



I. ASSISTENCIAL

1. AVALIAÇÃO INICIAL

- Anamnese;
- Exame físico;
- Avaliar *status* hemodinâmico;
- Exames admissionais e sequenciais (TABELA 1).

2. MANEJO HEMODINÂMICO: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CHOQUE

- **Objetivo geral:** Otimizar a ressuscitação hemodinâmica, reduzir complicações e prevenir lesões orgânicas após cirurgia cardíaca, integrando tecnologias avançadas de monitoramento
- **Avaliação e monitoramento inicial:** Garantir perfusão tecidual adequada em estado hiperdinâmico; detectar precocemente hipoperfusão ou sobrecarga hídrica; identificar pacientes de alto risco cirúrgico (idade >75 anos, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão pulmonar, múltiplos procedimentos valvares prévios) que possam se beneficiar do uso de monitorização hemodinâmica invasiva com cateter de artéria pulmonar;
- **Instituir tratamento para atingir as seguintes metas hemodinâmicas:**
 - ☐ PAM ≥ 65 mmHg
 - ☐ PVC 8 – 12 mmHg (ajuste conforme contexto clínico)
 - ☐ Saturação venosa central (ScvO₂) > 70%
 - ☐ Lactato < 2 mmol/L
 - ☐ IC > 2,5 L/min/m²
 - ☐ Diurese > 0,5 mL/kg/h
 - ☐ Sinais clínicos de adequada perfusão tecidual
 - ☐ VVS < 13%
 - ☐ ScvO₂ > 70% (Swan-Ganz 65%)
 - ☐ Hb $\geq 7,5$ g/dL
 - ☐ DC ≥ 2.2 L/min/m²
- **Se sinais de hipoperfusão:**
 1. Iniciar ressuscitação volêmica com cristalóides.
 2. Considerar avaliação de responsividade à fluido por SVV, PPV, ou variação do VTI por ETT.
 3. Se não responsivo a volume, iniciar vasopressores ou inotrópicos.
- **Provas de volume (*goal directed fluid therapy*):** Observar responsividade a volume (i.e. aumento de 10-15% no IC após expansão volêmica); Se não responsivo a volume, considerar uso de inotrópico e/ou vasopressor
- **Inotrópico (dobutamina):** Iniciar/ajustar se baixo débito cardíaco e metas hemodinâmicas inadequadas, não responsivas a volume
- **Vasopressor (noradrenalina):** Iniciar/ajustar se hipotensão não responsiva a volume
- **Transfusão de Hemácias:** Se metas hemodinâmicas inadequadas e Hb < 8 g/dL (individualizar se 8-10 g/dL)
- **Piora hemodinâmica/choque:** Considerar ecocardiograma + ECG + RX tórax + reavaliação laboratorial de urgência e comunicar equipe cirúrgica
- **Evitar hipervolemia:** Evitar repor volume adicional em pacientes não responsivos. Após 24h, considerar furosemida se sinais de hipervolemia.

3. TERAPIA GUIADA POR METAS (6–48 HORAS)

- **Objetivo:** Otimizar a perfusão e reduzir complicações
- **Condutas:** reavaliar parâmetros a cada 6–8h com base em metas hemodinâmicas.; monitorar lactato, diurese, função renal e oxigenação; prevenir sobrecarga de volume com uso racional de fluidos e diuréticos; avaliar função ventricular com ETT ou ETE se instabilidade persistir.

4. CONTEXTO DE SITUAÇÕES PATOLÓGICAS ESPECÍFICAS

- **Choque Cardiogênico**

ETT/ETE para diferenciar disfunções ventriculares; considerar cateter de artéria pulmonar.

Dobutamina como primeira escolha; considerar milrinone.

Vasopressores: noradrenalina como primeira escolha, considerar adrenalina se necessidade de 2º vasopressor.

- **Disfunção Ventricular Direita e Hipertensão Pulmonar**

Otimizar pré-carga de VD: PVC 5-10mmHg; evitar sobrecarga hídrica.

