

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE ENFERMAGEM

ESTÁGIO CURRICULAR

CUIDANDO DO PACIENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO

ALINE IARA DE SOUSA

PORTO ALEGRE, JULHO DE 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE ENFERMAGEM

ESTÁGIO CURRICULAR

TRABALHO DE CONCLUSÃO:

CUIDANDO DO PACIENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO

AUTORA: ALINE IARA DE SOUSA*

* Acadêmica, do Estágio Curricular, do 9º Semestre, da Escola de Enfermagem da

Universidade Federal do Rio grande do sul

PORTO ALEGRE, JULHO DE 1999

4031013110
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
BIBLIOTECA

ORIENTADOR:

Prof^a. Ana Maria Müller Magalhães

**Professora e Enfermeira da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Mestre em Educação**

*Dedico este trabalho a Valdir, Neila,
Dana, André & Rodalva, por tudo o que, para
mim, eles representam.*

Agradecimentos

A realização desse estudo representa, para mim, a finalização de mais uma etapa do Curso de Graduação em Enfermagem e da busca de crescimento enquanto profissional da saúde. Uma busca que não fiz sozinha e que contou com a contribuição de muitas pessoas para que pudesse concretizá-la.

Por isso, gostaria de agradecer a todos aqueles que, de alguma maneira, colaboraram para a execução desse trabalho, e, em especial,

à professora Ana Maria Müller Magalhães, pelo carinho, entusiasmo e dedicação na orientação desse trabalho;

à enfermeira Rosmari Wittmann Vieira, pela paciência e competência durante a supervisão do Estágio Curricular;

à equipe de enfermagem do 7º andar, ala Sul, do HCPA, pela enriquecedora convivência;

à colega e amiga Luciana Oliveira do Amaral, pelo apoio e incentivo;

aos meus queridos pacientes do Grupo de Transplante Hepático Adulto do HCPA, pela confiança em mim depositada.

" O segredo da vida é ter uma tarefa. Algo a que você devota toda sua vida, algo ao qual você dá tudo, todos os minutos de sua vida, durante toda a vida".

Henry Moore (apud ADAMS 1999)

Sumário

<i>Introdução</i>	09
<i>1. Revisão de Literatura</i>	12
<i>1.1. Revisando a Anatomia do Fígado</i>	12
<i>1.2. Revisando a Fisiologia do Fígado</i>	13
<i>1.2.1. A função do Sistema Vascular do Fígado</i>	14
<i>1.2.2. As funções metabólicas do Fígado</i>	14
<i>1.2.3. As Funções Secretoras e Excretoras do Fígado atuantes na formação da bile</i>	15
<i>1.3. Disfunções Hepáticas</i>	15
<i>1.3.1. Hepatite</i>	16
<i>1.3.2. Cirrose</i>	18
<i>1.3.3. Tumores Hepáticos</i>	20
<i>1.3.4. Insuficiência Hepática Fulminante</i>	20
<i>1.3.5. Colangite Esclerosante Primária</i>	21
<i>1.4. Despendando o Transplante Hepático</i>	22
<i>1.4.1. Indicações do Transplante Hepático</i>	23
<i>1.4.2. A Procura pelo Órgão</i>	24
<i>1.4.3. Aspectos Legais para a Realização dos Transplantes</i>	26
<i>1.4.4. A "Lista de Espera"</i>	26
<i>1.4.5. A tão Sonhada Cirurgia</i>	27
<i>1.5. A Importância da Imunossupressão no Transplante Hepático</i>	28
<i>1.6. A Atuação Perioperatória da Enfermagem no Cuidado ao Paciente Transplantado Hepático</i>	30
<i>1.7. Complicações no Pós-operatório de Transplante Hepático</i>	32

1.7.1. Infecções.....	32
1.7.2. Rejeição do Órgão.....	33
1.7.3. Insuficiência Renal.....	34
1.7.4. Hemorragias.....	34
1.7.5. Oclusão Vascular.....	35
2. Apresentando o Campo de Estágio.....	37
3. Cuidando do Paciente Transplantado Hepático.....	39
3.1. Conoivendo com o Paciente Transplantado Hepático.....	39
3.2. Cuidando e Sendo Cuidada.....	40
3.3. O Cuidado de Enfermagem ao Paciente Transplantado Hepático.....	45
4. A Educação Continuada da Equipe de Enfermagem no Cuidado ao Paciente Transplantado Hepático.....	65
5. A ATHACLIN e o seu Papel Fundamental Junto ao Paciente Transplantado Hepático.....	67
Considerações Finais.....	69
Referências Bibliográficas.....	71

Introdução

Os avanços tecnológicos no mundo de hoje são surpreendentes e ocorrem em todas as áreas do conhecimento. Motivados por uma série de fatores, como interesse particular por determinado assunto, necessidade de aperfeiçoamento dos saberes, busca de prestígio e valorização... muitos cientistas, pesquisadores, doutores e anônimos lançaram-se em pesquisas e realizações de trabalhos que possibilitaram revoluções em quase todas as profissões.

Na área da saúde, em especial, as novas técnicas cirúrgicas e inovações nos tratamentos médicos, entre outras, têm tornado possíveis uma série de melhorias nas patologias de prognósticos reservados. Tratamentos, antes ditos inviáveis, estão hoje sendo trabalhados e muito se tem conseguido em termos de progresso.

Nos últimos dez anos, por exemplo, o interesse crescente nos casos de pacientes portadores de doenças hepáticas agudas ou crônicas irreversíveis, somado ao aumento do número de casos destas patologias, impulsionou investimentos cada vez maiores nas cirurgias de transplantes hepáticos.

O advento da modernidade pode, portanto, alterar substancialmente a vida das pessoas. No caso dos pacientes transplantados, em particular, as modificações são tantas que geram a

necessidade de adequação de tratamentos e conhecimento prévio das necessidades destes pacientes a fim de que se possa prestar um cuidado de enfermagem melhor qualificado.

Pois bem, este trabalho se propõe justamente a isto: identificar durante o pós-operatório de transplante hepático e pós-transplante hepático tardio, pontos que necessitem melhorias no atendimento de enfermagem a este tipo particular de paciente cirúrgico. Fazem parte também deste estudo, a sugestão de medidas que venham contribuir na resolução das possíveis situações-problemas, a fim de que se possa assegurar ao paciente transplantado hepático o melhor atendimento de enfermagem possível. A autora objetiva, desta maneira, através do estabelecimento de um levantamento literário e o saber diário, realizar uma revisão bibliográfica associada a suas vivências, durante o estágio curricular, no atendimento ao paciente transplantado hepático no pós-operatório imediato e tardio.

Assim, pretende-se, com esse estudo, atender os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos, no que diz respeito ao cuidado de pacientes no pós-operatório de transplante hepático e pacientes pós-transplante hepático tardio;
- Identificar na unidade pontos que necessitam melhorias no atendimento ao paciente submetido à transplante hepático;
- Propor sugestões para a resolução de situações-problemas no cotidiano do atendimento ao paciente transplantado hepático, durante sua permanência na unidade de internação cirúrgica;
- Atuar como medida de apoio educacional à equipe de enfermagem e aos futuros acadêmicos no cuidado ao paciente submetido à cirurgia de transplante de fígado;

- Servir de base para a posterior criação de um *Manual de Orientação para o Atendimento ao Paciente no Pós-operatório de Transplante Hepático e ao Paciente no Pós-transplante Hepático Tardio*, com o intuito de facilitar o entendimento no assunto por enfermeiros, técnicos, auxiliares e acadêmicos de enfermagem.

1. Revisão de Literatura

1.1. Revisando a Anatomia do Fígado

De acordo com GUYTON (1992) e MOORE (1994), o fígado é o maior órgão glandular do corpo, faz parte do sistema gastrointestinal e representa 2% do peso corporal em adultos. Ele está situado principalmente no quadrante superior direito da cavidade abdominal, onde sua maior parte encontra-se protegida pelas costelas e cartilagens costais.

Suas superfícies lisas estão em contato direto com o diafragma e a parede abdominal anterior. É o ligamento falciforme que fixa o fígado a essas estruturas. Por estar ligado ao diafragma, o fígado movimenta-se com a respiração e tem alterada sua posição em função de qualquer mudança postural que afete o referido músculo. Desta maneira é possível palpá-lo quando a pessoa é instruída a inspirar profundamente, a fim de que desloque, com isso, o diafragma e o fígado para baixo.

De forma funcional, ele é dividido em dois lobos, direito e esquerdo. Cada lobo apresenta seu próprio suprimento arterial, drenagem venosa e biliar, uma vez que os mesmos funcionam separadamente.

O fígado recebe sangue venoso através da veia porta, que supre a maior parte do sangue para o mesmo (70%). O suprimento arterial é fornecido, por sua vez, pelas artérias hepáticas direita e esquerda, o que representa 30% do suprimento sanguíneo total recebido pelo órgão.

A maior parte dos vasos linfáticos profundos do fígado acaba convergindo para a porta hepática e termina nos linfonodos hepáticos, responsáveis pela drenagem linfática do fígado. A inervação do órgão chega através do plexo hepático, que acompanha a artéria hepática e a veia porta e seus ramos, entrando no fígado na porta hepática.

1.2. Revisando a Fisiologia do Fígado

Assim como o estudo da anatomia do fígado é bastante importante para a compreensão de sua complexidade, enquanto órgão do corpo humano, o estudo de sua fisiologia se faz essencial para o entendimento de sua importância funcional para o organismo.

As funções básicas do fígado podem, portanto, de acordo com GUYTON (1992), serem agrupadas, da seguinte forma:

1. Funções vasculares, responsáveis pelo armazenamento e filtração do sangue;

2. *Funções metabólicas, relacionadas à maioria dos sistemas metabólicos do organismo; e*

3. *Funções secretoras e excretoras, atuantes na formação da bile que flui pelos ductos biliares para o tubo gastrintestinal.*

1.2.1. A Função do Sistema Vascular do Fígado

O fígado, por ser um órgão expansível, possui a capacidade de armazenar em seus vasos sanguíneos grande quantidade de sangue. Deste modo, atua como importante reservatório sanguíneo em períodos de volume de sangue em excesso e é capaz de em épocas de redução de volume fornecer ao organismo quantidade adicional de sangue.

Além disso, através de seu sistema hepático de macrófagos, o fígado age na limpeza do sangue, de forma que, provavelmente, não mais do que 1% das bactérias que entram no sangue porta, a partir do intestino, consegue, segundo GUYTON (1992) atravessá-lo e chegar à circulação sanguínea.

1.2.2. As Funções Metabólicas do Fígado

O fígado possui um elevado metabolismo e desempenha inúmeras funções metabólicas. Em vista disso, nos deteremos a citá-las de forma resumida a fim de que possamos conhecê-las e termos, com isso, uma orientação para um posterior aprofundamento, diante da existência de necessidades.

No metabolismo dos carboidratos, portanto, as seguintes funções são desempenhadas pelo fígado: armazenamento de glicogênio; conversão da galactose e da frutose em glicose;

gliconeogênese; formação de compostos químicos a partir dos produtos intermediários deste metabolismo.

