

**Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais**

POLLYANNA DE FATIMA CORDEIRO SILVA

**TRANSPLANTE HEPÁTICO:
Complicações Pós-operatória**

Belo Horizonte

2013

POLLYANNA DE FATIMA CORDEIRO SILVA

**TRANSPLANTE HEPÁTICO:
Complicações Pós-operatória**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar de Média e Alta Complexidade – Transplante- Doação de Órgãos e Tecidos da Escola de Enfermagem da UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profª Drª Daclé Vilma Carvalho.

Belo Horizonte

2013

S581t Silva, Pollyanna de Fátima Cordeiro.
Transplante Hepático [manuscrito]: complicações pós-operatório. /
Pollyanna de Fátima Cordeiro Silva. - - Belo Horizonte: 2013.
46f.: il.
Orientador: Daclé Vilma Carvalho.
Área de concentração: Enfermagem em Doação e Transplantes de
Órgãos e Tecidos.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Complicações Pós-operatórias. 2. Transplante de Fígado. 3.
Cuidados de Enfermagem. 4. Cuidados Pós-operatórios. 5. Dissertações
Acadêmicas. I. Carvalho, Daclé Vilma. II. Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM: WI 770



NOME DO ALUNO
POLLYANNA DE FÁTIMA CORDEIRO SILVA

TÍTULO DO TRABALHO

Transplante hepático : complicações pós-operatória

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos.

APROVADA: 05 de julho de 2013.

Prof. **DACLÉ VILMA CARVALHO**

(Orientadora)
(UFMG)

Prof. **SELME SILQUEIRA DE MATOS**

(UFMG)

Prof. **FABÍOLA CARVALHO DE ALMEIDA LIMA BARONI**

(UFMG)

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fazem parte da minha vida, por isso primeiramente agradeço a todos de coração.

Agradeço a minha mãe Geracina Cordeiro, por toda determinação e dedicação. Por ter aberto mão dos seus sonhos para que pudesse viver os meus.

Agradeço às minhas irmãs Luana Cordeiro e Tatiane Cordeiro, que por mais difíceis que fossem as circunstancias, sempre tiveram paciência e confiança.

Agradeço as minhas amigas de classe, pela força, compreensão e o carinho, seremos excelentes profissionais.

Agradeço minha orientadora, professora Daclé Vilma Carvalho, pela paciência e dedicação, que conseguiu corrigir meu trabalho com uma riqueza de cores e por ser uma excelente profissional.

Agradeço a professora Malvina Duarte, que me mostrou essa especialização com tanta doçura, na qual sou apaixonada. Sendo um espelho e referencia de profissional na minha vida.

Agradeço a minha coordenadora Livia Tolentino e a equipe de enfermagem no Centro Cirúrgico do Hospital Lifecenter, pelo apoio e contribuição para meu crescimento profissional.

Agradeço a Deus por estar ao meu lado, sendo meu melhor amigo, pai, me fazendo sentir a filha mais amada e por compreender minhas limitações e realizando os sonhos mais simples. Amo-te Deus.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Parâmetro para determinação do momento do transplante.....	18
Quadro 2	Classificação do nível e qualidade de evidência dos estudos.....	24
Quadro 3	Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa.....	29
Quadro 4	Estratégia de busca e seleção de publicações nas diversas bases de dados e bancos de dados.....	32
Quadro 5	Caracterização dos artigos da amostra.....	34
Quadro 6	Caracterização do autor principal dos estudos da amostra.....	36
Quadro 7	Síntese dos estudos relacionados pós-operatório do transplante de fígado.....	37
Quadro 8	Complicações no pós-operatório.....	39

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1	(A) Hepatojejunostomia em Y de Roux. (B) Aspecto final do enxerto hepático implantado. (C) Fechamento final e posição do dreno do transplante defígado.....	21
Figura 2	Componente da revisão integrativa da literatura	25
Gráfico 1	Área de Formação dos Autores.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PBE	Prática baseada em evidências
POI	Pós-Operatório Imediato
POM	Pós-Operatório Mediato
UTI	Unidade de Terapia de Intensiva

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo Identificar complicações apresentadas pelo paciente no pós- operatório do transplante hepático imediato e mediato. A prática baseada em evidencias consiste no referencial teórico adotado, e a revisão integrativa da literatura é o método de pesquisa selecionado. A busca dos estudos foi realizada na base de dados Scielo, Medline e Web of Science, cuja amostra foi sete artigos. Os resultados evidenciaram as complicações apresentadas pelos pacientes tais como: fístula biliar, estenoses biliares, trombose hepática, trombose tardia artéria hepática, hemoperitônio, falência primária do enxerto, rejeição aguda e gerais (respiratórias, cardiovasculares, renais, hematológicas, metabólicas, digestivas e infecciosas).

Descritores: Complicações Pós-Operatórias, Transplante de Fígado, Cuidados de Enfermagem: Cuidados Pós-Operatórios, Período Perioperatório.

ABSTRACT

This study aimed to identify complications presented by a patient after orthotopic liver transplantation immediate and mediate. Evidence based practice consists of the theoretical framework adopted, and integrative literature is the research method selected. A search of studies was performed in SciELO database, Medline and Web of Science, which sampled seven articles. The results showed complications in the hepatic postoperative which are biliary, biliary fistula, biliary strictures, hepatic thrombosis, late hepatic artery thrombosis, surgical complications (hemoperitoneum and vascular) graft (primary graft failure, acute rejection) and general (respiratory, cardiovascular, renal, hematologic, metabolic, digestive and infectious). Malnutrition should be treated prior to transplantation in order to lessen the chances of postoperative complications.

Key-words: Postoperative Complications, Liver Transplantation, Nursing Care: Postoperative Care, Perioperative Period.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 Aspectos Históricos do Transplante Hepático.....	14
3.2 Considerações Gerais Sobre Anatomia e Fisiologia do Fígado.....	15
3.3 O Processo de Transplante.....	16
4. REFERENCIAL TEÓRICO/METODOLÓGICO.....	23
4.1 Referencial Teórico/Práticas Baseada em Evidências	23
4.2 Referencial Metodológico/Revisão Integrativa.....	25
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
5.1 Tipo de Estudo.....	29
6. RESULTADOS.....	34
6.1 Características dos estudos.....	34
6.2 Complicações pós-operatórias identificadas.....	39
7. DISCUSSÃO.....	40
8 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE.....	46

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade o transplante de órgãos e tecidos é um procedimento terapêutico bem estabelecido e que apresenta bons resultados, em decorrência do aprimoramento da técnica cirúrgica, de medicamentos imunossupressores, de métodos eficazes de conservação de órgãos e da melhor compreensão e controle de fenômenos imunológicos (CINTRA; SANNA, 2005).

No Brasil o primeiro transplante realizado foi o transplante cardíaco, em maio de 1968, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, pela equipe liderada pelo Prof. Euryclides de Jesus Zerbini. Esse procedimento é considerado o 17º no mundo (CINTRA; SANNA, 2005).

Dentre os transplantes de órgãos sólidos tem-se o transplante de fígado, sendo o primeiro deles, realizado em humanos por Thomas Starzl em 1963. Entretanto, ressalta-se que o primeiro bem-sucedido transplante ocorreu em 1967, em Denver, nos Estados Unidos. No Brasil, o primeiro transplante de fígado bem-sucedido foi realizado em 1985, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (RAMOS; OLIVEITA; BRAGA, 2011).

Atualmente no Brasil há 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar os mais diversos transplantes de órgãos e tecidos, destacando dentre eles o transplante de fígado (BRASIL, 2012). No estado de Minas Gerais há cinco equipes de transplante hepático sendo quatro equipes em Belo Horizonte e uma em Montes Claros, estas realizaram no ano de 2012, um total de cento e dez transplantes de fígado de doadores cadáver (RBT, 2013).

Os resultados positivos do transplante hepático se devem a progressos na preservação do fígado, aperfeiçoamento de técnica cirúrgica, profilaxia e tratamento de infecções secundárias e melhor controle da rejeição, levando a uma ampla aceitação internacional (PORTELA *et al*, 2010).

Conceitualmente transplante hepático é indicado em pacientes com doença hepática aguda ou crônica grave e irreversível para a qual não existe tratamento alternativo eficaz na ausência de contraindicações para o procedimento (RUF; VILLAMIL, 2008).

Os candidatos a esse procedimento possuem uma qualidade de vida ruim e vivem na perspectiva de morte iminente. Assim, a inclusão do paciente na lista de

espera do transplante hepático representa a possibilidade de viver, a possibilidade de mudar de vida (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000).