Otimizar performance de VD: milrinone, dobutamina, adrenalina, FC > 90bpm com uso de marcapasso epicárdico se necessário.

Reduzir pós-carga de VD: óxido nítrico inalatório, nitroprussiato de sódio, milrinone; evitar hipoxemia, acidose; utilizar PEEP baixa.

Considerar o uso de catéter de artéria pulmonar para monitorar resistência vascular pulmonar.

- **Hipovolemia ou Hemorragia**

Reposição com cristalóides ± concentrados.

Considerar ETT para avaliar colapsabilidade da cava, VTI, contratilidade.

- **Disfunção Renal Aguda**

Garantir perfusão renal com PAM $\geq$ 65 mmHg.

Evitar sobrecarga hídrica.

Considerar monitorização de congestão venosa com ETT ou POCUS.

TABELA 1. ROTINA DE EXAMES

Admissão	✓ Rx de tórax no leito; ✓ ECG; ✓ Hemograma completo, gasometria arterial, lactato arterial, sódio, potássio, cálcio iônico, magnésio, ureia, creatinina; ✓ Considerar coleta de tromboelastograma em casos selecionados.
Rotina Controle 6 horas após admissão	✓ Hemograma completo, gasometria arterial, gasometria venosa, lactato arterial, sódio, potássio, cálcio iônico, magnésio.
Rotina 1º pós-operatório	✓ Rx de tórax no leito; ✓ Hemograma completo, gasometria arterial, gasometria venosa, lactato arterial, sódio, potássio, cálcio iônico, magnésio, ureia, creatinina.
Rotina a partir do 2º pós-operatório	✓ Rx de tórax leito (na presença de drenos); ✓ Hemograma completo, gasometria arterial, lactato arterial (na presença de PAi), gasometria venosa (na presença de CVC), sódio, potássio, cálcio iônico, magnésio, ureia, creatinina.

5. DOCUMENTAÇÃO E COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR

- Reavaliar metas a cada plantão (médico/enfermagem/fisioterapia).
- Registrar variáveis hemodinâmicas a cada 6h.
- Utilizar prontuário eletrônico para registrar intervenções e metas.

6. DESMAME VENTILATÓRIO

- Extubação em sala ou desmame ventilatório breve (ideal <8h) se parâmetros favoráveis (estado hemodinâmico; RX de tórax; Débito de drenos; Nível de consciência);
- Observar rotina institucional de desmame ventilatório e extubação;
- Fisioterapia respiratória e motora;
- Considerar pressão positiva após extubação (especialmente na abordagem minimamente invasiva, enfatizar CPAP pós-extubação).

7. MONITORIZAÇÃO DE DÉBITO DE DRENOS

- Quantificar débito de drenos de 1/1h nas primeiras 12h;
- Se sinais de alerta, avisar cirurgião: >300mL/primeira hora ou >100 mL/hora na segunda hora em diante ou Hb/Ht com queda importante ou instabilidade hemodinâmica;
- Quantificar débito de drenos de 2/2h período 12-24h;
- Quantificar débito de drenos de 6/6h após 24h.

8. TRATAMENTO DA HEMORRAGIA

- Terapia guiada por metas (solicitar tromboelastograma), de acordo com *Pathway*;
- Considerar acionamento do código H em caso de sangramento catastrófico e comunicar equipe titular

(Protocolo Institucional Atendimento ao paciente com sangramento ativo ou choque hemorrágico – Código H / PO.ASS.MEDI.128.3).

- Não se recomenda a coleta de troponina como rastreamento de rotina em pacientes que não apresentem sinais ou sintomas de isquemia miocárdica. Coleta de troponina é recomendada em casos selecionados em que haja sintomas sugestivos de isquemia miocárdica ou infarto agudo do miocárdio, instabilidade hemodinâmica ou elétrica não justificável por outra causa ou a critério médico em pacientes de muito alto risco cardiovascular (*Guideline de Manejo Perioperatório AHA/ACC*).

