pacientes analisados, 60 foram submetidos ao transplante em 2012, 40 em 2013 e 59 em 2014.

Os transplantes foram realizados em uma instituição hospitalar, referência em geriatria, transplantes e cirurgias de alta complexidade, localizada no Rio de Janeiro-RJ.

A seleção dos prontuários seguiu os seguintes critérios de inclusão: os que se encontravam disponíveis no sistema eletrônico MvPep no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, aqueles em que se encontravam descritas as complicações pós-operatórias, independentemente do gênero e da idade. Quanto à exclusão dos prontuários, consideraram-se alguns critérios: os não disponíveis no sistema eletrônico, os que não são do período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, os que não explicitaram o gênero, a idade e as complicações pós-operatórias.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se em duas partes: a primeira contendo variáveis como gênero, idade, data de realização do transplante hepático; a segunda, em uma relação contendo o nome e a data do procedimento cirúrgico realizado, disponibilizada pelo setor responsável pelo transplante, a qual foi utilizada para realização da busca dos prontuários eletrônicos no MvPep, nos quais foi possível identificar as complicações apresentadas no pós-operatório do transplante hepático.

Os dados foram coletados nos meses de novembro e dezembro de 2015 e foram organizados e tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 para obtenção dos resultados. Por se tratar de um estudo que objetivou conhecer as principais complicações dos transplantes hepáticos, a técnica torna-se pertinente, uma vez que por meio dela foi possível fazer uma análise detalhada e criteriosa sobre a temática, a partir do instrumento

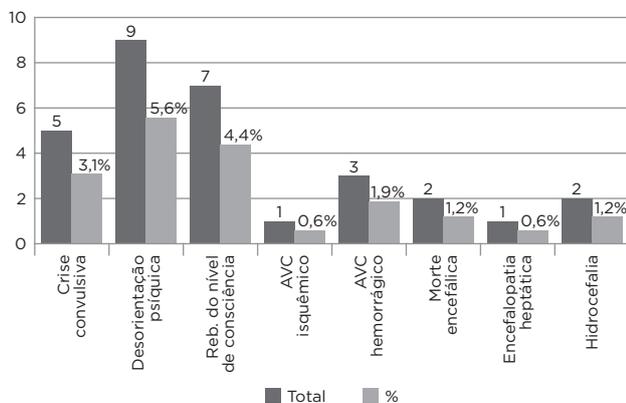
aplicado, visando responder às indagações referendadas nos objetivos sem perder de vista a complexidade do fenômeno estudado.

O presente trabalho atendeu a todas as recomendações previstas na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde (MS), que trata de pesquisas que envolvem seres humanos no que se refere às exigências éticas e científicas fundamentais para sua realização. Atendendo aos princípios e aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia, com Certificado de Aceite e Apreciação Ética nº45465815.0.0000.0042. Neste sentido, a pesquisa obedeceu aos critérios dignidade, autonomia, privacidade e sigilo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a análise dos 159 prontuários eletrônicos, foi possível observar que os participantes desta pesquisa foram, em sua maioria, homens, totalizando 97, contra 62 mulheres; a média de idade variou entre 19 e 75 anos. A partir da revisão sistemática de cada registro médico descrito na evolução do paciente, identificaram-se diversas complicações pós-operatórias, as quais foram agrupadas categoricamente, apresentadas a partir de gráficos, sendo explicitadas numericamente com seus respectivos percentuais. Os dados serão apresentados e discutidos a seguir.

**Gráfico 1** - Complicações neurológicas pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

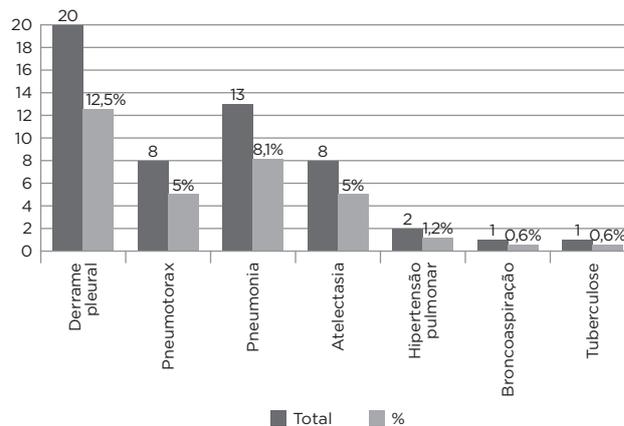
A análise em busca do percentual de complicações surgidas permitiu verificar que as alterações neurológicas no transplante hepático são importantes causas de morbimortalidade, podendo afetar de 13,2% a 90% dos pacientes, e que a diminuição do nível de consciência é uma das alterações mais precoces e pode ser consequência de fatores variados, como a hipoglicemia, situação potencialmente grave para o sistema nervoso central (SNC) e doença cerebrovascular. Convulsões afetam de 6% a 36% dos pacientes e costumam ser únicas e tônico-clônicas generalizadas. Podem ser atribuídas a importantes alterações metabólicas e hidroeletrólíticas da diabetes mellitus e a agudização do quadro.<sup>4</sup>

Quando um indivíduo submete-se a um procedimento como o transplante de fígado, infelizmente o órgão não possui a capacidade de exercer suas funções de imediato, comprometendo o funcionamento dos demais sistemas do organismo; como consequência, tornam-se perceptíveis algumas complicações clínicas como as supracitadas.

