

Gravidade da doença hepática e qualidade de vida no transplante de fígado

Severity of liver disease and quality of life in liver transplantation

Maria Isis Freire de Aguiar¹
Violante Augusta Batista Braga¹
Paulo César de Almeida²
José Huygens Parente Garcia³
Clébia Azevedo de Lima³

Descritores

Transplante de fígado; Qualidade de vida; Avaliação em enfermagem; Gravidade do paciente; Período pré-operatório; Período pós-operatório

Keywords

Liver transplantation; Quality of life; Nursing assessment; Patient acuity; Preoperative period; Postoperative period

Submetido

14 de Outubro de 2015

Aceito

1 de Fevereiro de 2016

Autor correspondente

Maria Isis Freire de Aguiar
Rua Alexandre Baraúna, 1115,
60430-160, Rodolfo Teófilo,
Fortaleza, CE, Brasil.
isis_aguiar@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600015>



Resumo

Objetivo: Analisar a influência da gravidade da doença hepática na qualidade de vida dos pacientes antes e depois do transplante de fígado.

Métodos: Estudo descritivo com 150 receptores de transplante hepático, maiores de 18 anos. A gravidade foi avaliada pelo *Child* e MELD e aplicado o *Liver Disease Quality of Life*. Foi utilizado teste *t* ou *Mann-Whitney* para comparação das médias dos domínios e ANOVA ou *Kruskal-Wallis* para comparação entre grupos.

Resultados: Antes do transplante, os pacientes com *Child C* obtiveram menores escores de qualidade de vida do que os com *Child A*. Pacientes com MELD menor ou igual a 15 tiveram aumento significativo das médias em 10 domínios, enquanto os pacientes com MELD superior a 15 tiveram aumento nos 12 domínios.

Conclusão: Houve influência negativa da gravidade pelo CTP na qualidade de vida antes do transplante. O MELD não interferiu significativamente nos resultados pós-transplante, mesmo com elevação das médias.

Abstract

Objective: To analyze the influence of liver disease severity on the quality of life of patients before and after liver transplantation.

Methods: A descriptive study with 150 liver transplant recipients over 18 years of age. Severity was assessed using Child and MELD, and the Liver Disease Quality of Life was administered. The t-test or Mann-Whitney test was used to compare the mean values of the domains, and an ANOVA or Kruskal-Wallis test was used for between group comparison.

Results: Prior to transplantation, patients with Child class C had lower quality of life scores than those with Child class A. Patients with MELD lower than or equal to 15 had a significant increase of mean values in ten domains, whereas patients with MELD scores greater than 15 had increased mean values in 12 domains.

Conclusion: There was a negative influence of severity on quality of life prior to transplantation, according to Child-Turcotte-Pugh. The MELD did not interfere significantly in the post-transplantation outcomes, even though the mean values increased.

¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³Universidade Federal do Ceará, Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A insuficiência hepática terminal é uma condição patológica de grande impacto na vida das pessoas, levando à necessidade de transplante de fígado como única possibilidade de reversão do quadro terminal, com repercussões ao nível biológico, psicológico e social.⁽¹⁾

Em 2013, o Brasil ocupou o segundo lugar em número absoluto no ranking de transplantes hepáticos dentre 30 países avaliados, perdendo somente para os Estados Unidos. Entre os anos de 2005 a 2015, foram realizados 14.817 transplantes de fígado.⁽²⁾

Na avaliação do candidato para o transplante são utilizados como indicadores gerais da gravidade da insuficiência hepática a classificação *Child-Turcotte-Pugh* (CTP) e o *Model for End-stage Liver Disease* (MELD). Esses indicadores são utilizados para o estabelecimento de prioridade para transplante de fígado, prognóstico da doença, predição de sobrevivência e mortalidade após o transplante, além de servir como parâmetro para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).⁽³⁾

A classificação CTP é baseada em resultados de exames laboratoriais mais recentes e sintomatologia dos pacientes com relação à função hepática, incluindo os níveis de bilirrubina, albumina, tempo de protrombina, gravidade da ascite e grau de encefalopatia hepática, pontuando os resultados em uma escala que varia de 05 a 15 pontos, estratificados em classe A (5-6), B (7-9) ou C(10-15), no qual valores maiores indicam maior gravidade da doença, oferecendo valores preditivos de sobrevida dos pacientes em um ou dois anos.

