

TRANSPLANTE HEPÁTICO: PROBLEMAS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO

Liver transplantation: nursing problems in patients during the postoperative phase

Telma Christina do Campo Silva, Rachel de Carvalho

RESUMO

Este trabalho teve por finalidade levantar os problemas de enfermagem na clínica cirúrgica, oferecendo elementos para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Objetivos:** identificar o perfil epidemiológico e os problemas de enfermagem no período pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático. **Métodos:** utilizou-se análise retrospectiva por meio do acesso ao prontuário digitalizado de pacientes submetidos a transplante hepático no período de um ano, durante o qual 35 pacientes foram submetidos ao procedimento. **Resultado:** foram identificados 312 problemas de enfermagem. **Conclusão:** Os sistemas com maior número de problemas associados foram: gastrointestinal, respiratório, cutâneo-mucoso e neurológico, sendo os problemas de enfermagem de maior incidência: abdome globoso e doloroso à palpação, oligúria, incisão cirúrgica serossanguinolenta, icterícia e prurido, períodos de confusão, murmúrios vesiculares diminuídos e edema.

Descritores: Transplante de Fígado, Hepatopatias, Enfermagem, Assistência ao Paciente, Período Pós-Operatório.

INTRODUÇÃO

O transplante de fígado é uma modalidade terapêutica que possibilita a reversão do quadro terminal de um paciente com doença hepática e, em muitas situações, constitui-se no único tratamento para pacientes com patologias em que há dano irreversível de algum órgão ou tecido.

O primeiro transplante hepático em humanos foi realizado em 1963, e o primeiro com sucesso em 1967, ambos nos Estados Unidos.^{1,2} O surgimento da ciclosporina, em 1977, marcou definitivamente a história dos transplantes e possibilitou o controle das rejeições e das infecções oportunistas.² No Brasil, o primeiro transplante hepático com sucesso foi realizado pelo Professor Silvano Raia, em setembro de 1985, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Quanto às modalidades de transplante hepático, devem-se considerar o doador cadáver, o doador vivo, o dominó e o split.³ Em relação à topografia em que o enxerto será implantado, classificam-se os transplantes em ortotópico (ocupa o sítio anatômico do órgão) e heterotópico (outras localizações).⁴

O transplante de fígado é compreendido como um processo que pode ser dividido em quatro períodos consecutivos: a inclusão do paciente na lista de espera, o preparo e a espera para a realização do procedimento, o transplante propriamente dito e o período pós-operatório.⁵

A indicação do transplante é feita quando o paciente apresenta um prognóstico de sobrevida de aproximadamente 12 meses, devido à doença hepática e, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, o tempo médio na lista de espera é de aproximadamente 357 dias.⁶

De acordo com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), cerca de 7.500 transplantes são realizados anualmente em, aproximadamente, 200 centros internacionais, sendo que, no

Instituição:

Unidade de Transplante de Órgãos do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – São Paulo – SP

Correspondência:

Telma Christina do Campo Silva
Avenida Grande São Paulo nº 373
CEP: 04843-040 – São Paulo – SP
Tel: 55 11 5928-0194 / 55 11 9700-0374
E-mail: telma.chris@bol.com.br

Recebido em: 10/10/2005

Aceito em: 19/12/2005

Brasil, há 25 centros catalogados que realizam o transplante de fígado.⁷ A sobrevida relatada na literatura varia de 80 a 90% nos dois primeiros anos e de 55 a 70% em nove anos.⁸

A indicação do transplante de fígado está reservada a portadores de insuficiência hepática crônica terminal que têm expectativa de vida inferior a 20% ao final de 12 meses, se não forem transplantados, e àqueles cuja progressão da doença hepática resulta em mortalidade que exceda aquela decorrente do próprio transplante. Basicamente, a indicação do transplante hepático tem por objetivo prolongar a vida do paciente, proporcionando satisfatória qualidade de vida e recuperação do trabalho.⁹