No que diz respeito ao metabolismo das gorduras, o fígado tem as seguintes funções específicas: velocidade muito elevada de oxidação dos ácidos graxos, com o objetivo de produção de energia destinada a outras funções orgânicas; formação da maioria das lipoproteínas; síntese de elevadas quantidades de colesterol e de fosfolípidios e é responsável pela conversão de grandes quantidades de carboidratos, bem como de proteínas em gordura.

Ainda fazem parte das funções metabólicas do fígado, a atuação no metabolismo das proteínas, o armazenamento das vitaminas e a relação do fígado com a coagulação sanguínea. São também suas funções, o armazenamento de ferro e a remoção ou excreção de medicamentos, hormônios e outras substâncias.

1.2.3. As Funções Secretoras e Excretoras do Fígado Atuantes na Formação da Bile

A bile é formada pelo fígado e armazenada na vesícula biliar e, à medida que ela penetra no intestino delgado, os ácidos biliares são convertidos em sais biliares pelas bactérias e, repetidamente, reabsorvidos no fígado. Sem a ação deles, uma grande quantidade de gorduras seria perdida nas fezes, pois os sais biliares são responsáveis pela emulsificação e ajudam também na absorção das gorduras.

1.3. Disfunções Hepáticas

Como podemos ver, muitas são as funções do fígado e, em função disso, esse órgão desempenha um papel importantíssimo no bom funcionamento do organismo. É imperativo, desta forma, que as enfermeiras e todos os profissionais da área da saúde desenvolvam a

capacidade de avaliação precoce de sinais e sintomas que indiquem o prejuízo de qualquer uma de suas funções.

Dentre as principais manifestações de deterioração da função hepática, segundo CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), encontramos, a icterícia progressiva, o surgimento da ascite intratável, o desenvolvimento de hiponatremia e hipoalbuminemia persistentes, o distúrbio acentuado do desenvolvimento, a desnutrição rápida, além da encefalopatia.

Conhecendo, portanto, as manifestações mais comuns, indicativas de prejuízo da função hepática, acreditamos também ser de fundamental importância, o entendimento das principais doenças envolvendo o fígado e o seu funcionamento. A partir de agora, procuraremos, então, fornecer um panorama das patologias mais frequentes que podem vir a acometer esse órgão e que podem acabar sendo futuras indicações para a realização de transplante hepático.

1.3.1. Hepatite Viral

A hepatite viral é caracterizada por uma inflamação do fígado que pode, não só provocar a destruição das células parenquimatosas, como, também, resultar na posterior necrose do órgão. Ela ocorre sob as mais diversas formas, sendo que as principais diferenças, entre cada tipo, parecem estar relacionadas com o período de incubação, com o seu modo de manifestação e, ainda, com sua forma usual de transmissão.

Durante este trabalho procuraremos abordar as formas de Hepatite B e Hepatite C que fazem parte das indicações mais comuns para transplante hepático em adultos e crianças.

Hepatite B

A infecção pelo vírus da hepatite B constitui hoje, a causa mais significativa de hepatite crônica e de cirrose hepática, na maior parte do mundo. Sua transmissão se dá, de acordo com SMELTZER & BARE (1993), principalmente, pela via fecal-oral e pela via do sangue (vias percutânea e permucosa).

Todas as pessoas, de todas as idades podem ser contaminadas, não há padrão sazonal definido. No entanto, segundo SMELTZER & BARE (1993), os indivíduos que possuem maiores chances de contraírem a hepatite B encontram-se entre os profissionais da saúde, com exposição freqüente ao sangue e seus derivados, bem como, com outros líquidos corporais; pacientes que fazem hemodiálise; homens homossexualmente ativos; usuários de drogas intravenosas ilícitas; pessoas que têm contato caseiros e sexuais com portadores do vírus da hepatite B; viajantes para áreas com condições sanitárias precárias ou incertas; heterossexuais com múltiplos parceiros sexuais; receptores de derivados de sangue.

Os sinais e sintomas da infecção pelo vírus B podem, segundo SMELTZER & BARE (1993), ser insidiosos e variáveis. O portador pode apresentar inapetência, dispepsia, dor abdominal, dor generalizada, mal-estar e fraqueza. Alguns apresentam artralgias e erupções cutâneas. Já, a febre e os sintomas respiratórios, são raros. A icterícia pode ou não evidenciar-se e o fígado do paciente pode aumentar de 12 a 14 cm.

A doença caracteriza-se por quadro clínico variável, muito semelhante à hepatite A, porém seu período de incubação é mais longo, chegando a atingir de 2 a 5 meses. De acordo com BEYERS & DUDAS (1989), sua taxa de mortalidade pode chegar a índices de até 10%.

Hepatite C

O vírus da hepatite C foi isolado pela primeira vez em 1989 e, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), é hoje responsável, pela maioria dos casos de hepatite relacionados a transfusões sanguíneas. Seu período de incubação é variável e os sintomas começam normalmente a aparecer depois de 6 a 7 semanas da transfusão sanguínea.

Faz-se importante também, lembrar que não só os pacientes que recebem transfusão de sangue correm o risco de adquirir o vírus. Ela pode, ainda, ser transmitida através de relações sexuais.

A evolução do quadro de hepatite C aguda é semelhante ao da hepatite B mas, atualmente sabe-se que o risco de cirrose ou câncer hepático pós-hepatite C é maior.

1.3.2. Cirrose

Cirrose Hepática

A cirrose hepática é caracterizada, segundo BEYERS & DUDAS (1989), por uma degeneração difusa, progressiva e crônica do tecido hepático, com posterior formação de tecido cicatricial fibroso, extenso e denso que acaba por envolver o órgão. Ela está associada à má nutrição e deficiência de proteínas, à hepatite e a outros tipos de processos infecciosos, além de doenças dos ductos biliares e ação de toxinas químicas.

SMELTZER & BARE (1993), nos dizem que dentre as manifestações clínicas da cirrose hepática, encontramos a icterícia e a febre intermitente. Relatam ainda que o fígado

acometido de cirrose apresenta-se, inicialmente, aumentado, duro e irregular, posteriormente, torna-se atrófico.

Como resultado das alterações fibróticas que acometem o fígado, há uma obstrução do fluxo sanguíneo, através do mesmo. Em consequência, ocorre a formação de vasos sanguíneos colaterais no sistema gastrointestinal e vasos sanguíneos que estarão distendidos ao longo de todo o trato gastrointestinal e que passarão a ser proeminentes e visíveis à inspeção abdominal, acabando por formar varizes e hemorróidas, dependendo de onde estejam localizados. A deterioração mental com encefalopatia hepática e coma hepático iminentes são segundo SMELTZER & BARE (1993) outras manifestações possíveis desta doença.

Cirrose Biliar Primária

A cirrose biliar primária é uma doença de origem auto-imune. A sua progressão está associada, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABUDD Filho & GARCIA 1997), “com icterícia, prurido, cansaço, osteodistrofia e, eventualmente, diminuição da função sintética do fígado, com albuminemia, edema periférico e alargamento do tempo de protrombina.”

Esse tipo aparece, normalmente, como resultado de uma obstrução biliar crônica associada à infecção.

Cirrose Alcoólica

A cirrose alcoólica constitui, hoje, a causa mais comum de doença hepática crônica nos países ocidentais e foi, durante muito tempo, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), excluída do tratamento com transplante, devido principalmente ao risco de recidiva, contra-indicação para transplante hepático.

Entretanto, comprovou-se que a taxa de sobrevivência desses pacientes não apresentava diferenças significativas em relação aos pacientes com cirrose pós-necrótica e portadores de outras doenças colestáticas.

1.3.3. Tumores Hepáticos

Os tumores hepáticos malignos primários são raros. Normalmente, as metástases ocorrem através do sistema porta, da artéria hepática e do sistema linfático. Podem também ocorrer por meio da extensão direta dos ductos, vesícula biliar, estômago e pâncreas.

As manifestações iniciais dos tumores hepáticos, de acordo com SMELTZER & BARE (1993), incluem os mesmos sintomas que acometem portadores de qualquer tipo de câncer. São elas: perda de peso recente, perda de força, anorexia e, ainda, anemia. Podem estar presentes a dor abdominal, a icterícia e a ascite.

O diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas clínicos, do histórico da doença, do exame físico e dos achados laboratoriais e radiológicos. O tipo histológico do tumor, a presença de cirrose associada, o tamanho e o número de nódulos linfáticos e a invasão vascular, de acordo com CHAPCHAP (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), acabam por influenciar a frequência e a rapidez da recidiva e, por consequência, os resultados.

1.3.4. Insuficiência Hepática Fulminante

A insuficiência hepática fulminante tem como causa principal a hepatite viral, mas pode, também, ser desencadeada pelo uso de medicamentos tóxicos, substâncias químicas, distúrbios metabólicos e alterações estruturais, como a síndrome de Budd-Chiari.

A insuficiência hepática fulminante é caracterizada pelo surgimento, segundo SMELTZER & BARE (1993 p. 848), “de encefalopatia hepática, dentro de 8 semanas após o início da doença em um paciente sem qualquer evidência prévia de disfunção hepática”. A deterioração clínica dramática e rápida ocorre devido à lesão hepatocelular maciça e à necrose.

As manifestações iniciais da doença hepática fulminante incluem a presença de icterícia e de anorexia profunda. Podem ocorrer, também, defeitos de coagulação, insuficiência renal e distúrbios eletrolíticos, infecção, hipoglicemia, encefalopatia e edema cerebral.

A mortalidade da doença hepática fulminante é extremamente alta, podendo chegar a índices de 60 a 80%, mesmo na vigência de tratamento intensivo.

1.3.5. Colangite Esclerosante Primária

CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), definem a colangite esclerosante primária como sendo uma patologia progressiva que atinge um alto índice de mortalidade e morbidade e que, em aproximadamente 70 % dos casos, está associada à doença inflamatória intestinal.

Há um alto risco de desenvolvimento de colangiocarcinoma, na vigência desta doença. Nos casos em que a colangite esclerosante primária esteja restrita às vias biliares extra-hepáticas e que não haja presença de nenhum sinal de progressão de doença hepática, as cirurgias biliares convencionais são medidas viáveis de tratamento. No entanto, esses casos são minoria e infelizmente, para muitos, a necessidade de transplante hepático é a única alternativa possível.

1.4. Desvendando o Transplante Hepático

Agora que tivemos um panorama sobre a anatomia, o funcionamento e as disfunções mais comuns que podem vir a acometer o fígado, nos deteremos, então, no estudo da modalidade terapêutica, que nos últimos dez anos, vem sendo pesquisada e trabalhada no mundo inteiro: O transplante hepático.

Segundo CANTISANI, MARRONI, BRANDÃO & ZANOTELLI (apud BONAMIGO 1993), o primeiro transplante de fígado, em seres humanos, foi realizado pelo Dr. Thomas Starzl, em Denver, Colorado, no ano de 1963. Entretanto, somente vinte anos depois, em 1983, esse tipo de procedimento cirúrgico foi reconhecido como medida eficaz das doenças hepáticas terminais, pelo Instituto Nacional de Saúde, nos Estados Unidos.