Desde 2002, a escala MELD tem sido utilizada como base para a alocação de fígados de doadores falecidos para transplante entre adultos nos Estados Unidos, pela *Organ Procurement and Transplantation Network* (OPTN). No Brasil, o sistema de alocação de fígado de doadores para transplante obedece ao critério de severidade da doença hepática, com base no score do MELD, desde 2006, independentemente da quantidade de tempo em lista de espera. A pontuação é baseada em uma fórmula que tem como variáveis os

níveis séricos de creatinina (Cr), bilirrubina total (BT) e a razão internacional normalizada (INR) para o tempo de protrombina, variando de 6 a 40 pontos, considerando ainda a evolução da doença e a indicação terapêutica, sendo capaz de prever o risco de mortalidade no prazo de 3 meses.⁽⁴⁾

Durante levantamento bibliográfico, identificaram-se estudos relevantes sobre o impacto da utilização do MELD na sobrevida de pacientes na lista de espera para transplante de fígado, entretanto, estudos que avaliam a relação de critérios de gravidade e qualidade de vida desses pacientes após transplante ainda são incipientes, apontando a necessidade de realização de mais estudos para aprofundamento do tema, considerando ainda os riscos e os altos custos relacionados ao procedimento.^(5,6)

A qualidade de vida desses indivíduos pode ser avaliada pela utilização de instrumentos genéricos e específicos. Dentre os instrumentos genéricos já validados para a população brasileira, inclui-se o *Medical Outcomes Study Short-Form 36* (SF-36), o *World Health Organization Quality of life Instrument* (WHOQOL) e sua versão abreviada WHOQOL-bref. No que se refere à avaliação de pacientes com doenças hepáticas, destacam-se o *Hepatitis Quality of Life Questionnaire* (HQOLQ), o *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ) e o *Liver Disease Quality of Life* (LDQOL).⁽⁷⁾

Neste estudo, optou-se por utilizar o LDQOL devido à capacidade que o instrumento oferece para identificar questões mais particulares do impacto da doença hepática e da resposta do indivíduo ao transplante de fígado.

Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo analisar a influência da gravidade da doença hepática na qualidade de vida dos pacientes antes e depois do transplante de fígado.

Métodos

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Transplante de Fígado do Ceará/ Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), referência nacional em transplante de fígado.

O tamanho da população considerou o número de pacientes transplantados entre 2002 e 2011, que permaneceram vivos, totalizando 439 pacientes. Foi realizado o cálculo para a amostra finita, com o coeficiente de confiança de 95% e um erro amostral de 4%. Foram utilizados os critérios de inclusão: pacientes submetidos ao transplante hepático há no mínimo seis meses, com idade a partir de dezoito anos e em acompanhamento regular no serviço de transplante.

Foram excluídos receptores transferidos para outros estados, pacientes submetidos aos transplantes de fígado por hepatite fulminante ou duplo fígado-rim, pacientes com deficiência auditiva e incapacidade mental. No total, 150 pacientes participaram da pesquisa, sendo considerado um número representativo.

A coleta de dados foi realizada de julho de 2012 a janeiro de 2013, com aplicação de um instrumento produzido pelos pesquisadores, contendo aspectos demográficos (sexo, idade, raça) e clínicos (etiologia da doença, CTP e MELD) e o questionário LDQOL. Esse abrange 75 questões direcionadas aos sinais e sintomas da doença, além do efeito do tratamento na vida cotidiana, distribuídas em 12 domínios: sintomas relacionados à doença hepática, efeito da doença hepática nas atividades diárias, concentração, memória, sono, isolamento, esperança, qualidade da interação social, preocupações com a doença, estigma da doença hepática, função sexual e problemas sexuais. As questões são respondidas avaliando a frequência, intensidade ou concordância de afirmações em uma escala tipo *Likert*, com escores que variam de zero a seis pontos.⁽⁸⁾ É um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida nas doenças hepáticas, traduzido e validado para população brasileira, no qual as questões são respondidas avaliando a frequência, intensidade ou concordância de afirmações em uma escala tipo *Likert*, com escores que variam de zero a seis pontos.