O paciente incluído nos critérios necessários para indicação de transplante de fígado é submetido a uma ampla avaliação pré-operatória para investigação de contraindicação absoluta ou relativa e para definição do estado patológico atual (AGUIAR; BRAGA, 2011).

O objetivo do transplante é aumentar a sobrevida do paciente além de proporcionar uma melhora na qualidade de vida. No entanto algumas complicações podem surgir após o procedimento cirúrgico. Segundo Aguiar e Braga (2011), alterações de ordem psicológica podem estar presentes no momento da cirurgia ou no pós-operatório devido às reações fisiológicas do mau funcionamento do fígado ou a presença de complicações com necessidade de amplo período de internação hospitalar.

O pós-operatório imediato é compreendido como um período em que o paciente se encontra sob efeito anestésico e ventilação artificial, carecendo de cuidados intensivos e monitoração constante de seus sinais vitais e drenagens. Destaca-se que o sucesso do procedimento não está relacionado apenas ao procedimento cirúrgico em si, mas também à atuação da equipe de enfermagem no pós-operatório e fundamentalmente, às condições clínicas do paciente.

O ambiente hospitalar, a internação, o centro cirúrgico, o isolamento e o medo do desconhecido, entre outros aspectos, influenciam na percepção sobre a experiência do transplante e na adesão ao plano de tratamento no pós-operatório (AGUIAR; BRAGA, 2011).

Em face do exposto, da complexidade da intervenção cirúrgica e da susceptibilidade do paciente transplantado, principalmente no pós-operatório, em que o paciente poderá ser encaminhado para unidade de transplante ou na maior parte para unidade de terapia intensiva, possuindo dispositivos como drenos, tubos, sonda vesical de demora, monitorização invasiva. Surgiu a necessidade de realizar uma pesquisa que identificasse as complicações apresentadas pelos pacientes nesse período.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para que a equipe de enfermagem trabalhe com prevenções de possíveis agravos, quando possível ou os identifique precocemente, a fim de prestar uma assistência de qualidade.

2 OBJETIVO

- Identificar complicações apresentadas pelo paciente no pós-transplante hepático.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos Históricos do Transplante Hepático

Os transplantes hepáticos apresentaram um grande progresso quanto a seus resultados, desde o primeiro transplante, realizado por Starzl em 1963. Os índices de sobrevivência foram baixos nos primeiros casos até que em 1967, uma criança de dezoito meses de idade viveu mais de treze meses antes de sucumbir com metástase de seu hepatoma original (PEREIRA, 2004).

Em 1981, Starzl, em Denver, e Calne, em Cambridge, observaram que, apesar da resolução da maior parte dos problemas cirúrgicos e de suporte pós-operatório, os resultados com os imunossupressores utilizados eram ainda inferiores aos dos transplantes renais e cardíacos (PEREIRA, 2004).

O aprimoramento da técnica cirúrgica, novos medicamentos imunossupressores, métodos mais eficazes de conservação de órgãos, aliados à melhor compreensão e ao controle dos fenômenos imunológicos, têm sido determinantes para esse progresso (PEREIRA, 2004).

A descoberta da ciclosporina em 1970, por Borel, e sua utilização clínica por Calne, a partir de 1979, deu novo alento às equipes de transplantes hepáticos e uma nova era do transplante iniciou-se com a redução da rejeição de forma significativa (BAGGIO; LIMA, 2009).

Outro avanço no regime de imunossupressão foi a introdução do tacrolimus. Os primeiros estudos foram publicados em 1987, e os estudos clínicos foram iniciados dois anos mais tarde, em Pittsburgh (BAGGIO; LIMA, 2009).

No Brasil, o primeiro transplante de fígado foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por Monteiro Cunha, em 1968. Em 1989, Raia, realizou, nesse mesmo hospital, o primeiro transplante hepático do mundo com doador vivo (PEREIRA, 2004).

A utilização de uma circulação extracorpórea venovenosa, a partir de 1982, também é um dos aspectos marcantes desse período, bem como a solução de conservação de órgãos (UW), introduzida a partir de 1987, que, ao ampliar o tempo de conservação do fígado, trouxe uma série de vantagens, tais como: estudo de compatibilidade entre doador e receptor, retirada e transporte de enxertos de regiões distantes, redução do tamanho do fígado para crianças e a possibilidade de preparar

um segundo candidato para o transplante caso se encontre uma contraindicação para a primeira à laparotomia (PEREIRA, 2004).

O elemento determinante continuou sendo, de toda forma, a conjugação do saber com o conhecimento até então dispersos pelas diferentes especialidades médicas (PEREIRA, 2004).

3.2 Considerações gerais sobre anatomia e fisiologia do fígado

O fígado, a maior glândula do corpo, pode ser considerado uma fábrica química que produz, armazena, altera e excreta um grande número de substâncias envolvidas no metabolismo. A localização do fígado é essencial nessa função, porque ele recebe o sangue rico em nutrientes diretamente do trato gastrointestinal e, em seguida, armazena ou transforma esses nutrientes em substâncias químicas que são utilizadas em outras regiões do corpo para as necessidades metabólicas (SMELTZER *et al*, 2008).

Particularmente o fígado é importante na regulação do metabolismo da glicose e proteína, fabrica e secreta a bile, que possui um papel importante na digestão e absorção dos lipídios no trato, remove os produtos residuais da corrente sanguínea e os secreta na bile. A bile produzida pelo fígado é armazenada temporariamente na vesícula biliar que esvazia quando a bile penetra no intestino (SMELTZER *et al*, 2008).

Desempenha importante papel no metabolismo da glicose e na regulação da concentração da glicose sanguínea. Dentre outras funções destaca-se a conversão da amônia, o metabolismo da proteína, metabolismo dos lipídios, armazenamento de vitamina A, D e várias vitaminas do complexo B além de substâncias como ferro e cobre, metabolismo medicamentoso, formação de bile e excreção de bilirrubina (SMELTZER *et al*, 2008).

A disfunção hepática resulta da lesão direta das células do parênquima hepático, devido às doenças hepáticas primárias, ou indiretamente, devido a obstrução do fluxo biliar ou desarranjos da circulação hepática (SMELTZER *et al*, 2008).

Os processos patológicos que levam a disfunção hepatocelular podem ser provocados por agentes infecciosos, como bactérias e vírus, e por anóxia, distúrbios metabólicos, toxinas, medicamentos, deficiências nutricionais e estados de

hipersensibilidade. A regeneração celular pode acontecer quando o processo patológico não é tão tóxico para as células. O resultado da doença parenquimatosa crônica é o tecido fibrótico e enrugado observado na cirrose (SMELTZER *et al*, 2008).

As consequências da doença hepática são numerosas e variadas, levam frequentemente a incapacidade, e mesmo ao risco de morte, sendo sua presença um sinal de mal prognóstico. Os sintomas mais comuns da doença hepática são: icterícia (resultante da concentração aumentada de bilirrubina no sangue), hipertensão porta, ascite e varizes (resultantes de alterações circulatórias dentro do fígado doente, produzindo hemorragias GI graves e acentuada retenção de sódio e líquido), deficiência nutricionais (resultante da incapacidade das células hepáticas lesionadas em metabolizar determinadas vitaminas) e encefalopatia ou coma hepático (refletindo acúmulo da amônia sérica devido ao metabolismo protéico prejudicado pelo fígado comprometido)(SMELTZER, *et al*, 2008).

Além disso, existem, ainda, outras manifestações da disfunção do fígado que causam diversos prejuízos ao organismo, como o desenvolvimento de edema generalizado causado por hipoalbuminemia resultante da produção hepática aumentada de albumina, equimoses, epistaxe, sacramento de feridas causadas pelo aumento de fatores de coagulação sanguíneo pelo fígado (SMELTZER *et al*, 2008).

Os distúrbios hepáticos podem ser virais ou não virais. A hepatite considerada o distúrbio viral mais conhecido é uma infecção viral sistêmica na qual a necrose e a inflamação das células hepáticas produzem um agrupamento característico de alterações clínicas, bioquímicas e celulares. São identificados cinco tipos definitivos de hepatite viral: as hepatites A, B, C, D e E. As hepatites A e E são semelhantes na modalidade de transmissão (via fecal – oral), enquanto as hepatites B, C e D compartilham muitas outras características (SMELTZER *et al*, 2008).

