

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**“CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO INTRA OPERATÓRIO  
DE TRANSPLANTE HEPÁTICO”**

PAULA GARCIA MARANDOLA

Belo Horizonte

2010

PAULA GARCIA MARANDOLA

**“CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO INTRA OPERATÓRIO  
DE TRANSPLANTE HEPÁTICO”**

Monografia apresentado ao Curso de  
Especialização em Enfermagem  
Hospitalar do departamento de  
Enfermagem Básica da Escola de  
Enfermagem da UFMG.

Área de concentração: Transplantes

Orientadora: Prof Dra. Selme Silqueira  
de Matos

Belo Horizonte

2010

PAULA GARCIA MARANDOLA

**“Cuidados de Enfermagem no intra operatório de Transplante  
Hepático”**

**Monografia apresentada como pré-requisito para obtenção do título de  
Especialista em Enfermagem Hospitalar- Área de concentração-Transplantes  
da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
submetida à banca examinadora composta pelos seguintes membros:**

---

Profª Drª Selme Silqueira de Matos- orientadora

---

Profª Drª Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni

---

Profª Drª Aidê Ferreira Ferraz

Belo Horizonte, 21 de dezembro de 2010

## **RESUMO**

O estudo teve como objetivo identificar os principais cuidados de enfermagem realizados no intra operatório de transplante hepático. A revisão integrativa de literatura foi o método de pesquisa adotado. Foram utilizados como bases de busca: LILACS, SCIELO, MED LINE, COCHARE BUS e IBECS e selecionado como amostra três artigos. Os resultados evidenciaram que os cuidados de enfermagem consistem em prevenção de úlceras por pressão, prevenção de hipotermia, prevenção de infecção. Além da assistência direta ao paciente o enfermeiro é responsável pela conferência de todos os materiais necessários antes de iniciar a anestesia e orientação aos familiares/acompanhantes sobre a evolução do procedimento. O estudo confirma que a atuação do enfermeiro na fase intra operatória é de suma importância para o sucesso no pós operatório para a reinserção do paciente no seu contexto familiar e profissional. Considerando a incipiência na literatura de estudos sobre esse tema é necessário mais pesquisas sobre o assunto, uma vez que a utilização de seus resultados pode subsidiar a prática assistencial.

**Palavras Chaves:** Assistência de Enfermagem, intra operatório, transplante hepático.

## **ABSTRACT**

The study had to identify key nursing care performed in intra-operative liver transplantation. Literature's integrative review was the research method. Were used as data bases for search: LILACS, SciELO, MED LINE BUS COCHARE and IBECs and selected three sample articles. The study showed that nursing care results on prevention of pressure ulcers, prevention of hypothermia, infection prevention. Beyond direct patient care nurses are responsible for checking all the materials needed before starting anesthesia and guidance to family members / caregivers about the evolution of the procedure. The study confirms that nurses' performance in intra-operative phase is critical for success in post-operative rehabilitation for the patient in their context and family. Considering the weakness in the literature of studies on this topic requires more research on the subject, since the use of their findings can subsidize care.

**Keywords:** Nursing Care, intra-operative period, liver transplantation.

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2- OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3- REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1- INTRA OPERATÓRIO .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>13</b>
<b>4- REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1- PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA.....</b>	<b>16</b>
<b>4.2- REVISÃO INTEGRATIVA DE LITARATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>5- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICE 1.....</b>	<b>27</b>

## 1- INTRODUÇÃO

A história do transplante no Brasil teve início na década de 60, quando houve em 1964 o primeiro transplante de rim, no Rio de Janeiro. A partir daí o transplante renal foi se desenvolvendo paulatinamente enquanto que os demais órgãos foram suspensos e só retornaram na década de 80. Em 1985, ocorreu o primeiro transplante de fígado com êxito no Hospital das Clínicas de São Paulo e, anos depois, em outros centros em Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo, Campinas, Curitiba e Rio de Janeiro iniciaram seus programas (BORGES e BATISTA, 2010)

O transplante de órgãos, principalmente o de fígado, por se tratar de um procedimento de caráter multidisciplinar, necessita complexa infraestrutura de apoio, o que o torna um recurso muito dispendioso e de alcance ainda restrito, embora esteja em expansão em vários países em desenvolvimento. (PEREIRA, 2000)