O LDQOL foi aplicado pelos pesquisadores, em forma de entrevista, aos pacientes após o sexto mês de transplante, no momento em que compareciam às consultas de seguimento do pós-operatório, no ambulatório de transplante hepático, e foi aplicado duas vezes para cada paciente: a primeira,

considerando o período pré-transplante vivenciado pelo paciente e, em seguida, a avaliação da qualidade de vida atual (após o transplante).

Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A comparação das médias antes e depois do transplante foi realizada pelo teste *t* de *Student* ou *Mann-Whitney*, quando duas médias, e pela ANOVA ou *Kruskal-Wallis*, quando avaliadas três ou mais médias. Foi adotado o nível de significância de 0,05.

Os pacientes autorizaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde - resolução 196/96 - Protocolo n°: 041.06.12 do Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará.

Resultados

Com relação aos aspectos demográficos, entre os pacientes submetidos ao transplante de fígado, houve predomínio do sexo masculino (n=120; 80%); a faixa etária prevalente foi de 40 a 59 anos (n=71; 47,3%), seguida de 60 a 76 (n=51; 34%) e, por último, 18 a 39 (n=28; 18,7%), com média de 52,4 anos. A raça com maior proporção foi a de cor parda (n=90; 60%) e branca (n=45; 30%); havendo ainda negra (n=14; 9,3%) e indígena (n=1; 0,7%).

Quanto à etiologia da doença hepática, o uso de álcool teve a maior prevalência no grupo pesquisado, abrangendo um total de 58 (38,7%) pacientes, seguido por hepatite C (n=42; 28%) e cirrose criptogênica (n=22; 14,7%), além de outras doenças como hepatite B, doença de *Wilson* e carcinoma hepatocelular (CHC).

Quanto ao critério de gravidade da doença utilizado para alocação na lista de transplante de fígado antes da cirurgia, a maioria (n=116) dos pacientes apresentou MELD igual ou maior que 15, correspondendo a 77,3% da amostra, 15 (10%) tinham MELD menor do que 15 e 19 (12,7%) pacientes não tinham registro. Já na escala CTP antes da cirurgia, 56 (37,3%) dos pacientes foram classificados em CTP nível C, 76 (50,7%) em B e, somente, 9 (6%) em A, havendo 9 (6%) sem registro (Tabela 1).

Tabela 1. Análise da influência da classificação de CTP sobre os domínios de qualidade de vida da escala LDQOL antes do transplante de fígado (n = 141)

LDQOL Domínios	Child A	Child B Média ± DP	Child C	p-value
Sintomas da doença hepática	80,7 ± 16,9	66,9 ± 18,5	56,9 ± 23,2	0,001
Efeitos da doença hepática	73,7 ± 17,3	58,2 ± 21,9	51,7 ± 22,8	0,015
Concentração	77,7 ± 24,4	64,0 ± 30,3	47,6 ± 29,0	0,001
Memória	78,1 ± 33,3	64,2 ± 30,0	49,3 ± 28,5	0,003
Interação social	80,5 ± 10,7	70,9 ± 17,8	62,9 ± 20,0	0,007
Preocupação com a doença	56,6 ± 27,1	57,1 ± 27,3	50,8 ± 30,5	0,459
Sono	67,4 ± 20,5	55,5 ± 24,6	46,6 ± 20,6	0,014
Isolamento	93,4 ± 19,6	89,9 ± 19,1	89,5 ± 19,1	0,851
Esperança	82,5 ± 19,6	76,1 ± 23,6	68,6 ± 23,5	0,099
Estigma da doença hepática	77,4 ± 31,3	62,5 ± 30,5	49,2 ± 34,6	0,013
Função sexual*	75,0 ± 36,8	58,3 ± 34,1	64,9 ± 29,0	0,511
Problemas* sexuais	75,9 ± 41,2	68,0 ± 32,8	76,6 ± 30,2	0,565