A qualidade de vida após o transplante é um padrão para avaliação do procedimento cirúrgico. Portanto, trabalhar com esse tipo de procedimento requer uma análise cuidadosa daqueles doentes. Nos aspectos psicológicos, os pacientes do programa de transplante apresentam grande ansiedade e carência afetiva.⁵

O sucesso do pós-operatório baseia-se no manuseio do paciente, tanto na sala de cirurgia quanto nos primeiros dias após o ato cirúrgico. Nesta fase, rápidas modificações ocorrem na função hepática, que dependem da integração de um grupo de especialistas.⁵

A assistência ao paciente transplantado é altamente especializada, requerendo a atuação do enfermeiro nas diversas fases do processo, e exigindo pessoal com capacitação específica. A fragmentação da assistência de enfermagem pode fazer com que o enfermeiro perca a noção do todo.

Os enfermeiros que prestam assistência ao paciente durante o período de internação desconhecem a assistência pré e pós-transplante prestada no ambulatório. A falta de continuidade do trabalho e de integração entre os diferentes membros da equipe não assegura aos pacientes o recebimento das orientações necessárias.⁵

Os objetivos deste trabalho foram: identificar o perfil epidemiológico e os problemas de enfermagem no período pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada no Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), onde a maioria dos transplantes é custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com média de 7,5 transplantes hepáticos mensais, sendo 60% do tipo ortotópico com doador cadáver.¹⁰

A amostra deste estudo foi composta pela totalidade dos pacientes submetidos ao transplante hepático ortotópico, no período de janeiro a dezembro de 2003.

O instrumento para a realização da coleta de dados foi elaborado pelas autoras e constou de duas partes. A primeira parte identifica o perfil epidemiológico dos pacientes que foram submetidos ao transplante hepático, com informações referentes a sexo, cor, idade, procedência, patologias associadas, indicação do transplante, tempo de espera na fila e modalidade do transplante. A segunda parte contém o levantamento de problemas de enfermagem, seguindo o sentido céfalo-caudal e utilizando o modelo do Processo de Enfermagem proposto por Wanda de Aguiar Horta.

A coleta de dados foi realizada após o projeto ter sido aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), bem como depois da autorização da coordenadora do Serviço de Prontuário do Paciente

(SPP). O acesso ao prontuário retroativo digitalizado dos pacientes submetidos a transplante hepático foi realizado no segundo semestre de 2004, utilizando-se os registros de enfermagem das primeiras 24 horas de permanência do cliente na unidade de internação (período pós-operatório imediato).

Os dados obtidos foram analisados e agrupados por meio da medida estatística descritiva de comparação de frequência, agrupando-se o perfil epidemiológico e os problemas de enfermagem.

RESULTADOS

No período determinado para o estudo, 35 pacientes foram submetidos ao transplante hepático.

Destes, 62,86% (22 pacientes) eram do sexo masculino. Em relação à cor, 68,60% (24 pacientes) eram da cor branca, seguidas pelas cores negra e parda com 14,30% (cinco pacientes) cada uma, e amarela com 2,80% (um paciente). A média de idade foi de 53 anos, porém 34,30% (12 pacientes) estavam no intervalo entre 60 e 70 anos.

Verificamos que 22,86% (oito pacientes) desta amostra eram provenientes de outros estados brasileiros e 77,14% (27 pacientes) do estado de São Paulo.

Devido à gravidade clínica resultante da hepatopatia, muitos pacientes apresentavam patologias associadas ao transplante, sendo que neste estudo, a maior incidência foi de Insuficiência Renal Aguda (IRA) com 28,57% (dez pacientes), seguida por Diabetes Mellitus e Encefalopatia, cada uma com 25,71% (nove pacientes).

Em relação à indicação do transplante, 51,45% (18 pacientes) realizaram o transplante devido à cirrose causada pelo vírus da hepatite C (VHC), seguida pela cirrose associada ao hepatocarcinoma 25,73% (nove pacientes).

A média do tempo de espera pelo transplante foi de 23,37 meses. Em relação à modalidade do transplante, 60% (21 pacientes) receberam o enxerto de doador cadáver, seguido pelo de doador vivo, com 25,70% (nove pacientes), o dominó com 8,60% (três pacientes) e o split representou 5,70% (dois pacientes) da amostra. A taxa de retransplante foi de 8,60% (três pacientes).