As intercorrências podem resultar de fatores prévios ao transplante, como os relacionados ao alcoolismo, a infecção pelo vírus da hepatite C e a desnutrição, ou de alterações transoperatórias e de dificuldades com imunossuppressores, que vão desde efeitos colaterais extrapiramidais até as infecções, coagulopatias e infecções do período pós-operatório.<sup>4</sup>

As alterações mais prevalentes foram desorientação (5,6%), rebaixamento do nível de consciência (4,4%), crise convulsiva (3,1%) e AVC hemorrágico (1,9%), que, conforme mencionado, podem ser influenciadas por fatores prévios ao transplante e não exclusivamente do processo operatório, considerando também que o sistema de coagulação está afetado, propiciando complicações indesejáveis, muitas vezes irreversíveis, podendo levar o paciente ao óbito.

**Gráfico 2** - Complicações pulmonares/respiratórias pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

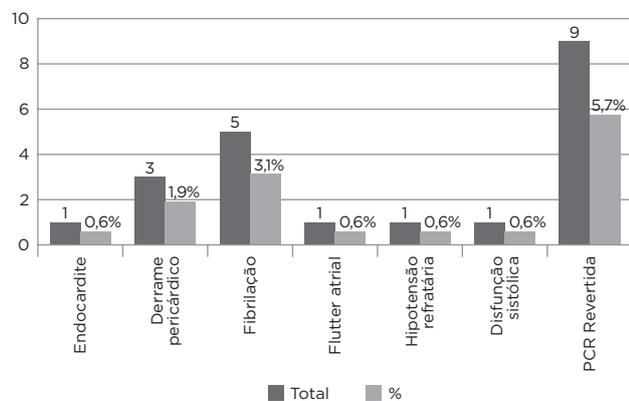
As cirurgias de tórax e abdome superior são as grandes responsáveis pelas complicações pulmonares. Estima-se que haja uma redução de 50% a 60% da capacidade vital e de 30% da capacidade funcional residual, causada por disfunção do diafragma, dor pós-operatória e colapso alveolar. Os procedimentos cirúrgicos abdominais promovem desarranjos que atingem seu pico no primeiro dia de pós-operatório, momento em que o sistema respiratório torna-se mais vulnerável a complicações pulmonares pós-operatórias e mais intensas alterações ventilatórias.<sup>5</sup>

Vale mencionar que o enfermeiro, no período pós-operatório imediato, deve desenvolver um olhar aguçado diante do perfil dos pacientes estudados, contribuindo para a detecção de alterações cabíveis de intervenção que garantam a manutenção esperada do tratamento.

O derrame pleural é decorrente do incremento da pressão intrapleural, ocasionada por transudato ou exsudato no espaço interpleural, e tem sido apontado como uma das complicações mais comuns no pós-operatório imediato de paciente submetidos ao transplante hepático. As atelectasias decorrem principalmente de uma pressão local direta no parênquima pulmonar, ocasionada pelo deslocamento visceral no sentido de baixo para cima (fígado doente de maior volume e ascite abdominal e/ou derrame pleural existente), e levam a uma diminuição da ventilação alveolar, enquanto a perfusão poderá estar levemente diminuída. O estado crônico de imunossupressão destes pacientes transplantados faz com que estejam em risco contínuo de complicações pulmonares infecciosas por micro-organismos oportunistas, causando morbidade e mortalidade significativamente aumentadas.<sup>6</sup>

Pacientes submetidos ao transplante geralmente se encontram imunossuprimidos devido ao tratamento, logo, todos os profissionais de saúde que lidam diretamente com essa especificidade devem ser capazes de evitar a contaminação destes, bem como possíveis infecções. Ressaltamos que é de fundamental importância que o enfermeiro exerça o papel de educador, desenvolvendo ações como treinamento e orientações, favorecendo a sensibilização de toda equipe quanto à realização de técnicas assistenciais adequadas.

**Gráfico 3** - Complicações cardíacas pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)

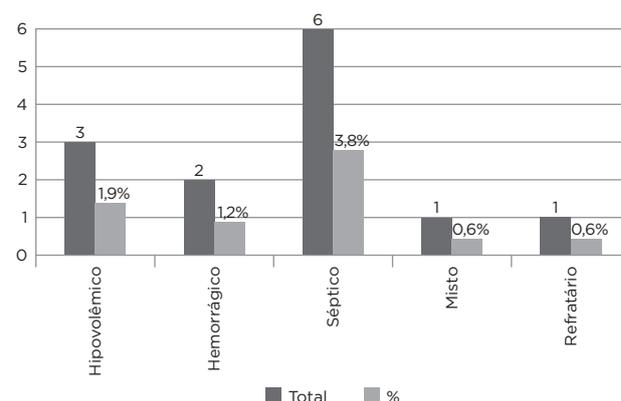


Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

Diante do gráfico 3, percebem-se alterações cardíacas apresentadas pelos doentes submetidos ao transplante, sendo potencialmente fatais, pois o sistema cardíaco, uma vez comprometido, afeta a estabilidade hemodinâmica do indivíduo, favorecendo uma cascata de complicações que podem levar à parada cardiorrespiratória (PCR) e óbito.