*O domínio Função sexual teve n = 47 e Problemas sexuais teve n = 40

A análise da influência da gravidade da doença hepática, segundo a classificação CTP, na qualidade de vida antes do transplante demonstrou que os pacientes com *Child C* obtiveram menores médias do que os pacientes com A e B, em 10 dos 12 domínios, exceto função sexual e problemas sexuais. Houve maior comprometimento ($p < 0,05$) para sintomas da doença hepática, efeitos da doença, concentração, memória, qualidade da interação social, sono e estigma da doença, indicando diferença significativa com base na comparação multivariada entre os grupos *Child C* e A para os domínios: sintomas (56,9 vs 80,7; $p = 0,004$), efeitos da doença (51,7 vs 73,7; $p = 0,017$), concentração (47,6 vs 77,7; $p = 0,014$), memória (49,3 vs 78,1; $p = 0,021$), interação social (62,9 vs 80,5; $p = 0,023$), sono (46,6 vs 67,4; $p = 0,034$) e estigma (49,2 vs 77,4; $p = 0,043$). As diferenças entre *Child C* e B foram significativas para os domínios: sintomas (56,9 vs 66,9; $p = 0,016$), concentração (47,6 vs 64,0; $p = 0,005$), memória (49,3 vs 64,2; $p = 0,013$), interação social (62,9 vs 70,9; $p = 0,038$) e estigma (49,2 vs 62,5; $p = 0,050$).

Não foi realizada a comparação do CTP antes e após o transplante, pois não havia registros da escala no pós-transplante.

A análise da qualidade de vida segundo LDQOL de acordo com o valor do MELD foi apresentada nas tabelas 2 e 3.

A análise da comparação dos domínios de qualidade de vida do LDQOL, antes e depois do trans-

Tabela 2. Análise dos domínios de qualidade de vida da escala LDQOL antes e depois do transplante de fígado para pacientes com MELD menor ou igual a 15 (n = 15)

LDQOL Domínios	Pré-transplante Média ± DP	Pós-transplante Média ± DP	p-value
Sintomas da doença hepática	68,0 ± 13,8	93,0 ± 6,6	<0,0001
Efeitos da doença hepática	49,2 ± 21,9	87,2 ± 13,8	<0,0001
Concentração	65,7 ± 30,1	93,7 ± 12,0	0,007
Memória	65,1 ± 32,2	85,2 ± 19,2	0,070
Interação social	67,0 ± 19,7	83,8 ± 10,1	0,002
Preocupação com a doença	53,3 ± 23,5	85,3 ± 15,4	<0,0001
Sono	51,9 ± 24,6	77,3 ± 16,4	0,002
Isolamento	84,7 ± 26,0	99,4 ± 2,0	0,046
Esperança	74,3 ± 19,8	92,6 ± 13,7	0,012
Estigma da doença hepática	51,1 ± 32,8	95,5 ± 6,5	<0,0001
Função sexual*	68,7 ± 27,6	64,5 ± 39,3	0,895
Problemas sexuais*	77,7 ± 25,6	63,8 ± 47,4	0,655

*Os domínios Função sexual e Problemas sexuais tiveram n = 4

Tabela 3. Análise dos domínios de qualidade de vida da escala LDQOL antes e depois do transplante de fígado para pacientes com MELD superior a 15 (n = 116)

LDQOL Domínios	Pré-transplante Média ± DP	Pós-transplante Média ± DP	p-value
Sintomas da doença hepática	63,1 ± 21,4	93,5 ± 9,3	<0,0001
Efeitos da doença hepática	57,5 ± 22,5	91,6 ± 11,2	<0,0001
Concentração	57,7 ± 30,7	91,9 ± 15,0	<0,0001
Memória	59,6 ± 30,7	82,3 ± 22,5	<0,0001
Interação social	69,1 ± 18,8	83,7 ± 11,0	<0,0001
Preocupação com a doença	55,0 ± 28,7	88,4 ± 14,7	<0,0001
Sono	53,6 ± 23,5	78,9 ± 16,4	<0,0001
Isolamento	91,4 ± 16,9	96,5 ± 12,0	<0,0001
Esperança	73,8 ± 24,4	91,7 ± 15,5	<0,0001
Estigma da doença hepática	59,5 ± 33,1	93,4 ± 12,3	<0,0001
Função sexual*	56,6 ± 34,8	88,9 ± 18,2	<0,0001
Problemas sexuais	65,4 ± 35,9	92,0 ± 21,3	0,001

*Os domínios Função sexual e Problemas sexuais tiveram n = 28

plante, segundo critério MELD menor ou igual a 15 indicou aumento expressivo das médias em 10 dos 12 domínios, havendo maior significância estatística ($p < 0,0001$) nos aspectos: sintomas (68,0 vs 93,0), efeitos da doença (49,2 vs 87,2), preocupação (53,3 vs 85,3) e estigma da doença (51,1 vs 95,5), enquanto os pacientes com MELD superior a 15 apresentaram resultados significantes em todos os domínios.

Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas na avaliação da influência da gravidade da doença hepática a partir do escore MELD na qualidade de vida após o transplante, havendo homogeneidade entre os resultados.

Discussão

De acordo com a causa de indicação ao transplante, entre os participantes da pesquisa, houve predomínio da doença hepática de etiologia Alcoólica (38,7%) e Hepatite C (28%). A ordem de frequência da etiologia da doença primária divergiu dos dados divulgados pela *Organ Procurement and Transplantation Network*, incluindo um total 5.805 transplantes de fígado em adultos, nos Estados Unidos, no qual a Hepatite C apareceu em primeiro lugar com 23,5% e Cirrose alcoólica, em segundo, com 17,6%.⁽¹⁰⁾

Destaca-se que a hepatite C e o uso do álcool estiveram entre as causas mais frequentes em outros estudos internacionais.^(11,12) Segundo dados de estudo, coordenado pela Universidade de Pittsburgh, envolvendo 668 pacientes adultos transplantados por doença hepática não fulminante, que receberam transplante de fígado de Minnesota, Nebraska e Califórnia - São Francisco, dentre os pacientes que sobreviveram ao primeiro ano, as causas mais prevalentes foram Colangite Esclerosante Primária (17,8%), Hepatite C (16,4%) e Álcool (11,8%).⁽¹¹⁾

O mesmo estudo avaliou a sustentabilidade dos benefícios de qualidade de vida, em seguimento de 12 anos após o transplante com 381 receptores de acordo com o diagnóstico, utilizando o questionário do *National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases - Liver Transplantation* (NIDDK-LTD) e identificou que os pacientes com doença autoimune apresentaram declínio na QVRS nos domínios sofrimento físico, papel/função social, a função pessoal e percepção geral de saúde. Pacientes com doença hepática alcoólica + hepatite C tiveram consistente redução em todos os domínios um ano após o transplante, que se agravou, significativamente, nos domínios funcionamento físico e função pessoal ao longo do tempo.

Em contrapartida, em pesquisa com aplicação do instrumento de QVRS 15D, envolvendo 353 transplantados de fígado na Finlândia, os pacientes com cirrose alcoólica, insuficiência hepática aguda, cirrose biliar primária ou colangite esclerosante primária exibiram semelhantes pontuações no 15D,

enquanto os pacientes com tumor de fígado apresentaram escores mais baixos não significativos. O grupo formado por pacientes com variadas doenças hepáticas crônicas exibiu níveis mais elevados estatisticamente significativos do que os demais grupos ($p = 0,003$).⁽¹³⁾

Quanto à avaliação do MELD dos participantes do estudo, a maioria dos pacientes apresentou valor igual ou superior a 15 (77,3%) à época da doença. Os dados demonstraram que os pacientes apresentavam maior gravidade da doença em comparação com um estudo brasileiro, no qual 59% dos pacientes transplantados tinham MELD maior do que 15 e 41% MELD menor ou igual a 15;⁽⁷⁾ e com outro estudo realizado em Londres, com 1.032 pacientes adultos transplantados, que mensurou o MELD no pré-transplante imediato, o qual constatou que 45,1% dos pacientes apresentaram MELD menor do que 15, 26,7% entre 15-25 e 28,2% superior a 25.⁽¹⁴⁾

Anteriormente, o critério de CTP era o mais utilizado na avaliação da gravidade da doença. Nos últimos anos, pesquisas internacionais tem destacado o impacto positivo da implementação do critério MELD na alocação de órgãos, com redução das taxas de mortalidade de pacientes em lista de espera para transplante.

