

Ronaldo Vegni¹, Gustavo Ferreira de Almeida², Fabricio Braga³, Marcia Freitas⁴, Luis Eduardo Drumond⁵, Guilherme Penna⁶, José Kezen⁷, Gustavo Freitas Nobre⁸, Marcelo Kalichsztein⁹, André Miguel Japiassú¹⁰

1-9. Médicos da Unidade de Tratamento Intensivo da Casa de Saúde São José, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

10. Médico da Unidade de Tratamento Intensivo da Casa de Saúde São José, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas - FIOCRUZ, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Recebido da Unidade de Tratamento Intensivo da Casa de Saúde São José, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Submetido em 16 de Janeiro de 2009
Aceito em 31 de Janeiro de 2009

Autor para correspondência:

André Miguel Japiassú
Av. Brasil, 4365
CEP: 21040-900 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
E-mail: andrejapi@gmail.com

Complicações após cirurgia de revascularização miocárdica em pacientes idosos

Resposta da carta ao editor

Agradecemos o interesse do Dr. Hécio Giffhon pelo nosso trabalho.

Demonstramos que octogenários apresentaram maior tempo de permanência, número de complicações e letalidade, com maior gravidade dos parâmetros peri-operatórios. Mas pacientes não-idosos e sexagenários tiveram desempenhos semelhantes, demonstrando aumento da expectativa e qualidade de vida da população brasileira.⁽¹⁾ Septuagenários se caracterizaram por resultados híbridos: maior gravidade de doença aguda, maior incidência de fibrilação atrial pós-operatória e reoperação, porém tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (UTI) e letalidade semelhantes aos grupos mais jovens. O pior desempenho nos idosos pode decorrer por necessidade de cirurgias urgentes, tentativas de prolongar tratamentos medicamentosos e procedimentos de angioplastia coronariana percutânea. Houve maior uso de hemotransusão no per-operatório nos septuagenários e octogenários (níveis críticos de anemia com idade avançada ou maior uso de hemocomponentes podem influenciar desfechos importantes).^(2,3)

O estudo incluiu somente pacientes submetidos à revascularização miocárdica como cirurgia principal, embora parcela significativa também tivesse indicação de troca valvar secundariamente. Conforme comentado, a letalidade de pacientes com revascularização miocárdica (RM) que precisam troca valvar é maior: 15,5%. O total de cirurgias orovalvulares no mesmo período de observação do estudo foi 61, com 6 óbitos, mas foram excluídos porque queríamos analisar especificamente um grupo de RM mais homogêneo. A presença de doença de valva aórtica pode elevar tempo cirúrgico e de circulação extra-corpórea (CEC), mas no estudo, não houve impacto na incidência de complicações, talvez por exclusão da maior parte das cirurgias orovalvulares. Das 343 cirurgias cardíacas no período, 11 (3%) foram realizadas sem CEC. Tempo de cirurgia e morbidade podem ser menos frequentes com esta abordagem,⁽⁴⁾ mas poderia tornar o grupo estudado mais heterogêneo. E a decisão da técnica operatória foi sempre realizada pela equipe cirúrgica previamente à internação.

Se as complicações mais comuns em idosos (fibrilação atrial, insuficiência ventricular esquerda, sangramento torácico significativo, disfunção renal aguda e sepse nosocomial) forem somadas a maior frequência de cirurgias urgentes e maior tempo de CEC, existem razões para maior morbimortalidade de idosos.

Finalmente, a reação inflamatória transitória no pós-operatório de cirurgias cardíacas, que acompanha o tempo de CEC, foi analisada em alguns estudos. Citocinas, como fator de inibição de migração de macrófagos, interleucina 6 e proteína quimiotática de monócitos, se elevam consideravelmente precocemente após indução anestésica, e retornam a níveis basais depois de 24 horas e⁽⁵⁾ e se correlacionam com o grau de disfunção orgânica. Procura-se biomarcadores que podem servir como preditores de morbidade pós-operatória, principalmente nos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>. Acesso em 25 de junho de 2008.
2. Wu WC, Schiffner TL, Henderson WG, Eaton CB, Poses RM, Uttley G, et al. Preoperative hematocrit levels and postoperative outcomes in older patients undergoing noncardiac surgery. *JAMA*. 2007;297(22):2481-8. Comment in: *JAMA*. 2007;297(22):2525-6. *JAMA*. 2007;298(13):1512-3; author reply 1513-4. *JAMA*. 2007;298(13):1512; author reply 1513-4. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med*. 2008;5(1):20-1.
3. Koch CG, Li L, Sessler DI, Figueroa P, Hoeltge GA, Mihaljevic T, Blackstone EH. Duration of red-cell storage and complications after cardiac surgery. *N Engl J Med*. 2008;358(12):1229-39. Comment in: *N Engl J Med*. 2008;358(26):2840-1; author reply 2841-2. *N Engl J Med*. 2008;358(26):2841; author reply 2841-2. *N Engl J Med*. 2008;358(26):2841; author reply 2841-2. *N Engl J Med*. 2008;358(26):2841; author reply 2841-2. *N Engl J Med*. 2008;358(12):1295-6.
4. Lima R, Diniz R, Césio A, Vasconcelos F, Gesteira M, Menezes A, et al. Revascularização miocárdica em pacientes octogenários: estudo retrospectivo e comparativo entre pacientes operados com e sem circulação extracorpórea. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2005;20(1):8-13.
5. de Mendonça-Filho HT, Pereira KC, Fontes M, Vieira DA, de Mendonça ML, Campos LA, Castro-Faria-Neto HC. Circulating inflammatory mediators and organ dysfunction after cardiovascular surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective observational study. *Crit Care*. 2006;10(2):R46. Comment in: *Crit Care*. 2006;10(2):138.