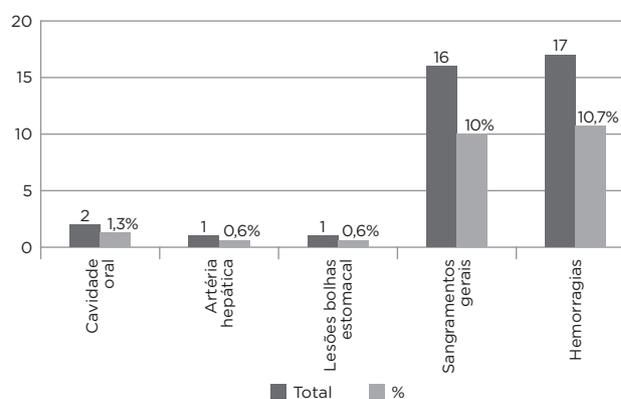
Durante a PCR, a ausência de circulação provoca hipoperfusão cerebral, especialmente das áreas subcorticais e dos territórios de fronteira entre as diferentes artérias cerebrais, os quais, por terem menor perfusão, são mais sujeitos à isquemia.<sup>7</sup> Além destas complicações, várias outras podem surgir, comprometendo ainda mais todo o organismo do cliente em pós-operatório de transplante hepático.

**Gráfico 4** - Choques apresentados no pós-operatório de transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

**Gráfico 5** - Sangramentos apresentados no pós-operatório de transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)

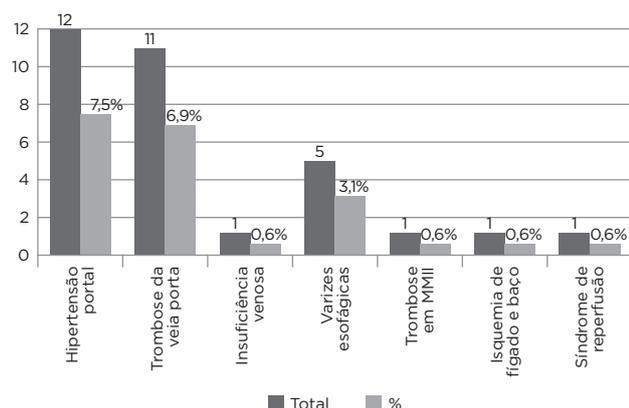


Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

Alguns dos indivíduos submetidos ao transplante hepático apresentaram estado de choque como descrito no gráfico 4. Muitos fatores estão associados a isto, como trauma cirúrgico, isquemia-reperfusão dos órgãos, alterações da temperatura do corpo e liberação de endotoxinas. Estes formam uma cascata inflamatória que pode contribuir para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias, incluindo, entre outras, insuficiência respiratória, disfunção renal, distúrbios hemorrágicos, disfunção neurológica, alterações da função cardíaca hepática e, por fim, falência de múltiplos órgãos.<sup>8</sup>

Vale ressaltar que o fator de coagulação desses indivíduos encontra-se alterado, pois pacientes com insuficiência hepática crônica apresentam níveis diminuídos das proteínas participantes da coagulação sanguínea, favorecendo sangramentos em diversos orifícios e vasos calibrosos, como representado no gráfico 5, podendo resultar em choque hemorrágico, sem condições de tratamento em alguns casos. Essa situação clínica requer uma observação contínua de toda equipe multiprofissional envolvida no processo de recuperação do doente.

**Gráfico 6** – Complicações vasculares pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

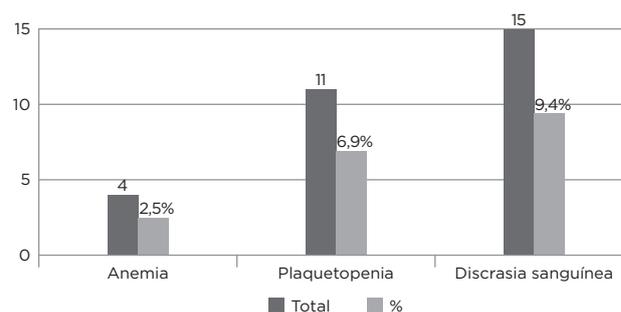
No gráfico 6, as complicações vasculares de maior representatividade foram as trombozes de veia porta, hipertensão portal e varizes esofágicas. A trombose da veia porta é a causa mais comum de hipertensão portal pré-hepática. As fistulas arteriovenosas, envolvendo o fígado ou a circulação esplâncnica, são a segunda causa mais comum. Entre as causas de trombose da veia porta, podemos ter desidratação, estados de choque, neoplasias malignas, como hepatocarcinomas ou metástases hepáticas com invasão portal por tumores extra-hepáticos, compressão da veia porta, trauma, cateterismos, aumento da resistência ao fluxo (casos de cirrose, Budd-Chiari). Também podem apresentar como complicação a trombose da veia porta ou de outros vasos relacionados ao tronco venoso espleno-mesentérico-portal.<sup>9</sup>