Confirmando esses dados, um estudo com 154 pacientes submetidos ao transplante de fígado na Alemanha evidenciou aumento do valor da mediana do MELD entre um ano antes e dois anos após a sua implementação no serviço, variando de $19,1 \pm 8,1$ para $22,1 \pm 10,5$, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,007$). A média de tempo na lista de espera diminuiu de 369 dias no período pré-MELD para 238 dias um ano após a implementação do MELD ($p=0,1$) e 247 dias dois anos após a implementação do MELD ($p=0,17$), havendo ainda redução significativa da mortalidade na lista de espera de 18,4% no período anterior a adoção do MELD para 10,4% no período posterior a um ano ($p=0,04$) e de 9,4% após dois anos ($p=0,015$).⁽⁵⁾

Além disso, outra pesquisa demonstrou que o escore MELD foi um fator de risco independente para o óbito após o transplante de fígado ($p<0,001$).⁽¹⁴⁾

Entretanto, quando se trata da avaliação da influência do MELD sobre a qualidade de vida, os estudos são escassos e insuficientes, existindo ainda muitas controvérsias entre os autores. Neste estudo, diferenças significativas foram encontradas entre as médias de escores do LDQOL na comparação antes e depois do transplante, indicando impacto positivo do transplante na qualidade de vida dos receptores com diferentes graus de gravidade da doença hepática, acessados pelo MELD à época do transplante. Entretanto, não foi observada associação entre os valores de MELD com os domínios de qualidade de vida, considerando que houve grande diferença de amostragem nos grupos comparados a partir do MELD.

Esse fato pode ser justificado em virtude do número considerável de pacientes portadores de Carcinoma Hepatocelular (CHC), que participaram do estudo, condição na qual o MELD calculado é desconsiderado e o valor mínimo de MELD passa a ser considerado 20 pontos, contribuindo para os elevados valores do MELD encontrados neste estudo e dificuldade de comparação dos achados.

Estudo com 126 pacientes adultos, 65 aguardando transplante hepático e 61 transplantados, em seguimento regular no serviço de referência para transplante do Hospital das Clínicas de São Paulo (SP), Brasil, demonstrou melhores escores de qualidade de vida em sete dos 12 domínios avaliados pelo LDQOL em pacientes candidatos ao transplante com MELD < ou igual a 15, com resultados estatisticamente significativos para: memória ($p=0,001$), interação social ($p=0,008$), preocupação ($p=0,042$), isolamento ($p<0,001$), estigma da doença hepática ($p=0,004$), função sexual ($p=0,01$) e problemas sexuais ($p=0,012$). Ao utilizar a escala *Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Study Health Survey* (SF-36), foi observada diferença em oito domínios: aspectos sociais ($p<0,001$), dor corporal ($p=0,002$), limitação por aspectos físicos ($p=0,001$) e percepção de saúde geral ($P=0,043$). Já no grupo de pacientes transplantados, o valor de MELD pré-transplante não afetou a qualidade de vida avaliada após o transplante,⁽⁸⁾ concordando com os achados desta pesquisa.

Em contrapartida, estudo similar realizado nos Estados Unidos, envolvendo 104 pacientes em lista de espera e no pós-transplante com base na escala SF-36, o valor de MELD > 18 teve um efeito positivo significativo no domínio limitação por aspectos físicos ($p=0,052$) e um efeito superficial sobre a dor ($p=0,072$).⁽¹⁵⁾

Em estudo com 347 receptores de transplante de fígado, 265 da Universidade da Flórida e 95 de um centro médico em Massachusetts, também nos Estados Unidos, os pacientes com MELD maior que 25 relataram melhores parâmetros significativos após um ano de transplante na capacidade funcional ($p=0,02$), limitação por aspectos físicos ($p=0,04$), saúde geral ($p=0,03$), vitalidade ($p=0,02$) e componente físico sumarizado ($p=0,01$) quando comparados aos pacientes com MELD entre 16-25, indicando que pacientes com maior gravidade de estado clínico antes do transplante conseguiram obter maiores escores de qualidade de vida após o procedimento.⁽¹⁶⁾

No entanto, destaca-se que embora o MELD já tenha sido reconhecido pela sua capacidade de prever mortalidade, funcionando como medida atual para alocação de fígado para transplante, não há estudos suficientes que sustentem a associação dos valores de MELD com qualidade de vida, considerando ainda que o MELD não leva em conta aspectos outros que impactam diretamente na percepção da qualidade de vida do paciente, como ascite e encefalopatia.