Os distúrbios hepáticos não virais são caracterizados por determinadas substâncias químicas possuem efeitos tóxicos sobre o fígado. Produzem necrose aguda ou da célula hepática ou hepatite tóxica, destacando também a hepatite induzida por medicamento, insuficiência hepática fulminante, cirrose hepática podendo ser alcoólica, pós-necrótica ou biliar. Além disso, existem tumores de fígado, podendo ser primários e secundários (SMELTZER *et al*, 2008).

3.3 O Processo de Transplante

Candidato ao Transplante

O transplante de fígado é considerado o tratamento de eleição para casos de doença hepática progressiva, irreversível e terminal, o qual não encontra outro tipo de tratamento (MASSAROLLO; KURCAGANT, 2000). É considerado também como um dos procedimentos mais complexos da cirurgia moderna, uma vez que interfere com diversas funções do organismo.

Os candidatos a esse procedimento possuem uma qualidade de vida ruim e vivem na perspectiva de morte iminente. A inclusão destes na lista de espera do transplante representa a possibilidade de viver. No entanto, a longa espera na lista, devido ao baixo número de doadores, juntamente com o alto índice de complicações, além do aumento da gravidade de alto risco para o procedimento, acarreta uma alta taxa de mortalidade para os potenciais receptores, fazendo com que para muitos, a morte preceda a disponibilidade de um órgão para ser transplantado (MASSAROLLO; KURCAGANT, 2000).

As doenças hepáticas que se constituem atualmente em indicações para o transplante são classificadas em quatro categorias principais: as hepatopatias crônicas avançadas, a insuficiência hepática fulminante, os distúrbios metabólicos genéticos, e os tumores malignos do fígado (PEREIRA, 2004).

Para o diagnóstico correto e a tentativa de definir o momento adequado para a realização do transplante, criou-se alguns parâmetros, descritos no quadro 1.

Quadro 1- Parâmetro para determinação do momento do transplante

Insuficiência hepática fulminante

Bilirrubinas séricas > 10-20mg/dL, em elevação.
 Tempo de protombina > 10 s do normal, em elevação.
 Encefalopatia (grau 3), em progressão .

Hepatopatias crônicas

Colestáticas

Bilirrubinas séricas > 15 mg/dL.
 Prurido intratável.
 Doença óssea intensa

Hepatocelulares

Albumina sérica < 2,5 g /dL
 Encefalopatia Hepática
 Tempo de protrombina > 5 s do normal

Fatores comuns aos dois tipos de hepatopatias

Síndrome hepatorrenal
 Peritonite bacteriana espontânea recidivante
 Ascite intratável
 Sacramento recidivante por varizes
 Episódios recidivantes de sepse biliar
 Surgimento de tumores malignos no fígado

Fonte: GORDON *et al*, 1995 apud PEREIRA, 2004

Algumas das doenças para as quais o transplante hepático pode estar indicado incluem: hepatopatias crônicas virais avançadas, hepatopatias alcoólicas, hepatites crônicas ativas auto-imunes, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária, insuficiência hepática fulminante, tumores hepáticos, atresia biliar, síndrome de Budd-Chiari, distúrbios genéticos do metabolismo, esquistossomose mansoni hepatoesplênica descompensada.

Para a não realização do transplante hepático existem dois tipos de contraindicação a de caráter absoluto ou relativo. Entre as de caráter absoluto estão tumores malignos hepáticos com metástases extra-hepáticas, sepse extra-hepatobiliar (que pode ser abolida), moléstias cardiopulmonares severas e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (PEREIRA, 2004).

Entre as contraindicações relativas estão hepatopatias avançadas, como a hepatite pelo vírus B com replicação viral ativa, esquistossomose mansoni

hepatoesplênica descompensada com hipertensão pulmonar, trombose da veia porta, positividade para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cirurgias abdominais prévias extensas, obesidade intensa e má adesão do paciente ao programa de transplante hepático (PEREIRA, 2004).

Para ser incluído na lista de espera, o paciente é submetido a uma avaliação referente à sua condição clínica, psicológica e social. São realizados exames laboratoriais, radiológicos e outros exames complementares, além de consultas com especialistas da área médica e com outros especialistas da equipe multiprofissionais, incluindo enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo e assistente social. O intuito é certificar-se da inexistência de contraindicações físicas, psicológicas e sociais para o transplante.

Os critérios para a inclusão na lista de espera é baseada exclusivamente na compatibilidade ABO e peso do doador. É aceito uma diferença de peso do doador de 20% para mais ou para menos (PEREIRA, 2004).

O paciente deve passar por uma avaliação completa da reserva hepática e da saúde geral, conhecida como classificação do Modelo da Doença Hepática em estágio terminal (Model OF End Stage Liver Disease – Meld) que prioriza os pacientes mais graves, utiliza-se de parâmetros de níveis séricos de bilirrubina, tempo de protombina e creatinina (SMELTZER *et al*, 2008). Este modelo estima o risco de mortalidade dentro de três meses e é usado para priorizar a alocação de órgãos por gravidade (KAMATH, *et al*, 2001).

Característica do Doador Cadáver

O doador vai ser sempre um indivíduo com morte encefálica. Constitui fatores de risco ou mesmo de contraindicação ao aproveitamento do fígado: um episódio prolongado de hipóxia, de hipotensão, a reanimação cardiopulmonar comparada cardíaca e massagem e um quadro inicial de insuficiência multivisceral ou uma reanimação ultrapassando três a quatro dias (PEREIRA, 2004).

Os exames laboratoriais para analisar os níveis de creatinina, ureia e leucócitos. O painel sorológico deve incluir anti-HIV, HbsAg, anti-hbS total, anti-HCV, anti-T. *cruzie* sífilis. A avaliação visual manual do fígado pelo cirurgião é o principal elemento de decisão (PEREIRA, 2004).

Avaliação do Doador Vivo

A avaliação do doador vivo é feita em diferentes etapas. Primeiramente, são discutidas as várias alternativas de transplante e a possibilidade de aguardar pelo enxerto de cadáver, em função da condição clínica do receptor (PEREIRA, 2004).

A avaliação clínica é constituída de história e exame físico detalhado. Os exames laboratoriais incluem análise bioquímica, hematológica, testes de função hepática e renal, marcadores tumorais, sorologia para hepatite, lues, Chagas e HIV, ecografia com Doppler, a tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Muitos grupos realizam a arteriografia hepática rotineiramente (PEREIRA, 2004).

Procedimento Cirúrgico

O fígado do doador é perfundido com um conservante e resfriado, lavado com solução de lactato de Ringer frio para remover o potássio e as bolhas de ar. A presença de hipertensão porta aumenta a dificuldade do procedimento. Para minimizar esse problema muitos centros utilizam os by-pass venovenoso, o qual descomprime o sistema venoso abaixo do diafragma desviando temporariamente o sangue para a veia cava superior através da veia axilar (FRIEDMAN *et al*, 2003, apud SMELTZER *et al*, 2008).

As anastomoses (conexões) dos vasos sanguíneos e do ducto biliar são realizadas entre o fígado doador e o fígado receptor. Existem dois tipos de anastomose. A reconstrução biliar é realizada com uma anastomose termino-terminal dos ductos biliares comuns do doador e receptor, com um tubo em T com stent inserido para a drenagem eterna da bile.

Quando uma anastomose término-terminal não é possível por causa de ductos biliares doentes ou ausentes, é feita uma anastomose termino-lateral entre o ducto biliar comum do enxerto e uma alça do jejuno (porção do Y de Roux) (FIGURA 1). Nesse caso a drenagem biliar é interna, não sendo inserido um tubo em T. As figuras B e C ilustram o aspecto final do fígado enxertado e o fechamento final e posição do dreno. (KELLY *et al*, 2004 apud, SMELTZER *et al*, 2008).