O transplante hepático é o tratamento de eleição para doenças do fígado de evolução progressiva, irreversível e terminal que, com terapia conservadora, apresentam mortalidade de 70% ao ano. Embora tenha um custo econômico alto, tem permitido a reintegração de 68% dos indivíduos às atividades habituais, retribuindo à sociedade o investimento. Contudo, a falência do transplante, indicada pela perda do enxerto ou morte, costuma ocorrer em cerca de 36% dos indivíduos já no primeiro ano pós-transplante. A falência acontece devido à disfunção primária do enxerto, complicações do procedimento cirúrgico, trombose arterial e infecções, dentre outras. Intercorrências relacionadas a características do receptor, do doador e do procedimento cirúrgico, isoladas ou combinadas, não estão completamente conhecidas em diferentes contextos sociais. (OLIVEIRA, RENTERIA e GUIMARAES, 2007)

O transplante hepático é indicado, em princípio, para paciente portador de doença hepática aguda ou crônica, desde que outra forma de tratamento não tenha respondido, como por exemplo, tratamento clínico ou cirúrgico e que não tenha alguma contra indicação para o procedimento. (PEREIRA, 2000)

As principais doenças com indicação para transplante hepático podem ser classificadas em quatro categorias: as hepatopatias crônicas avançadas, insuficiência hepática fulminante, distúrbios metabólicos genéticos e os tumores malignos do fígado. (PEREIRA, 2000)

As contra-indicações para realizar o transplante hepático são classificadas em absolutas e relativas. Pode-se considerar contra-indicação absoluta quando se tem tumores malignos hepáticos com metástases extra-hepáticas, sepse extra-hepatobiliar, moléstias severas cardiopulmonar e sintomas de HIV. Para as contra-indicações relativas considera-se hepatopatias avançadas, esquistossomose mansoni hepatoesplênica descompensada com hipertensão pulmonar, trombose da veia porta, positividade para HIV, cirurgias abdominais previas extensas, obesidade e dificuldade de adesão do paciente ao programa de transplante hepático. (PEREIRA, 2000)

Evidentemente, em cada uma delas, existe um momento certo para o transplante, de forma a não indicá-lo muito precocemente, quando o paciente pode apresentar ainda mais alguns anos de vida produtiva, e também não indicá-lo muito tardiamente, quando as condições gerais do paciente estarão deterioradas e o resultado do procedimento não será tão satisfatório. (PEREIRA, 2000)

O trabalho do enfermeiro na assistência ao paciente do transplante hepático visa identificar e prevenir complicações e intervir para recuperação integral da qualidade de vida desse paciente. (GILLIAM,1991)



Justifica-se a elaboração deste trabalho para contribuir com informações sobre os cuidados a serem prestados ao paciente durante o intra-operatório de transplante hepático e assim direcionar a sistematização da assistência em enfermagem tornando-a mais qualificada.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivos.

**2- OBJETIVO**

Identificar os principais cuidados de enfermagem realizados ao paciente no intra-operatório de transplante de fígado.

### **3- REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1- INTRA OPERATÓRIO**

A fase intra operatória faz parte do processo cirúrgico que é constituído pelas seguintes fases: PR operatório, intra operatório e pós operatório. (SMELTSER E BARE, 2006)

Para essas autoras, a fase intra operatória inicia quando o paciente é transferido para a sala de cirurgia e termina quando é encaminhado para a sala de recuperação pós anestésica ou ,para pacientes graves, ao Centro de Terapia Intensiva (CTI).

##### **3.1.1- Atividades de enfermagem na fase intra- operatória, segundo as mesmas autoras:**

###### **Manutenção da segurança:**

- manter o ambiente asséptico;
- gerenciamento efetivo de recursos humanos, equipamentos e suprimentos para o cuidado individualizado do paciente;
- transferir o paciente para a mesa cirúrgica;
- posicionar o paciente de modo adequado;
- aplicar dispositivo de aterramento no paciente;
- assegurar-se que a contagem de agulhas, compressas e instrumentos estão adequados;
- preencher a documentação intra operatória.