Atualmente, o transplante possibilita o controle dos eventos fisiopatológicos associados com a doença hepática grave. Sua indicação mais precoce, a melhora das técnicas de preservação dos órgãos, o diagnóstico mais preciso das intercorrências possíveis durante os períodos operatório e pós operatório, entre outros, possibilitaram índices de sobrevivência superiores a 5 anos em 70 a 80% dos casos, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997).

O aumento da aceitação do transplante hepático levou à proliferação de centros ativos no mundo todo. No Brasil, CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), relatam que a partir de 1985, os programas de transplantes hepáticos começaram a ser organizados. No entanto, afirmam eles, ainda, são realizados um número muito reduzido de transplantes hepáticos, se comparado com as necessidades efetivas da população.

1.4.1. Indicações do Transplante Hepático

Os critérios para a realização do transplante hepático incluem a doença hepática progressiva, irreversível e não suscetível a qualquer outro tratamento. CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), destacam ainda, entre as indicações para transplante, os portadores de erros inatos do metabolismo de origem hepática, ainda, que na ausência de qualquer lesão do fígado, quando houver riscos de alterações graves de outros órgãos.

Por outro lado, tais autores, acrescentam como contra-indicações básicas para a realização do transplante hepático, as seguintes doenças:

- Infecções extra-hepáticas;
- Tumores metastáticos;
- Baixa reserva pulmonar;
- Hipoxemia (“shunt” intrapulmonar maior do que 50% do débito cardíaco);
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; e
- Incapacidade de entender o procedimento em todas as suas etapas.

Na presença dessas patologias, afirmam eles, é grande a chance dos pacientes apresentarem recidivas.

Como podemos ver, o momento adequado para a realização do transplante de fígado depende, de forma básica, da história natural da patologia hepática. Mas, de modo geral, assim que o paciente apresente piora do quadro clínico, deve ser indicado o transplante.

No entanto, não é tão simples a realização de um procedimento desses. Existem fatores de limitações para o transplante hepático, que não só incluem as contra-indicações, mas também problemas que dizem respeito a disponibilidade de órgãos para transplantes, que abordaremos a seguir.

1.4.2. A Procura pelo Órgão

A escassez de doadores é hoje, no mundo todo, um dos fatores limitantes para a realização em larga escala de transplantes hepáticos. Mas é claro que esta não é a única dificuldade encontrada. CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), nos dizem que, na realidade, o que acontece é que muitos doadores são perdidos. Segundo eles, os fatores são múltiplos e incluem:

- deterioração rápida das condições hemodinâmicas;
- desconhecimento a respeito dos programas de transplantes realizados; e
- o medo do envolvimento, por parte dos médicos intensivistas, entre outros.

No entanto, afirmam, os referidos autores, que essas dificuldades poderiam ser todas superadas com a difusão dos conhecimentos específicos, através da real divulgação dos resultados e com a valorização adequada da validade desses procedimentos.

O mais surpreendente, entretanto, é que a recusa da doação por parte dos familiares não é, como muitos afirmam, o principal fator limitante para os transplantes. Logo, somente através da conscientização difusa e eficiente poderemos superar essa questão.

Os doadores podem ser, então, de dois tipos:

- doadores cadáveres, maior fonte de órgãos para a realização de transplantes; e
- doadores vivos, que começaram a aparecer, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), a partir de 1989, com a ênfase de possibilitar a realização de transplantes em estágios iniciais de insuficiência hepática.

No que diz respeito aos doadores cadáveres, a morte é caracterizada, segundo CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997 p. 290) “quando há lesão encefálica irreversível, com ausência completa da atividade do tronco cerebral”. Entre as causas mais comuns desse tipo de lesão, destacam:

- o trauma cranioencefálico;
- a hemorragia intracraniana;
- a anóxia grave por afogamento;
- a meningite; e
- as neoplasias do sistema nervoso central.

A constatação da morte encefálica, dessa forma, concluem eles, é feita, obrigatoriamente, por um exame neurológico de um neurologista ou de um neurocirurgião. Através dela, deve estar comprovada, a ausência de reflexos mediados pelos diversos pares de nervos cranianos, o que deve ser confirmado por pelo menos um exame complementar.

1.4.3. Aspectos Legais para a Realização dos Transplantes

A evolução dos transplantes é hoje surpreendente e estimulante a novas descobertas científicas, no entanto, de modo a resguardar a vida, foi necessário que se criasse uma legislação específica para a sua realização.

Dessa maneira, MATOS & FERREIRA (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), referenciam a Constituição Federal do Brasil, no seu parágrafo quarto, do artigo número 199, que determina: “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 o tipo de comercialização”.

Entretanto, afirmam eles, que este procedimento só poderá ser realizado caso não exista outro meio de se prolongar ou melhorar a qualidade de vida do paciente e deve ser realizado, apenas, por médico, com capacitação técnica comprovada.

1.4.4. A “Lista de Espera”

Feita toda a avaliação das condições clínicas do paciente e descartadas as possíveis contra-indicações, o mesmo entra para a chamada “Lista de Espera”. Esta corresponde a uma listagem que é fornecida para a Secretaria de Saúde, com o nome dos pacientes que foram avaliados por toda a equipe, na qual atuam cirurgiões, hepatologistas, enfermeiros, nutricionistas e psiquiatras, entre outros, e que têm indicação para o transplante.

Durante esse período em que permanecem na “Lista de Espera”, esses pacientes mantêm contato rigoroso com a equipe. Eles, assim, ficam sempre de sobreaviso para qualquer eventual chamada da mesma.

Faz-se importante, também, salientar que o fato de obedecerem a posições, tipo primeiro da lista, segundo da lista etc, não significa que diante da possibilidade do transplante esses sejam realmente os primeiros a realizá-lo. Existem inúmeros fatores que devem ser observados e que referem-se a compatibilidade entre doador e receptor.

Portanto, a escolha do receptor, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), obedece a critérios pré-estabelecidos. Eles envolvem aspectos relacionados a tamanho compatível do órgão, ou seja, que, o paciente receptor do órgão, tenha condições de comportar o fígado doado, inteiro ou reduzido, e que, principalmente, o seu tipo sanguíneo ABO seja compatível ao do doador.

1.4.5. A tão Sonhada Cirurgia

A cirurgia de transplante de fígado, portanto, é um procedimento muito delicado e tem duração média de oito horas, podendo chegar inclusive, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), a 20 horas de duração, dependendo do grau de dificuldade operatória. Tal cirurgia envolve, portanto, um grande número de pessoas, uma vez que são mobilizadas duas equipes, uma atuando na retirada do órgão do doador e outra atendo-se ao receptor do órgão.

De forma resumida, então, pode-se dizer que em primeiro lugar, é feita a retirada do órgão do doador e a seguir este órgão é mobilizado e conservado, preservando-se as suas estruturas vasculares. Após, é iniciada, então, a segunda etapa da cirurgia, que compreende a hepatectomia do receptor e a posterior implantação do fígado.

CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), relatam, ainda, que, durante o referido ato cirúrgico, a perda sanguínea média no receptor do

órgão é de 4 volemias, podendo alcançar a média de 25 volemias. Desta maneira, no decorrer da cirurgia, o paciente deve estar adequadamente monitorizado por meio de registros precisos e contínuos de eletrocardiograma, pressão arterial e venosa central, valores do débito urinário, verificação da temperatura interna, da capnografia e da oximetria de pulso. CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), salientam, ainda, a necessidade da monitorização das pressões da artéria pulmonar e do débito cardíaco, em pacientes adultos, submetidos a transplante hepático.

1.5. A importância da Imunossupressão no Transplante Hepático

Devido a importância assumida pela terapia imunossupressora, no prognóstico do transplante hepático, acreditamos ser fundamental, a abordagem, ainda que resumida, de sua utilização. Nos deteremos, portanto, a partir de agora, a falar sobre o papel da imunossupressão no transplante hepático.

ABBUD Filho, CAMPOS & RAMALHO (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), afirmam que até o final da década de 70, a terapia imunossupressora era realizada, baseada na irradiação corporal total, esteróides e azatioprina que eram utilizados em associação ou em conjunto com globulinas antilinfocíticas.

Em 1980, entretanto, a ciclosporina, passou, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), a ser a “peça” fundamental no tratamento imunossupressor para os pacientes que viessem a realizar transplante de órgãos.

Os referidos autores afirmam que, além da sua eficiência comprovada, a ciclosporina possibilitou a administração de corticóides em doses menores, o que para crianças, em especial, era particularmente benéfico, pois permitiria que seu crescimento e desenvolvimento fossem o mais próximo do normal. CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), nos dizem, também, que ela atuou de modo significativo na redução dos índices de infecções bacterianas graves.

Como podemos ver, o advento da ciclosporina, no tratamento de pacientes transplantados impulsionou progressos e mobilizou pesquisas maiores nessa área. No entanto, apesar de sua surpreendente eficácia, segundo CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997 p. 294), “ela não resolveu o problema da rejeição”. De acordo, com esses autores, “cerca de 50 a 70% dos pacientes submetidos ao transplante hepático apresentam pelo menos um episódio de rejeição, e a rejeição crônica, com necessidade de retransplante, acomete cerca de 10% dos pacientes”. Entretanto, os efeitos indesejáveis de sua administração, em particular, em altas concentrações sanguíneas são, ainda, mais significativos para eles.

CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), nos listam, entre os efeitos indesejáveis da ciclosporina, a toxicidade renal que acaba resultando, na maioria das vezes, em insuficiência renal. Porém, o mais grave de todos os efeitos colaterais dessa terapia, para esses autores, seria a formação de linfomas, a partir de infecção pelo vírus Epstein-Barr. Os demais efeitos tóxicos, segundo eles, seriam a lesão hepatocelular, os tremores de extremidades e, de modo menos freqüente, as convulsões.

CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997) revelam que vários autores depositam, na associação de quatro ou mais drogas

imunossupressoras, a possibilidade de diminuição da toxicidade de cada uma delas, isoladamente, sem, com isso, que se reduza a eficiência da associação. Eles citam como exemplo dessa combinação, o uso de azatioprina, corticóides e globulina antilinfocitária, nas duas primeiras semanas pós-transplante, quando a globulina antilinfocitária é, então, substituída pela ciclosporina em doses baixas.

O FK506 (Tacrolimus) é um outro imunossupressor, citado por eles, que está sendo testado e utilizado, em especial, nos casos de transplante hepático. Ele age, segundo tais autores, de modo bastante semelhante à ciclosporina, sendo, portanto, a medicação de escolha à sua substituição, no entanto, seus efeitos são mais potentes. Ainda, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), seu efeito mais destacável, tem relação com sua capacidade de reverter surtos de repetição de rejeição aguda e, principalmente, evitar que essa progrida para cronicidade, o que minimiza a necessidade posterior de retransplante. A toxicidade do FK506, dizem eles, é muito próxima à provocada pela ciclosporina, entretanto, seu custo é maior.