9. CONTROLE DE TEMPERATURA

- Atingir e manter normotermia (>36 °C) em até 2 horas;
- Manta térmica; Controle de temperatura do ambiente;
- Irrigação/infusão de fluidos aquecidos no POI (**Ranger?**).

10. PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO E ANTICOAGULAÇÃO

- Seguir protocolo institucional de profilaxia de TEV;
- Anticoagulação plena: se próteses mecânicas ou fibrilação atrial, discutir fármaco e momento de início com equipe titular.

11. METAS PARA CORREÇÃO ELETROLÍTICA

- Potássio sérico > 4 mEq/L;
- Magnésio sérico > 2 mEq/L;
- Cálcio iônico sérico > 1,13 mmol/L.

12 . CONTROLE DE GLICEMIA

- Manter glicemia capilar < 180mg/dL (*Protocolo Institucional Diagnóstico e Tratamento da Hiperglicemia e Hipoglicemia nos pacientes internados / PT.ASS.MULT.2.4*).

13. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

Seguir protocolo Institucional- Tabela 2

TABELA 2 - Profilaxia Antibiótica						
Cirurgia	Evidência *	Antimicrobiano (indução anestésica)**	Doses adicionais durante a cirurgia (Repique)	Doses no pós-operatório	Alergia a beta-lactâmicos	Duração da profilaxia
Revascularização do miocárdio / Troca de válvula / Cirurgia de aorta torácica	A	Cefuroxima 1,5g IV	Cefuroxima 1,5g IV 4/4h e/ou após término da CEC (o que vier antes)	Cefuroxima 750 mg IV 8/8h	Vancomicina [#] 15 a 20mg/kg IV 12/12h (iniciar 2 horas antes do procedimento e correr em 1 hora)	24 - 48 horas
Congênitas / Troca de válvula	C	Crianças: Cefuroxima 50mg/kg/dose IV	Crianças: Cefuroxima 50mg/kg IV 4/4h e realizar dose após término da CEC	Crianças: Cefuroxima 50mg/kg IV 8/8h	Crianças: Vancomicina 10 mg/kg IV 6/6h (iniciar 2 horas antes do procedimento)	24 - 48 horas
Inserção de marca-passo	A	Cefuroxima 1,5g IV	Cefuroxima 1,5g IV 4/4h	Cefuroxima 750mg IV 8/8h	Vancomicina [#] 15 a 20mg/kg IV 12/12h (iniciar 2 horas antes do procedimento e correr em 1 hora)	24 horas
Transplante cardíaco***	-	Cefuroxima 1,5g IV ou Piperacilina/Tazobactam 4,5g IV + Vancomicina [#] 15 a 20mg/kg IV (não exceder 2g)	Cefuroxima 1,5g IV 4/4h ou logo após o término da circulação extracorpórea (o que vier antes) ou Piperacilina/Tazobactam 4,5g 6/6h + Vancomicina [#] 15 a 20mg/kg IV 12/12h	Cefuroxima 750mg IV 8/8h ou Piperacilina/Tazobactam 4,5g 6/6h + Vancomicina [#] 15 a 20mg/kg IV 12/12h	Vancomicina [#] 15 a 20mg/kg IV 12/12h (iniciar 2 horas antes do procedimento e correr em 1 hora)) ou Ciprofloxacino 400mg IV 12/12h + Vancomicina [#] 15 a 20mg/kg IV 12/12h (iniciar 2 horas antes do procedimento e correr em 1 hora))	48 horas

[#]Doses médias de Vancomicina por faixa de peso: 1g até 80kg; 1,5g > 80kg a 120kg; 2g > 120kg