###### **Monitorização fisiológica**

- calcular os efeitos do ganho ou perda de líquidos excessivos sobre o paciente;
- distinguir os dados cardiopulmonares normais dos anormais;
- reportar alterações nos sinais vitais do paciente;

- instituir medidas para promover normotermia.

**Apoio psicológico ao paciente-** antes da indução anestésica ou quando paciente permanece consciente:

- fornecer apoio emocional para o paciente

### **3.1.2- Efeitos adversos potenciais da cirurgia e anestesia (SMELTSER E BARE, 2006)**

O procedimento anestésico-cirúrgico influencia todos os principais sistemas. Felizmente a maioria dos pacientes conseguem compensar o trauma cirúrgico e os efeitos da anestesia , mas todos estão em risco durante o procedimento operatório. A seguir estão listados esses riscos:

- disritmia cardíaca por distúrbio eletrolíticos ou efeito adverso dos agentes anestésicos;
- depressão miocárdica, bradicardia e colapso circulatório a partir de níveis tóxicos dos anestésicos locais;
- agitação do sistema nervoso central, convulsão e parada respiratória a partir de níveis tóxicos dos anestésicos locais;
- sedação excessiva ou deficiente durante a sedação moderada;
- agitação ou desorientação, principalmente em paciente idosos;
- hipoxemia ou hiper carbica a partir da hipoventilação e suporte respiratório inadequado durante a anestesia;
- trauma laríngeo, trauma oral e dentes quebrados pela intubação difícil;
- hipotermia devido às temperaturas frias na sala de cirurgia, exposição das cavidades corporais e termoregulação prejudicada secundária aos agentes anestésicos;
- hipotensão a partir da perda sanguínea ou efeito adverso da anestesia;

- infecção
- trombose por compressão de vasos sanguíneos ou estase;
- coagulação intravascular disseminada;
- hipertermia maligna secundária ao efeito adverso da anestesia;
- lesão nervosa, ruptura cutânea por posicionamento prolongado ou impróprio;
- queimadura ou choque elétrico;
- intoxicação medicamentosa;
- náusea e vômitos
- anafilaxia, em resposta a medicamentos administrados, látex ou outras substâncias.

### **3.2- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste em uma metodologia para sistematizar a assistência de enfermagem subsidiada pelos princípios do método científico. É um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro. Com a utilização da SAE é possível detectar situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como se embasar para intervir na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (TRUPPEL ET AL,2009)

A SAE proporciona ao enfermeiro identificar situações de saúde e doença, que subsidiarão ações de enfermagem, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos. O processo de enfermagem é a maneira sistemática e dinâmica de prestar cuidado de enfermagem, através do cuidado humanizado, orientado e de baixo custo. Além disso, incentiva os enfermeiros a avaliar suas ações e o que podem fazer para melhorar a assistência de enfermagem aos pacientes (AMANTE ET AL, 2009).

Desta forma, acredita-se que a SAE tem relevância em todos os níveis de assistência, incluindo a assistência ao paciente crítico, submetido a transplante hepático.

A implementação da SAE proporciona avanços na qualidade da assistência, o que incentiva sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde, além de proporcionar cuidados individualizados e auxílio no processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem. (ANDRADE e VIEIRA, 2005)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, melhorando o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. (GARCIA e NOBREGA, 2000)

A Resolução COFEN nº 272/2002 surgiu em agosto de 2002 como apoio legal para a implementação dessa prática em âmbito nacional, dispondo sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras e sobre a função privativa do enfermeiro de implantar, planejar, organizar, executar e avaliar o processo de Enfermagem, do qual faz parte: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Em 15 de outubro de 2009 a Resolução COFEN nº 272/2002 foi revogada pela Resolução COFEN 358/2009. Segundo a Resolução COFEN 358/2009, o Processo de Enfermagem deve ser realizado em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter relacionadas, interdependentes e recorrentes, de acordo com a resolução 358/2009:

1ª - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

2ª - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem, e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

3ª - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem

4ª - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

5ª - Avaliação de Enfermagem - determina se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado.

