

**CUIDADOS DE
ENFERMAGEM NO
TRANSPLANTE
HEPÁTICO**

HISTÓRICO

- 1967 - Starzl realizou o 1º TX bem sucedido
- 1970 - Início das atividades na U.F - HCFMUSP
- 1985 - 1º TX hepático do hemisfério sul
- 2001 – Transplantes no HIAE - UF - SUS
- 2007 – Transplantes no H Dante Pazzanese - SUS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ TRANSPLANTE

- O enfermeiro realiza acompanhamento do paciente na fase pré, trans e pós operatório do transplante visando garantir a continuidade da assistência e tratamento

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ TRANSPLANTE

- Recebemos pacientes com indicação de transplante através de encaminhamento médico, hospitais, mídia e por indicação dos próprios pacientes do programa.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ TRANSPLANTE

- A primeira consulta é agendada por telefone (nº 5085 6228 / 5085 6333) e com realização de rodízio para atendimento médico.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ TRANSPLANTE

- O paciente será avaliado por consulta(s) médica(s), exames laboratoriais e de imagem
- Se indicado para transplante, o enfermeiro providencia a documentação para a inscrição na Secretária Estadual de Saúde (SES)
- Se não indicado para transplante, o paciente retornará ao serviço de origem

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO



ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Paciente indicado para transplante

- O enfermeiro recebe solicitação médica por escrito (anexo 1)
- O enfermeiro preenche formulário próprio da SES (anexo 2 – ficha de inscrição)

Anexo 1

Solicitação para lista de espera transplante de fígado

- () INSCRIÇÃO () TRANSFERENCIA () STATUS
- NOME:
- DIAGNOSTICO:
- INDICAÇÃO:
- GRUPO SANGÜÍNEO:
- PESO:
- ALTURA:
- NOME DO MEDICO:

Srs Médicos:

Solicitamos encaminhar com o prontuário a documentação abaixo preenchida, assinadas pelo médico e paciente.

Em 03 (três) vias

- Ficha complementar de inscrição
- Termo de anuência

Apenas 01 (uma) via

- Termo de consentimento para o transplante (padrão, VHB e VHC)

Enviado para SES em:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES
Home Page: www.saude.sp.gov.br E-mail: ctrans@saude.sp.gov.br
FICHA PARA INSCRIÇÃO DE PACIENTE

Ficha - 10

Fígado

RGCT: _____

Inscrição Alteração Reinscrição Priorização

A. Identificação :

CPF : . . / Nome : _____
Nascimento : / / Sexo : M F Cor : B N P A
Endereço : _____
CEP : Cidade : Estado : _____
Telefone 1 : Telefone 2 : Telefone 3 : _____
Pager : Fax : E-Mail : _____
Nome da Mãe : _____
Médico Responsável : PROF. DR SÉRGIO MIES C.R.M. _____
Equipe TX : UNIDADE DE FIGADO Hospital : DANTE PAZZANESE

B. Dados complementares sobre o paciente :

Tipo sanguíneo: A B O AB Peso : _____ kg Altura : _____ cm

HBsAg Anti-HCV Chagas Outras (especificar) : _____

Tipo de doador : DVR DVNR Cadáver Dominó

Indicação para transplante : _____ Código: _____

(utilizar os critérios mínimos da Portaria MS 541 de 14/03/2002)

Transplante duplo ? Não Sim Órgão: _____

C. Condições clínicas agravantes com priorização :

- Retransplante agudo (indicação válida até 7 dias após o último transplante):*
 pós cadáver pós vivo falência primária trombose arterial
- Insuficiência hepática fulminante (preencher os campos indicados abaixo) :*
 Kings College Clichy
- Anepático:*
 trauma não funcionamento primário do enxerto

Médico responsável:

Diretor Clínico do Hospital (se priorizado):

Nome _____ CRM _____ Nome _____ CRM _____

Assinatura _____ Data _____ Assinatura _____ Data _____

Ciência do Paciente/Responsável _____ Data: ____ / ____ / ____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES
Home Page: www.saude.sp.gov.br E-mail: ctrans@saude.sp.gov.br
FICHA COMPLEMENTAR DE INSCRIÇÃO
(CARACTERÍSTICAS DO DOADOR)