Por outro lado, ao analisar os resultados deste estudo antes do transplante, a partir da classificação CTP, os pacientes categorizados com *Child C* apresentaram piores escores em 10 dos 12 domínios mensurados pelo LDQOL, sugerindo influência negativa da gravidade da doença hepática na qualidade de vida dos pacientes, com diferença significativa ($p<0,05$) entre os três grupos nos domínios: sintomas, efeitos da doença, concentração, memória, qualidade da interação social, sono e estigma da doença.

Resultados similares foram obtidos em outro estudo que avaliou a influência do CTP na qualidade de vida dos pacientes e observou decréscimo nos níveis de QVRS entre candidatos ao transplante de fígado da classe C, em comparação com A, com

diferenças significativas em oito dos 12 domínios: sintomas de doença hepática ($p=0,08$), efeitos da doença ($p=0,002$), memória ($p=0,042$), preocupação ($p=0,004$), isolamento ($P<0,003$), esperança ($P=0,005$), função sexual ($p=0,010$) e problemas sexuais ($p=0,041$).⁽⁸⁾

Estes dados foram confirmados ainda em publicação sobre a confiabilidade e validade da versão hispânica do LDQOL, com 200 candidatos ao transplante de fígado, no qual os pacientes da classe A obtiveram melhores resultados das médias do que os das classes B e C, em quase todas as dimensões, exceto isolamento, havendo maiores diferenças entre os pacientes nas seguintes dimensões: sintomas (77,8, 67,1 e 63,9, respectivamente, $p<0,001$ entre *Child A* e C), efeitos da doença hepática (65,9, 49,9 e 55,9, respectivamente, $p<0,05$ entre *Child A* e B) e função sexual (75,4, 63,7 e 57,0, respectivamente, $p<0,005$ para *Child A* e C).⁽¹⁷⁾

Outro estudo prévio com 150 pacientes em espera em um centro de transplante na Universidade da Califórnia, *Los Angeles*, constatou correlação negativa moderada entre o valor global do instrumento SF-36 e a classificação CTP ($r= -0,40$), com maiores diferenças na dimensão física, incluindo capacidade funcional ($r= -0,44$), limitação por aspectos físicos ($r=-0,46$) e dor ($r= -0,30$); e saúde geral ($r= -0,20$), além de correlação moderada entre as classes de CTP e limitação por aspectos emocionais ($r= -0,38$) e saúde mental ($r= -0,43$). Quando aplicado o instrumento *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ), também foi observada correlação negativa moderada entre o escore geral ($r= -0,39$, $p<0,001$), correlação moderada entre o critério CTP e os domínios sintomas abdominais ($r= -0,38$), fadiga ($r= -0,43$), sintomas sistêmicos ($r= -0,31$), atividade ($r= -0,35$) e função emocional ($r= -0,37$); e correlação fraca com o domínio preocupação ($r= -0,27$).⁽¹⁸⁾

No estudo de desenvolvimento e validação da versão em espanhol do CLDQ, realizado com 149 pacientes com doença hepática crônica, as pontuações globais do CLDQ para as classes de *Child A*, B, e C, foram 5,2; 5,0, e 4,5, respectivamente ($p<0,012$), e de 5,5 em pacientes sem cirrose.⁽¹⁹⁾

Conclusão

A análise da influência da gravidade da doença hepática revelou aumento significativo dos escores de qualidade de vida em 10 dos 12 domínios do estágio pré-transplante para depois entre os pacientes com MELD menor ou igual a 15; e melhora em todos os domínios para os pacientes do grupo com MELD superior a 15. Entretanto, o valor de MELD não interferiu significativamente nos resultados da escala no pós-transplante. Em contraste, houve diferenças significativas dos valores de QVRS entre as classes de Child-Turcotte-Pugh antes do transplante, indicando maior comprometimento da qualidade de vida para pacientes com maior gravidade da doença.