Já a hipertensão portal (HP) representa um conjunto de manifestações clínicas, bioquímicas, laboratoriais e morfológicas que constituem o produto final de uma hepatopatia crônica, de natureza variável. Classicamente sabe-se que a manifestação clínica mais grave da HP é representada pela hemorragia digestiva alta (HDA) por ruptura de varizes. Tal complicação responde por 1/3 dos óbitos nesse grupo de pacientes.<sup>10</sup>

Por meio da identificação de varizes esofágicas de pequeno, médio ou grandes calibres, lisas ou retilíneas, é possível suspeitar de um risco potencial elevado para episódios de sangramento digestivo, além de fornecer dados de importância no tocante aos sinais de obstrução ao fluxo vascular, representado pelas trombozes venosas.<sup>10</sup>

Diante dos achados durante a pesquisa e o que as literaturas têm exposto, percebe-se que o paciente que se submete a tal procedimento requer uma assistência de enfermagem diferenciada, uma vez que esta permanece 24 horas com esses indivíduos em estado grave. Logo, torna-se imprescindível a observação minuciosa dos sinais clínicos que podem ser sugestivos de complicações, principalmente nas primeiras horas pós-transplante, um dos momentos considerados mais críticos.

**Gráfico 7** – Complicações hematológicas pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)

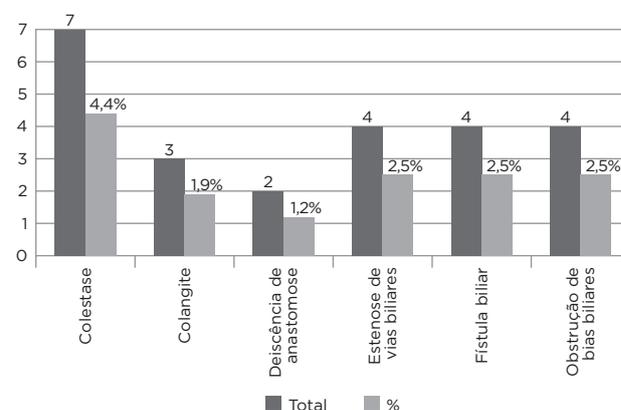


Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

As complicações hematológicas explícitas no gráfico 7 aparecem em decorrência da situação clínica patológica em que o paciente se encontra, a presença das discrasias sanguíneas (alteração sanguínea, do tipo leucopenia, agranulocitose ou anemia aplásica) ocorrem em função do uso de algumas medicações durante o tratamento, como antibióticos, antivirais e anticonvulsivante. A associação entre antibióticos e discrasia sanguínea é particularmente forte, principalmente em pacientes tratados com várias classes de antibióticos. Agentes antivirais também podem ser associados a alterações hematológicas graves. É possível citar, como exemplo, a trombocitopenia induzida por interferon- $\alpha$ -2a peguilado, em pacientes sob terapia com estes imunomoduladores para tratamento de hepatite C. O ácido valpróico, um fármaco anticonvulsivante, é capaz de causar depressão da atividade da medula óssea, resultando em aplasia medular ou síndrome mielodisplásica, ocorrendo citopenia periférica que pode afetar uma ou mais linhagens celulares. Como resultado, é possível observar plaquetopenia, neutropenia e/ou macrocitose eritrocitária, com ou sem anemia.<sup>11</sup>

Cabe salientar que os pacientes submetidos ao transplante hepático, conforme os prontuários analisados, fizeram uso das classes de medicações supracitadas, o que, entre outros fatores, pode justificar os achados hematológicos dispostos no referido gráfico.

**Gráfico 8** – Complicações biliares pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

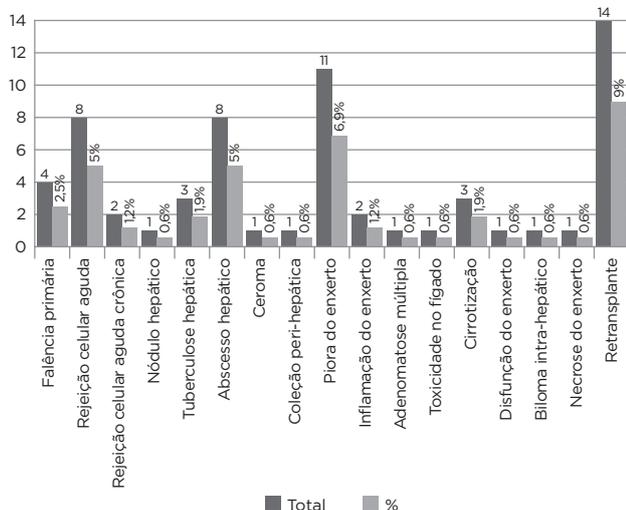
As mais diversas complicações biliares são comuns e frequentes no pós-operatório de transplante hepático para receptores e até mesmo para doadores intervivos. O gráfico 8 representa algumas dessas complicações que foram registradas nos prontuários analisados.