Legenda: * De acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality, American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), The Infectious Disease Society of America (IDSA), The Surgical Infection Society (SIS) e Society of Healthcare Epidemiology of America (SHEA). O volume total do antibiótico profilático deve ser infundido entre 60 a 5 minutos antes da incisão. ****Associar Vancomicina (ou substituir se alérgico a beta-lactâmicos), no caso de suspeita de colonização por MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a metilina) ou *Staphylococcus coagulase* negativo metilino-resistente nas seguintes situações: portador nasal (Swab nasal positivo para *Staphylococcus aureus* oxacilino-resistente MRSA com validade de até 30 dias antes da cirurgia), hospitalização recente nos últimos 90 dias, permanência hospitalar por tempo superior a 21 dias antes da cirurgia, hemodiálise, morador em instituição de longa permanência.** *** No transplante cardíaco, lembrar-se de realizar a adequação da cobertura antimicrobiana de acordo com as culturas do doador (por exemplo, se houver hemoculturas positivas do doador) ou, caso o paciente esteja sob tratamento de infecção em atividade (por exemplo, pneumonia, infecção associada a cateter venoso central, infecção do trato urinário associada a cateter vesical etc. Vide as sugestões de esquema na tabela).

14. CHECAR ISQUEMIA PÓS RM: SUSPEITAR DE ISQUEMIA SE DOR PRECORDIAL ANGINOSA OU ALTERAÇÕES NO ECG AGUDAS E ISQUÊMICAS OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA A ESCLARECER. PROCEDER COM

- ECG seriado;
- Troponina seriada;
- Solicitar ecocardiografia de urgência;
- Avisar cirurgia.

15. TRATAMENTO DA DOR

Observar prescrição do anestesista e opções padronizadas – Tabela 3.

TABELA 3. Manejo da dor no pós-operatório

Medicamento	Dose	Via	Frequência
Dipirona	1g	EV	6/6h
Tylen	30mg	EV	8/8h (dor moderada)
Tramadol	50 – 100mg	EV	8/8h (dor moderada)
Morfina	2 – 4mg	EV	ACM

***EVITAR MORFINA NO PO MINIMAMENTE INVASIVA:** Opções de estratégia avançada para controle de dor, discutir com equipe clínico-cirúrgica.

16. PCR NO PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

• Principais causas de PCR pós cardiectomia:

Sangramento / hipovolemia severa

Tamponamento cardíaco

Pneumotórax

• O que fazer:

- Acionar Código Azul e Código H

- Comunicar a equipe cirúrgica

- Solicitar ECOTT na emergência

• Ritmo Assistolia ou AESP:

- Ligar marcapasso epicárdico conectando o fio preto do gerador no fio transcutâneo mais a esquerda (ventrículo esquerdo) e o fio vermelho do gerador no segundo fio transcutâneo (medial ao outro já conectado). Se falha de captura elétrica, trocar o fio vermelho para conexão com agulha preta em formato de gancho no tecido subcutâneo abdominal (fio terra).

- Ajustar parâmetros do marcapasso: FC 100 bpm, output máximo, modo VOO.

- Instalar pás de MP transcutâneo, iniciar estimulação com os mesmos parâmetros se sem captura elétrica pelo marcapasso epicárdico.

- Início de RCP convencional conduzida pelo código azul.

- Discutir re-esternotomia na emergência com equipe cirúrgica e ECMO V-A com time ECMO.

• Ritmo FV/TV

- Desfibrilação carga máxima 3 tentativas sequenciais.

- Início de RCP convencional conduzida pelo código azul.

- Discutir re-esternotomia na emergência com equipe cirúrgica e ECMO V-A com time ECMO.

17. MOBILIZAÇÃO PRECOCE

• Se esterno íntegro (toracotomia anterior ou lateral, esternotomia parcial);

• Quando estável hemodinamicamente, sentar em poltrona (deadline 12h);

• Logo após extubação, manter decúbito elevado em 45° e sentar no leito (deadline 6h);

• Deambulação precoce (deadline 24h);

• * Sair do leito a despeito da presença de drenos, dose baixa de vasopressor e/ou monitorização invasiva da pressão arterial pela artéria radial;

• Se esternotomia completa, mobilização precoce conforme Tabela 4.

