

## Qualidade de vida de candidata ao transplante de fígado após intervenção fisioterapêutica: relato de caso

*Quality of life of a liver transplant candidate after physiotherapeutic intervention: case report*

José Ivo Filho<sup>1</sup>, Michelle Duarte Nascimento<sup>1</sup>, Bruna Angélica Reche<sup>1</sup>, Juliana Rodrigues Correia<sup>1</sup>, Odete Mauad Cavenaghi<sup>1</sup>

### RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto de um programa de reabilitação física sobre a qualidade de vida de uma paciente candidata ao transplante de fígado. Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 43 anos, diagnóstico médico de cirrose biliar primária, fibrose porta-porta, há seis anos, Child B e MELD 17, antecedente de hipertensão arterial sistólica, diabetes *mellitus* e dislipidemia. Foi avaliada antes e após aplicação do protocolo de reabilitação em cinco sessões consecutivas, por meio do questionário *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ). Observou-se uma resposta positiva na melhoria da qualidade de vida da paciente quando submetida ao programa de reabilitação física, porém, de forma discreta, devido à percepção de limitações funcionais pertinentes à doença, demonstrando alteração emocional. Este estudo permitiu uma abordagem criteriosa da candidata quanto às suas limitações pessoais e características da doença para servirem como parâmetro a um programa de tratamento fisioterapêutico, baseado na reabilitação e melhora da qualidade de vida. Novos estudos poderão ser desenvolvidos sobre o tema abordado, o que contribuirá de forma direta na ampliação do conhecimento, enriquecimento e atualização da literatura científica.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; transplante de fígado; fisioterapia; cirrose hepática; cuidados pré-operatórios.

### ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the impact of a physical rehabilitation program on the quality of life of a patient who is candidate for liver transplantation. This is a female patient, 43 years old, diagnosed with primary biliary cirrhosis, portal fibrosis six years ago, Child B and MELD 17, previous systolic hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia. It was evaluated before and after the application of the rehabilitation protocol in five consecutive sessions, using the *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ). A positive response was observed in the improvement of the patient's quality of life when submitted to the physical rehabilitation program, but in a discrete way, due to the perception of relevant functional limitations of the disease, demonstrating emotional alteration. This study allowed a careful approach of the candidate regarding their personal limitations and characteristics of the disease to serve as a parameter for a program of physiotherapeutic treatment, based on rehabilitation and improvement of the quality of life. New studies may be developed on the topic addressed, which will directly contribute to the expansion of knowledge, enrichment and updating of the scientific literature.

**Keywords:** quality of life; liver transplantation; physical therapy specialty; liver cirrhosis; preoperative care.

### INTRODUÇÃO

O transplante de fígado (TxF) é um procedimento cirúrgico adotado em pacientes portadores de doença hepática crônica (DHC) ou aguda nos quais os tratamentos conservadores não se mostram eficazes.<sup>1</sup> O TxF oferece aos pacientes a oportunidade para melhor sobrevivência e melhoria da qualidade de vida (QV).<sup>2</sup>

Caracteriza-se cirrose como um distúrbio clínico presente em pacientes com doença hepática, causado por alterações sistêmicas e metabólicas, conhecida por causar morbidade e mortalidade significantes.<sup>3</sup> Estudos descrevem complicações relacionadas ao processo patológico, como infecções, distúr-

bios da coagulação, ascite, encefalopatia hepática, icterícia, perda de massa e função muscular, alterações da pressão da veia porta e alterações cardíacas com redução na QV.

Os cirróticos desenvolvem um quadro de desnutrição por diminuição na ingestão dos alimentos, déficit na absorção e no transporte de nutrientes e pelo aumento do gasto energético em repouso.<sup>4,5</sup> As alterações causadas pela progressão da doença hepática como a desnutrição, a perda de massa e de função muscular contribuem com o aparecimento do déficit funcional.<sup>6</sup>

É importante a avaliação desses pacientes para estimar e descrever a diminuição da relação da QV quando comparados

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) – São José do Rio Preto (SP), Brasil.

Contato: joseivo.fisio@outlook.com

Recebido em 05/02/2016. Aceito para publicação em 23/02/2017.

a indivíduos saudáveis.<sup>7</sup> O acompanhamento dos pacientes com doença hepática tem sido cada vez mais utilizado para avaliar a eficácia dos tratamentos propostos, e assim garantir melhores resultados, oportunizando outros estudos voltados à reabilitação dos cirróticos, considerando que o aspecto físico do doente é o mais afetado e as limitações adquiridas afetam as atividades de vida diárias (AVDs) e conseqüentemente reduzem os níveis de aptidão física e da condição funcional.<sup>8</sup>