As complicações do trato biliar continuam a ser fonte comum de morbidade e mortalidade. Alguns autores chamam de “calcanhar de Aquiles” do transplante hepático. Fístula biliar e estenose são as complicações mais comuns das vias biliares, mas disfunção do esfíncter de Oddi, hemobilia e obstrução biliar do duto cístico por mucocele ou cálculos também são observados. Complicações biliares podem ocorrer em 6% a 39,5% dos pacientes submetidos a transplante hepático, sendo mais frequentes após o transplante intervivos. O desenvolvimento das complicações pode ser determinado por uma série de fatores, tais como: doença de base, operação biliar prévia, tipo da anastomose, desproporção entre o tamanho da via biliar do doador e receptor, extensão inadequada da via biliar do enxerto e complexidade anatômica da via biliar direita, que pode resultar na anastomose de mais de um ramo biliar. Outros fatores importantes que podem contribuir para o desenvolvimento da complicação biliar são: utilização de drenos biliares, infecção (citomegalovírus – CMV) e isquemia.<sup>1</sup>

Tais complicações independem da assistência de enfermagem, pois estão diretamente relacionadas às condições anatomo-fisiológicas do doador e do receptor, não isentando a equipe de enfermagem de prestar a devida assistência a fim de minimizar as consequências decorrentes dessas complicações.

Estudos demonstram que 5% a 30% dos receptores desenvolvem complicações biliares no pós-transplante. As mais comuns são fístulas biliares e estenoses; no entanto, disfunção do esfíncter de Oddi, hemofilia, obstrução do ducto cístico por mucocele, cálculos biliares e recidivas da doença de base, como cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária, também são observados.<sup>12</sup>

**Gráfico 9** – Complicações do enxerto pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



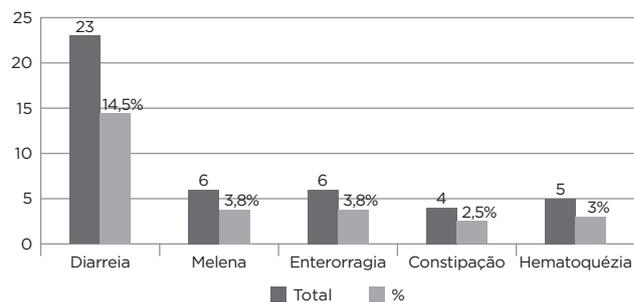
Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

Após análise sistemática dos prontuários, verificou-se que houve algumas complicações relacionadas ao enxerto, como as expostas no gráfico 9, sendo as mais representativas as rejeições celulares agudas, a piora do enxerto, a falência primária, o abscesso hepático e o não funcionamento primário do enxerto, entre outras já discutidas no transcórter deste estudo, que culminaram em 14 retransplantes, como posto no gráfico em questão.

Os aloenxertos (transplante entre indivíduos da mesma espécie, porém geneticamente diferentes) podem ser rejeitados, por uma reação imune mediada por células humorais do receptor contra os antígenos do transplante (histocompatibilidade) presentes nas membranas das células do doador. A reação imune mediada por linfócitos contra os antígenos do transplante é o principal mecanismo de rejeição aguda. A rejeição mediada por células pode ser revertida, em muitos casos, pela intensificação do tratamento imunossupressor.<sup>13</sup>

A rejeição crônica é bem mais rara, tendo em vista que acontece em um percentual menor, representado neste estudo por 1,2%. Já os abscessos que surgem em decorrência de algum infiltrado inflamatório nos espaços subendotelial representam 5% do total de pacientes estudados.

**Gráfico 10** – Complicações intestinais pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

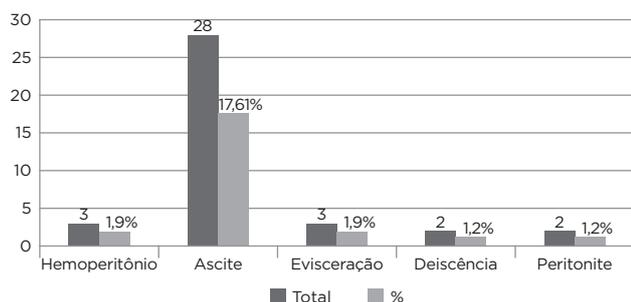
Pacientes transplantados frequentemente podem apresentar diarreia, sendo esta uma condição clínica que pode gerar grandes impactos na assistência de enfermagem, situação significativamente representada acima, no gráfico, pois, como afirmam algumas literaturas, as causas de infecções no trato gastrointestinal em pacientes transplantados podem ser por *Candida*, herpes e *Clostridium difficile*, sendo mais comuns principalmente no esôfago, acarretando esofagite. A infecção por citomegalovírus e outros vírus são as principais responsáveis pelas infecções. O quadro clínico pode apresentar-se como disfagia, odinofagia, náuseas, vômitos, dor abdominal, sangramento gastrointestinal, perfuração ou diarreia.<sup>14</sup>

É possível perceber que houve casos de pacientes com sangramentos intestinais, apresentando-se de formas diversificadas, sendo importante levar em consideração que portadores de doenças com déficits de coagulação, mais frequentemente mulheres em idade fértil, são suscetíveis ao sangramento intra-abdominal

espontâneo, possuindo inclusive associação com a insuficiência hepática e a trombocitopenia. A ruptura de varizes esofágicas é causa de cerca de 70% do primeiro episódio de sangramento digestivo alto em pacientes com hipertensão portal.<sup>15</sup>

Alterações intestinais presenciadas por meio de aspectos, coloração e odor das fezes eliminadas pelo doente podem representar um agravamento da situação clínica do transplantado, sendo a percepção, a comunicação e os registros da equipe de enfermagem imprescindíveis para tomadas de medidas terapêuticas cabíveis, a fim de reverter o quadro apresentado.