TABELA 4 – Fisioterapia Motora

Step 1 – Leito Sugestão dia 1º PO (dia da cirurgia)	Step 2 – Sentar Sugestão dia 2 PO	Step 3 – Ortostatismo Sugestão dia 2-3 PO	Step 4 – Deambulação Sugestão dia 3 PO
• Posicionamento no leito em DD < 30 graus, exercício ativo livre dos MMII • Flexão de quadril (unilateral, 1 x 10) • Abdutores (unilateral, 1 x 10) • Adutor (unilateral, 1 x 10) • Flexão plantar (1 x 20) • Estimular sentar beira-leito, se condições e/ou liberação médica	• Sentar com apoio dos pés no chão (Se presença de drenos, checar liberação médica) • Extensão dos joelhos (unilateral, 1 x 10) + aplicar Step 1 • Se condições de ortostatismo e transferência para a poltrona (passar para Step 3)	• Flexão de joelhos (unilateral, 1 x 10) • Abdutores (unilateral, 1 x 10) • Adutores (unilateral, 1 x 10) • Flexão plantar (1 x 10) • Marcha estacionária (se condições e liberação para deambular, passar para Step 4)	• Primeira deambulação somente no quarto, com telemetria, oxímetro e cinto de segurança • Deambulação no corredor com telemetria, limite até 200 m, não ultrapassar Borg > 13 • Iniciar circuito-rampa escada, ou conforme tolerância (Borg < 13) ** Cicloergômetro: pacientes com dificuldade de marcha.

18. INTRODUÇÃO DE DIETA LEVE 6H APÓS EXTUBAÇÃO

MEDIDAS SUBSEQUENTES ≥ 1 PO

1. DESINVADIR PRECOCEMENTE

- ✓ Pressão arterial invasiva: 1º PO;
- ✓ SVD: 1º PO;
- ✓ CVC: individualizar;
- ✓ Fios de MP e drenos: avaliação pela equipe cirúrgica.

2. PREVENÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL

- ✓ Assim que possível considerar betabloqueador oral;
- ✓ Se pericardite associada, considerar colchicina e corticosteroides.

3. TERAPIA ANTIPLAQUETÁRIA

- ✓ Revascularização do miocárdio: AAS para todos (ideal < 24 h com autorização do cirurgião);
- ✓ Se SCA considerar associar clopidogrel ou ticagrelor.

4. CONCILIAR ESTATINAS PARA CORONARIOPATAS

- ✓ Atorvastatina em altas doses (40-80 mg/dia);
- ✓ Rosuvastatina (20-40 mg/dia).

5. MANEJO DA FERIDA OPERATÓRIA

- ✓ Troca diária de curativo;
- ✓ Se Dermabond Prineo® não ocluir;
- ✓ Retirar enfaixamento de membro inferior em 24 horas.

6. CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI 1-2 PO

- ✓ Nível de consciência adequado;
- ✓ Estabilidade hemodinâmica;
- ✓ Ausência de vasopressores;
- ✓ Dieta iniciada;
- ✓ Controle de dor otimizado;
- ✓ Considerar opinião do especialista.

7. EXAMES DE ROTINA (TABELA 1)

II. GLOSSÁRIO

PAM: Pressão Arterial Média

Hb: Hemoglobina

FC: Frequência Cardíaca

RX: Raio x

EV: Endovenoso

ECG: Ecocardiograma

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 5: Ajustes de antibioticoterapia; Manejo hemodinâmico e Inputs de PCR

