

ASPECTOS PRÁTICOS NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES PARA TRANSPLANTE CARDÍACO

HÉLIO M. MAGALHÃES*

Desde 1984, com a introdução da ciclosporina para o controle da rejeição, o transplante do coração passou a ser considerado um procedimento terapêutico altamente efetivo para pacientes em estágio final de certas cardiopatias.

Mesmo para os cardiologistas não implicados diretamente com o transplante do coração, é importante conhecer a seqüência de etapas na seleção dos pacientes. O médico assistente deve avaliar o momento ideal para a indicação do transplante e proceder a uma seleção preliminar, antes de sugerir-lo ao paciente². Uma indicação incorreta pode gerar impacto psicológico adicional, para quem apresenta doença cardíaca grave³. Ademais, no procedimento seletivo^{4,6}, são muitos os exames a serem realizados, alguns dispendiosos, outros dispensáveis, se não houver indicação apropriada para o transplante.

Uma vez esgotados todos os meios de tratamento clínico ou cirúrgico convencionais, o paciente pode ser considerado um candidato a transplante⁷. Neste momento, então, procede-se à seleção do chamado candidato, recipiente ou receptor.

Vários critérios, estão atualmente bem estabelecidos. O paciente necessita encontrar-se no estágio final de uma cardiopatia, mas com o organismo ainda preservado, sem deterioração de órgãos, como o fígado e rins, e sem comprometimento significativo dos sistemas nervoso e respiratório. Alguns itens devem ser considerados nesta seleção.

O transplante do coração pode ser realizado em ambos os sexos, com resultado similar.

Transplantes têm sido realizados em crianças com menos de 1 ano de idade e em adultos acima dos 60 anos. O maior número de casos situa-se, porém, entre 30 e 60 anos. Embora para crianças pequenas seja mais difícil encontrarem-se doadores, o procedimento é perfeitamente viável nessa condição.

Pacientes de peso elevado, igual ou superior a 80 kg, obesos ou não, podem representar problema, pela dificuldade de encontrar-se doador com peso similar. Mas, desde que haja doador, o peso não representa contraindicação.

É necessário que o candidato tenha uma certa condição de vida, como tipo de habitação adequada e hábitos de higiene satisfatórios, indispensáveis ao êxito do procedimento⁸. Isto visa principalmente a evitar infecções, pois, com a imunossupressão, o paciente fica mais exposto às mesmas. É até recomendável que evite contato com animais domésticos, vetores de terminadas doenças infecciosas, e que as verduras cruas recebam um tratamento especial antes de ingeridas.

O paciente e seus familiares devem ter um estado psíquico normal e serem altamente cooperativos⁹, pois há a necessidade de controles clínicos e laboratoriais rígidos, mais frequentes nos primeiros meses. Os medicamentos para imunodepressão devem ser administrados com absoluta regularidade. É imprescindível instruir o candidato sobre o procedimento e sua importância.

Alterações psicológicas após o transplante podem ocorrer, devido ao impacto psicológico da gravidade da cardiopatia e do tipo de procedimento. O paciente transplantado é sempre alvo de atenções e de curiosidade. A própria reintegração à sociedade pode gerar conflito, em alguns casos.

Ademais, as drogas usadas para o controle da rejeição, como os corticoesteróides e a ciclosporina, podem induzir a distúrbios periféricos, principalmente em pessoas predispostas. Por vezes, há a necessidade de modificar-se o esquema padrão de imunossupressão⁵ e instituição de tratamento psiquiátrico.

Os pacientes não devem ser portadores de infecções ativas ou de certas infecções não curáveis. Devem ser observados, inclusive, o estado dos doentes e a presença de micoses cutâneas. Exame das narinas e orofaringe para a pesquisa de focos e culturas devem ser feitas para ter-se idéia da flora presente. Nas mulheres, é necessário o exame ginecológico e a cultura da secreção vaginal. A hipertensão arterial, exceto leve, e o diabetes mellitus, a não ser de fácil controle e não insulino-dependente, representam contraindicações, pela possibilidade de agravamento após o transplante. Devem ser excluídas doenças malignas,

* Diretor Médico do Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia.
Do grupo de transplante cardíaco do Hospital do Coração

colite ulcerativa, úlcera gastroduodenal ativa ou recidivante. Pacientes com antecedentes de alcoolismo também não são candidatos ideais, pelo risco de recidiva após o transplante.

O exame neurológico deve ser normal, bem como o estado da coagulação sangüínea. Órgãos como o fígado e rins devem ter função normal ou apresentar apenas alterações decorrentes da insuficiência cardíaca, mas que sejam consideradas reversíveis.