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo os dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. (Resolução COFEN 358/2009)

## **4- REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO**

### **4.1- PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA**

O referencial teórico adotado para o desenvolvimento deste estudo é a Prática Baseada em Evidências – PBE. Trata-se de sínteses de informações que facilitam o acesso às mesmas e possibilitam conclusões baseadas na combinação de resultados oriundos de múltiplas fontes. Esse referencial facilita o trabalho dos profissionais da área da saúde, na medida em que fundamenta as decisões clínicas (CORDEIRO, 2007).

A medicina baseada em evidências originou-se do movimento da epidemiologia clínica anglo saxônica, no início da década de 1990, no Canadá. É um processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas. Apóia a experiência clínica com dados provenientes da epidemiologia clínica, complementadas com revisões sistemáticas da literatura, para critérios decisórios em condutas assistenciais. (CASTIEL E POVOA, 2002).

Conforme Galvão et al (2003), a classificação hierárquica das evidências, para avaliação de pesquisas ou outras fontes de informação é baseada na categorização da Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ). A qualidade das evidências é classificada em seis níveis:

Nível 1: Metanálise;

Nível 2: Estudo individual com delineamento experimental;

Nível 3: Estudos com delineamento quase experimental como estudos sem randomização com grupo único pré e pós teste, séries temporais ou caso controle;

Nível 4: Estudos com delineamento não experimental como pesquisa descritiva correlacional e estudo de caso;

Nível 5: Relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas;

Nível 6: Opinião de autoridades respeitáveis baseadas na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.

#### **4.2- REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Neste estudo optou-se pela revisão integrativa que é composta por seis etapas, que estão descritas a seguir, conforme MENDES, SILVEIRA E GALVÃO (2008).



#### **4.2.1- Identificação do tema da pesquisa para a elaboração da revisão integrativa**

A revisão integrativa se inicia com a definição de um problema que apresente relevância para a saúde e enfermagem. A escolha de um tema que desperte o interesse do revisor torna este processo mais encorajador. Essa construção deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve incluir definições já aprendidas pelo pesquisador. O assunto deve ser definido de maneira clara e específica. (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008)

Segundo os mesmos autores, uma vez que a questão de pesquisa é bem delimitada, os descritores ou palavras-chave são facilmente identificados para a execução da busca dos estudos nas bases de dados disponíveis.

#### **4.2.2- Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura**

A abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento de amostragem, ou seja, quanto mais amplo for o objetivo da revisão mais seletivo deverá ser o revisor quanto à inclusão da literatura a ser considerada. Uma demanda muito alta de estudos pode inviabilizar a construção da revisão. (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008)

O procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão. (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008)

Segundo os autores acima é importante que todas as decisões tomadas referentes aos critérios de inclusão e exclusão dos estudos sejam documentadas e justificadas na descrição da metodologia da revisão.

No presente estudo a população foi constituída por meio de uma busca de literatura nas bases de dados LILACS, SCIELO, MED LINE, COCHARE BUS e IBECS ao utilizar o portal da Biblioteca Virtual em Saúde- BVS. Foi utilizado como ferramenta, o formulário básico.

Para consulta às bases de dados foram utilizados vocabulários livres e controlados, como descrito a seguir:

Na base de dados LILACS, MEDLINE e IBECS foram utilizados para definir a população a estratégia de busca, como descritores de assunto “transplante hepático” no primeiro campo e “cuidados de enfermagem” no segundo campo.

Já na base de dados SCIELO e COCHANE bus foram utilizados para definir a população a estratégia de busca, como palavras “transplante hepático” e “enfermagem”, uma vez que esta base de dados não possui como alternativa descritor de assunto.

Através de busca reversa foi localizado 01 artigo que respondia pergunta da presente revisão utilizada nos critérios de inclusão descritos a seguir.

Foram selecionados como amostra apenas os estudos que responderam a pergunta da presente revisão: Quais são os cuidados de enfermagem ao paciente adulto no intra-operatório de transplantes de fígado; artigos publicados em português, inglês e espanhol e que foram publicados entre os anos de 2000 a 2010.