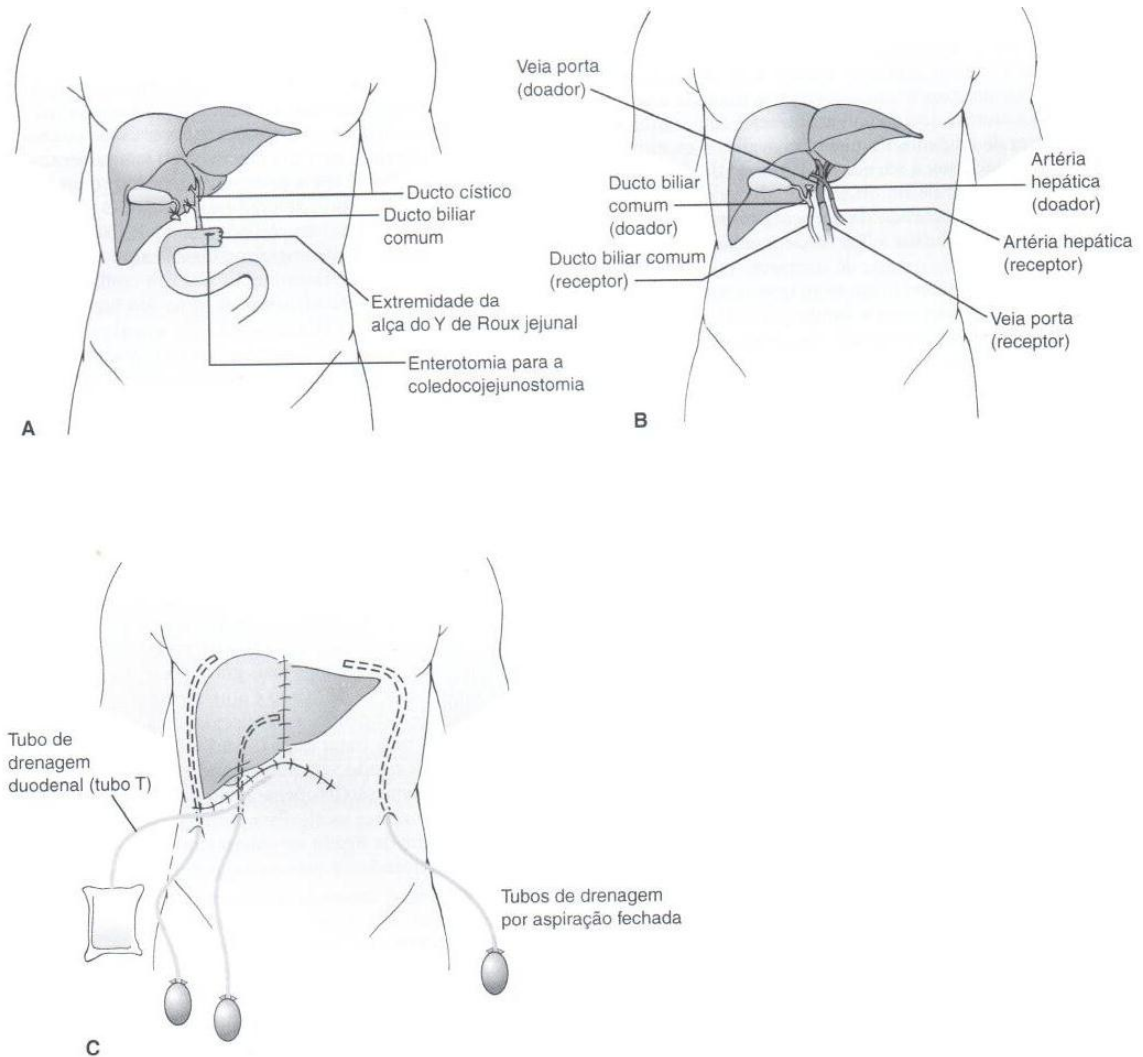


FIGURA1 - (A) Hepatojejunostomia em Y de Roux. (B) Aspecto final do enxerto hepático implantado. (C) Fechamento final e posição do dreno do transplante de fígado.

FONTE: SMELTZER, *et al*, 2008.

O transplante de doador vivo está sendo realizado cada vez mais de um adulto para outro usando lobos direitos inteiros, embora seja controverso, porque é um procedimento cirúrgico maior para o doador. Os resultados indicaram que esse procedimento não é apropriado para pacientes com doença hepática gravemente descompensada (FRIEDMAN *et al*, 2003, apud SMELTZER *et al*, 2008).

O transplante de fígado é um procedimento cirúrgico demorado, em parte porque o paciente com insuficiência hepática frequentemente apresenta hipertensão porta, exigindo a ligação de muitos vasos colaterais venosos. A perda sanguínea durante o procedimento cirúrgico pode ser extensa. Quando o paciente apresenta adesões devido à cirurgia abdominal previa, a lise das aderências é frequentemente necessária (SMELTZER *et al*, 2008).

Período Pós- Operatório

A taxa de complicações pós-operatória é alta, principalmente por causa das complicações técnicas ou da infecção. As complicações pós-operatórias imediatas podem incluir o sangramento, infecção e rejeição. A ruptura, infecção, obstrução da anastomose biliar e a drenagem biliar prejudicada podem acontecer. A trombose e a estenose vasculares são complicações potenciais (SMELTZER *et al*,2008).

Compreende período pós-operatório todo o período após a realização do procedimento anestésico-cirúrgico, que se subdivide em três momentos: Recuperação anestésica, pós-operatório imediato (POI) e pós-operatório mediato (POM).

Recuperação anestésica desde a chegada do paciente na recuperação anestésica até sua alta para a unidade de origem. Cirurgias de grande porte, como a de transplante, os pacientes são encaminhados a Unidade de Terapia de Intensiva (UTI) e permanecem nesta unidade durante o POI (SOBECC, 2009).

Compreende o pós-operatório, as primeiras 24 horas após a intervenção cirúrgica. A permanência na sala de recuperação pós-operatória ou na UTI está aqui incorporada, assim como a recuperação em casa, nos casos em que o paciente tenha sido submetido a um procedimento em nível ambulatorial e tenha tido alta ainda em POI (SOBECC, 2009).

O pós-operatório mediato inicia-se após as primeiras 24 horas que se seguem à cirurgia e se estende até a alta do paciente ou mesmo após seu retorno ao domicílio. O tempo desta etapa é variável, segundo o procedimento ao qual o cliente foi submetido (SOBECC, 2009).

4 REFERENCIAL TEÓRICO/METODOLÓGICO

4.1 Referencial teórico-Prática Baseada em Evidências

A prática baseada em evidências (PBE) originou-se no Canadá com um grupo de estudos da Universidade McMaster, na década de 1980, com a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e do ensino. No trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane, deu-se a sua origem e, o seu desenvolvimento ocorreu paralelamente ao acesso à informação (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

A partir de 1990, esse movimento ganhou espaço também em outros países principalmente no Reino Unido e Estados Unidos da América. No Brasil, esse movimento desenvolveu-se principalmente em universidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

A origem da enfermagem baseada em evidências foi no movimento da medicina baseada em evidências, e pode ser definida como o uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupo de pacientes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

A PBE é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares da prática baseada em evidências; assim, para a implementação desta abordagem em qualquer área da saúde, o profissional deve ter habilidade para obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas para auxiliar a tomada de decisão em relação à assistência prestada ao cliente e seus familiares (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Segundo Mendes, Silveira & Galvão (2008), envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos.

Para que se possa escolher a melhor evidencia possível, estas são classificadas em níveis hierárquicos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Stetler *et al* (1998) apresentam a classificação descrita abaixo (QUADRO 2).

Quadro 2 - Classificação do nível e qualidade de evidência dos estudos

Nível e qualidade de evidência	Nível e qualidade de evidência
Nível 1	Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados
Nível 2	Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental.
Nível 3	Evidências de estudos quase- experimentais.
Nível 4	Evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa.
Nível 5	Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
Nível 6	Evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Fonte: STETLER, *et al*, 1998.

O conhecimento da hierarquia das evidências fornece diretrizes que podem auxiliar o enfermeiro na avaliação crítica das pesquisas, ou seja, conhecer a abordagem metodológica que a pesquisa está inserida consiste em aspecto crucial para a utilização de resultados de pesquisas na prática profissional e consequentemente a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Para que se tenha uma prática baseada em evidência é necessário “produzir” evidencias através de pesquisas científicas. As iniciativas da PBE têm gerado um incremento na produção de todos os tipos de pesquisas de revisão de literatura. Dentre estes tipos tem-se a meta-análise, revisão sistemática e revisão integrativa.

A meta-análise é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados. O delineamento e as hipóteses dos estudos devem ser muito similares, se não idênticos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão sistemática, por sua vez, é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

4.2 Referencial Metodológico/ Revisão Integrativa

Neste item foi destacada a revisão integrativa por ser o método escolhido para este estudo.

A revisão integrativa combina dados da literatura teórica e empírica com variados propósitos tais como: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos específicos, ampla amostra, juntamente com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Podendo ser visualizada na figura 2 e serão apresentadas detalhadamente a seguir.