Ficha – 10 A

Fígado

RGCT: _____

Inscrição Alteração Reinscrição Priorização

A. Identificação :

Receptor : _____
Equipe TX: _____ Hospital: _____

B. Aceita doador :

valores de referência

Idade Máxima: _____ anos ≥ 50
Peso Mínimo: _____ Kg *Diferença entre peso mínimo e máximo $\geq 20\%$*
Peso Máximo: _____ Kg
Usuário de drogas injetáveis: Sim Não
Usuário de drogas inalatórias (Cocaina/Crack): Sim Não

Exames Laboratoriais:

Sódio menor que: _____ mEq/L ≥ 150 mEq/L
Creatinina menor que: _____ mg/dL $\geq 1,5$ mg/dL
TGO menor que: _____ U/L ≥ 60 U/L
TGP menor que: _____ U/L ≥ 80 U/L
Bilirrubina total menor que: _____ mg/dL $\geq 1,5$ mg/dL

Exames sorológicos positivos para:

Chagas: Sim Não *se (Sim) anexar exame*
Hepatite B (anti-Hbc): Sim Não *se (Sim) anexar exame*
Hepatite B (HbsAg): Sim Não *se (Sim) anexar exame*
Hepatite C (anti-HCV): Sim Não *se (Sim) anexar exame*
Sífilis: Sim Não *-:-*
Toxoplasmose IGM: Sim Não *-:-*
Citomegalorívus IGM: Sim Não *-:-*

Outras características:

Tempo de Isquemia fria até: _____ horas ≤ 12 horas
Aceita órgão para bipartir (Split Liver): Sim Não
Aceita órgão com alteração morfológica: Sim Não

Nome _____ CRM _____ Assinatura _____ Data _____
médico responsável

Ciência do Paciente/Responsável _____ Data: ____ / ____ / ____



MELD

Fígado

RGCT: _____

Inscrição Alteração Reinscrição Priorização

A. Identificação :

Receptor : _____
Equipe TX: _____ Hospital: _____

Exames Laboratoriais:

Data do exame: ____ / ____ / ____	Valores de referência:
Creatinina sérica.....: _____ mg/dL	0,1 a 25 mg/dL
Bilirrubina Total.....: _____ mg/dL	0,1 a 75 mg/dL
RNI: _____	0,1 a 15
Sódio sérico (não obrigatório).....: _____ mEq/L	100 a 200 mEq/L

Realiza diálise mais de duas vezes por semana? Sim Não

Situação especial: (conforme portaria número 1.160 de 29/5/2006)

- Tumor neuroendócrino metastático, irressecável, com tumor primário já retirado, e sem doença extra-hepática detectável.
- Hepatocarcinoma maior ou igual a 2 (dois) cm, dentro dos critérios de Milão, com diagnóstico baseado nos critérios de Barcelona e sem indicação de ressecção.
- Polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) – Grau I e II.
- Síndrome hepatopulmonar – PaO2 menor que 60 (Sessenta) mm/Hg em ar ambiente.
- Hemangioma gigante irressecável, com síndrome compartimental, adenomatose múltipla, hemangiomatose ou doença policística.
- Carcinoma fibrolamelar irressecável e sem doença extra-hepática.
- Adenomatose múltipla irressecável com presença de complicações.
- Doenças metabólicas com indicação de transplante – fibrose cística, glicogenose tipo I e tipo IV, doença policística, deficiência de alfa-1-antitripsina, doença de Wilson e oxalose primária.

Médico responsável:

Nome: _____ CRM: _____

Assinatura _____ Data: ____ / ____ / ____

Ciência do Paciente/Responsável _____ Data: ____ / ____ / ____

MELD

- MELD – Model for end – stage liver disease
- Modelo matemático o qual utiliza três parâmetros laboratoriais que confere a gravidade do candidatos ao transplante hepático

MELD

- Portaria 1.160/ GM de 29 de maio de 2006 modificou os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente

ATUALIZAÇÃO MELD

- MELD até 10 – val.12 meses/exames de 30 dias
- MELD de 11 a 18 – val.3 meses/ exames 14 dias
- MELD de 19 a 24 – val. 1 mês / exames 7 dias
- MELD \geq 25 – 7 dias – 48hs