Da totalidade dos casos, 20% (sete pacientes) evoluíram para óbito, 8,60% (três pacientes) ocorreram devido a choque séptico, seguido por assistolia com 5,80% (dois pacientes), choque cardiogênico e recidiva de hepatocarcinoma, cada um com 2,80% (um paciente).

Foram identificados 312 problemas de enfermagem divididos em oito categorias, seguindo o modelo empregado para a técnica do exame físico.

Analisando a ocorrência de problemas de enfermagem por sistemas orgânicos, verifica-se que as maiores incidências recaíram sobre o aparelho gastrointestinal (21,48%) e aparelho respiratório (19,23%), seguidos dos sistemas cutâneo-mucoso (14,42%), neurológico (12,82%), gênito-urinário (9,94%) músculo-esquelético e cardiovascular (7,69%), e endócrino (6,73%).

DISCUSSÃO

Dos 35 pacientes submetidos ao transplante hepático, 62,86% (22 pacientes) eram do sexo masculino, incidência confirmada em outro estudo,¹¹ onde 57,14% dos pacientes pertenciam a este sexo. Em relação à cor, 68,60% (24 pacientes) eram da cor branca, seguidas pelas cores negra e parda, com 14,30% (cinco pacientes) cada uma.

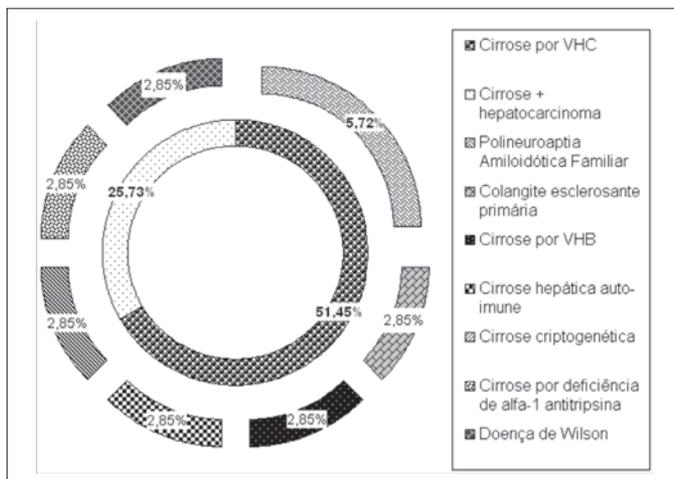
A média de idade foi de 53 anos, com predominância de 34,30%, (12 pacientes) no intervalo entre 60 e 70 anos, demonstrando o aumento da expectativa de vida. Em um estudo sobre diagnósticos de enfermagem,¹⁰ a média de idade dos pacientes transplantados foi de 44 anos.

Existem, atualmente, 19 centros que realizam transplantes de fígado no Brasil, dos quais dez localizam-se na cidade de São Paulo.¹² A migração de pacientes para serem incluídos em listas de grandes centros transplantadores é comum. Assim, verificamos que 22,86% (oito pacientes) desta amostra eram provenientes de outros estados brasileiros e 77,14% (27 pacientes) eram do estado de São Paulo.

Por conta da gravidade clínica resultante da hepatopatia e da carência de doadores, muitos pacientes apresentavam patologias associadas ao transplante,³ sendo que neste estudo a maior incidência foi de Insuficiência Renal Aguda (IRA), com 28,57% (dez pacientes), seguida por Diabetes Mellitus e Encefalopatia cada uma com 25,71% (nove pacientes).