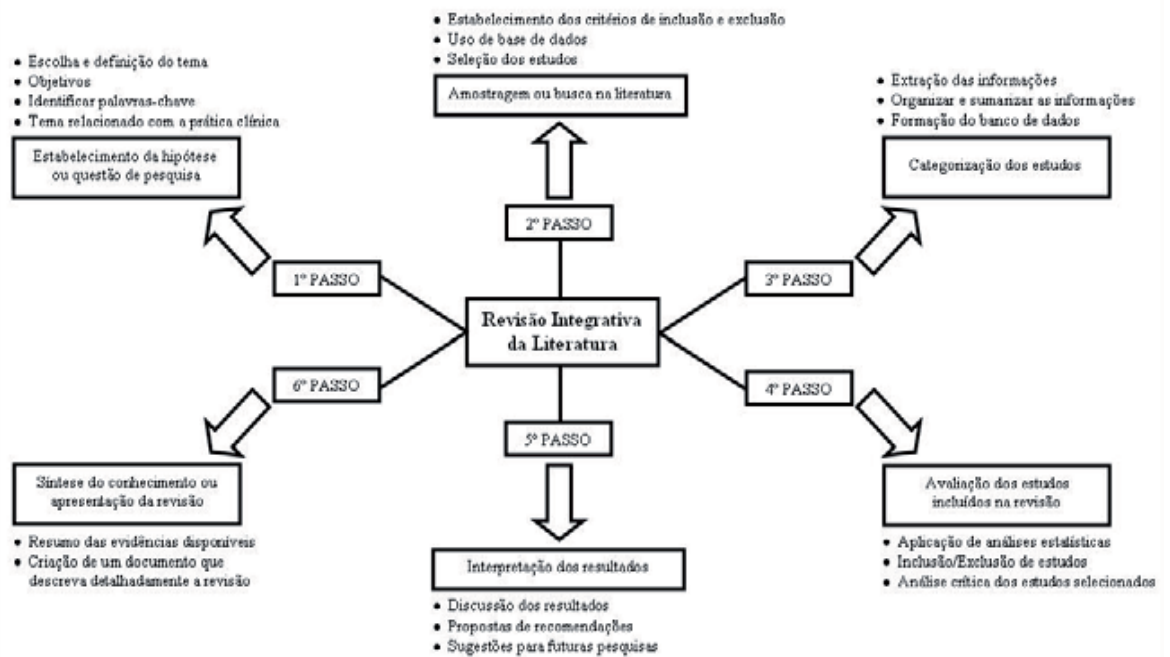


Figura 2 - Componente da revisão integrativa da literatura

FONTE: MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008.

1ª Etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

A primeira etapa serve como norte para a construção de uma revisão integrativa e do processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O sucesso de um estudo de revisão está pautado no desenvolvimento correto de sua primeira etapa, portanto, identificar a melhor evidência requer adequada construção da pergunta de pesquisa e de revisão da literatura.

A forma preconizada é conhecida pela sigla PICO. Conforme apresentado por Nobre, Bernardo & Jatene (2003).

P de paciente ou população,

I de intervenção ou indicador,

C de comparação ou controle

O de “outcome”, que na língua inglesa significa desfecho clínico, resultado, ou por fim, a resposta que se espera encontrar nas fontes de informação científica

Sem estes cuidados as pesquisas em bases de dados informatizadas costuma resultar em ausência de informação ou em quantidade muito grande de informação que não está relacionada com o nosso interesse (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003).

2ª etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Inicia-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. Esse 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; GALVÃO, 2008).

3ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Para a identificação dos estudos, realiza-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca, para posteriormente verificar sua adequação aos critérios de inclusão do estudo. A partir da conclusão desse procedimento, elabora-se uma tabela com os estudos pré-selecionados para a revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

4ª etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Essa etapa compreende como análise críticas, que procura explicação para os resultados diferentes ou contrários nos diversos 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; GALVÃO, 2008).

5ª etapa: interpretação dos resultados

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. 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. Com isso permite que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas

direcionadas para a melhoria da assistência à saúde (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

6ª etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A revisão integrativa deve permitir informações que possibilitem que os leitores avaliem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão. Essa última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição de todas as fases percorridas pelo pesquisador, de forma criteriosa, e deve apresentar os principais resultados obtidos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo

No presente estudo, o referencial metodológico adotado foi à revisão integrativa adotando-se as fases apresentadas Mendes, Silveira & Galvão (2008).

1ª Etapa identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

Após a escolha do tema, definiu-se a questão norteadora utilizando a estratégia PICO apresentada no Quadro3 que segue abaixo.

Quadro 3 - Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou Problema	Paciente submetido ao transplante hepático.
I	Intervenção	Não se aplica
C	Controle ou Comparação	Não se aplica.
O	Desfechos (<i>outcomes</i>)	Identificação de complicações no pós-operatório

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora, 2012.

Para esta pesquisa, considerando o PICO, formulou-se a seguinte pergunta: quais complicações ocorrem no pós-operatório de transplante hepático?

2ª Etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Para a identificação e seleção dos estudos optou-se por descritores *controlados*, conhecidos como "títulos de assuntos médicos" ou "descritores de assunto", que são utilizados para indexação de artigos nas bases de dados (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). O vocabulário de descritores *controlados* usado nessa pesquisa foi o da Base de dados Descritores em Ciências da Saúde

(DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), e foram selecionados os seguintes descritores:

- **Complicações Pós-Operatórias:** Processos patológicos que afetam pacientes após um procedimento cirúrgico. Podem ou não estar relacionados à doença pela qual a cirurgia foi realizada, podendo ser ou não resultado direto da cirurgia.
- **Transplante de Fígado:** Transferência de uma parte do fígado ou do fígado inteiro, de um ser humano ou animal a outro.
- **Cuidados de Enfermagem:** Cuidados prestados ao paciente pela equipe de enfermagem.
- **Cuidados Pós-Operatórios:** Cuidados que se inicia quando o paciente é removido da cirurgia, e que visa satisfazer as necessidades psicológicas e físicas do paciente logo após uma cirurgia.
- **Período Perioperatório:** Períodos de tempo imediatamente antes, durante e que se segue a uma operação cirúrgica.
- **Enfermagem Perioperatória:** Cuidados de enfermagem prestada ao paciente antes, durante e depois da cirurgia.

Para a identificação dos estudos que compuseram a amostra dessa pesquisa, usando descritores *controlados* e *não controlados*, foram feitas diversas estratégias de busca nas seguintes bases de dados eletrônicas (ERDMANN *et al*, 2009):

- **Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS):** é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e é coordenada pela Bireme. Contém referências bibliográficas na área da Saúde publicadas nos países da América Latina e do Caribe, desde 1982;
- **Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE):** é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine* (NLM), dos Estados Unidos da América, que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4.000 títulos de revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém aproximadamente 11 milhões de registros da literatura, desde 1966 até o momento que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem,

odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal;

- **Base de Dados em Enfermagem (BDENF)**: essa base da BVS Enfermagem não disponibiliza índices cientométricos, mas é reconhecidamente importante para a área da Enfermagem brasileira;
- **Scientific Electronic Library Online (SciELO)**: base de dados - texto completo. É Portal de Revistas de Enfermagem da Biblioteca Virtual de Saúde-Enfermagem;
- **The Cochrane Library**: dispõe de coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, em inglês. Inclui as Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane, em texto completo, além de ensaios clínicos, estudos de avaliação econômica em saúde, informes de avaliação de tecnologias de saúde e revisões sistemáticas resumidas criticamente.

Para a estratégia de busca foram relacionados os descritores utilizando-se operadores booleanos representados pelos termos conectores AND, OR e NOT.

Esses termos permitiram realizar combinações dos descritores que foram utilizados na busca, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação excludente. A combinação de descritores e operadores booleanos deve atender componentes da estratégia PICO, identificando publicações referentes à utilização de produtos que contenham iodo em sua composição com o intuito de tratar as feridas crônicas de pessoas adultas (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Os critérios de inclusão considerados foram os artigos publicados em português, inglês e espanhol, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas.

Foi estabelecido o período de publicação de 2002 a 2012, sendo que os artigos incluídos estavam disponíveis na íntegra na forma *online*. Como critérios de exclusão foram considerados os estudos envolvendo crianças, estudos *in vitro* e em animais.

A estratégia de busca utilizada nas bases de dados com o respectivo número das publicações identificadas e selecionadas está descrita no Quadro 4.