1.6. A Atuação Perioperatória da Enfermagem no Cuidado ao Paciente Transplantado Hepático

Como já havíamos mencionado, anteriormente, a cirurgia de transplante hepático representa um grande desafio para a equipe. Os riscos envolvidos nesse procedimento requerem, portanto, atenção redobrada no cuidado a esses pacientes. Logo, cabe à Enfermagem, um importante papel ao longo de todo o processo de acompanhamento ao paciente submetido ao transplante hepático.

SMELTZER & BARE (1993), nos dizem, por sua vez, que associada à experiência cirúrgica, temos uma ampla variedade de funções de enfermagem, que pode ser definida como enfermagem perioperatória e que é composta de três fases:

- Enfermagem Pré-operatória: que inicia-se com a opção pela realização do procedimento cirúrgico e termina com a transferência do paciente para a mesa de cirurgia;
- Período Transoperatório: que inicia-se com a admissão do paciente no centro cirúrgico e encerra-se com a transferência do mesmo para a sala de recuperação; e,
- Período Pós-operatório: que inicia-se com a admissão do paciente na sala de recuperação e termina com a avaliação de acompanhamento na unidade de internação ou lar.

“O período pós-operatório, a terceira e última fase de enfermagem perioperatória, é centralizado na recuperação do paciente após a cirurgia”. SMELTZER & BARE (1993 p. 400)

No pós-operatório imediato, o paciente permanece na Unidade de Tratamento Intensivo até que estejam estabilizados seus parâmetros hemodinâmicos e que o mesmo possa ser retirado da ventilação mecânica.

A unidade de internação cirúrgica seria, então, teoricamente, a etapa final da internação hospitalar do paciente transplantado hepático. No entanto, infelizmente, ainda são muitos os problemas que podem vir a exigir ou a permanência maior do paciente na unidade ou a sua reinternação por complicações no período pós-transplante hepático tardio. Portanto, devido a importância assumida pelo período pós-operatório, na recuperação do paciente transplantado

hepático, centraremos nossa atenção, no decorrer desse trabalho, ao estudo particular dessa fase.

1.7. Complicações no Pós-operatório de Transplante Hepático

Como antes vimos, a realização de um transplante hepático é hoje um dos procedimentos mais elaborados dentro das cirurgias e seu sucesso depende da colaboração e o empenho de toda a equipe. É claro que, assim como os demais pacientes submetidos a grandes cirurgias, o transplantado hepático pode vir a desenvolver dificuldades pós-operatórias comuns do tipo dor, ansiedade, mal-estar, complicações na incisão ... No entanto, complicações mais sérias podem ocorrer e devem ser, também, prontamente reconhecidas. Portanto, nos deteremos, a partir de agora a citar essas complicações, ditas mais graves, e que podem vir a acometer o paciente submetido a transplante hepático.

1.7.1. Infecções

A infecção no período pós-operatório é a principal causa de morte entre os pacientes transplantados hepáticos. CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), afirmam que a taxa de mortalidade, resultante dessa complicação, pode chegar de 35 a 50% dos óbitos ocorridos nesse período.

As infecções podem ser bacterianas, virais ou fúngicas e a suscetibilidade aumentada a essa complicação, nos pacientes transplantados hepáticos, pode estar relacionada aos seguintes fatores:

- imunossupressão;
- desnutrição que vem acompanhando as hepatologias crônicas;
- grande trauma cirúrgico;
- deficiência do sistema retículo-endotelial do órgão recém-transplantado; e,
- administração de antibióticos, que alteram a flora intestinal, facilitando as infecções fúngicas.

Cabe ao enfermeiro, portanto, zelar para que o paciente seja mantido num ambiente, o mais livre possível de bactérias, vírus e fungos. A adoção de assepsia rígida ao manipular esses pacientes é medida importantíssima no seu tratamento.

Faz-se necessário salientar, também, que uma vez que são utilizadas, a fim de se prevenir a rejeição, drogas imunossupressoras, que aumentam a suscetibilidade dos mesmos a desenvolver infecções, medidas de precaução e trabalho conjunto com o Serviço de Controle de Infecção dos hospitais são pontos significativos para os seus prognósticos.

1.7.2. Rejeição do Órgão Transplantado

A rejeição é hoje, de acordo com CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), a causa mais significativa de alterações nos exames de função hepática, nos pacientes submetidos a transplante de fígado. Na sua maioria, os casos de rejeição costumam acontecer, nos três primeiros meses pós-transplante, podendo ser reversíveis através da intensificação da terapia imunossupressora.

Ela pode ser identificada, segundo os referidos autores, através de um quadro clínico de febre, inapetência, mal-estar geral, dor abdominal e, nos casos de drenagem biliar externa,

pela marcada diminuição da produção da bile e alteração do seu aspecto. CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), afirmam, que ao exame físico desses pacientes, poderemos notar hepatomegalia e aumento da ascite. A elevação das enzimas hepáticas e da bilirrubina plasmática podem ser, por sua vez, identificadas através de exames laboratoriais.

1.7.3. Insuficiência Renal

A insuficiência renal pode acometer o paciente no pré e no pós-operatório de transplante hepático. No período pós-operatório, ela pode ser diminuída através da manutenção do volume sanguíneo e do débito cardíaco, durante o período que antecede a cirurgia e depois dela ter sido realizada.

SMELTZER & BARE (1993), nos falam da relação da diminuição da função renal e o uso da ciclosporina, medicamento utilizado na imunossupressão desses pacientes. Segundo elas, a administração da ciclosporina, no pós-operatório, deve ser feita, observando-se para que seja mantida abaixo dos níveis nefrotóxicos.

CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), relatam, que diante da existência de casos de insuficiência renal, a indicação para a realização de hemodiálise segue os mesmos padrões para o tratamento dessa patologia em pacientes não transplantados.

1.7.4. Hemorragias

Segundo SMELTZER & BARE (1993), o sangramento no período pós-operatório de transplante hepático é comum. Ele pode ser resultado de coagulopatia, hipertensão portal e fibrinólise causada pela lesão isquêmica do fígado doador.

Nesses casos, faz-se importante, que, estejamos atentos para a possibilidade do paciente vir a apresentar hipotensão. Poderá ser necessário, portanto, a administração de plaquetas, plasma fresco gelado e outros derivados do sangue, conforme orientação médica.

1.7.5. Oclusão Vascular

O comprometimento da veia porta, da artéria hepática ou da veia cava inferior podem ser resultados das complicações vasculares. CHAPCHAP & CARONE (apud NEUMANN, ABBUD Filho & GARCIA 1997), nos dizem, ainda, que a trombose da artéria hepática costuma ser verificada precocemente no pós-operatório, durante os primeiros dez dias.

A trombose da veia porta, por sua vez, afirmam eles, acontece raramente, e pode manifestar-se no pós-operatório por hemorragia digestiva alta, de modo precoce e de difícil controle. Assim, a realização de ultra-sonografia com Doppler, poderá ser indicada para confirmação da lesão, possibilitando, a reintervenção precoce e, se for o caso, a reanastomose arterial.

Como já havíamos falado, portanto, a cirurgia de transplante de fígado, e, a posterior recuperação da mesma, mobiliza inúmeros atores e, principalmente, o paciente, que passa, praticamente, a viver em função de sua nova condição. As modificações na sua vida são várias e intensas e exigem tranqüilidade e muita força de vontade, determinação e apoio por parte de todos os envolvidos.

Normalmente, é na unidade de internação que começam a aparecer as primeiras dificuldades de adaptação à nova vida, e, muitos pacientes acabam passando inclusive por crises, e desanimando com a demora da recuperação. À enfermagem, neste momento, cabe, como diria Florence Nightingale, já em 1858 (apud SMELTZER & BARE 1993 p.3),

“proporcionar ao paciente melhor condição para a natureza poder agir sobre ele”, e a segurança da equipe neste momento é fundamental.

“Ensinar o paciente e a família acerca das medidas a longo prazo para promover a saúde constitui uma função importante do enfermeiro”. SMELTZER & BARE (1993 p. 862)

No entanto, assim como para o paciente o tema transplante é novo, para a equipe não é muito diferente. É claro que as pessoas procuram especializar-se e aprofundar seus conhecimentos, mas às vezes, a ciência “anda” bem mais rápido que o homem e aí a necessidade de aprender é iminente.

Este trabalho justifica-se, portanto, através da prioridade sentida pela autora em aprofundar seus conhecimentos na área. Desta maneira, propõe-se não só a ajudar o paciente transplantado hepático e o paciente no pós-transplante hepático tardio a superar aquelas circunstâncias que interferem no seu auto-cuidado, como, também, tem por fim, facilitar a compreensão por parte da equipe de enfermagem e futuros acadêmicos, dos itens a serem aperfeiçoados no atendimento a este tipo particular de paciente cirúrgico.

2. Apresentando o Campo de Estágio

A experiência da autora, no cuidado a pacientes transplantados hepáticos aconteceu na unidade de internação cirúrgica, do 7º andar, ala sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta unidade de internação tem capacidade total de 34 leitos, sendo estes distribuídos, da seguinte forma:

- 28 leitos para pacientes de internação do SUS;
- 02 leitos destinados a pacientes que necessitam de isolamento por neutropenia bem como aqueles que apresentam doenças infecto-contagiosas;
- 04 leitos semi-privativos, indicados para pacientes do convênio IPÊ.

À área física da unidade, somam-se, ainda, posto de enfermagem, sala de prescrição médica e passagem de plantão, rouparia, sala de lanches, expurgos e banheiros.

Trabalham, neste local, 07 enfermeiros, assim divididos:

- 02 enfermeiros para o turno da manhã;
- 02 enfermeiros para o turno da tarde;

- 01 enfermeiro para cada noite (3 noites); e,

28 auxiliares de enfermagem:

- 08 auxiliares para o turno da manhã;
- 08 auxiliares para o turno da tarde;
- 04 auxiliares para cada noite (3 noites).

Tais funcionários revezam-se nos cuidados de enfermagem pré e pós-operatório dos pacientes, dentro de cada categoria, de acordo com férias, folgas, licenças, etc.

A escolha desta unidade como campo de estágio, por parte da acadêmica, correspondeu à necessidade, sentida pela mesma, em aperfeiçoar seus conhecimentos na área de cuidado ao paciente cirúrgico no pré e no pós-operatório e, em especial, ao paciente submetido à cirurgia de transplante hepático. Portanto, o 7º andar, ala sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por ser uma unidade de internação cirúrgica e receber os pacientes provenientes de transplantes hepáticos, realizados neste hospital, foi o local primeiro de escolha da mesma.

3. Cuidando do paciente transplantado hepático

3.1. Conivendo com o Paciente Transplantado Hepático

Como já havíamos, anteriormente, relatado, a experiência da autora, na atenção ao paciente transplantado hepático, aconteceu no 7º andar, ala sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de 12 de abril a 07 de julho de 1999. As atividades eram realizadas, dessa maneira, sempre no turno da manhã, de segunda a quinta-feira, das 7:00 às 13:30h. Foram também, parte importante dessa vivência, as reuniões com a Equipe do Programa de Transplante Hepático Adulto do HCPA, às terças feiras, pelo período de mais ou menos 1 hora e que aconteciam no Serviço de Gastroenterologia do HCPA.