Os dados obtidos confirmam a grande incidência, 51,45% (18 pacientes) de transplantes hepáticos realizados por cirrose causada pelo vírus da hepatite C (VHC). A cirrose de etiologia viral constitui uma das principais indicações ao transplante hepático,¹² seguida pela cirrose associada ao hepatocarcinoma 25,73% (nove pacientes), que, em portadores de cirrose de etiologia viral, tem baixa incidência de recidiva.³ Em contrapartida, no trabalho sobre diagnósticos de enfermagem,¹⁰ a segunda maior indicação foi cirrose causada pelo vírus da hepatite B (VHB), (22%) e, neste estudo, essa patologia foi responsável por apenas uma indicação cirúrgica, ou seja 2,85% dos casos conforme verifica-se na Figura 1.

Figura 1. Pacientes submetidos ao transplante hepático, segundo a indicação cirúrgica



VHB: Vírus da hepatite B

VHC: Vírus da hepatite C

A média do tempo de espera pelo transplante foi de 23,37 meses. As equipes transplantadoras vêm enfrentando como desafio a escassez de doadores de órgãos, visto que a demanda não é suficiente para atender a todos os pacientes que necessitam dessa terapêutica, e muitos morrem à espera do transplante.¹³

Em relação à modalidade do transplante, 60,0% (21 pacientes) receberam o enxerto de doador cadáver, comprovando que estes

são a maior fonte de órgãos para os transplantes³; o número de não-doadores ainda é muito grande, principalmente se considerarmos que a mídia vem demonstrando a necessidade de aumentar esse número e vem retratando os problemas vividos pelas pessoas que necessitam de transplante de órgãos. Com o intuito de possibilitar o transplante em estágios mais precoces da insuficiência hepática, foi iniciada a captação de enxertos hepáticos de doadores vivos relacionados,¹⁴ sendo que neste estudo esta modalidade corresponde a 25,70% (nove pacientes). O dominó foi responsável pelo transplante em 8,60% (três pacientes), e o split, também conhecido como transplante compartilhado, representou 5,70% (dois pacientes) da totalidade dos transplantes neste estudo.

A taxa de retransplante foi de 8,6% (três pacientes), sendo que todos os casos foram devido à trombose da artéria hepática. As complicações vasculares são uma das mais sérias no pós-operatório, por conta da diferença vascular entre doador e receptor e da dificuldade de anastomose. Nenhum caso desta amostra foi submetido a re-re-transplante.

Da totalidade dos casos, 20% (sete pacientes) evoluíram para óbito, sendo que apenas um caso estava associado à trombose da artéria hepática e 8,60% (três pacientes) ocorreram devido a choque séptico. Em um estudo sobre óbito tardio em transplantados de fígado,¹⁵ a maioria dos óbitos ocorreu nos três primeiros meses após o transplante e foram devido à infecções, complicações técnicas e não funcionamento primário do enxerto. Neste estudo, um paciente apresentou óbito devido à recidiva de hepatocarcinoma. Os pacientes submetidos a transplante têm incidência aumentada de tumores, sendo que essas neoplasias variam conforme o tipo de órgão transplantado, esquema de imunossupressão e tempo de acompanhamento.

O enfermeiro deve sempre investir esforços na identificação e prevenção de complicações, bem como intervir para proporcionar recuperação integral e melhor qualidade de vida ao paciente que se submete a transplante hepático.¹⁶

Após a caracterização da amostra e da leitura dos registros contidos no prontuário do paciente, os problemas de enfermagem foram identificados, totalizando 312 problemas divididos em oito categorias, seguindo o modelo empregado para a técnica do exame físico de acordo com os sistemas orgânicos e no sentido céfalo-caudal. (Tabela 1).

Analisando a ocorrência de problemas de enfermagem por sistemas orgânicos, verifica-se (Tabela 1) que as maiores incidências recaíram sobre o aparelho gastrointestinal (21,48%) e aparelho respiratório (19,23%), seguidos dos sistemas cutâneo-mucoso (14,42%) e neurológico (12,82%). Quanto às ocorrências individuais, discutiremos apenas os problemas de enfermagem identificados em sete ou mais pacientes.