Quadro 4 - Estratégia de busca e seleção de publicações nas diversas bases de dados e bancos de dados

Estratégia de busca	Base de dados	Publicações identificadas	Publicações selecionadas
Complicações pós-operatória and transplante de fígado; cuidados pós-operatório and transplante de fígado; cuidados de enfermagem and complicações pós-transplante de fígado; cuidados de enfermagem and período perioperatório and transplante de fígado; enfermagem perioperatória on transplante de fígado.	LILACS	11	6
Complicações pós-operatória and transplante de fígado; cuidados pós-operatório no transplante de fígado; cuidados pós-operatórios on transplante de fígado; cuidados de enfermagem and complicações pós-operatório and transplante de fígado; cuidados de enfermagem and período perioperatório and transplante de fígado; enfermagem perioperatória on transplante de fígado.	IBECS	0	0
Complicações pós-operatória and transplante de fígado; cuidados pós-operatório no transplante de fígado; cuidados de enfermagem and complicações pós-operatório and transplante de fígado; cuidados de enfermagem and período perioperatório and transplante de fígado; enfermagem perioperatória on transplante de fígado.	CAPEs	13	1
Complicações pós-operatória and transplante de fígado; cuidados pós-operatório no transplante de fígado; cuidados de enfermagem and complicações pós-operatório and transplante de fígado; cuidados de enfermagem and período perioperatório and transplante de fígado; enfermagem perioperatória on transplante de fígado.	MEDLINE	28	5
Complicações pós-operatória and transplante de fígado; cuidados pós-operatório no transplante de fígado; cuidados de enfermagem and complicações pós-operatório and transplante de fígado; cuidados de enfermagem and período perioperatório and transplante de fígado; enfermagem perioperatória on transplante de fígado.	COCHRAN E	11	0
Complicações pós-operatória and transplante de fígado; cuidados pós-operatórios no transplante de fígado; cuidados de enfermagem and complicações pós-operatório and transplante de fígado; cuidados de enfermagem and período perioperatório and transplante de fígado; enfermagem perioperatória on transplante de fígado.	SciELO	5	4
Complicações pós-operatória and transplante de fígado; cuidados pós-operatório no transplante de fígado; cuidados de enfermagem and complicações pós-operatório and transplante de fígado; cuidados de enfermagem and período perioperatório and transplante de fígado; enfermagem perioperatória on transplante de fígado.	WEB OF SCIENCE	34	2
Total		104	18

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora, 2013.

Os artigos identificados com a estratégia de busca tiveram o título e resumo submetidos à leitura do pesquisador (avaliador). Foram selecionados 18 artigos que atenderam os critérios de inclusão, sendo que um estava presente em mais de uma base de dados. Portanto, nesse foi excluído, totalizando dessa forma, 16 artigos.

Os artigos selecionados que estavam disponíveis *online* perfizeram o total de 7 publicações, as quais foram submetidas à leitura na íntegra para nova avaliação a respeito do atendimento dos critérios de inclusão.

Durante a segunda leitura dos setes artigos na íntegra, o pesquisador coletou os dados de interesse registrando no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE).

3ª Etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Os dados coletados das publicações selecionadas referem-se às seguintes variáveis do estudo:

- ✓ Características das publicações – ano, idioma, periódico, local de publicação, objetivo do estudo, numero de autores;
- ✓ Características dos autores, profissão, área de atuação, titulação;
- ✓ Complicações apresentadas pelos pacientes no pós-operatório de transplante hepático.

4ª Etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Os dados colhidos foram analisados e apresentados em tabelas, quadros e gráficos.

5ª Etapa: interpretação dos resultados

Os resultados foram discutidos à luz da literatura específica

6ª Etapa: apresentação da revisão/síntese

Nesta etapa foi elaborada a síntese da revisão de literatura e apresentada como monografia de conclusão de curso e após aprovação será divulgado em eventos e preparado artigo para publicação

6 RESULTADOS

Para facilitar a apresentação e análise dos resultados, optou-se por codificar os estudos que compuseram a amostra em A1, A2, A3, A4, A5, A6 e A7. Os resultados foram organizados quanto à caracterização dos estudos e dos autores e complicações pós-operatórias, que constituem o objeto deste trabalho.

6.1 Características dos estudos

Quadro 5 - Caracterização dos artigos da amostra

Estudo	Título	Ano de Publicação	País de Origem	Base de dados	Nº de autores	Nível de evidencia
A1	COLEÇÃO LÍQUIDA ADJACENTE AO LIGAMENTO FALCIFORME EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO: ACHADO ULTRA-SONOGRÁFICO NORMAL OU ANORMAL? ESTUDO PROSPECTIVO	2003	Brasil	Scielo	5	III
A2	COMPLICAÇÕES BILIARES PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO INTERVIVOS	2005	Brasil	Scielo	5	IV
A3	The Effect of Gained Experience on Postoperative Complications and Mortality in Cadaveric Liver Transplantation: A Single-Center Experience	2011	Turquia	Web of Science	10	IV
A4	Pretransplant Model for End-Stage Liver Disease Score as a Predictor of Postoperative Complications After Liver Transplantation	2009	Italia	Web of Science	15	IV
A5	TRANSPLANTE DE FÍGADO: EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	2008	Brasil	Lilacs	2	Não classificado
A6	TRANSPLANTE DE FÍGADO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE: RESULTADOS INICIAIS	2003	Brasil	Scielo	5	IV
A7	TRANSPLANTE DE FÍGADO: RESULTADOS INICIAIS	2005	Brasil	Scielo	4	IV

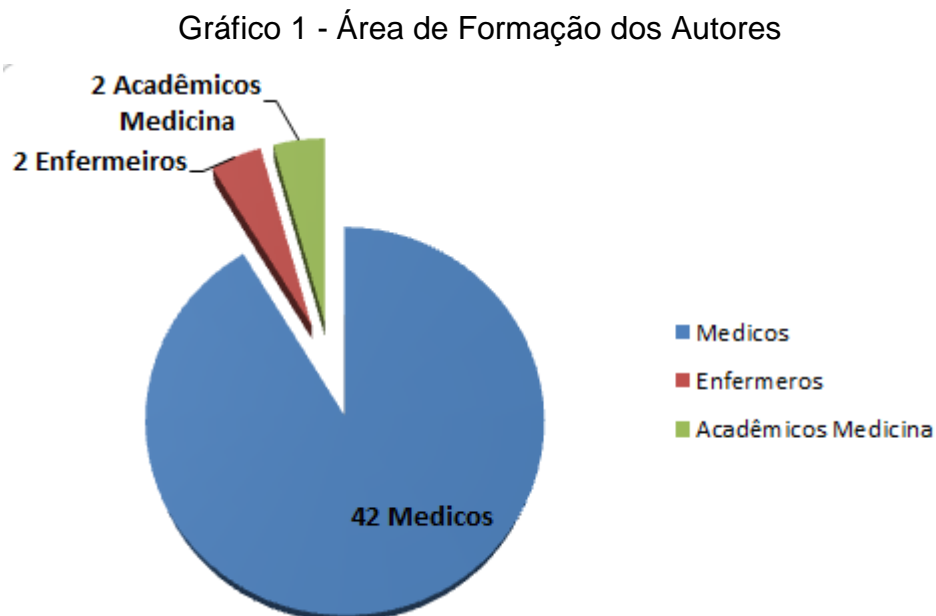
Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora, 2013.

Os estudos foram publicados em português e inglês, o período de publicação variou de 2003 a 2011 e duas publicações no ano de 2003, duas no ano de 2005 e entre os anos de 2008, 2009 e 2011 uma publicação a cada ano.

As pesquisas foram realizadas em três países diferentes Brasil, Itália e Turquia. Quanto à base de dados, a mais frequente foi a Scielo, onde quatro estudos foram indexados. Dois estudos foram encontrados somente na base web of Science, um estudo encontrado na base de dados Lilacs e dois artigos no idioma inglês.

Dos estudos analisados, apenas o estudo A1 era nível de evidência III, ou seja, evidências de estudos quase experimentais; cinco estudos apresentavam nível de evidência IV, sendo eles A2, A3, A4, A6 e A7 e o estudo A5, de revisão de literatura (de acordo com o referencial adotado) não têm classificação de nível de evidência. Embora esse último não tenha classificação quanto ao nível de evidência considerou-se o conhecimento produzido importante para conhecer as possíveis complicações no transplante de fígado.

O número de autores por artigo variou de 2 a 15 totalizando 46 autores segue abaixo gráfico 1, com a área de formação dos autores.



Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora, 2013.

As características que dizem respeito ao primeiro autor estão descritas no quadro 6, abaixo.