#### **4.2.3- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados**

Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. O revisor tem como objetivo nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008)

Para facilitar processo de coleta e análise dos dados foi elaborado um instrumento para coleta de dados. Esse instrumento possui questões relacionadas às variáveis descritas no presente estudo. No apêndice 1, encontra-se disponível o instrumento utilizado.

#### **4.2.4- Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa**

Os estudos incluídos na amostra devem ser analisados de forma detalhada, para garantir a validade da revisão. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. A competência clínica do revisor contribui na avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para a utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática. (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008)

#### **4.2.5- Interpretação dos resultados**

O revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Devido à ampla revisão conduzida, é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem. A identificação de lacunas permite que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde. (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008)

#### **4.2.6- Apresentação da revisão**

A revisão integrativa deve incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão. É necessário que o revisor dê uma explicação clara dos procedimentos empregados em todas as etapas da revisão. A proposta da revisão integrativa é reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões poderão ser questionadas caso a sua construção não seja clara. (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008)

## 5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram localizados 6 artigos e selecionados como amostra 3 artigos, conforme quadro a seguir.

Quadro1: Quantitativos de literaturas por bancos de dados.

<b>Fonte</b>	<b>População</b>	<b>Amostra</b>
LILACS	4	2
MED LINE	1 *	1*
SCIELO	0	0
COCHARE BUS	0	0
IBECS	1	0
Outros artigos que não constam nos bancos de dados acima	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

\* O artigo encontrado na base de dados MED LINE encontra-se também na base de dados LILACS. Portanto considerei-o para contagem apenas na base de dados LILACS.

A assistência de enfermagem ao paciente transplantado é altamente especializada e requer para execução destas atividades o enfermeiro capacitado nas diversas fases do processo. ( MASSAROLLO e KURCGANT, 2000)

Para Sasso e Azevedo (2003) e Mendes e Galvão (2008) as intervenções direcionadas para prevenção de lesões são relevantes devido ao tempo cirúrgico prolongado.

Para prevenir as úlceras por pressões durante o intra operatório é indicado a proteção das proeminências óssea com placas de hidrocolóide ou filme transparente,

para proteger o calcâneo pode-se adicionar bota de espuma tipo “salva-pé”. (MENDES e GALVÃO, 2008)

Sasso e Azevedo (2003) acrescentam que o posicionamento cirúrgico também é importante para preservar a integridade da pele. Após posicionar o paciente em decúbito dorsal utiliza-se coxins sob os joelhos e calcâneos.

A hipotermia para Tramontini e Graziano (2007) é comum no intra operatório, devido ao tipo e dimensão da cirurgia, pelo ambiente cirúrgico e também pelo descontrole termo regulatório causado pela anestesia. Assim é importante preocupar-se com a temperatura corporal do paciente.

A este respeito Sasso e Azevedo (2003) recomenda o enfaixamento de membros inferiores com algodão ortopédico e atadura de crepom.

Também é observado na nossa prática, o uso de colchão térmico e aplicação de impermeável fixado com fita adesiva na linha media axilar direita e esquerda desde as axilas até o terço médio das coxas.

De acordo com Coelho et al (2003) a principal causa de óbito nos primeiros três meses após o transplante foi devido à infecção, complicações técnicas e não funcionamento primário da enxerto.

Ao considerar a infecção no pós operatório uma das principais causa de óbito, o enfermeiro deve intervir para diminuir este problema.

SASSO e AZEVEDO (2003) recomendam que o enfermeiro seja responsável pela lavagem do sítio cirúrgico com degermante e soro morno, além da inserção de sonda vesical de demora sob técnica asséptica.

Para que o procedimento anestésico-cirúrgico ocorra com tranquilidade, é necessário que o enfermeiro confira todo material na sala de cirurgia antes de iniciar o procedimento. (SASSO e AZEVEDO, 2003)

SASSO e AZEVEDO (2003) considera importante a orientação do enfermeiro aos familiares/acompanhantes no período do intra operatório. Consiste em orientá-los a permanecerem na sala de espera do centro cirúrgico e dizer que receberão informações sobre a evolução do procedimento a cada 2 horas.