Sistema Neurológico: períodos de confusão presentes em 18 pacientes, e agitação psicomotora com incidência em dez pacientes. Muitos pacientes apresentam graus variáveis de encefalopatia hepática no período pós-operatório, devido à concentração aumentada de amônia e de outros metabólitos tóxicos no sangue, provocando lesão e disfunção cerebral. O paciente passa por períodos de confusão, alterações de humor e do padrão de sono, ou seja, tende a dormir de dia e a ficar agitado e ter insônia à noite.¹⁴

Figura 1. Pacientes submetidos ao transplante hepático, segundo a indicação cirúrgica

Sistema	nº	%
Neurológico	40	12,82
Endócrino	21	6,73
Respiratório	60	19,23
Cardiovascular	24	7,69
Gastrointestinal	67	21,48
Gênito-urinário	31	9,94
Cutâneo-mucoso	45	14,42
Músculo-esquelético	24	7,69
Total	312	100,00

Sistema Endócrino: os picos de hiperglicemia estiveram presentes em 20 pacientes, estando relacionados aos efeitos intrínsecos dos imunossuppressores, aumento da resistência a esse hormônio e, possivelmente, efeitos tóxicos diretos sobre as células β das ilhotas pancreáticas. A hiperglicemia ocorre no período pós-operatório, podendo comportar-se como simples intolerância transitória à glicose que necessita do uso temporário da insulina. A minoria dos pacientes requer seu uso permanente.¹⁷

Sistema Respiratório: murmúrios vesiculares diminuídos presentes em 18 pacientes; tosse seca e taquipnéia com frequência de 16 pacientes cada uma. As complicações do sistema respiratório são comuns após o transplante em razão da intoxicação hídrica em pacientes com insuficiência hepática terminal, associada a certo grau de hiper-hidratação decorrente da politransusão e dos freqüentes desequilíbrios hidroeletrólíticos intra-operatórios. O comprometimento da excursão diafragmática é bastante freqüente e relacionado ao acúmulo de ascite, extensa manipulação cirúrgica do diafragma, lesão do nervo frênico durante o clampamento da veia cava inferior supra-hepática.¹⁴ Os murmúrios vesiculares diminuídos, a tosse seca e a taquipnéia, decorrentes da dor e da distensão abdominal, devem ser tratados de forma intensiva com fisioterapia respiratória. Na vigência de imunossupressão e as atelectasias podem propiciar o aparecimento de pneumonias graves, de difícil tratamento.³

Sistema Cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica (HAS), com incidência em 14 pacientes. A HAS é decorrente da intensa vasoconstrição sistêmica que ocorre no pós-operatório do transplante hepático, somada à hiper-hidratação do pós-operatório precoce e à retenção de sódio e água decorrentes da administração de corticóides e imunossuppressores.³ Como a hipertensão pode ser a manifestação da toxicidade da ciclosporina, a adequação de seus níveis séricos é fundamental para o controle da pressão arterial. A circulação hiperdinâmica, a hipervolemia, as alterações no metabolismo de agentes vasoativos endógenos e os efeitos secundários da administração de drogas podem levar à taquicardia,¹⁴ sendo que neste estudo ela ocorreu em sete pacientes.

Sistema Gastrointestinal: O abdome globoso e doloroso à palpação presente em 25 pacientes é bastante freqüente, pois além dos

pacientes serem submetidos a um grande trauma cirúrgico, durante aquele período eles têm a mobilidade física deficiente e a motilidade intestinal diminuída.³ Em razão da extensão da ferida, do prolongado tempo operatório, dos distúrbios de coagulação intra-operatórios, da necessidade de abertura do tubo digestivo para a confecção da drenagem biliar e da imunossupressão associada, o transplante hepático é um procedimento potencialmente contaminado e associado a freqüentes complicações incisionais sendo que, neste estudo, a presença de secreção serossanguinolenta na incisão teve frequência de 21 pacientes.¹⁴ No pós-operatório do transplante apresentam-se outras condições que propiciam a desnutrição, como náuseas e vômitos (nove pacientes) que redundam em diminuição da ingestão de alimentos, o que proporciona ao paciente uma chance maior de adquirir infecções pós-operatórias em decorrência da desnutrição.¹⁷