Os fatores benéficos do TxF sobre a QV dos pacientes já foram demonstrados previamente. Tais fatores podem ser obtidos por meio de um questionário específico, como o *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ), um instrumento único, desenvolvido e validado para todas as etiologias e graus de gravidade da doença hepática, capaz de medir a QV geral, por domínios do paciente portador de doença hepática crônica, constituído por 29 questões distribuídas em 6 domínios. Cada questão apresenta 7 níveis de resposta: de 0 (todo tempo) a 6 (nunca). Esse questionário traz um escore por domínio e um total, com caráter multidimensional, avaliando a percepção geral da qualidade de vida e enfatizando os sintomas da doença hepática.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 43 anos, diagnóstico médico de cirrose biliar primária (fibrose porta-porta), há 6 anos, Child B e MELD 17. Apresentou antecedentes de aneurisma e hipertensão arterial sistólica (HAS), diabetes *mellitus* (DM) e dislipidemia. Ao exame físico constatou-se circunferência abdominal de 96 cm (ascite leve), ausência de edema de membros inferiores (MMII) e não foram observadas alterações para deambular, mantendo-se amplitude de movimento (ADM) e AVDs preservadas.

Foi realizada uma avaliação inicial antes da aplicação do protocolo de treinamento e outra após decorridas cinco sessões,<sup>9</sup> por meio do questionário CLDQ.

Os testes utilizados para avaliar a paciente foram:

- Teste incremental: em esteira Vision Fitness, com inclinação fixa de 6%, velocidade inicial de uma milha por hora, com incrementos de meia milha a cada dois minutos até o máximo tolerado, baseando-se na escala para a classificação da percepção subjetiva de esforço (Escala de Borg). Foram monitorados: pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR) e saturação de oxigênio por oximetria de pulso (SpO<sub>2</sub>), que permite a avaliação das respostas ao exercício dos sistemas pulmonar, cardiovascular, hematopoiético, neurofisiológico e muscular de maneira integrada.<sup>10</sup>
- A força muscular dos músculos extensores da articulação do joelho foi avaliada pelo teste de carga máxima 1RM,<sup>11</sup> que consiste em uma quantidade de carga máxima que o indivíduo consegue efetuar em apenas uma repetição máxima.
- Escala de Borg para ajustar a carga a cada sessão, juntamente com a FC. O nível de esforço (grau de dispneia, dor ou cansaço dos membros inferiores) foi avaliado pela escala de esforço percebido adaptada (Escala de Borg), graduada de 0 a 10, correspondente à intensidade progressiva da sensação de esforço.<sup>12</sup>

Após a avaliação inicial foi aplicado um protocolo de intervenção fisioterapêutico com duração de 30 minutos, uma vez por dia, durante cinco dias consecutivos e reavaliação, ambos realizados no Hospital de Base de São José do Rio Preto, São Paulo. Tal protocolo consiste em quatro fases:

1. Aquecimento com cinco minutos de alongamentos musculares de membros superiores e inferiores globais.
2. Condicionamento com dez minutos de exercício aeróbico em esteira ergométrica com base na tolerância máxima que o paciente obteve durante o teste incremental, com velocidade adequada, de maneira que a FC se mantenha dentro da zona de treinamento previamente calculada.
3. Fortalecimento muscular do quadríceps femoral na cadeira extensora, mantendo a contração máxima dele em uma única repetição completa, utilizando o sistema de ensaio e erro crescente de peso, com peso inicial estipulado empiricamente o mais próximo possível, porém abaixo do suposto peso máximo equivalente à força dinâmica do paciente (a carga e as repetições foram predeterminadas, adaptadas de acordo com a capacidade do paciente).
4. Desaquecimento durante cinco minutos com alongamentos e relaxamento de membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, São Paulo (número 082728/2015).

## DISCUSSÃO

Considerando o questionário CLDQ, o qual é subdividido em domínios, observou-se que, quanto aos domínios sintomas abdominais, fadiga, sintomas sistêmicos e atividades, todos obtiveram resposta positiva, após intervenção, com crescente melhora dos aspectos antes questionados. Gatardo<sup>13</sup> aponta melhoria na QV após o transplante e essa melhoria na condição de vida do paciente já foi comprovada em outros estudos.

Quanto aos domínios função emocional e preocupação, divergiram em dois pontos, pois ao relacionar o valor pontuado nos determinados domínios para chegar ao escore de cada um, ambos se mostraram negativos, ou seja, houve um déficit emocional ao final da intervenção fisioterapêutica. Les et al.<sup>14</sup> defendem que fatores potencialmente tratáveis contribuem de forma independente para a alteração da percepção da QV. Eles concluíram que determinados fatores psicológicos modificáveis estavam associados à pior percepção da QV, principalmente em pacientes com dependência alcoólica.

Analisando as questões respondidas em cada domínio isoladamente, percebe-se uma diferenciação numérica nos domínios, que se mostram negativos, mas ao comparar as questões (pré e pós-intervenção), há um progresso relacionado àqueles domínios, e a maioria das respostas selecionadas pela paciente foi “todo tempo/a maior parte do tempo”, correspondendo às respostas selecionadas no pré-intervenção e na pós-intervenção, com boa parte das questões obtidas “alguma parte do tempo/pequena parte do tempo” e evidenciando melhora na QV.