Quadro 6 - Caracterização do autor principal dos estudos da amostra

Estudo	Nome	Profissão	Área de Atuação
A1	Márcio Martins Machado	Médico	Radiologista Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.
A2	Júlio C.V.	Médico	Membro do Serviço de transplante hepático do Hospital das clínicas Universidade Federal de Pernambuco.
A3	G. Yaggi	Médico	Militar Academia Médica Departamento de Cirurgia
A4	A. Siniscaldi	Médico	Transplant Center Universidade de Bolonha
A5	Karina Dal Sasso Mendes	Enfermeira	Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP
A6	Claudio Moura Lacerda	Medico	Professor titular de cirurgia abdominal da Universidade Pernambuco e chefe do serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário Oswaldo Cruz
A7	José Huygens Parente Garcia.	Médico	Chefe do Serviço de cirurgia geral e Transplante de fígado do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal Ceara.

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora, 2013.

Observa-se que a maioria dos autores principais é médico, sendo uma autora enfermeira. Quanto à área de atuação dos autores, a autora do A5 atua na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Os autores dos estudos (A2, A4 e A7) atuam no serviço de transplantes das respectivas Universidades a que estão ligados, sendo A7 chefe do departamento de transplante hepático.

Os autores dos artigos (A3, A6, A7) atuam no departamento de cirurgia geral, o artigo A3 atua na Academia Militar Médica da Universidade do Departamento de Cirurgia de Turquia o A1 como radiologista no Hospital da Clínica do departamento de medicina da Universidade Federal Goiás.

Em seguida serão apresentadas as características das pesquisas selecionadas com seus dados de forma sintetizada.

Quadro 7-Síntese dos estudos relacionados pós-operatório do transplante de fígado

ESTUDO	OBJETIVO/ INTERVENÇÃO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
A1	Mostrar o achado de coleção líquida adjacente ao ligamento falciforme, no pós-operatório imediato de pacientes transplantados de fígado e que não apresentavam nenhum sinal de complicação infecciosa intra-abdominal.	Demonstrou a presença de coleção líquida em torno do ligamento falciforme em 33 (94,3%) de 35 pacientes avaliados.	Os autores sugerem que este achado pode corresponder a aspecto normal encontrado no pós-operatório imediato de transplante de fígado.
A2	Apresentar experiência com as complicações biliares pós-transplante hepático intervivos e o seu tratamento.	Complicações biliares ocorreram em 21 pacientes (41,2%) e incluíram fístula biliar em 11 (21,6%), estenose biliar em seis (11,8%) e fístula com estenose em quatro (7,8%). O local da fístula foi na anastomose biliar em 11 pacientes (21,6%) e na superfície cruenta do fígado em quatro (7,8%). O tratamento consistiu de inserção de prótese biliar em oito, papilotomia em um, retransplante em dois que tinham trombose da artéria hepática e sutura do ducto em um.	As complicações biliares são frequentes após o transplante hepático intervivos e são associadas à elevada taxa de morbidade e mortalidade.
A3	Avaliaram o efeito da experiência adquirida em complicações pós-operatórias e mortalidade em transplante hepático cadavérico realizado em nossa instituição. Os dados dos pacientes cadáveres, entre 2003 a 2010.	Não houve alteração significativa para o período pós-operatório de cuidados intensivos, mas o tempo de permanência no hospital foi mais curto para os pacientes no grupo de fase tardia. Anão cirúrgico pós-operatório imediato taxa de complicações foi menor e mortalidade pós-operatório imediato foi quase significativo em pacientes que compuseram o grupo período tardio. Não havia nenhuma diferença em termos de índices de complicações biliares e vasculares e as taxas de sobrevivência global entre pacientes nos grupos precoce e tardia.	Pós-operatórios imediatos índices de complicações e mortalidade foram encontrados a declinar em paralelo com a experiência da equipe.
A4	O objetivo deste estudo foi analisar os cursos de pós-operatório e (para avaliar as relações entre MELD e complicações pós-operatórias). Foram examinados retrospectivamente os cursos de 242 pacientes incluindo 186 homens e 56 mulheres, com idade média global de 53,10 anos que se submeteram transplante de fígado primário.	Os dados mostraram que os 171 pacientes (70,7%) experimentaram complicações, enquanto que 71 (29,3%) não tinha nenhuma. Observamos que MELD e complicações foram relacionados. Pacientes com cursos complicados pós-operatório de transplante hepático mostrou um 22,80 valor médio do escore MELD, enquanto que aqueles sem complicações mostrou uma 17,64 valor médio. A pontuação MELD também foi significativamente associada com o tempo de intenso unidade de cuidados e ficar no hospital. Finalmente, observamos que MELD e mortalidade foram correlacionadas significativamente.	MELD pode ser considerado para ser um sistema objetivo de prever a prevalência e a severidade de complicações pós-operatórias depois transplante de fígado.
A5	Buscar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o conhecimento científico produzido, relacionado ao cuidado de enfermagem prestado ao paciente adulto submetido ao transplante de fígado, no período perioperatório.	Realizar implementação de intervenções direcionadas para a prevenção ou a detecção precoce das complicações mais frequentes como as complicações cirúrgicas (hemoperitônio complicações biliares e vasculares), do enxerto (falência primária do enxerto, rejeição aguda) e gerais (respiratórias, cardiovasculares, renais, hematológicas, metabólicas, digestivas e infecciosas).	Responsável pelo gerenciamento da assistência prestada aos pacientes e familiares e executa atividades assistenciais, administrativas, ensino e pesquisa, as quais são cruciais para o sucesso do transplante de fígado.
A6	Apresentar a experiência e enfatizar o aprendizado obtido em um programa incipiente de transplante hepático desenvolvido em Hospital Universitário de Recife-PE. Foram estudados os primeiros 20 pacientes submetidos a transplante ortotópico de fígado, de maneira simplificada, no período de agosto de 1999 a março de 2002.	No pós-operatório, houve um caso de trombose de artéria hepática e outro de veia porta. Oito pacientes apresentaram complicações biliares, todas resolvidas por via endoscópica ou percutânea. A sobrevivência global é de 100%, no período de seguimento de 2 a 32 meses.	Conclui-se que é possível realizar transplantes de fígado, com bons resultados, em hospital universitário do Nordeste do Brasil, desde que se reúnam as mínimas condições de estrutura física e recursos humanos.

A7	Apresentar os resultados iniciais de um serviço de transplante hepático que utiliza a técnica <i>piggyback</i> como padrão. Análise retrospectiva de 19 transplantes de fígado enfatizando as complicações pós-operatórias e a taxa de sobrevida dos pacientes.	As complicações mais frequentes foram as biliares (21%), sendo que três pacientes necessitaram de reoperação e um foi tratado por endoscopia. Houve dois casos de trombose tardia de artéria hepática, sendo um deles tratado por retransplante. Houve um óbito (5,2%) no 8o dia de pós-operatório ocasionado por disfunção primária do enxerto	É possível ter bons resultados no início de um programa de transplante de fígado, desde que haja uma técnica padronizada e uma equipe bem treinada e envolvida com as complicações pós-operatórias.
----	---	---	---

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora, 2013.

Apenas o estudo A1 relatou complicações no pós-operatório de transplante hepático intervivos realizado em uma amostra de 35 pacientes. Os demais, que eram seis, relataram as complicações no pós-operatório de transplante hepático com doador cadáver.

As amostras dos estudos variaram entre 19 a 242 pacientes. O estudo A5, se diferencia dos demais, por ser uma revisão de literatura de 20 artigos que tratam sobre o perioperatório no transplante hepático, sendo 7 artigos na fase pós-operatória, 3 deles revisão de literatura e os demais sendo estudos clínicos controlados e randomizados, estudo descritivo exploratório, retrospectivo e relato de experiência.

Somente os estudos A1 e A3 definiu o pós-operatório de seu estudo com imediato. Nos demais, não ocorrem tal definição.

No estudo A1 o objetivo dos autores era propor que os achados de coleção líquida adjacente ao ligamento falciforme, no pós-operatório imediato de pacientes transplantados de fígado, não apresentavam nenhum sinal de complicação infecciosa intra-abdominal. Na amostra de 35 pacientes, 33 apresentavam o achado de coleção líquida adjacente ao ligamento falciforme e não desenvolveram nenhuma complicação.

O estudo A5 apontou como fator de complicação no pós-operatório a má nutrição que deve ser tratada antes da realização do transplante e o estudo A4 revela que pacientes com MELD com valor médio 22,80 apresentam complicações no pós-operatório. A pontuação do Meld também está associada com o tempo na unidade intensiva e a mortalidade está correlacionada com o Meld.