Em relação ao controle de líquidos, Sasso e Azevedo (2003) sugerem que o enfermeiro anote as informações referentes a cirurgia: a monitorização das perdas sanguíneas, bem como o volume dos hemoderivados infundidos na fase hepática, anepática e neoepática em um quadro e após o procedimento transcreve para um impresso e anexa ao prontuário.

Esses autores orientam ainda que ao final do procedimento o enfermeiro acompanhe o paciente até o CTI, quando as informações dos cuidados de enfermagem específicos e necessários para o paciente recém transplantado seja transmitidas para o enfermeiro de plantão responsável pelo paciente.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Todo estudo tem seus limites, e este não é exceção, considerando a incipiência de artigos encontrados sobre o tema.

Após realizar a presente revisão foi possível identificar os principais cuidados de enfermagem realizados no intra-operatório de transplante hepático. Neste aspecto, o objetivo foi alcançado.

A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente no intra operatório é essencial para o sucesso do procedimento tanto no pós operatório imediato quanto no pós operatório tardio.

Esse profissional é responsável pela assistência prestada não só ao paciente, mas também aos familiares.

Assim considero de suma importância o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o assunto, uma vez que a utilização de seus resultados podem subsidiar a assistência de enfermagem no intra operatório de transplante e assim tornar a prática baseada em evidências.

## REFERÊNCIAS

- 1-CASTIEL,L.D; POVOA, E.C. **Medicina Baseada em Evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico.** *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, vol. 6. no.11. pag.117-132, ago. 2002
- 2-COELHO, J.C.U.; PAROLIN, M.B.; MATIAS, J.E.F.; JORGE, F.M.F.; CANAN JUNIOR, L.W. **Causa de óbito tardio em transplante de fígado.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2003;49 (2):177-180.
- 3-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272 de 27 de agosto de 2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras Disponível em [www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br). Acessado em 12/03/2010
- 4-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em [www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br). Acessado em 10/11/2010.
- 5-CORDEIRO, A.M; OLIVEIRA, G.M.;RENTERIA,J.M;GUIMARAES, C.A. **Revisão sistemática: uma revisão narrativa.** *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.* Rio de Janeiro. vol.34, no.6, 428-432, Nov/Dez. 2007..
- 6-DUARTE, M.M.F.; SALVIANO, M.E.M.; GRESTA, M.M. **Assistência de enfermagem em transplante hepático.** In: Pereira W.A. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora; 2000. Cap. 49, p.467-471.
- 7-GALVÃO, C.M. ;SAWADA,N.O. ;MENDES, I.A.C. **Revisão: A busca das melhores evidências.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* São Paulo.vol. 37, no.4, pag. 43-50.2003.



8-GILLIAM, J.E. **Roles of the liver transplant clinical nurse specialist.** Clin Nurse Spec 1991; 5:73-7.

9-KUSS, R.; BOURGET, P. **El hígado, el páncreas y el intestino.** In: KUSS, R.; BOURGET, P. (eds). Una historia ilustrada del trasplante de órganos. Rueil-Malmaison, Sandoz, 1992; 76-90.

10-MENDES, K.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Vol. 17, no.4, pag. : 758-764, Out-Dez 2008.

11-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3432 de 12 de agosto de 1998. -  
DOU Nº 154, disponível em  
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>. Acessado em 20/06/10.

12-OLIVEIRA, D.M.; DRACHLER, M.; OLIVEIRA, L.S. **Fatores de risco para a falência do transplante ortotópico de fígado no Rio Grande do Sul, Brasil** Cad. Saúde Pública v.23 n.1 Rio de Janeiro jan. 2007.

13-PEREIRA, W.A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora; 2000.

14-TRAMONTINI, CRAZIANO, K.U. **Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no intra operatório: avaliação de duas intervenções de enfermagem.** Rev. Latino-americana de Enfermagem. 2007; 15 (4): 626-631.

**APÊNDICE 1**

Instrumento- Coleta de Dados

Referência: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fonte: ( ) LILACS ( ) MEDLINE ( ) SCIELO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

Título do periódico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ano de publicação: \_\_\_\_\_

Tipo de publicação:

( ) Artigo ( ) Tese ( ) Dissertação

Quais os principais cuidados de enfermagem ao paciente adulto no intra operatório de transplante de fígado?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_