Os pulmões não devem apresentar infecções, abscessos ou embolia recense. Também não deve haver hipertensão pulmonar acima de 70 mmHg pressão sistólica). Nestes casos, o melhor é determinar a resistência arteriolar pulmonar, que não deve ser superior a 5 unidades Wood. Outros testes especiais podem ser necessários em tais casos. O cuidado com o estado do pulmão deriva do fato de que a maior causa de mortalidade são as infecções, e o local mais freqüente das mesmas, o pulmão.

Observados estes aspectos, o paciente é submetido a exames especiais de laboratório, ecocardiograma, raio-X de tórax e cateterismo cardíaco. O cateterismo visa principalmente caracterizar a gravidade da cardiopatia, em estado final, e avaliar o débito cardíaco e as resistências vasculares pulmonar e sistêmica.

Procede-se à tipagem sangüínea, sistema ABO apenas, para a seleção do doador com similar compatibilidade, como o usado para transfusão de sangue. A determinação do fator Rh é dispensável para a seleção do doador, por ser um marcador exclusivamente de hemácias.

Uma vez preparado, o receptor pode aguardar em casa ou no hospital, dependendo do seu estado clínico, submetendo-se o, porém, a revisões periódicas⁸.

A seleção criteriosa é muito importante, pois grande parte do sucesso depende da mesma.

Na experiência inicial de Stanford, na Califórnia, 90% dos pacientes encaminhados para transplante eram recusados após os exames iniciais, por apresentarem uma ou mais contraindicações. Dos 10% selecionados, apenas a metade conseguia sobreviver até o transplante. Atualmente, a situação é diferente, mas mesmo assim, mais de 50% dos casos ainda são recusados por não preencherem os critérios de indicação.

Uma vez selecionado e indicado, o paciente tem vida média de 30 a 40 dias, com um máximo de 6 a 10 meses. Este fato indica que estamos lidando com cardiopatas graves e realmente em estado terminal.

A sobrevida atual dos pacientes transplantados situa-se ao redor de 90% no primeiro ano após a cirurgia^{9,10}, com vida ativa para a grande maioria^{10,11}. Muitos voltam ao trabalho normalmente e podem praticar esportes leves⁹.

A International Society of Heart Transplantation registra 3623 casos de transplantes de coração nos últimos 5 anos¹¹. No Brasil, foram realizados, até o momento, 71 transplantes cardíacos, sendo 58 em São Paulo, dos quais tivemos oportunidade de acompanhar diretamente 13 casos.

As patologias mais comuns entre os candidatos são a cardiopatia isquêmica e as miocardiopatias: menos freqüentemente, as lesões orovalvares e as cardiopatias congênitas.

Em conclusão, pode ser um procedimento atual, relativamente seguro e em desenvolvimento em todos os grandes centros médicos do mundo, inclusive em nosso meio, e embora manuseado por pessoal treinado para este fim, deve ser do conhecimento de todos, para evitar os problemas decorrentes de uma seleção inicial inadequada.

REFERÊNCIAS

1. English T. A. H.; McGregor, C.; Warwork, J.; Cory-Pearce, R.—Aspects of immunosuppression for cardiac transplantation. *J. Heart Transplant*, 1: 280, 1982.
2. Lower, R. R.; Szentpetery, S.; Quinn, J.; Thomas F. T.—Selection of patients for cardiac transplantation. *Transplantation proceeding col. XI, n° 1, march 1979*.
3. Christopherson, L. K.—Psychological and social aspects of cardiac transplantation. *Nurs Mirror*, 149: 35, 1979.
4. Marsden, C.—Ethical issues in a heart transplantation program. *Heart Lung*, 14: 496, 1985.
5. Copeland, J. G.; Emery, R. W.; Levinson, M. M. et al.—Selection of patients for cardiac transplantation. *Circulation*, 75: 7, 1987.
6. Caplan, A. L.—Equity in the selection of recipients for cardiac transplants. *Circulation*, 75: 15, 1987.
7. Kari Berron, R. N.—Transplantation patients. Perceptions about effective preoperative teaching. *J. Heart Transplant*, 2: 162, 1986.
8. Brown, D. G.; Haley, G.; Higgins, N.—A psychosocial and educational approach to open heart surgery patients and their families. *Social Work in Health Care*, 9: 47, 1983.
9. Christopherson, L. K.—Rehabilitation after cardiac transplantation. *JAMA*, 236: 2082, 1976.
10. Hunt, S. A.; Rider, A. K., Stinson, E. B. et al.—Does cardiac transplantation prolong life and improve its quality? *Cardiovasc Surg*, 45 (suppl 1): 36, 1975.
11. Michel, P. K.—The registry of International Society for Heart Transplantation: Fourth Official Report, 1987. *J. Heart Transplant*, 2: 63, 1987.