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Confirma compreensão do paciente / familiares sobre a orientação médica fornecida
- Checa assinatura do termo de consentimento para transplante

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Entrega do manual da SES (funcionamento do sistema de transplantes e situação na lista de receptores)

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Participa das reuniões clínicas pré agendadas para discussão de casos e inscrição on line do receptor

GRUPO DE ORIENTAÇÃO PRÉ TRANSPLANTE

- Agendamento de 10 a 15 pacientes inscritos em lista de espera seguindo critério de gravidade - MELD

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Orientações sobre o chamado para o transplante: MELD, internação, preparo, procedimento anestésico/cirúrgico, UTI, enfermaria, dieta, medicações e outros
- Entrega do Manual

CHAMADO PARA O TRANSPLANTE

- O enfermeiro convoca o receptor e encaminha ao setor de internação.
- Reforça as orientações quanto ao jejum, exames de imagem, documento de identidade e acompanhante

INÍCIO DO PREPARO PARA CIRURGIA

- Anamnese médica (cirúrgica, anestésica)
- Retirada de próteses, esmaltes, etc
- Coleta de exames laboratoriais e realização de ECG
- Banho de aspersão com solução degermante (clorexidina)
- Orientações aos familiares
- Reserva de leito na UTI
- Reserva de hemoderivados
- Antibioticoterapia
- Encaminhamento ao CC

PREPARO DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

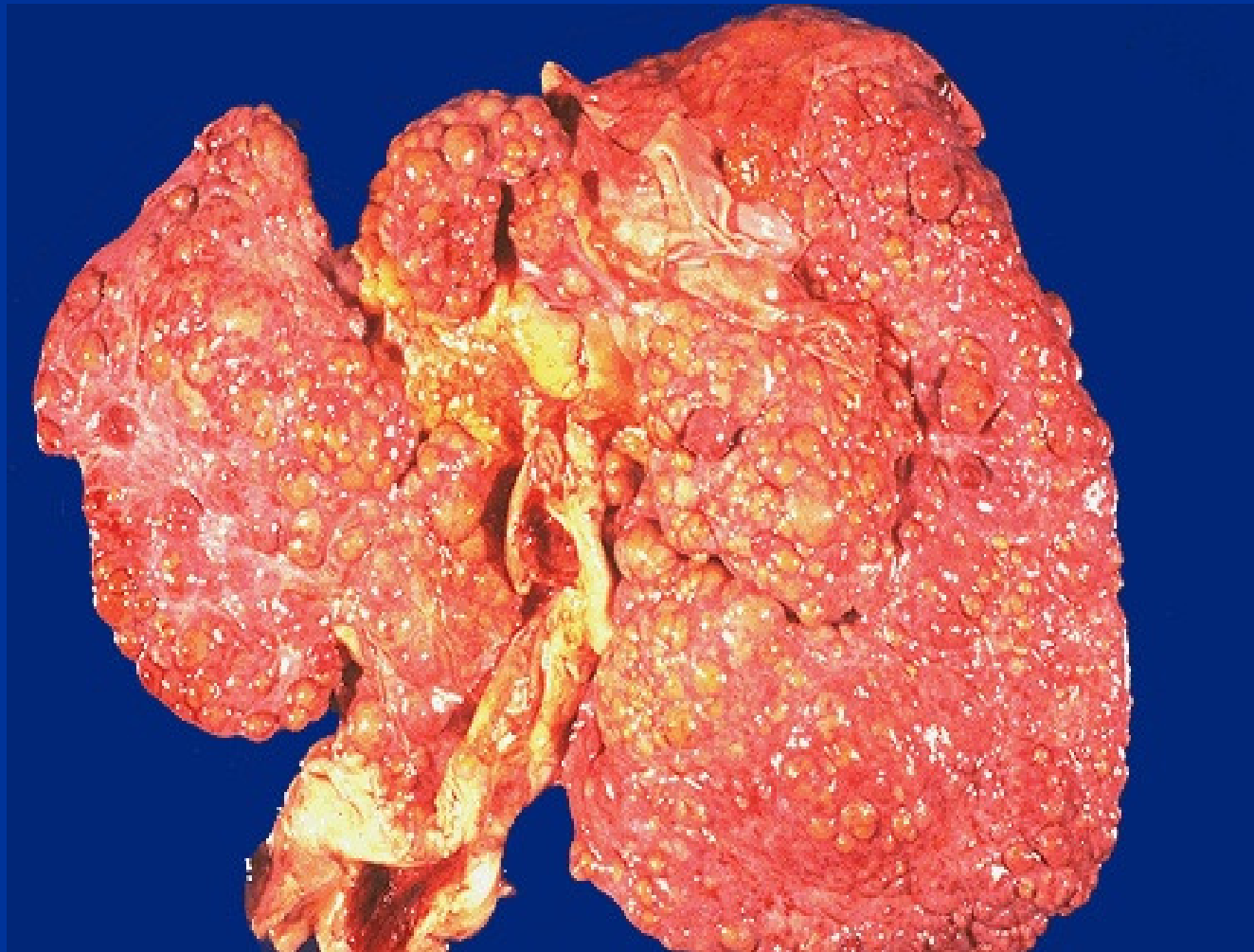
- Montagem da sala
- Solicitação do Kit receptor + back table na farmácia
- Tricotomia
- Posicionamento na mesa cirúrgica
- Meia elástica