Durante esse período, então, em que pude conviver de modo bastante intenso com os pacientes no pré e no pós-operatório de transplante hepático, tive a oportunidade de conhecer um pouco mais do universo desse tipo particular e, diria, também, especial de paciente cirúrgico. Mantivemos durante todo o tempo uma estreita e bonita relação, onde a confiança e a dedicação de ambas as partes foi peça fundamental.

Desde o primeiro dia em que fui apresentada na unidade, e que, assim, pude expor meus objetivos, com esse trabalho, fui vista pelos pacientes como uma pessoa que veio para ajudar e me tornei, dessa forma, enfermeira, amiga, às vezes meio filha, às vezes meio mãe... enfim, eles sabiam que poderiam confiar em mim e que eu estaria sempre ao seu lado. No entanto, para mim, é difícil falar de sentimentos pois eles vêm e a gente nem sente, mas, tentarei, da melhor maneira possível, relatar sobre, a experiência, talvez, mais rica e gratificante que tive, durante o curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS.

3.2. Cuidando e sendo Cuidada...

“Resgatar o cuidado humano em cada um de nós, seres humanos, é vital no momento atual. Em todos os setores e, em particular, entre as profissões de saúde, o cuidado como condição humana deveria constituir um imperativo moral”.

WALDOW (1998 p. 36)

Antes de dar início a minha abordagem, nesse ponto do trabalho, gostaria de justificar, a escolha do título “Cuidando e sendo cuidada...”, para essa seção. Optei por assim denominá-la, pois, acredito, fielmente, que, durante esse tempo em que convivi com esses pacientes, o maior cuidado quem recebeu fui eu. Pois, para mim, o cuidado humano tem um significado amplo e representa, não só aquilo que podemos fazer por nossos pacientes, mas, acima de tudo, aquilo que realmente trocamos e vivemos com eles. Portanto, acredito não haver título que melhor possa expressar o que vivi e senti com essa experiência. Dadas as explicações iniciais, dou início, então, ao meu relato.

No primeiro dia de estágio, encontrei, portanto, internados nessa unidade, meus primeiros pacientes do Programa de Transplante Hepático Adulto do HCPA. Obviamente, por questões éticas, os nomes de cada um deles, bem como de toda a equipe, e qualquer outra referência que possa identificá-los serão preservados. Afinal, como bem diria AROSKAR (apud MARQUIS & HUSTON 1999 p. 473),

“Ética é o estudo sistemático do que deveriam ser a conduta e as ações de uma pessoa no que se refere a si mesma, a outros seres humanos e ao ambiente; é a justificativa do que é correto ou bom, e o estudo do que a vida e as relações de uma pessoa deveriam ser - não necessariamente o que são”.

Esses primeiros pacientes por mim atendidos foram, então, por assim dizer, meu marco inicial na busca de identificação das necessidades dos pacientes submetidos a transplante hepático. Adotei, dessa maneira, por acreditar ser a melhor forma de estabelecimento de comunicação e de compreensão entre nós, o cuidado de enfermagem a esses pacientes e passei a ser seu elo de ligação entre a equipe de enfermagem e a equipe do Programa de Transplante Hepático Adulto do HCPA, não restringindo-me, portanto, apenas à mera observação dos fatos.

Ao longo do tempo, convivi com 14 pacientes desse programa, seus familiares e mais os membros da chamada Associação dos Transplantados Hepáticos Adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a ATHACLIN, entidade atuante, que será melhor abordada no decorrer desse trabalho.

Gostaria, também, de destacar que os pacientes transplantados hepáticos, como já havia antes referido, infelizmente, podem vir a desenvolver complicações que acabam por exigir inúmeras internações. Portanto, alguns desses 14 pacientes, estiveram internados, no 7º andar, ala sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por mais de uma vez.

Assim, aos poucos, fui descobrindo algumas características comuns a esse tipo particular de paciente cirúrgico. Por exemplo, devido ao grande número de medicações por eles utilizadas e a necessidade de rigorosa atenção ao tratamento proposto, um de seus maiores medos, enquanto internados, seria a troca ou o esquecimento de alguma dessas medicações, por parte da equipe. Para eles, a segurança da administração correta desses medicamentos era vital, afinal seus prognósticos dependiam disso. Trouxeram-me, então, como sugestão, o uso de uma espécie de “prancheta” que ficaria anexada ao seu leito para que eles pudessem também exercer o controle sobre os remédios que por eles fossem utilizados.

Outro aspecto que, inicialmente, despertou minha atenção refere-se ao fato de que por estarem imunodeprimidos, devido a terapia imunossupressora adotada, o cuidado a esses pacientes transplantados exigia da equipe e da família, redobrada atenção, no que diz respeito a uma perfeita lavagem das mãos, como medida de prevenção a infecções, durante cada procedimento ou contato maior a ser realizado nesses pacientes.

Além disso, havia a preocupação de se evitar o contato com aquelas pessoas que por qualquer motivo apresentassem sinais de infecção e ou doenças contagiosas. Todos os pacientes estavam bem orientados a respeito disso, mas constrangiam-se em comunicar a medida adotada para aqueles que não a conhecessem ainda.

Conversando com eles, chegamos a conclusão de que o ideal seria, portanto, que houvesse em cada quarto, uma placa, indicativa dessas necessidades, escrita, de modo claro e de fácil entendimento, para que pudessem, dessa forma, com segurança e, sem constrangimentos maiores, reforçar o empenho de todos, no cumprimento desses aspectos.

Minha atenção, também, foi redobrada, na necessidade constante do envolvimento da família no cuidado ao transplantado hepático. É claro que, para todos os pacientes, ela exerce

papel fundamental na sua recuperação, mas, para o paciente, não só no pós, mas, ainda, no pré-operatório de transplante de fígado, a família representa sua ligação entre o “universo do hospital” e o mundo externo.

Para eles, os familiares são as pessoas que não só lutam para que tudo ocorra da melhor maneira possível, permanecendo ao seu lado, em todos os momentos, mas, também, são os responsáveis em localizar e obter as medicações que possibilitam a continuidade de seu tratamento, enquanto estão hospitalizados. Afinal, para receberem alta hospitalar, uma das condições é a garantia da rigorosa adesão às medidas propostas. O papel da família no entendimento do tratamento oferecido e no apoio ao paciente transplantado hepático, portanto, é fundamental.

Outro aspecto a ser destacado, diz respeito ao comportamento particular desses pacientes na sua relação com o órgão recebido. Para o paciente transplantado hepático, o fígado, antes tão esperado, no início “assusta” e causa estranheza ao receptor. Muitas foram as vezes, por exemplo, em que eles referiam-se ao fígado como “ele”, “nós dois”, “o órgão” etc, deixando clara a distância e, talvez, a dificuldade de aceitação dessa nova condição.

Eles, então, falavam-me de seus problemas e nós, juntos, tentávamos encontrar a melhor forma de viver e entender essa nova situação. A paciência, a dedicação e a confiança estabelecidas, desde o início, entre nós, facilitou essa percepção.

Impressionou-me bastante, também, a necessidade desses pacientes de estarem próximos uns dos outros, ainda que o companheiro de quarto estivesse em condições de saúde menos favorecidas que os demais. Eles acreditavam que dividindo experiências e lutando juntos, apoiando-se mutuamente, sentiriam-se mais fortes para continuar.

O agravamento, por ventura, do quadro de um deles, não era encarado como motivo de desânimo, mas sim como necessidade de maior união e perseverança entre os demais. Cada paciente novo que chegava, dessa maneira, facilmente, era engajado no grupo e recebia, também, da ATHACLIN, o apoio necessário para encarar esse início na vida de um transplantado.

Um detalhe importante, a meu ver, e que merece ser registrado, refere-se ao paciente no pré-operatório de transplante hepático. Algumas vezes, a aceitação ao tratamento proposto a esses pacientes era dificultada pela não compreensão de sua real importância. A convivência com os “veteranos” facilitava e poderia, dessa maneira, quando necessário mudar o rumo de suas decisões.

Gostaria de abordar, também, o fato de que para os transplantados hepáticos, o sonho de uma unidade destinada somente a eles é hoje uma meta a ser perseguida. Eles acreditam que só, assim, poderão ter as condições que precisam para conseguir vencer as dificuldades na busca dos órgãos, na conscientização da população da importância do transplante e na garantia de apoio eficiente, político e institucional à equipe médica e de enfermagem, na realização de seu trabalho.

Eles vão além, ainda, e apostam na criação, no futuro, do chamado “Hospital Dia para Transplantados Hepáticos”. Pois, assim, poderão, segundo eles, receber o cuidado adequado durante o dia e permanecer ao lado de seus familiares no restante do tempo, facilitando, dessa maneira, o seu auto-cuidado.

Como podemos ver, muitas são as particularidades e as necessidades dos pacientes transplantados hepáticos. Durante o período, em que convivi com eles, pude entrar em contato

com algumas delas. Acredito, por isso, que a atuação melhor qualificada possível, da equipe envolvida no atendimento a eles, deve ser por todos almejada.

Dessa maneira, procurando destacar o que elaboramos junto a esses pacientes, abordaremos, então, a partir de agora o cuidado de enfermagem, visto como necessário e fundamental ao paciente nos pós-operatório de transplante hepático. Faz-se importante, no entanto, salientar que não objetivamos contudo esgotar o tema, mas sim, impulsionar o desenvolvimento, na área, por parte de futuros acadêmicos e outros profissionais da saúde.

3.3. O Cuidado de Enfermagem ao Paciente Transplantado Hepático

Para WATSON (apud WALDOW, 1998 p.61): “A arte da enfermagem inclui a disponibilidade em receber o outro ser, em compreender sua experiência e em expressar isso, permitindo que o outro também expresse seus sentimentos. Ela é vivenciada, expressa e co-criada no momento do cuidar”.

O paciente submetido a transplante hepático, desde o momento de sua admissão, na unidade de internação cirúrgica, necessita da atenção e da atuação efetiva da equipe de enfermagem. Infelizmente, no entanto, por ainda ser novo o tema transplante, muito pouco se tem escrito a respeito desses cuidados, já, sabidamente, tão necessários à recuperação desse paciente.

Assim, num esforço de sintetizar o que construímos junto a esse tipo particular de paciente cirúrgico e através da busca de revisão literária a respeito desse assunto, procuraremos, a partir de agora, destacar os principais cuidados de enfermagem ao paciente transplantado hepático.

Podemos, portanto, já no primeiro dia de recepção ao paciente transplantado hepático, na unidade de internação cirúrgica, citar uma série de cuidados de enfermagem possíveis e necessários. Daremos início, então, à descrição desses cuidados, sem a pretensão, no entanto de esgotá-los, acreditando, com isso, estarmos facilitando não só a abordagem de futuros acadêmicos, no cuidado a esses pacientes, mas, também, estar com eles, servindo de fundamentação e apoio para toda a equipe.

