

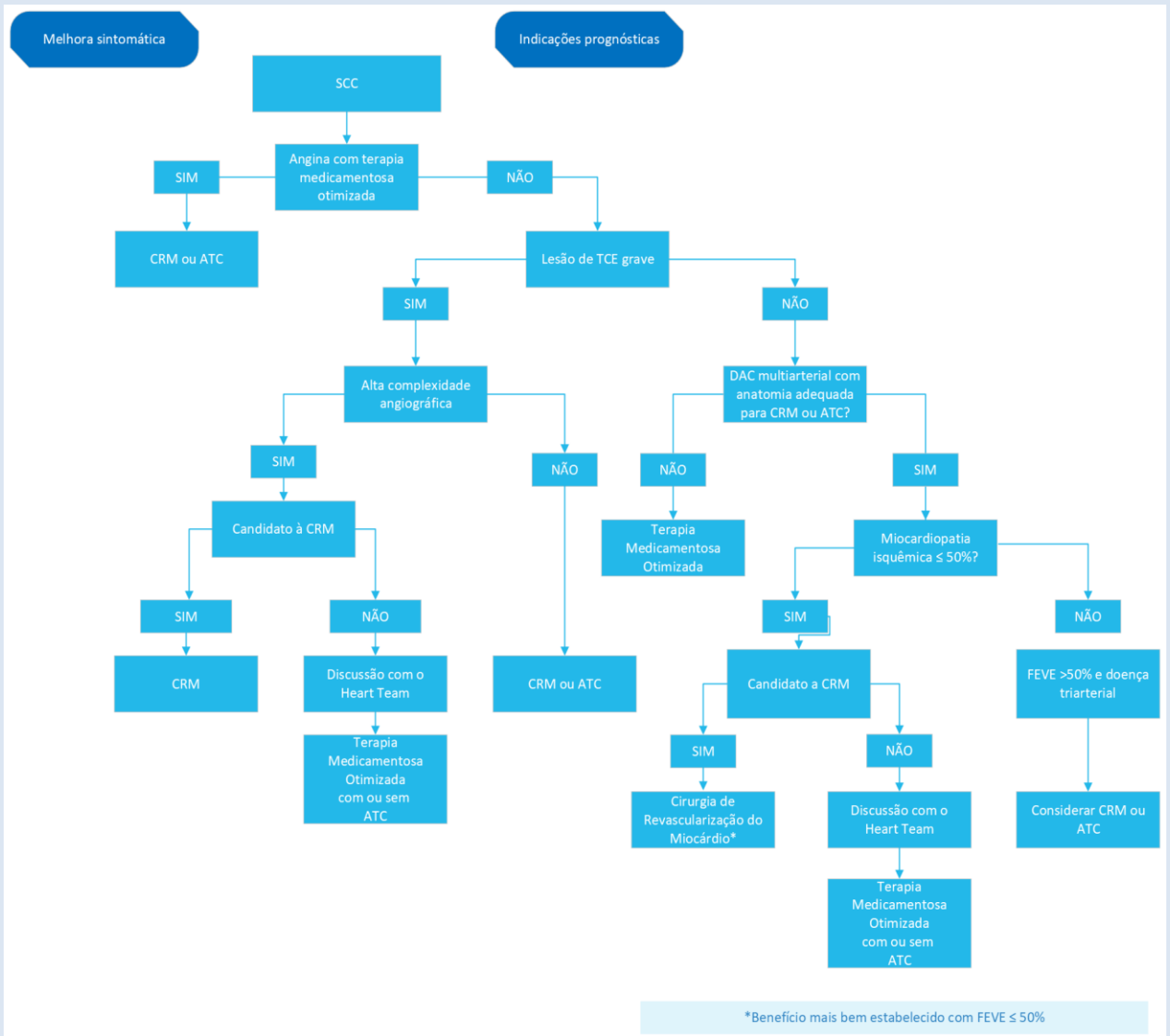


Revascularização do Miocárdio

A Revascularização do Miocárdio esta indicada para pacientes com Síndrome Coronariana Crônica (SCC) sintomáticos, apesar de tratamento medicamentoso, ou em situações específicas onde o procedimento tem o potencial de melhorar o prognóstico dessa população (pacientes com lesão de tronco de coronária esquerda ou disfunção ventricular esquerda). Na vigência de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) há benefício prognóstico na revascularização da lesão culpada e eventuais lesões residuais consideradas críticas ou com documentação de isquemia. A estratégia de revascularização (cirúrgica ou percutânea) é definida de acordo com variáveis clínicas, complexidade angiográfica e função ventricular.