**Gráfico 11** - Complicações peritoneais pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

Os transplantados de fígado, além de alterações específicas, tendem a desenvolver complicações abdominais, ressaltando que a ascite foi a mais prevalente quando comparada com as demais; no entanto, a doença mais associada com a ascite é a cirrose hepática, sendo que o desenvolvimento é a consequência final de uma série de anormalidades anatômicas, fisiopatológicas e bioquímicas.<sup>16</sup>

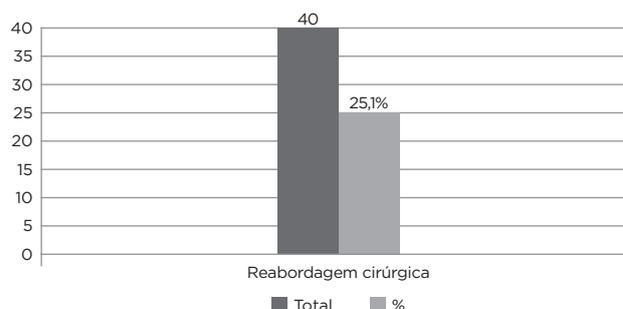
Vale salientar que casos de evisceração e deiscência foram quantificados. Assim como afirma a literatura, há uma associação entre a infecção da ferida operatória (FO) e a ocorrência de deiscência de sutura, podendo ocorrer por infecção ou pelo excesso de ressecção, com tensão no retalho, isquemia e interferência na cicatrização. A deiscência de sutura é considerada uma das complicações cirúrgicas abdominais mais graves, com índice de mortalidade de 10% e caracterizada como uma emergência cirúrgica pelo risco de evisceração, que geralmente ocorre entre o quarto e o 14º dia após a cirurgia.<sup>17</sup>

É importante que, durante todas as fases do processo do transplante (pré, trans e pós-operatório), a equipe multiprofissional apodere-se de técnicas assépticas e estéreis preconizadas, em todos os momentos da manipulação da FO, objetivando reduzir os riscos de contaminações e possíveis infecções, uma vez que a produção e a síntese proteica encontram-se comprometidas, favorecendo o retardo do processo de cicatrização e aumentando o risco de deiscências e eviscerações.

A peritonite bacteriana espontânea é tida como a principal e mais importante infecção que afeta os pacientes

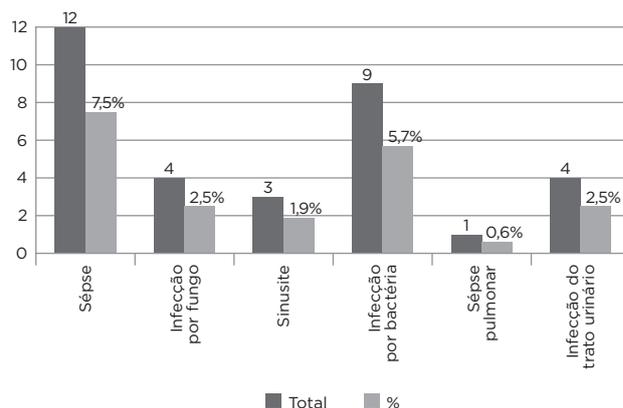
portadores de cirrose, sendo que sua incidência varia de 7% a 30%. Clinicamente, figura com um quadro de febre, dor abdominal, sintomas gastrointestinais ou disfunção multiorgânica, que compreende a instabilidade hemodinâmica, encefalopatia e insuficiência renal. Porém, um quadro assintomático também pode ocorrer em cerca de 50% dos casos.<sup>18</sup>

**Gráfico 12** - Complicações cirúrgicas pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

**Gráfico 13** - Complicações infecciosas pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

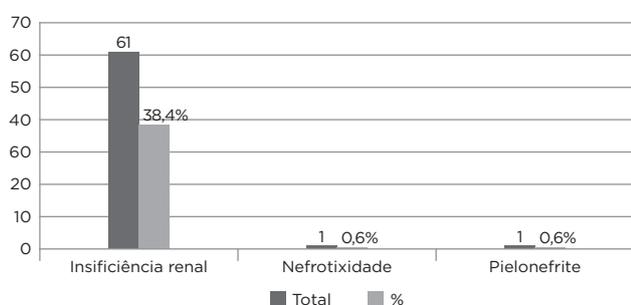
Considerando o gráfico 12, é nítido que houve um percentual significativamente alto com relação às complicações cirúrgicas que necessitaram de reabordagens, sendo possível observar nos registros contidos nos prontuários, durante o processo da coleta de dados, que tal situação é proveniente de hemorragias intra-abdominais, sangramentos de artéria hepática, processos infecciosos que necessitaram de lavagem de cavidade, entre outros fatores que permitem a exposição do paciente a um maior risco cirúrgico.