** A Enfermagem e as Medidas de Conforto e Segurança ao Paciente Transplantado Hepático*

** Proporcionar ao paciente um ambiente seguro e confortável ao seu bem-estar.*

A cirurgia de transplante hepático, como já havíamos dito antes, é um procedimento bastante delicado. Ela exige que inicialmente, após o procedimento, o paciente permaneça na unidade de tratamento intensivo, até que estejam estabilizados seus parâmetros hemodinâmicos. Somente depois disso, é que ele pode ser transferido para a unidade de internação cirúrgica.

Na realização das primeiras cirurgias de transplante hepático, a permanência desses pacientes, na Unidade de Tratamento Intensivo do HCPA era maior. Hoje, no entanto, os pacientes permanecem, em média, apenas 7 dias, dependendo é claro, da evolução do quadro de cada um.

Portanto, garantindo conforto e segurança ainda no momento da chegada do paciente à unidade de internação cirúrgica, poderemos acelerar sua adaptação a mais essa fase e estaremos, também, com isso, facilitando nosso futuro relacionamento com o paciente.

** Garantir a internação do paciente transplantado hepático, em quarto individual, pelo menos, durante os primeiros dez dias, na unidade de internação cirúrgica.*

O isolamento do quarto do paciente transplantado hepático, nos primeiros dez dias, na unidade de internação cirúrgica, pode ser visto como oportunidade da equipe de enfermagem de garantir o reforço na realização das medidas necessárias à sua recuperação. Durante esse período poderemos supervisionar os cuidados não só da equipe, mas, também, do próprio paciente e da sua família.

Além disso, estaremos, assim, possibilitando uma maior interação entre o transplantado e seu acompanhante, pois, o leito ao seu lado, poderá ser utilizado pelo acompanhante, o que aumentará a sensação de segurança e conforto de nosso paciente. No entanto, faz-se necessário que deixemos claro que, passado o período de isolamento, o familiar não mais poderá ocupar esse leito.

** Deixar, sempre que possível, pacientes transplantados em quartos próximos uns dos outros (ou de preferência no mesmo quarto), após o período de isolamento.*

Para os transplantados hepáticos a convivência com pacientes que fazem parte do Grupo dos Pacientes Transplantados Hepáticos Adultos do HCPA é rica e extremamente importante. Eles acreditam que, estando próximos, uns dos outros, conseguem enfrentar melhor as dificuldades.

Assim, é papel da enfermagem, auxiliá-los nesse sentido, incentivando esse relacionamento. A exceção deve ser feita, no entanto, aos casos em que um dos pacientes esteja apresentando qualquer tipo de infecção, pois, nessa situação os riscos ao paciente transplantado hepático são maiores.

** A Enfermagem e as Orientações Necessárias ao Paciente Transplantado
Hepático*

** Explicar, conforme a compreensão percebida, ao paciente e à sua família, o funcionamento e as rotinas da unidade de internação.*

A unidade de internação apresenta rotinas e normas de funcionamento que a diferem da unidade de tratamento intensivo. Portanto, cabe a enfermeira orientar o paciente e a família a respeito dessas particularidades e, junto com eles, adaptá-las às suas necessidades. Fazendo isso, será mais fácil para eles, enfrentar o processo de recuperação.

** Estimular e garantir a participação, sempre que possível, do paciente e de sua família, na realização dos cuidados.*

Educar o paciente para a realização de seu auto-cuidado é papel fundamental da enfermagem. Portanto, cabe a nós, envolvermos não só o paciente, mas, também, seus familiares na realização dos cuidados de enfermagem, ao longo do período de internação, afim de facilitar, no futuro, a educação para esses cuidados no lar.

** Verificar dúvidas e anseios do paciente, relativos, não só ao momento futuro de seu tratamento, como, também, a possíveis dificuldades provenientes dos períodos pré e transoperatório.*

Às vezes, por mais que tenhamos nos empenhado no esclarecimento de dúvidas ao paciente, devido à ansiedade do momento, algumas informações podem passar despercebidas. Assim, a enfermeira é responsável pela verificação dessas possíveis dúvidas que podem vir, no

futuro, a minimizar o empenho do paciente transplantado hepático na sua recuperação e a dificultar o processo de educação do mesmo para os cuidados no lar.

** A Enfermagem e os Cuidados com a Incisão e com os Drenos do Transplantado Hepático*

** Atentar para as condições do local da incisão do paciente transplantado hepático e registrar possíveis alterações.*

A incisão de uma cirurgia de transplante hepático é extensa e, assim como todas, apresenta o risco de hemorragia, deiscência da sutura e infecção no local dos pontos da incisão. Portanto, devemos estar atentos a possíveis sinais dessas complicações, mantendo, um registro diário de sua evolução. Assim, estaremos com condições de agir, previamente, diante da existência das mesmas.

** Verificar a utilização e assegurar o funcionamento adequado das bolsas coletoras abdominais do paciente transplantado hepático.*

Muitas vezes, durante a cirurgia, poderá ser necessário, o uso de dois drenos no abdome do paciente, afim de se garantir o escoamento adequado de líquido de ascite que pode se formar ainda nos primeiros dias pós-transplante. Além disso, o uso desses drenos possibilita o controle do sangramento no período pós-operatório.

Ainda na Unidade de Tratamento Intensivo, no entanto, esses drenos são retirados e, no seu lugar, são colocadas duas bolsas coletoras. Portanto, mesmo após a retirada dos

drenos, devemos controlar, precisamente, seu funcionamento adequado e monitorizar sua drenagem.

A drenagem, inicialmente, na maioria dos pacientes, apresenta-se em pouca quantidade e com coloração do tipo “sangue vivo”. Depois de um tempo, porém, ela aumenta em quantidade e passa a assumir o aspecto serosangüinolenta, até que, gradativamente, cessa e, assim, podem ser retiradas, conforme orientação médica, as bolsas.

**** Realizar, a cada seis horas, e, quando necessário, o curativo que é colocado no paciente após a retirada, conforme orientação médica, das bolsas coletoras abdominais.***

Conforme já havíamos dito antes, a drenagem das bolsas coletoras, tende a diminuir com o passar do tempo. Portanto, nessa situação, o médico pode prescrever sua troca pelo uso de curativos. Esses curativos devem, assim, ser trocados, pela equipe de enfermagem, a cada seis horas e quando necessário.

Nesse momento da troca, faz-se importante a atenção da equipe, no que diz respeito ao aspecto e volume das secreções, bem como, a observação atenta do local de inserção das bolsas, que pode, por ventura ser foco de infecção.

**** Observar e registrar possíveis alterações, no local de inserção do dreno de Kher.***

Alguns pacientes transplantados hepáticos podem necessitar do uso de um dreno de Kher, durante o período pós-operatório. Esse dreno, tem a importante função de garantir a drenagem da bile no paciente submetido a transplante de fígado. No entanto, a área em que ele está inserido, na pele, pode vir a desenvolver infecções.

Outras complicações que podem ocorrer, são o deslocamento do dreno de Kher e a obstrução do mesmo, resultando, no posterior vazamento intra e/ou extra-abdominal da bile, o

que pode acabar provocando dor intensa no fígado, associada ou não à náusea e/ou febre. Assim, a enfermagem deve estar atenta a qualquer uma dessas alterações afim de, com isso, minimizar a chance de problemas futuros.

** Medir e registrar, diariamente, a drenagem do Kher.*

O dreno de Kher é o responsável pela drenagem da bile, como já havíamos antes dito. Portanto, a medida freqüente dessa drenagem, bem como a observação e o registro de quaisquer alterações na coloração da bile, que varia do amarelo ouro ao verde escuro, são funções da equipe de enfermagem.

** Trocar o curativo do dreno de Kher, uma vez ao dia, e, quando necessário.*

Ao ser fixado na pele, o Kher fica preso a ela, através de um ponto e é coberto, com um curativo. Logo, este curativo deve ser trocado pela enfermagem, pelo menos, uma vez ao dia, após o banho, e sempre que houver a necessidade dessa troca, tendo-se o cuidado, no entanto, nesse momento, de não deslocar o dreno.

** A Enfermagem e o Controle de Infecção no Cuidado ao Transplantado Hepático*

** Orientar e assegurar o uso de máscara respiratória protetora, pelo paciente transplantado hepático, sempre que o mesmo necessitar, por qualquer motivo, sair da unidade de internação cirúrgica.*

Por estar imunodeprimido, as chances de o paciente transplantado hepático vir a desenvolver complicações são maiores. Portanto, sempre que ele necessitar afastar-se da

unidade de internação, como no caso de exames, devemos orientá-lo a utilizar a máscara respiratória protetora.

** Adotar e orientar a rotina de lavagem das mãos com o uso de antisséptico, do tipo clorexidine degermante a 2 ou 4%, antes e após o contato com o paciente transplantado hepático.*

A lavagem das mãos com o uso de antisséptico, do tipo clorexidine degermante a 2 ou 4%, é a medida preventiva de consenso, considerada indispensável antes e após o contato com o paciente transplantado hepático, conforme a rotina estipulado pelo Serviço de Controle de Infecção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SCIH -HCPA), em 1996.

Para familiares, no entanto, de acordo com o SCIH - HCPA, a lavagem apenas com água e sabão é suficiente. Portanto, cabe a enfermeira, a orientação dessas medidas para todos os envolvidos com o transplantado hepático, bem como, a conferência de que elas realmente estejam sendo seguidas.

** Trocar a cada três dias e, quando necessário, o acesso venoso periférico do paciente transplantado hepático.*

Pelo risco aumentado de vir a desenvolver infecções, recomenda-se a troca do acesso venoso dos pacientes transplantados hepáticos, a cada três dias. Faz-se importante destacar, o uso de clorexidine, solução alcoólica, previamente a realização da punção venosa.

** Trocar a tampa protetora da cânula, do acesso venoso, a cada troca de medicação e/ou diante da necessidade de heparinização do mesmo.*

Devido ao risco aumentado de desenvolver infecção, essa é uma medida preventiva dessa complicação.

Em acessos venosos centrais é recomendada, também, a troca da cânula, a cada 72 horas.

** Observar e registrar possíveis alterações, na cavidade oral, dos pacientes transplantados hepáticos.*

Algumas vezes, pode estar na boca, o foco inicial de complicações infecciosas do paciente transplantado hepático. Essa complicação pode ser resultado, por exemplo, de efeitos colaterais de medicações, como a ciclosporina que pode causar edema ou aumento das gengivas, ou estar relacionada, ainda, com complicações dentárias desses pacientes.

Assim, devemos estar atentos, para essas possíveis manifestações, agindo de modo precoce, interdisciplinariamente, com o dentista treinado e preparado para o cuidado ao paciente submetido a transplante de fígado.

** Orientar e garantir ao paciente transplantado hepático, o menor número possível de visitas, bem como, de profissionais que entram em contato com ele.*

Afinal, como já foi trabalhado, no decorrer desse trabalho, pela condição imunodeprimida desses pacientes, o ideal é que se minimizem as chances deles virem a desenvolver infecções futuras. Portanto, o conglomerado de pessoas à sua volta, deve ser evitado, pois, proporciona condições para que essas complicações, no futuro, aconteçam.