Sistema Gênito-urinário: oligúria, presente em 23 pacientes. Algum grau de disfunção renal sempre está presente no período pós-operatório; em geral, a oligúria após o transplante se instala pela perda de sangue no intra-operatório.¹⁸ Essa oligúria é quase sempre autolimitada, não exigindo terapia específica, porém, deve-se garantir adequado volume intravascular e ótimo débito cardíaco.¹⁴

Sistema Cutâneo-mucoso: a icterícia e o prurido estiveram presentes em 19 pacientes. Estas complicações são comuns no pós-operatório, pois o enxerto ainda não restabeleceu suas funções. A icterícia ocorre quando a concentração de bilirrubina no sangue está elevada de maneira anormal. Os pacientes com disfunção hepática desenvolvem prurido devido à retenção de sais biliares.¹⁴ Após o transplante, quando o fígado recobra sua função, os sangramentos que ocorriam começam a diminuir, porém, o paciente transplantado ainda apresenta alterações na cascata de coagulação sangüínea.¹⁸ Neste estudo, o hematoma em membros superiores foi ocorrência em 15 pacientes. A anasarca teve frequência em sete pacientes, ocorrendo como resultado da administração excessiva de líquidos, principalmente hemocomponentes, e também associado ao comprometimento do mecanismo regulador.³

Sistema Músculo-esquelético: o edema em membros superiores e inferiores esteve presente em 18 pacientes. Muitos pacientes apresentam acúmulo de líquidos, sobretudo sob a forma de edema. Esse líquido começa a ser mobilizado cerca de 48 horas após o término do transplante. Entretanto, em razão da hipoalbuminemia, da extensa área da dissecação cirúrgica, da administração de volume hipertônico durante a anestesia, além dos efeitos determinados pelo uso de imunossuppressores e por altas doses de corticóides, o processo de redimensionamento do compartimento intersticial pode demorar algumas semanas.¹⁴

A caracterização de uma classe de pacientes submetidos a esse procedimento tão complexo nos possibilitou visualizar os principais problemas de enfermagem que ocorrem nas primeiras 24 horas de permanência do cliente na unidade de internação, no período pós-operatório imediato. Diante da grande complexidade desses pacientes, faz-se necessária a construção de diretrizes para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, já que esses clientes estão permeados por complicações e internações recorrentes. O levantamento dos problemas de enfermagem no pós-operatório

oferece padronização de condutas dos profissionais e a construção de parâmetros de qualidade para assistência acarreta redução da possibilidade de complicações pós-operatórias.

CONCLUSÃO

A análise dos prontuários dos 35 pacientes submetidos ao transplante hepático em 2003 permitiu-nos concluir que os pacientes eram, em sua maioria, do sexo masculino, de cor branca, pertencentes à faixa etária entre 60 e 70 anos, procedentes do estado de São Paulo, com IRA como patologia associada, indicação cirúrgica devido à

cirrose por VHC, tempo médio de espera na fila do transplante de^{23,37} meses e 21 transplantes realizados com doador cadáver.

A análise dos dados obtidos pela coleta de informações referentes às anotações, evoluções e prescrições de enfermagem permitiu identificar 312 problemas de enfermagem, seguindo o sentido céfalo-caudal. Os sistemas com maior número de problemas associados foram: gastrointestinal, respiratório, cutâneo-mucoso e neurológico. Os problemas de maior incidência foram: abdome globoso e doloroso à palpação, oligúria, incisão cirúrgica serossanguinolenta, icterícia e prurido, períodos de confusão, murmúrios vesiculares diminuídos e edema.

ABSTRACT

The aim of this study is to raise the nursing problems in the surgical clinic, providing elements for the Systematization of the Nursing Assistance. **Purposes:** to identify the epidemiological profile and nursing problems in the immediate postoperative phase of patients submitted to liver transplantation. **Methods:** a retrospective analysis was used by assessing the medical records of patients submitted to liver transplantation along an one-year period, in which 35 patients were submitted to the procedure. **Results:** a total of 312 nursing problems were identified. **Conclusion:** those systems with the higher amount of associated problems were: gastrointestinal, respiratory, cutaneous-mucous, and neurological. The nursing problems that presented higher frequency were: soft and swollen abdomen on palpation, oliguria, serosanguinous surgical incision, jaundice and itching, periods of confusion, reduced vesicular murmurs and edema.