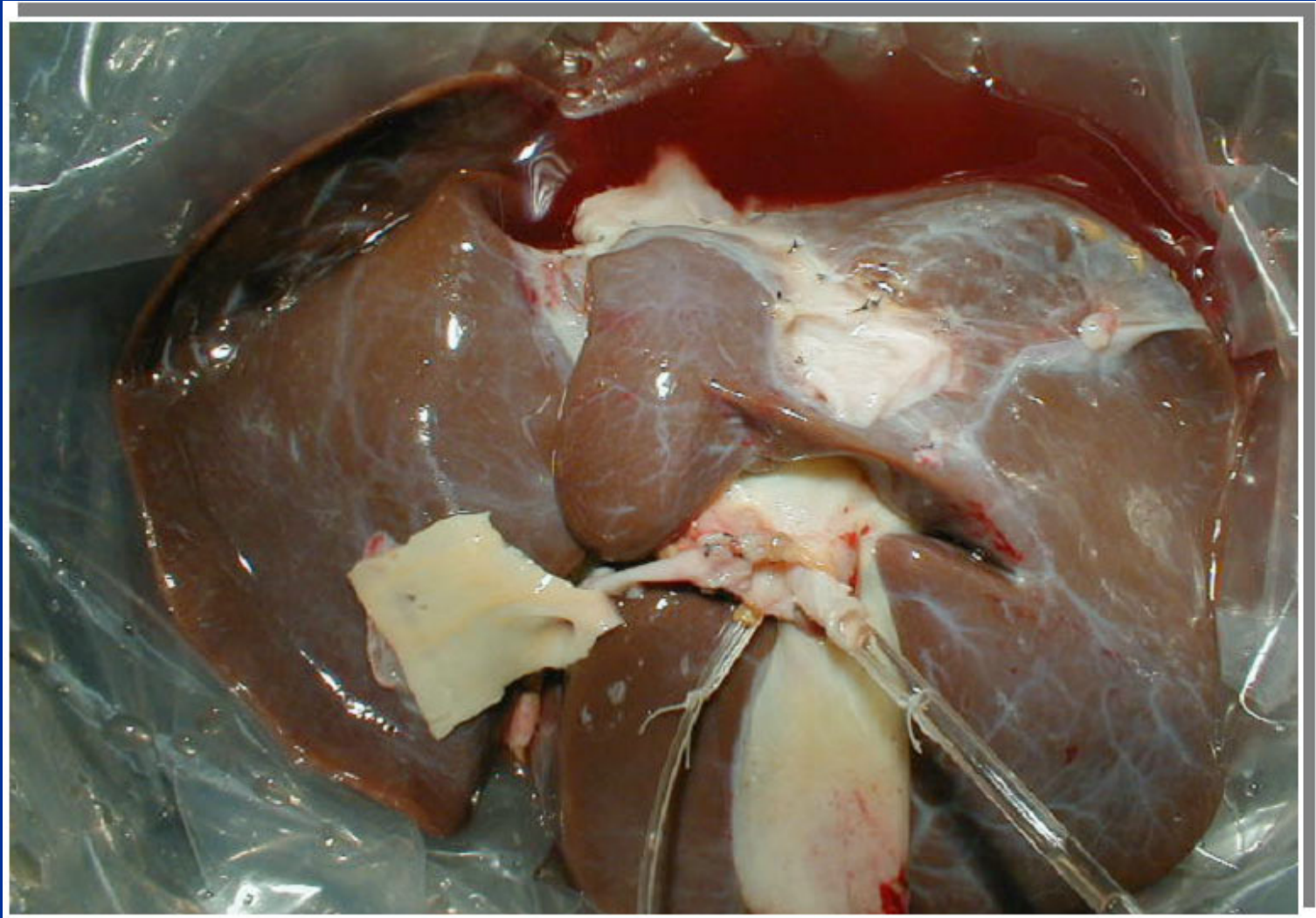
PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