** Evitar a entrada, no quarto do paciente transplantado hepático, de pessoas com suspeita ou confirmação de doenças infecciosas transmissíveis, sem a proteção devida.*

Pessoas com suspeita ou confirmação de doenças infecciosas transmissíveis devem ser orientadas a não entrar no quarto de pacientes transplantados hepáticos. Entretanto, caso essa seja a única pessoa que acompanha o paciente, cabe à enfermagem a orientação do uso de

máscara protetora, para esse acompanhante, bem como, a verificação de que essa medida esteja sendo, por ele, seguida.

** A Enfermagem no Controle dos Sinais de Possíveis Complicações que Podem Acometer o Paciente Transplantado Hepático*

** Observar e registrar possíveis sinais ou sintomas de complicação hepática.*

De acordo com SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998), os principais sinais e sintomas característicos da doença hepática são a icterícia, especialmente observada na pele e nos olhos amarelados; o prurido intenso; a diurese escura, cor de “coca-cola”; a presença de acolia; a confusão mental ou o coma; a fragilidade para machucados e a tendência a sangramento; e a presença de abdome ascítico.

Logo, cabe à enfermagem, acompanhar, diariamente, a evolução de seu paciente, atentando para o surgimento de qualquer uma dessas alterações, visando, assim, garantir a precocidade do diagnóstico dessas complicações.

** Observar e registrar sinais que possam indicar possível rejeição do paciente transplantado ao órgão recebido.*

Os casos de rejeição do paciente transplantado hepático costumam ocorrer, na sua grande maioria, ainda durante os três primeiros meses pós-transplante, segundo SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998). Portanto, devemos estar atentos, de acordo com os referidos autores, aos seguintes sinais e sintomas: fraqueza, fadiga,

febre, mal-estar, dor ou desconforto abdominal, urina escura ou com “cor de coca-cola” e acolia, indicativos de possível rejeição.

**** Observar e registrar possíveis sinais indicativos de prejuízo da função renal.***

Como já havíamos antes abordado, no decorrer desse trabalho, os casos de insuficiência renal podem acontecer no pré e no pós-operatório de transplante hepático. Pode haver inclusive correlação dessa patologia com o uso da ciclosporina.

Portanto, devemos estar atentos aos sinais dessa complicação como, a presença de edema significativo nos membros inferiores e diminuição do volume urinário, por exemplo.

**** Observar e registrar possíveis complicações diabéticas.***

Alguns medicamentos imunossupressores, utilizados pelos pacientes transplantados hepáticos, podem provocar o diabetes. Portanto, cabe à enfermeira, conforme orientação médica, realizar o teste de glicose, nesses pacientes, e estar atenta a possíveis sinais indicativos dessa patologia como sede intensa, aumento da frequência de diurese, visão turva, sudorese intensa, mal-estar, fraqueza e confusão mental. Faz-se importante, também, que os pacientes estejam orientados a reconhecerem, precocemente, esses sinais.

**** Controlar e registrar os níveis de Pressão Arterial dos pacientes transplantados hepáticos, conforme prescrição médica.***

A hipertensão arterial, pode ser provocada, como resultado colateral de alguns dos medicamentos utilizados pelos pacientes transplantados hepáticos. Portanto, cabe à enfermagem atenção a possíveis alterações da pressão arterial nesses pacientes.

Nos casos de valores de pressão arterial elevada, comunicar a equipe e instalar as medidas gerais como manter o paciente em repouso, com a cabeceira elevada e com os membros inferiores posicionados para baixo. Nos episódios de hipotensão, ao contrário, manter o paciente com a cabeceira baixa e os membros inferiores elevados.

** A Enfermagem e a Interdisciplinariedade no Cuidado ao Paciente Transplantado Hepático*

** Observar possíveis sinais de ansiedade e/ou depressão no paciente transplantado hepático.*

Como já havíamos dito, o fígado que, no início, é tão esperado pelo paciente com indicação de transplante hepático, às vezes assusta. Nessas horas pode o paciente angustiar-se e/ou deprimir-se com a sua nova condição. Além disso, as internações recorrentes também podem desencadear esses sintomas.

Assim, cabe à enfermagem a observação de possíveis complicações dessa ordem e a ação conjunta e imediata com o Psiquiatra da Equipe de Transplante Hepático Adulto do HCPA, afim de garantir que o transplante seja realmente encarado como “algo” bom e necessário a vida desses pacientes.

** Observar e comunicar a aceitação de via oral, pelo paciente transplantado hepático.*

A alimentação adequada, rica em nutrientes e pobre em sódio, que pode provocar retenção de líquidos, quando em excesso, é indicada para o paciente transplantado hepático. No entanto, nem sempre essas orientações são seguidas.

Algumas vezes, por inapetência, outras por desconhecimento de sua real importância para o tratamento, alguns pacientes não aceitam essas medidas. Portanto, faz-se necessário um trabalho harmônico entre a equipe de enfermagem e o serviço de nutrição dietética dos hospitais, de educação e cuidado integral ao paciente transplantado hepático para que o melhor seja feito em prol de sua recuperação.

** Acompanhar e estimular a higiene oral adequada dos pacientes transplantados hepáticos, atentando para o surgimento de possíveis complicações.*

Os pacientes do Programa de Transplante Hepático Adulto do HCPA contam com a assistência de um dentista, especialmente indicado e preparado para o cuidado a ser oferecido aos transplantados hepáticos. Assim, a enfermagem deve estar atenta a possíveis complicações dessa ordem, facilitando a atuação precoce desse profissional, atuando interdisciplinariamente no benefício do paciente que se submeteu a transplante hepático.

** A Enfermagem na Orientação e Preparo dos Pacientes Transplantados Hepáticos aos Exames*

** Orientar o paciente transplantado hepático da necessidade de realização diária de exames de sangue, afim de controlar seus níveis séricos.*

Pela toxicidade que pode ser causada pelo uso de medicamentos, como a ciclosporina, faz-se necessário que, diariamente, se realize a dosagem de níveis séricos dos pacientes transplantados hepáticos. No entanto, muitos recusam-se a realizá-lo, devido ao medo da punção e ao desconhecimento da real importância de sua realização. Portanto, cabe à enfermagem o papel de esclarecer essas possíveis dúvidas, assegurando a realização mais tranqüila dos exames para esses pacientes.

** Orientar e preparar o paciente transplantado hepático sobre a realização e importância dos exames diagnósticos.*

Algumas vezes, o médico pode prescrever a realização de determinados exames, afim de controlar a evolução do paciente transplantado hepático. No entanto, alguns exames exigem um preparo especial que deve ser controlado e orientado pela enfermeira. A partir de agora, citaremos, dentre eles, conforme SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998), os mais comuns.

Biópsia de fígado: A biópsia do fígado, normalmente, é solicitada para se investigar uma possível rejeição. Esse exame é realizado, no HCPA, no Centro Cirúrgico Ambulatorial, e exige que o paciente esteja em NPO (nada por via oral), seis horas antes desse procedimento. Após sua realização, o paciente retorna à unidade de internação cirúrgica, e, é orientado a permanecer sobre seu lado direito, por aproximadamente uma hora e a ficar, no leito, em

repouso, por mais quatro horas. Imediatamente, após o exame, podemos liberar, para esse paciente, o NPO.

Colangiografia Percutânea Trans-hepática: este exame é uma espécie de RX dos ductos hepáticos. É realizada através de uma injeção de contraste diretamente nos ductos biliares e hepáticos, através do dreno de Kher.

Ela exige a realização de enema de limpeza prévio e NPO, quatro horas antes do exame. No entanto, pacientes transplantados hepáticos não realizam enema, devido ao risco aumentado de contrair infecções, sendo necessário, apenas, o NPO.

Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER): Este exame permite a visualização da árvore biliar, bem como dos ductos pancreáticos. Possibilita também, a realização, quando necessário, de retirada de cálculos biliares, possibilitando, dessa maneira, também, o tratamento de determinados casos e não só seu diagnóstico. Exige que o paciente esteja, oito horas, antes de sua realização, em NPO.

Ultra-som: Verifica o funcionamento dos principais vasos hepáticos e/ou a presença de líquido, como sangue ou bile, ao redor do fígado. Não é um procedimento invasivo. As imagens são fornecidas através de um aparelho que emite ondas de som e que, posteriormente, são convertidas em imagens e projetadas numa tela de televisão.

Tomografia Computadorizada: É uma espécie de RX que permite ao médico visualizar sob diferentes ângulos, o fígado do paciente. Requer a ingesta prévia de contraste, ou a sua administração endovenosa. Quando o paciente apresenta alergia ao contraste, faz-se necessário, o uso de anestesia geral.

Ressonância magnética: É semelhante a Tomografia Computadorizada, no entanto, suas imagens são mais precisas e nítidas.

** A Enfermagem e a Orientação ao Paciente Transplantado Hepático quanto ao uso de Medicamentos.*

** Orientar o paciente transplantado hepático quanto ao uso de medicamentos, prescritos pela equipe médica.*

O paciente transplantado hepático tem um esquema terapêutico medicamentoso, extenso e particular, que deve ser rigorosamente seguido. Porém, a quantidade de medicamentos a serem administrados a esses pacientes é tanta, que alguns acabam preocupando-se que estejam, realmente, recebendo os medicamentos certos.

Como já havíamos relatado, esses pacientes sugerem o uso de uma planilha que fique no seu leito para pessoalmente controlarem os medicamentos que recebem. Dessa maneira, acreditam ficar tranquilos e mais aptos a continuarem com o esquema, no momento da alta.

A enfermagem deve, portanto, orientar o uso desses medicamentos não só para o paciente como também para a sua família, que desempenha papel importante nos cuidados domiciliares. Em vista disso, a partir de agora, nos deteremos, então, a citar os principais medicamentos utilizados pelos pacientes transplantados hepáticos.

Ciclosporina: A ciclosporina, como anteriormente relatamos, desempenha um papel chave na evolução do paciente transplantado hepático. Ela é o imunossupressor de escolha, comercialmente chamada de Sandimmun ou Sandimmun Neoral, utilizado com o objetivo de

prevenir a rejeição do órgão transplantado. Pode ser encontrada sob a forma de cápsulas, na forma líquida ou para a administração endovenosa

Segundo SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998), quando na forma líquida, ela deve ser ingerida, misturada com colher de metal ao leite ou a suco de laranja, servidos em temperatura ambiente, em copo de vidro.

Atenção: A ciclosporina pode provocar cefaléia; tremores nas mãos; hipertensão arterial; crescimento exagerado de pêlos; aumento ou edema das gengivas; além de insônia.

Prednisona: A prednisona, chamada comercialmente de Meticorten, é um corticoesteróide utilizado também no auxílio à prevenção e tratamento da rejeição ao fígado.

De acordo com SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998), ela deve ser, preferencialmente, ingerida próximo das refeições e nunca junto com antiácidos (esperar, pelo menos, uma hora de intervalo, entre um e outro).