Desde a década de 1980, tem sido descrito que as infecções (bacterianas, fúngicas e virais) são complicações entre as mais frequentes e graves durante o primeiro ano após o transplante hepático. Do segundo ao sexto mês, pode ainda ocorrer a persistência de complicações cirúrgicas e infecções bacterianas, porém as infecções fúngicas e virais oportunistas começam a ser mais frequentes. Neste período, a rejeição crônica ou ductopênica do enxerto tem seu pico de aparecimento.<sup>19</sup>

No longo prazo, a imunossupressão pode ainda facilitar o surgimento de neoplasias que não existiam previamente. Os fatores associados às infecções após o transplante parecem ser variados, e podem estar relacionados à imunossupressão, às características do receptor ou às peculiaridades do ato cirúrgico e do órgão transplantado.<sup>19</sup>

Cabe ressaltar que esse perfil de paciente deve receber todos os cuidados, de forma que venha a contribuir significativamente para a não contaminação do indivíduo, permitindo que ele tenha uma adequada recuperação, além de atentar para a rigorosa administração de medicamentos prescritos, os quais são responsáveis pela reversão ou até mesmo prevenção de um quadro infeccioso, uma vez que, como evidenciado, os patógenos oportunistas podem se instalar, sendo esta uma complicação grave, podendo ocasionar o óbito.

**Gráfico 14** – Complicações renais pós-transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



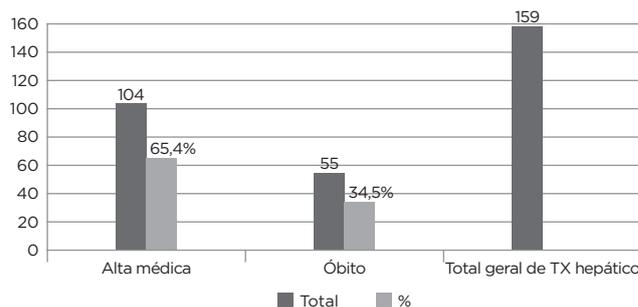
Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

Os dados postos no gráfico 14 retratam as complicações renais apresentadas pelos indivíduos selecionados para pesquisa, sendo que o maior número de casos foi de insuficiência renal aguda (IRA). Este quadro pode justificar-se pela patologia de base dos participantes, que, na maioria, deu-se pela infecção do vírus da hepatite C, citomegalovírus, cirrose alcoólica e de outros tipos.

Pacientes com cirrose são suscetíveis a grande variedade de complicações, entre elas a síndrome hepatorenal definida como um tipo de IRA pré-renal exclusiva do cirrótico grave, irresponsiva à expansão de volume. A IRA pode ser dividida em três tipos: pré-renal (hipoperfusão sem lesão glomerular ou tubular, responsiva à expansão de volume), renal (ex.: necrose tubular aguda) e pós-renal (ex.: obstrução do trato urinário). Nos cirróticos, entretanto, essa diferenciação é dificultada, já que fatores predisponentes da azotemia pré-renal também podem precipitar a necrose tubular aguda (NTA) e a síndrome hepatorenal (SHR).<sup>20</sup>

Durante a análise foi possível perceber, em diversos momentos, relatos médicos sobre a irresponsividade a volumes administrados, tornando-se necessário dialisar o doente por apresentar “função renal ruim” mediante achados clínicos e laboratoriais, caracterizando, assim, a SHR.

**Gráfico 15** – Desfecho final dos pacientes submetidos ao transplante hepático: Rio de Janeiro (2015)



Elaboração dos autores a partir do prontuário dos pacientes.

Quanto aos pacientes que apresentaram uma resposta clínica adequada para obtenção de alta, estes totalizaram 64,4%, apesar de, em outros momentos, terem que retornar ao hospital devido a determinadas complicações, pois como já temos ciência, é um paciente imunocomprometido, contraindo algumas vezes micro-organismos que necessitam da internação hospitalar para investigação e tratamentos.

A frequência e a causa dos óbitos diferem com o tempo do pós-transplante. A maioria dos óbitos ainda ocorre nos três primeiros meses após o transplante e é geralmente devido à infecção, a complicações técnicas do procedimento e ao não funcionamento primário do enxerto. A sobrevida dos pacientes transplantados vem aumentando progressivamente, alcançando valores entre 60% e 70% em cinco anos, caracterizando boa qualidade de vida que confere reabilitação completa no âmbito psico-socioeconômico.<sup>12</sup>

Houve também os pacientes que, apesar da complexidade do transplante, conseguiram sair de alta hospitalar, porém após meses ou até anos, como visto em prontuário, retornaram ao serviço com diversas alterações, não sendo possível a reversão do quadro, resultando em óbito (34,6% dos casos).

## CONCLUSÕES

As informações obtidas por meio das análises explicitaram as complicações apresentadas no pós-operatório tanto imediato quanto tardio do transplante hepático, permitindo a melhor compreensão da complexidade que envolve o procedimento em todas suas dimensões, considerando que o fígado é um dos mais importantes órgãos do corpo e reúne inúmeras funções, interferindo em diversos sistemas no organismo.