Colaborações

Aguiar MIF e Braga VAB declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Almeida PC, Garcia JHP e Lima CA colaboraram com a redação do artigo, análise de dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. [Sizing of transplants in Brazil and in each state (2007 - 2014)]. RBT [Internet] 2014 [citado 2015 Mai 14]; XX(4):3-10. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf>. Portuguese.
2. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. [Numerical data of organ donation and transplantation carried out by state and institution in the period: January/September - 2015]. RBT [Internet] 2015 [citado 2016 Jan 21]; XXI(3):5-7. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/rbt3trim-parc1.pdf>. Portuguese.
3. Hong SH, Kim JE, Cho ML, Heo YJ, Choi JH, Choi JH, et al. Comparison of the Child-Turcotte-Pugh Classification and the Model for End-stage Liver Disease Score as Predictors of the Severity of the Systemic Inflammatory Response in Patients Undergoing Living-donor Liver Transplantation. *J Korean Med Sci*. 2011; 26(10):1333-8.
4. Grogan TA. Liver transplantation: issues and nursing care requirements. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2011;23(3):443-56.
5. Benckert C, Quante M, Thelen A, Bartels M, Laudi S, Berg T, et al. Impact of the MELD allocation after its implementation in liver transplantation. *Scand J Gastroenterol*. 2011; 46(7-8):941-8.

6. Hong G, Lee KW, Suh S, Yoo T, Kim H, Park MS, et al. The model for end-stage liver disease score-based system predicts short term mortality better than the current Child-Turcotte-Pugh score-based allocation system during waiting for deceased liver transplantation. *J Korean Med Sci.* 2013; 28(8):1207-12.
7. Mucci S, Citero VA, Gonzalez AM, De Marco MA, Nogueira-Martins LA. [Cross-cultural adaptation of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) to the Brazilian population]. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(1): 199-205. Portuguese.
8. Gotardo DRM, Strauss E, Teixeira MCD, Machado MCC. Liver transplantation and quality of life: relevance of a specific liver disease questionnaire. *Liver Int.* 2008; 28(1):99-106.
9. Teixeira MC, Ribeiro MF, Strauss E. A new insight into differences among non-cirrhotic and cirrhotic patients using the Liver Disease Quality of Life Instrument (LDQOL). *Ann Hepatol.* 2005; 4(4):264-71.
10. Organ Procurement and Transplantation Network. OPTN/SRTR 2011. Annual Data Report: liver [Internet] 2011 [cited 2014 Mar 19]. Available from: <http://srtr.transplant.hrsa.gov/annual_reports/2011/pdf/03_%20liver_12.pdf>.
11. Ruppert K, Kuo S, DiMartini A, Balan V. In a 12-year study, sustainability of quality of life benefits after liver transplantation varies with pretransplantation diagnosis. *Gastroenterol.* 2010; 139(5):1619-29.
12. Stilley CS, DiMartini AF, Tarter RE, DeVera M, Sereika S, Dew MA. et al. Liver transplant recipients: individual, social, and environmental resources. *Prog Transplant.* 2010; 10(1):68-74.
13. Aberg F, Höckerstedt K, Roine RP, Sintonen H, Isoniemi H. Influence of liver-disease etiology on long-term quality of life and employment after liver transplantation. *Clin Transplant.* 2012; 26(5):729-35.
14. Suzuki H, Bartlett AS, Muiresan P, Jassem W, Rela M, Heaton N. High Model for End-Stage Liver Disease Score as a Predictor of Survival During Long-Term Follow-up After Liver Transplantation. *Transplant Proc.* 2012; 44(2):384-8.
15. Russell RT, Feurer ID, Wisawatapnimit P, Lillie ES, Castaldo ET, Pinson CW. Profile of health-related quality of life outcomes after liver transplantation: univariate effects and multivariate models. *HPB (Oxford).* 2008; 10(1):30-7.
16. Rodrigue JR, Nelson DR, Reed AI, Hanto DW, Curry MP. Is Model for End-Stage Liver Disease score associated with quality of life after liver transplantation? *Prog Transplant.* 2011; 21(3):207-14.
17. Casanovas T, Jané L, Herdman M, Casado A, Garcia B, Prat B, et al. Assessing Outcomes in Liver Disease Patients: Reliability and Validity of the Spanish Version of the Liver Disease Quality of Life Questionnaire (LDQOL 1.0). *Value Health.* 2010; 13(4):455-62.
18. Saab S, Ibrahim AB, Shpaner A, Younossi ZM, Lee C, Durazo F, et al. MELD fails to measure quality of life in liver transplant candidates. *Liver Transpl.* 2005;11(2): 218-23.
19. Ferrer M, Córdoba J, Garin O, Olivé G, Flavià M, Vargas V, et al. Validity of the Spanish Version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) as a Standard Outcome for Quality of Life Assessment. *Liver Transplant.* 2006; 12(1):95-104.