Atenção: Dentre os efeitos colaterais da prednisona, podemos listar: edema, principalmente, nos membros inferiores; fraqueza muscular; aumento da quantidade de glicose no sangue; osteoporose etc.

Azatioprina: A azatioprina, assim como os anteriores, é um imunossupressor, comercialmente chamado de Imuran, utilizado no auxílio à prevenção e tratamento da rejeição.

Atenção: SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998), alertam-nos de que a azatioprina pode provocar a diminuição das células brancas do sangue e do número de plaquetas. Portanto, a enfermeira deve orientar o paciente transplantado hepático a comunicar, imediatamente, qualquer ferimento incomum ou sangramento.

Tracolimus (FK 506) : O Tracolimus, chamado comercialmente de Prograf, é também utilizado para prevenir ou tratar a rejeição ao órgão transplantado. Ele pode ser usado em substituição à ciclosporina.

Seus efeitos são mais potentes e a toxicidade do mesmo é muito semelhante a ciclosporina. No entanto, seu custo para o tratamento é maior.

Segundo SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998), o FK 506 deve ser tomado uma hora antes das refeições ou, então, duas horas após as mesmas. Eles destacam, ainda, o fato de que no dia que o nível de Tracolimus for medido o paciente esteja orientado a não tomá-lo até que a coleta de sangue seja feita.

Trimetoprima/Sulfametoxazol Ou TMP/SMX: O TPM/SMX, comercialmente chamado Bactrim, é usado com o objetivo de prevenção e/ou tratamento de infecções, em especial, pneumonias, provocadas por *P. Carinii*, devido ao risco aumentado dessa patologia, em transplantados.

Ao administrarmos esse medicamento, SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998), recomendam a certificação de que o paciente não seja alérgico à sulfa.

Atenção: segundo os referidos autores, o Bactrim pode provocar náuseas, vômitos, inapetência, entre outros.

Aciclovir: O Aciclovir é comercialmente conhecido como Zovirax ou Aviral. De acordo com SOARES, WAECHTER, ÁLVARES-DA-SILVA & GOTTSCHALL (1998), esse medicamento é utilizado no tratamento e/ou prevenção do Herpes Simples ou Zoster.

Segundo eles, ele pode ser utilizado, também, afim de diminuir a severidade dos casos de infecções por CMV.

Eles recomendam que o Aciclovir seja utilizado junto com as refeições, afim de diminuir as chances futuras de complicações gástricas.

OBS. Acreditamos ser de suma importância, a informação de que o uso do *Propranolol*, na maioria das vezes, para pacientes no pré e no pós-operatório de transplante hepático é indicado como medida de prevenção à Hipertensão portal e não para tratamento da Hipertensão Arterial, devendo portanto, ser administrado, conforme orientação médica, ainda que a Pressão Arterial esteja diminuída.

A exceção deve ser feita, apenas, para os casos de valores de pressão sistólica menor que 90mmHg, ou com orientação da equipe médica do paciente.

**A Enfermagem e a Educação do Paciente para o Lar*

** Orientar o paciente transplantado hepático e sua família, a respeito dos cuidados a serem realizados no seu domicílio, para a continuidade do seu tratamento.*

SMELTZER & BARE (1993 p. 862), nos dizem que “ensinar o paciente e a família a cerca das medidas a longo prazo para promover a saúde constitui uma função importante do enfermeiro”. Portanto, devemos proporcionar essas orientações ao paciente, ao longo de toda a sua internação, pois assim, estaremos facilitando a sua compreensão final. Para isso será

necessário, por parte da equipe, paciência e determinação. Afinal, nem todos os pacientes apresentam a mesma capacidade de aprendizagem.

Muitas vezes, necessitaremos utilizar nossa criatividade elaborando esquemas, estimulando o paciente a realizar seu auto-cuidado, envolvendo a família na realização dessas medidas etc. É claro que o caminho é longo, mas, com certeza estaremos, assim, no mais amplo sentido, cuidando de nosso paciente. Afinal, como bem diz OLSON (apud ATKINSON & MURRAY 1989 p. 608):

“ Ao escolher por um envolvimento ativo nos cuidados do paciente, a enfermeira não estará apenas lhe prestando um serviço mais eficiente como também estará abrindo suas portas para um desenvolvimento pessoal e profissional mais profundo”.

4. A Educação Continuada da Equipe de Enfermagem no Cuidado ao Paciente Transplantado Hepático

Depois de termos trabalhado com os cuidados de enfermagem ao paciente transplantado hepático, acreditamos ser fundamental a abordagem a respeito da importância da educação continuada para a equipe de enfermagem. Portanto, tentaremos, ainda, que resumidamente, nos dedicarmos, a partir de agora, ao seu estudo.

A educação continuada é papel fundamental e importante do enfermeiro. Para SILVA, ela é definida como sendo “o conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento ao funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida institucional”. LEITE & PEREIRA (apud KURCGANT et alii. 1991 p. 149)

A educação continuada, enquanto filosofia da enfermagem, deve, de acordo com LEITE & PEREIRA (apud KURCGANT 1991), representar uma possibilidade de impulsionar o crescimento de nossos funcionários. Através dela, estaremos oferecendo oportunidades reais de estímulo ao potencial de cada um.

Assim, no que diz respeito, ao paciente transplantado hepático, cabe ao enfermeiro, especialmente, pela “novidade” do tema, promover, programas de educação continuada com sua equipe de trabalho, no cuidado integral, a esses pacientes.

Exercer essa função não é tarefa simples, uma vez que exige, para que realmente suas atividades aconteçam, a disponibilidade de recursos humanos, materiais, financeiros e físicos adequados, segundo LEITE & PEREIRA (apud KURCGANT 1991). Mas, acreditamos que devemos investir sempre nessa meta, afinal, dessa maneira, teremos as condições necessárias de assegurar um cuidado de enfermagem verdadeiramente qualificado.

5. A ATHACLIN e o seu Papel Fundamental Junto ao Paciente Transplantado Hepático

Antes, de tecermos as considerações finais, a respeito desse trabalho, nos deteremos numa rápida, mas, importante descrição da chamada ATHACLIN, que, por seu papel, representa hoje, para os envolvidos no Programa de Transplante Hepático Adulto do HCPA, a esperança e a garantia da realização de muitos de seus objetivos.

A ATHACLIN é a chamada Associação dos Transplantados Hepáticos Adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ela foi criada em 12 de dezembro de 1997, com o objetivo inicial de suprir as necessidades de medicamentos diferenciados - importados - imprescindíveis ao tratamento dos pacientes submetidos a transplante de fígado.

Hoje, no entanto, a ATHACLIN conta com 90 sócios, ao todo, entre pacientes no pré e no pós-operatório de transplante hepático. Suas funções estenderam-se e ela é, atualmente, a representante legal, responsável, na voz e vez dos seus membros, pela garantia da preservação da identidade e valorização dos direitos sociais e políticos dos transplantados hepáticos.

As reuniões dessa associação acontecem sempre nas segundas quartas-feiras de cada mês, no Plenarinho da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Assim, através desses

encontros mensais e no trabalho ativo de seus participantes, muito tem sido feito e conseguido pelos transplantados hepáticos. Por exemplo, poderemos citar a criação da Semana Estadual de Doação de órgãos e o comodato de um prédio de uma antiga delegacia de polícia, na grande Porto Alegre, que servirá de sede futura para a associação.

Entretanto, os ideais da ATHACLIN, não param por aí, e, esperamos sinceramente, que na força de vontade de seus membros e na expressão significativa de seus desejos, possa a associação empenhar-se cada vez mais na busca de melhoria das condições de vida dos pacientes transplantados hepáticos.

Considerações Finais

Realizar esse trabalho, junto aos pacientes do Grupo de Transplante Hepático Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, durante o período de estágio curricular, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi, sem dúvida, um desafio e uma recompensa.

Desafio, por descobrir, a cada dia, características novas que exigiam-me estudo, dedicação e perseverança para poder oferecer um cuidado de enfermagem qualificado e competente.

Recompensa, pois, aprendi muito com a convivência com esses pacientes. Com eles, tive a oportunidade de crescer, não só, profissionalmente, mas, acima de tudo, enquanto pessoa. Compreendi, no mais puro sentido, o valor do amor, da união, da fraternidade e da esperança.

Através desse trabalho, consegui não só identificar pontos que necessitavam de melhorias no atendimento a esse tipo particular de paciente cirúrgico, como havia me

proposto, inicialmente, mas, também, pude aprofundar meus conhecimentos na área.

Tive a oportunidade de sugerir algumas inovações no tratamento pós-operatório de enfermagem a ser oferecido ao paciente submetido ao transplante hepático e estou, hoje, com base nessa experiência, iniciando, a elaboração de um Manual de Orientação para o Atendimento ao Paciente no Pós-operatório de Transplante Hepático e ao Paciente no Pós-transplante Hepático Tardio, juntamente com a Enfermeira, do 7º andar, ala Sul do HCPA, Rosmari Wittmann Vieira.

Portanto, não tenho nem palavras para expressar minha gratidão, aos pacientes do Programa de Transplante Hepático Adulto do HCPA. Mas, espero, sinceramente, com esse trabalho, fruto de nossa convivência, estar correspondendo a confiança em mim depositada.

Através dele, objetivo, também, oferecer o estímulo necessário a futuros acadêmicos e demais profissionais da área da saúde, no desenvolvimento de pesquisas no tema e na luta em favor de sua causa.

Referências Bibliográficas

ADAMS P. *Patch Adams: o amor é contagioso*. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.

ATKINSON LD, MURRAY ME. *Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BONAMIGO TP. *Condutas Cirúrgicas*. Departamento de Cirurgia da Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, 1993.

CECIL. *Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

DORFEY CH. *Manual para Exames Radiológicos e Ultra-sonográficos - HCPA*. (em teste). 1999.

DUDAS S, BEYERS M. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Tratado de Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ. *Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FUCKS FD, WANNMACHER L. *Farmacologia Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

HARRISON. *Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1987.

HOEFEL H, KUPLICH N, KONKEWICZ L. *Medidas Gerais de Prevenção de Infecções em Pacientes Submetidos a Transplante Hepático*. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - HCPA. (no prelo) 1999.

JAMES B, WINGAARDEN MD, LLOYD HSM. *Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

KURCGANT P. *et alii*. *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.

MARQUIS BL, HUSTON C J. *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

NEUMANN J, ABBUD FILHO M, GARCIA VD. *Transplante de órgãos e tecidos*. São Paulo: Sarvier, 1997.

PUTZ R, PABST R. *Sobotta: Atlas de Anatomia Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

SMELTZER SC, BARE BG. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

SOARES MRA, WAECHTER FL, ÁLVARES-DA-SILVA MR, GOTTSCHALL CA. *Manual para Receptores de Transplante Hepático do HCPA*. HCPA, 1998.

STOCK PG. *et alii*, Transplante de Fígado. In: ____ *Clínica de Terapia Intensiva*. Rio de Janeiro: Interlivros, 1990.

VEIGA DA, CROSSETI MGO. *Manual de Técnicas de Enfermagem*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1996.

WALDOW VR. *Cuidado Humano: O resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998.