Keywords: Liver Transplantation, Liver Diseases, Nursing, Patient Care, Postoperative Period.

REFERÊNCIAS

- Nehme CS. Histórico do transplante de fígado [on line]2003; São Paulo [citado 2003 fev 01]. Disponível em URL: <http://www.transpatica.org.br/frame5.htm>.
- Assis FN. Histórico do transplante de fígado [on line]2003; São Paulo [citado 2003 fev 03]. Disponível em URL: <http://www.adote.org.br/projetos/doe/html>.
- Chapchap P, Carone E. Transplante hepático. In: Neumann J, Filho MA, Garcia VD. Transplante de órgãos e tecidos. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 1997. p.290-2.
- Alfieri FJ, Mies S. Transplante de órgãos: bases fisiopatológicas e técnicas. In: Goffi FS, Gonçalves JJ, Benassi EL, Buenno ELR, Mies S, Alfieri FJ. Técnicas cirúrgicas: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4a ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p.158-67.
- Massarolo MCKB, Kurcgart P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. Rev Lat Am Enfermagem, Ribeirão Preto. 2000;8(4):66-72.
- Neto BHF, Afonso RC, Saad WA. Situação do transplante hepático no Brasil: diagnóstico e tratamento, São Paulo. 1999;4(3):7-10.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes [on line]2003. São Paulo [citado 2004 out 28]. Disponível em URL: <http://www.abto.org.br/população/profissionais/gráficos.htm>.
- Udo EY, Boin IFSF, Biella S, Leonardi LS. Perfil sócio-econômico dos receptores de fígado: correlação com aderência ao programa de transplante hepático. J Bras Transpl, São Paulo. 2001;4(2):35-9.
- Silva OCJ, Sankarankutty AK, Oliveria GR, Pacheco E, Ramalho FS, Sasso KD, et al. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. Acta Cir Bras, Rib. Preto. 2002;17(3):83-7.
- Canero TR, Carvalho R, Galdeano LE. Nursing diagnoses for the immediate postoperative period of patients submitted to liver transplantation. Rev. Einstein, São Paulo. 2004;2(2):100-4.
- Machado MM, Rosa ACF, Barros N, Cerri LMO, Cerri GG. Coleção líquida adjacente ao ligamento falciforme em pacientes no pós-operatório imediato de transplante de fígado: achado ultra-sonográfico normal ou anormal? Estudo prospectivo. Radiol Bras, São Paulo. 2003;36(2):77-9.
- Mies S. Transplante de fígado. Rev. Assoc. Med. Bras, São Paulo. 1998;44(2):127-34.
- Moraes MW. Caracterização dos determinantes sócio-culturais que influenciam os adolescentes na atitude de ser "doador de órgãos". [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); 2001.
- Marujo WC, Barros MFA, Cury RA, Sette HJ. Transplante de fígado. In: Knobel E, Marujo WC, Barros MFA, Cury RA, Sette HJ, Ramalho AJ. Condutas no paciente grave. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 1998.p.1135-47.
- Coelho JCU, Parolin MB, Matias JEF, et al. Causa de óbito tardio em transplantados de fígado. Rev Assoc Med Bras, São Paulo. 2003;49(2):177-80.
- Sasso KD, Azevedo MAJ. Assistência de enfermagem no transplante de fígado: a importância do enfermeiro nessa modalidade terapêutica. Nursing, São Paulo. 2003;60(6):16-20.
- Parolin MB, Zaina FE, Lopes RW. Terapia nutricional no transplante hepático. Arq Gastroenterol, São Paulo. 2002;39(2):114-21.
- Rocha ABL, Kina C, Lourenzen R, Silva SC. Assistência de enfermagem a pacientes submetidos ao transplante hepático: cuidados intensivos no pós-operatório. Nursing, São Paulo. 2000;32:18-22.