6.2 Complicações pós- operatórias identificadas

Por meio da análise dos estudos foi possível identificar as complicações no pós-operatório que segue no quadro 8, abaixo.

Quadro 8 – Complicações no pós-operatório

Complicações	Estudo	Nível de evidencia
Fístula Biliar	A1 A2 A5	III, IV Não classificado
Estenoses biliares	A2 A3 A6 A7	IV IV IV IV
Trombose hepática	A2	IV
Rejeição Aguda	A5 A6 A7	Não classificado IV IV
Complicações Biliares	A1 A2 A3 A5 A6 A7	IV IV Não classificado IV IV IV
Complicações infecciosas intra-abdominais	A1	III
Falência do enxerto	A5	Não classificado

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora, 2013.

Os estudos de A1 à A7, exceto o A4, assinalaram as complicações biliares como uma complicação no pós-operatório, sendo necessário em alguns casos reoperação, tratamento endoscópico inserção de prótese biliar.

7 DISCUSSÃO

Por meio da análise dos estudos selecionados, nota-se que há publicações recentes sobre as complicações do transplante hepático. As pesquisas selecionadas ocorreram em alguns países sendo eles Itália, Brasil e Turquia. E quanto à profissão, também houve presença marcante dos médicos. As bases de dados na qual foram extraídas os artigos foram Lilacs, Scielo e Web of Science.

Nesta pesquisa teve-se a oportunidade de realizar a revisão de pesquisas quase experimentais, descritivos e revisão de literatura que por meio da avaliação dos seus objetivos, métodos empregados, resultados e conclusões que revelassem quais as complicações do pós-operatório.

No pós-operatório imediato do transplante de fígado o paciente é dirigido para Unidade de Terapia Intensiva, devido à complicação da cirurgia e a instabilidade hemodinâmica do paciente, principalmente nas próximas 24 horas. Esse momento é marcado por rápidas alterações da função hepática e pela ocorrência de complicações sistêmicas.

Nesta fase de pós-operatório, a equipe de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro, tem uma atuação indispensável no cuidado aos pacientes transplantados hepáticos. O cuidado de enfermagem deve ser intensivo e envolver dedicação e vigilância, já que, há risco de repercussões hemodinâmicas que exigem conhecimento técnico-científico para atuar nos momentos de instabilidades. Os cuidados de enfermagem incluem: monitorização dos sinais vitais, balanço hídrico rigoroso, acompanhamento e coleta de exames laboratoriais, monitorização de sinais de sangramentos, troca de curativos, vigilância do padrão respiratório e cuidados relativos à imunossupressão, dentre outros (BORGES, et al 2012).

Os estudos concluíram que tendo uma equipe treina, em que haja uma técnica padronizada e envolvida com as complicações pós-operatórias é possível ter bons resultados. Na maioria das complicações haverá uma intervenção cirúrgica como inserção de prótese biliar, papilotomia, retransplante, sutura de ductos.

O trabalho com pacientes em pós-operatório de transplante hepático mostrou-se árduo, exigindo da equipe de enfermagem empenho em atender às demandas que se caracterizam pela gravidade clínica desses pacientes (BORGES, et al 2012).

O papel da enfermagem neste contexto de cuidado é inquestionável. A presença da equipe de enfermagem junto aos pacientes assegura com

conhecimento das possíveis complicações que os pacientes estão sujeitos, possibilita a tomada de medidas preventivas proporcionadas um cuidado mais efetivo.

8 CONCLUSÃO

Considera-se de suma importância o desenvolvimento de pesquisas e a utilização de seus resultados para fundamentar a prática clínica e nesse cenário a prática baseada em evidências têm muito a oferecer, servindo de subsidio para os enfermeiros na tomada de decisão de uma assistência de saúde de qualidade.

O enfermeiro é responsável pelo gerenciamento da assistência prestada aos pacientes, executa atividades assistenciais e administrativas que são fundamentais para todo transplante hepático.

A presente revisão integrativa da literatura buscou as melhores evidências com o intuito de identificar as complicações no pós-operatório sendo elas fístula biliar, estenoses biliares, trombose hepática, rejeição aguda, complicações biliares, complicações infecciosas intra-abdominais e falência do enxerto. O que servira de base para estabelecer ações para intervenções de enfermagem.

REFERENCIAS

- AGUIAR, Maria Isis Freire de; BRAGA, Violante Augusta Batista. Sentimentos e expectativas de pacientes candidatos ao transplante de fígado. **Rev. Eletr. Enf.**[Internet]. 2011 jul./set;13(3):413-21.
- BAGGIO, Marco Aurélio; LIMA, Alzira Maria Carvalho. **Trans-Plante**. Editora Educação e Cultura, 2009.
- BORGES, Maria Cristina Leite Araújo; *et al.* Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, vol.16 nº4. Rio de Janeiro Out. Dez. 2012.
- BOTELHO,Louise Iira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. **O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais**. Gestão e Sociedade. Belo Horizonte. Volume5. Número 11. PAG. 121-136. Maio/Agosto, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Transplante**. 2012. Disponível <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004> Acesso em 09 de dez, 2012.
- CINTRA, Vivian; SANNA, Maria Cristina. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2005, vol.58, n.1, pp. 78-81.
- ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. Evaluation of scientific periodicals and the brazilian production of nursing articles. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2009, vol.17, n.3, pp. 403-409.
- GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; MENDES, Isabel Amélia Costa. A busca das melhores evidências. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2003, vol.37, n.4, pp. 43-50.
- GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; Trevizan Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2004 maio-junho; 12(3): 549-56.
- GANONG, LH. **Integrative reviews of nursing research**. Res. Nurs Health 1987 Mar; 10 (1) :1-11.
- GORDON, R.,D., Van Thiel DH, Starzl TE. Orthotopic Liver Transplantation . In: Haubrick WS, Sachaffner F, Berk JE. Bockus Gastroenterology. Philadelphia: EB Saunders, 1995: 2.509-44. APUD: PEREIRA, Walter Antônio. **Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos**. Editora Guanabara, 3º ed, 2004.
- KAMATH, P.S.; *et al*; DAMICO, G.; DICKSON, ER; KIM, W.R. **A Model to Predict Survival in Patients With End-stage Live Disease**. Hepatology, 2001:33 ; 464-470.

MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; KURCGANT, Paulina. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2000, vol.8, n.4, pp. 66-72.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 758-764.

NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; BERNARDO, Wanderley Marques and JATENE, Fabio Biscegli. A prática clínica baseada em evidências. Parte I: questões clínicas bem construídas. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2003, vol.49, n.4, pp. 445-449.

PEREIRA, Walter Antônio. **Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos**. Editora Guanabara, 3º ed, 2004.

PORTELA, Milena Pontes et al. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2010, vol.56, n.3, pp. 322-326.

RAMOS, Islane Costa; OLIVEIRA, Maria Alricélia Lopes de; BRAGA, Violante Augusta Batista. Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. **Ciênc. cuid. Saúde;** 10(1): 116-126, jan. Mar. 2011.

RBT, Registro Brasileiro de transplante. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado**. ABTO, ano XVIII, Nº4. 2013.

RUF, Andrés ; VILLAMIL, Federico G. **Indicaciones y oportunidad del transplante hepático/ Indication sand timing of liver transplantation**. Fonte: Acta Gastroenterol Latinoam; 38(1): 75-88, mar. 2008.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2007, vol.15, n.3, pp. 508-511.

SMELTZER, Suzanne c., *et al.* **Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgico**. Editora Guanabara ,vl 2, 2008.

SOBECC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas Recomendadas SOBECC/Sociedade Brasileira de enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. 5º edição, São Paulo, 2009.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein** (São Paulo); 8(1) Jan.-mar. 2010.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs. Res.**, v. 11, n. 4, p. 195-206, Nov. 1998.

APÊNDICE

A. Identificação	
Título do artigo	
Autores	Nome:
	Local de trabalho:
	Graduação:
País	
Idioma	
Ano de Publicação	
B. Instituição sede do estudo.	
C. Características metodológicas do estudo.	
1. Tipo de publicação	<input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa
1.1 Pesquisa	<input type="checkbox"/> Delineamento experimental
	<input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental
	<input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa
1.2 Não pesquisa	<input type="checkbox"/> Revisão de literatura
	<input type="checkbox"/> Relato de experiência
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Resultados	
4. Nível de evidência	
5. Complicações Pós-operatória	

Produzido pela autora.