IV. Referências

- [1]. AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY; AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2021 ACC/AHA/SCAI guideline for coronary artery revascularization: a report of the ACC/AHA Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, v. 145, n. 3, p. e4-e17, 2022. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001039.
- [2]. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Contemporary management of cardiogenic shock: a scientific statement. *Circulation*, v. 136, p. e232–e268, 2017.
- [3]. AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2023 AHA Focused Update on Adult Advanced Cardiovascular Life Support: An Update to the AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, v. 149, n. 5, p. e254–e273, 2024. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001194.
- [4]. ANESI, J. A.; BLUMBERG, E. A.; ABBO, L. M. Perioperative antibiotic prophylaxis to prevent surgical site infections in solid organ transplantation. *Transplantation*, v. 102, n. 1, p. 21–34, 2018.
- [5]. BRATZLER, D. W. et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Surgical Infections*, v. 14, n. 1, p. 73–156, 2013.
- CALDERWOOD, M. S. et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 update. *Infect Control Hosp Epidemiol*, v. 44, n. 5, p. 695–720, 2023.
- [6]. CHENG, D. C. et al. Minimally invasive versus conventional open mitral valve surgery: a meta-analysis and systematic review. *Innovations (Phila)*, v. 6, n. 2, p. 84–103, 2011. DOI: 10.1097/IMI.0b013e3182167feb.
- [7]. EACTS SCIENTIFIC DOCUMENT GROUP. 2024 EACTS guidelines on perioperative medication in adult cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*, v. 67, n. 1, p. ezae355, 2024. DOI: 10.1093/ejcts/ezae355.
- [8]. ENGELMAN, D. T. et al. Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *JAMA Surg.*, 2019. DOI: 10.1001/jamasurg.2019.1153.
- [9]. EUROPEAN ASSOCIATION FOR CARDIO-THORACIC SURGERY (EACTS); EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). 2014 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*, v. 35, p. 2541–2619, 2014.
- [10]. INTERNATIONAL SOCIETY FOR HEART AND LUNG TRANSPLANTATION (ISHLT). ISHLT consensus statement: Perioperative management of patients with pulmonary hypertension and right heart failure undergoing surgery. *J Heart Lung Transplant*, v. 41, n. 9, p. 1135–1194, 2022.
- [11]. LORUSSO, R. et al. 2020 EACTS/ELSO/STS/AATS expert consensus on post-cardiotomy extracorporeal life support in adult patients. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, v. 59, p. 12–53, 2021.
- [12]. NOSS, C. et al. Enhanced recovery for cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, v. 32, n. 6, p. 2760–2770, 2018.
- [13]. OFFICIAL TASK FORCE MEMBERS. Perioperative care in cardiac surgery: a joint consensus by the ERAS Cardiac Society, ERAS International Society, and the Society of Thoracic Surgeons. *Ann Thorac Surg.*, v. 117, n. 4, p. 669–689, 2024. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2023.12.006.
- [14]. POFÓ, R. et al. Robotic cardiac surgery in Brazil. *Ann Cardiothorac Surg*, v. 6, n. 1, p. 17–26, 2017.
- [15]. RECOMENDAÇÕES brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 26, n. 2, p. 89–121, 2014.
- [16]. SOCIETY OF THORACIC SURGEONS. Expert consensus for the resuscitation of patients who arrest after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg.*, v. 103, p. 1005–1020, 2017.
- [17]. SOMMERSTEIN, R. et al. Factors associated with methicillin-resistant coagulase-negative staphylococci in deep sternal wound infections after cardiac surgery. *New Microbes New Infect.*, v. 6, p. 15–21, 2015.
- [18]. TARASOUTCHI, F. et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. *Arq Bras Cardiol*, v. 97, n. 5 supl. 3, p. 1–67, 2011.
- [19]. WONG, W. T. et al. Fast-track cardiac care for adult cardiac surgical patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 9, CD003587, 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD003587.pub3.
- [20]. YU, P.; STETSON, R. L.; ATLURI, P. Minimally invasive mitral valve surgery is associated with equivalent cost and shorter hospital length of stay when compared to traditional sternotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg*, v. 151, n. 2, p. 385–388, 2016.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Task Force

- Grupo de Suporte de Cardiologia – CTI/HIAE;
- Unidade Coronária/Unidade de Terapia Intensiva – HIAE;
- Cirurgia Cardíaca Institucional – HIAE;
- CCIH – HIAE.

Validado no GMA de Cardiologia: 5/6/2019

- Este *pathway* tem o objetivo de padronizar o manejo pós-operatório em **Cirurgia Cardíaca Convencional e Minimamente Invasiva.**
- Conteúdo baseado no ***Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (ERAS)*** ¹.

Código Documento: CPTW42.4	Elaborador: Antonio Eduardo P. Pesaro	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/08/2020 Data de revisão: 03/06/2025	Data de Aprovação: 05/06/2025
--------------------------------------	---	---	--	---	---