Ao longo da intervenção fisioterapêutica, a paciente foi percebendo as comorbidades relacionadas à doença. Em contrapartida era compreendido que a intervenção fisioterapêutica minimizava os impactos trazidos pela doença, mas, ainda assim, a paciente apresentava limitações em alguns exercícios propostos. Acredita-se que essa percepção de limitação funcional possa ter sido o fator chave para que houvesse uma resposta negativa quanto aos domínios de função emocional e preocupação. Barcelos et al.<sup>15</sup> avaliaram a QV e a condição funcional dos pacientes pré-transplante e naqueles submetidos à alocação do enxerto. Os do pré-transplante apresentaram diminuição nos domínios capacidade funcional e saúde mental do questionário de qualidade de vida SF- 36, quando comparados com os do pós-transplante.

No escore total, abordado pelo questionário CLDQ, o valor foi analisado pela soma dos domínios e dividido por seis, e também pela correlação de Pearson. Essa última é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Esse coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear, o valor 1 indica uma relação linear perfeita, e o valor -1 também indica uma relação linear perfeita, mas inversa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta, a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis. Ambas foram as formas de chegar ao resultado final e tiveram uma resposta positiva.

Não foram analisadas neste estudo as medicações de rotina da paciente, não sendo possível observar a reação colateral das drogas em relação ao que pode ou não interferir na QV e AVDs.

## CONCLUSÕES

Não foi possível encontrar na literatura estudos com o uso do CLDQ associado à intervenção fisioterapêutica, e foi decidido pela sua utilização por se tratar de uma avaliação específica da melhoria ou não dos sinais e sintomas da doença hepática. Esse questionário auxiliou na comparação dos resultados obtidos na pré e pós-intervenção fisioterapêutica do presente estudo, e demonstraram que houve uma mudança positiva na QV da paciente. São necessários outros estudos para se determinarem quais fatores são relevantes para uma resposta positiva ou não a um protocolo de intervenção fisioterapêutica voltado a pacientes cirróticos.

## REFERÊNCIAS

1. Borges MCLA, Silva LMS, Guedes MVC, Caetano JA. Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012;16(4):754-60.
2. Rodrigues JR, Hanto DW, Curry MP. Patients' expectations and success criteria for liver transplantation. *Liver Transplant.* 2011;7(11):1309-17.
3. Rahimi RS, Rockey DC. Complications and outcomes in chronic liver disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2011;27(3):204-9.
4. Ferreira LL, Arroyo Júnior PC, Silva RCMA, Lamari NM, Cavenaghi OM. Perfil de pacientes em pré-operatório para transplante de fígado em hospital de ensino. *J Health Sci Inst.* 2013;31(3):84-7.
5. Galant LH, Forgiarini Júnior LA, Dias AS, Marroni CA. Condição funcional, força muscular respiratória e qualidade de vida em pacientes cirróticos. *Braz J Phys Ther.* 2012;16(1):30-4.
6. Rosa CB, Klein MB, Forgiarini Júnior LA, Galant LH, Dal Bosco A. Alterações cardíacas e qualidade de vida em doentes hepáticos candidatos ao transplante ortotópico de fígado. *Ciênc Mov.* 2012;13(27):27-33.
7. Gao F, Gao R, Li G, Shang ZM, Hao JY. Health-related quality of life and survival in Chinese patients with chronic liver disease. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11(1):131.
8. Durette-Gratien M, Tabouret T, Antonini MT, Dalmay F, Carrier P. Personalized adapted physical activity before liver transplantation: acceptability and results. *Transplantation.* 2015;99(1):145-50.
9. Carey EJ, Steidley DE, Aqel BA, Byrne TJ, Mekeel KL. Six-minute walk distance predicts mortality in liver transplant candidates. *Liver Transplant.* 2010;16(12):1373-8.
10. Durette-Gratien M, Tabouret T, Antonini MT, Dalmay F, Carrier P. Personalized adapted physical activity before liver transplantation: acceptability and results. *Transplantation.* 2015;99(1):145-50.
11. Lopes AC. Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Manole; 2006. v. 1.
12. Simão R, Senna G, Nassif L, Leitão N, Arruda R. Influência dos diferentes protocolos de aquecimento na capacidade de desenvolver carga máxima no teste de 1RM. *Fit Perf J.* 2004;3(5):261-5.
13. Gatardo DRM. Qualidade de vida e transplante hepático: avaliação comparativa em diferentes fases pré e pós-cirurgia [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de São Paulo; 2007.
14. Les I, Doval E, Monteserrat F, Jacas C, Cárdenas G, Esteban R, et al. Quality of life in cirrhosis is related to potentially treatable factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010;22:221-7.
15. Barcelos S, Dias AS, Forgiarini LA, Monteiro MB. Transplante hepático: repercussões na capacidade pulmonar, condição funcional e qualidade de vida. *Arq Gastroenterol.* 2008;45(3):186-91.