Mediante a submissão a tal procedimento, os transplantados estão sujeitos a diversas complicações evidenciadas no presente estudo, como as neurológicas, pulmonares, respiratórias, cardíacas, hematológicas, vasculares, biliares, as do próprio enxerto, intestinais, peritoneais, cirúrgicas, infecciosas e renais. Mediante este contexto, torna-se evidente a necessidade de uma assistência diferenciada e individualizada, com um olhar aguçado e minucioso, sendo o enfermeiro o responsável

por planejá-la e gerenciá-la de forma que possibilite ao doente responder satisfatoriamente ao tratamento proposto, possível graças à continuidade do cuidado, realizado de forma sistematizada que garanta o registro e a comunicação entre as equipes das diferentes áreas envolvidas no processo, contribuindo, assim, para a redução do tempo de internação e reabilitação, e favorecendo o seu retorno às atividades cotidianas.

Cabe, portanto, à equipe multiprofissional, com ênfase na enfermagem, disponibilizar orientações e realizar o preparo do indivíduo e dos familiares durante todo período de internação e posteriormente para alta hospitalar, com objetivo de promover a independência e a qualidade de vida, a fim de prevenir complicações e futuras reinternações. A partir deste contexto, é necessário destacar a relevância de os profissionais enfermeiros terem uma compreensão mais ampla concernente às complicações, buscando continuamente o conhecimento pertinente à temática abordada para que, assim, possam atuar reeducando e disseminando o saber, a fim de atingir uma atuação assistencial bem-sucedida.

## REFERÊNCIAS

1. Ribeiro JBS, Martins FS, Garcia JHP, Cunha ACC, Pinto RAR, Satacaso MV, et al. A terapêutica endoscópica nas complicações biliares pós-transplante hepático. ABCD Arq Bras Cir Dig Artigo Original 2012;25(4):269-272.
2. Mendes KDS. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006. p. 33.
3. Gerhardt TE, Silveira DT, organizadores. Métodos de pesquisa. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009. (Série Educação a Distância).
4. Vecino MC, Cantisani G, Zanotelli ML, Marroni CA, Brandão ABM, Cassal AP, et al. Alterações neurológicas em pacientes submetidos a transplante hepático: análise de 30 casos consecutivos. Arquivos de Neuropsiquiatria 2000;58(2-A):304-309.
5. Silva FA, Lopes TM, Duarte J, Medeiros RF. Tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de laparotomia. Revista do Instituto de Ciências da Saúde 2010;28(4):341-4.
6. França TJBM. Caracterização da função pulmonar em transplantados hepáticos em centro de referência do nordeste brasileiro. Dissertação (Mestrado em Patologia) – Universidade Federal de Pernambuco; 2010. 36p.
7. Pereira JRG. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2008;20(2).
8. Evora PRB, Silva OC. Choque circulatório, SIRS e disfunção endotelial. Uma abordagem conceitual e prática. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2011.
9. Machado MM, Rosa ACF, Mota OM, Cardoso DMM, Milhomem PM, Milhomem LM, et al. Aspectos ultra-sonográficos da trombose da veia porta. Radiol Bras 2006;39(2):151-155.
10. D'Albuquerque LAC, Ribeiro MAF, Jr. Silva AO. Tratamento cirúrgico da hipertensão portal. In: Mattos AA, Dantas-Corrêa EB, organizadores. Tratado de Hepatologia. Rio de Janeiro: Rubio; 2010.
11. Ferreira AL, Rocha CP, Vieira LM, Dusse LSA, Junqueira DRG, Carvalho MG. Alterações hematológicas induzidas por medicamentos convencionais e alternativos. Revista Brasileira de Farmacologia 2013;94(2):94-101.
12. Sacerdote LCF. Complicações anatomo-patológicas e sobrevida de pacientes submetidos a transplante hepático. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia; 2014. 13p.
13. Mark HB, Robert B, editores. Imunologia; distúrbios alérgicos – transplantes. 17. ed. São Paulo: Roca; 2008.
14. Hossne RS, Prado RG, Neto AB. Colite por citomegalovírus em paciente transplantado renal: relato de caso e revisão da literatura. Revista Brasileira de Coloproctologia 2007;27(2).
15. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Hipertensão portal: atendimento na emergência da ruptura de varizes esofágicas. São Paulo: Sobed; 2008. (Projeto Diretrizes).
16. Jr. Andrade DR, Galvão FHF, Santos AS, Andrade DR. Ascite: estado da arte baseado em evidências. Revista da Associação Médica Brasileira 2009;55(4):489-96.
17. Silva CG. Curativos para tratamento de deiscência de feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. 15p.
18. Santos AMJ, Santos ES, Pinto HCP, Simão RB, Silva VNE, Kashiwabara TGB. Peritonite bacteriana espontânea: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR 2014;6(1):54-56.
19. Pereira TS. Infecções após transplante de fígado: características e fatores de risco. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Universidade Estadual de Campinas; 2006. 36p.
20. Coelho APCP, Gassani BCA, Azevedo CI, Oliveira DFB, Rocha DM, Dutra FN, et al. Abordagem da injúria renal aguda em paciente com cirrose hepática. Revista de Medicina Minas Gerais 2010;20(4 Supl 2):S144-S146.

Recebido em: 19/06/2016

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 10/10/2016

Publicado em: 25/10/2017

**Autora responsável pela correspondência:**

Deise Conrad

Ladeira do Ascurra, 274

Cosme Velho, Rio de Janeiro

CEP: 22241-220

E-mail: <deise.conrad@hasilvestre.org.br>