- Punção de veia periférica com início da anestesia
- Máscara de oxigênio
- Intubação orotraqueal
- Passagem do cateter de Swan Ganz
- Punção de veia jugular

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Tempo de cirurgia – 6 a 8 horas
- Suporte aos familiares





UTI

Como recebo o paciente na UTI?

- Intubado ou não
- Catéter venoso central
- Swan-Ganz
- SNG / SV
- Drenos JP
- Dreno biliar ou não
- Cateter arterial

UTI



UTI

- Coleta de exames laboratoriais de 24 em 24 horas ou à critério médico
- RX tórax: diário
- Fisioterapia desde a chegada na UTI

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Dieta líquida / leve após 48h
- Controle de SSVV
- Avaliação nível de consciência (encefalopatia + corticóides)
- Controle de peso diário (edema)
- Balanço hídrico rigoroso

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Troca de curativo somente após 24 h da chegada do CC
- Ordenha do dreno de Jackson Pratt
- Cuidados dreno de Kher – manter 10 cm abaixo da linha axilar média
- Retirada de SNG após 24h
- Retirada de SVD em 48/72

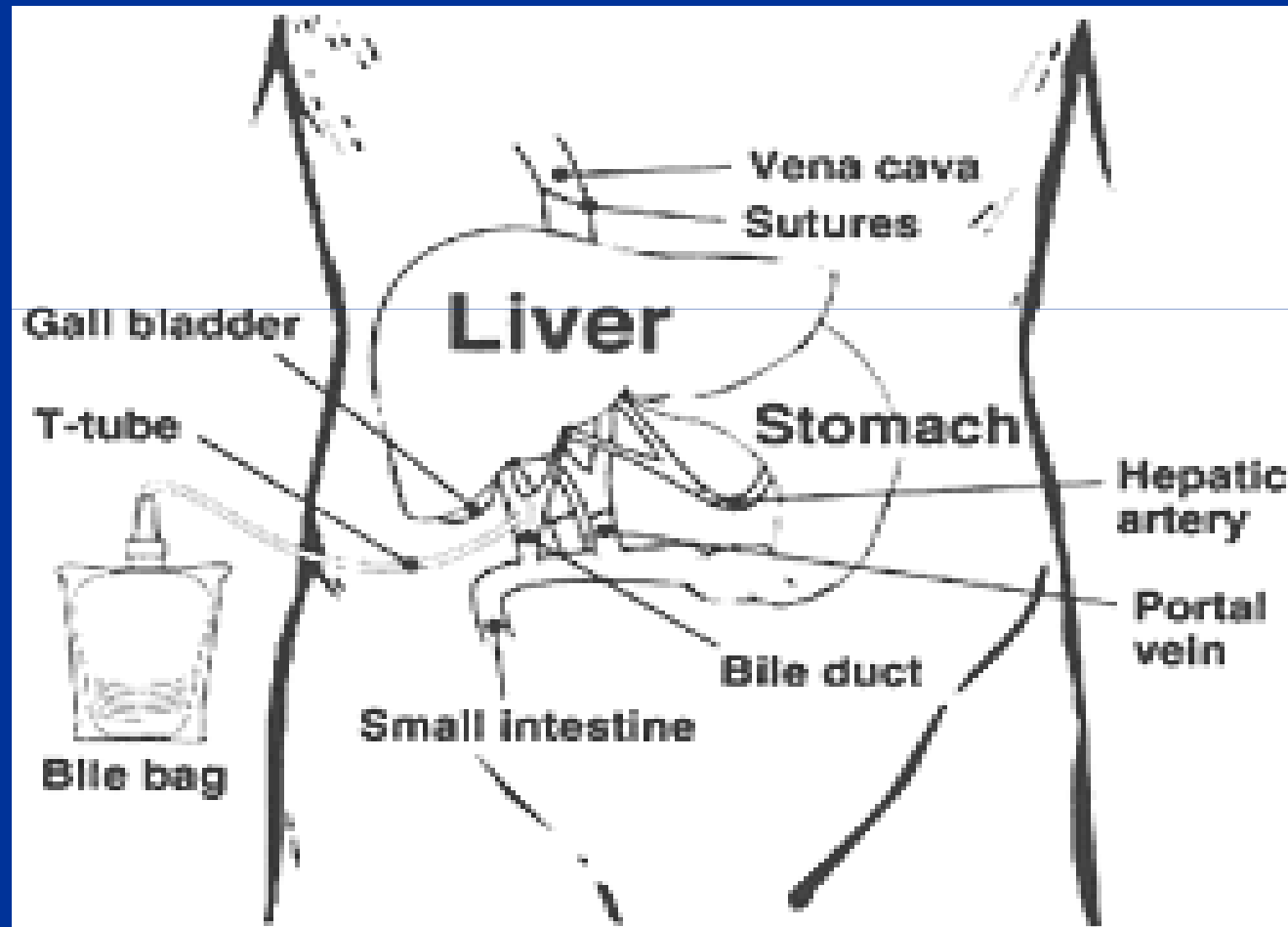
CUIDADOS DE ENFERMAGEM



CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Não usar heparina sistêmica
- Não fazer medicação IM
- Nível sérico do imunossupressor

DRENO BILIAR



UTI

- Tempo de permanência
- Horários de visitas
- Orientação médica aos familiares

ENFERMARIA

Tempo e motivo de permanência

- Curativos
- Educação ao paciente e familiares para imunossupressão
- Processo de imunossupressão junto à Secretaria Estadual de Saúde
- Preparo para alta hospitalar e orientação familiar



ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Orientação do paciente quanto a:

- medicações
- curativos
- cuidados com dreno biliar
- dieta
- sinais vitais
- retornos ambulatoriais – NÃO TOMAR
IMUNOSSUPRESSOR ANTES DA COLETA
DOS EXAMES LABORATORIAIS.

RETORNOS AMBULATORIAIS

- 1º mês - 3 vezes por semana
- 2º - 3º mês - 2 vezes por semana
- 4º - 6º mês - cada 2 a 4 semanas
- 7º mês a 1 ano - cada 4 a 6 semanas
- após 1 ano - cada 6 a 8 semanas

IMUNOSSUPRESSOR

- Tabela dos medicamentos:
 - horários
 - medicamentos
 - dosagens

CONTROLE DE SINAIS VITAIS

- Tabela dos sinais vitais:
 - data
 - horário
 - PA
 - uso de nifedipina (dose)
 - temperatura
 - freq.cardíaca
 - peso

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Bebidas alcoólicas: desaconselhável aos transplantados por cirrose por álcool
- Atividades e exercícios: Não carregar pesos até 8 semanas após a cirurgia. Retornar quando se sentir confortável

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Controle de natalidade

- Os métodos anticoncepcionais permitidos são os preservativos, diafragma ou gel espermicida
- Os efeitos dos imunossupressores no desenvolvimento fetal não são totalmente conhecidos
- 5 gravidezes sem problemas

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- SOL:
 - protetor solar fator 15

- Hirsutismo / Hipertricose
 - Efeito temporário da ciclosporina. Se necessário, se faz a conversão para tacrolimus

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Exames habituais:
 - Colangiografia (para retirar o dreno biliar, após 4 meses)
 - Biópsia hepática
 - Biópsia retal/Gástrica (pesquisa de CMV)
 - USG Doppler

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Reinserção à sociedade.



2003



2006



2006