I- ASSISTENCIAL

1. FLUXOGRAMA DE INDICAÇÃO DE REVASCULARIZAÇÃO



2. INDICAÇÕES PROGNÓSTICAS

- a) Lesão de Tronco de Coronária Esquerda
- Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) esta indicada para reduzir mortalidade.
 - Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) é opção em pacientes selecionados de menor complexidade anatômica onde é possível uma revascularização equivalente a CRM, após discussão com Heart Team.
- b) Fração de ejeção menor que 50%
- FE < 35% e doença coronária: CRM esta indicada para reduzir mortalidade.
 - FE 35-50% e doença coronária: CRM pode ser indicada com eventual benefício em reduzir mortalidade.
 - ICP é opção em pacientes selecionados de alto risco cirúrgico após discussão com Heart Team.
- c) Multiarterial com FE > 50%
- População heterogênea com benefício questionável sobre impacto da revascularização na redução de desfechos cardiovasculares, devendo se individualizar a indicação em pacientes assintomáticos. A estratégia de revascularização será definida de acordo com características angiográficas, clínicas e função ventricular, além da opinião e desejo do paciente.

3. ACIONAMENTO DO HEART TEAM

Em pacientes candidatos a revascularização do miocárdio com doença coronariana complexa e comorbidades que podem afetar o sucesso do procedimento, assim como em outras situações clínicas e sociais que podem interferir com os resultados, o Heart Team pode ser acionado se houver dúvida sobre a melhor estratégia de tratamento.

4. AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO PARA OS CANDIDATOS A CRM

Em pacientes que estão sendo considerados para a CRM, o cálculo do escore de risco STS é recomendado para ajudar na estratificação de risco cirúrgico. Em situações como cirrose, fragilidade e desnutrição deve se utilizar escores de risco específicos. Segue o link para o cálculo do escore STS: <https://www.sts.org/resources/risk-calculator>

5. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA PARA CRM

- Exames pré-operatórios (Identificar anemia, infecção e descompensações clínicas que devem ser corrigidas antes da cirurgia).
- IMC e status nutricional do paciente.
- Suspensão de DOAC 48 a 72 horas antes do procedimento.
- Suspensão de Varfarina 5 dias antes do procedimento, avaliar necessidade de ponte com outro anticoagulante de acordo com risco tromboembólico.
- Em cirurgia eletiva, suspender Clopidogrel por 5 dias , Ticagrelor por 3 dias e prasugrel por 7 dias.
- Manter AAS no perioperatório, exceto em situações específicas.

6. ALOCAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

Independentemente da idade do paciente, pós operatório imediato em UTI (1-2 dias), seguido de 2-4 dias divididos entre unidade de cuidado intermediário (semi-intensiva) + apartamento.

7. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Tempo estimado de cirurgia:

- Entre 4 a 8 horas

Antibioticoprofilaxia:

- Cefuroxima associado ou não a outro antibiótico (internação prévia – orientação da SCIH)
- Dose de ataque de 1,5g na indução anestésica
- Dose de manutenção: 750mg 8/8h
- Duração da antibioticoprofilaxia – 8 doses após a cirurgia

Tecnologias necessárias durante a cirurgia:

- Circulação Extra-Corpórea ou estabilizador de tecidos;
- Da Vinci Surgical System (robô)
- Ecocardiograma intraoperatório;
- Monitor de débito Cardíaco.
- Em casos graves selecionados com disfunção ventricular anterior à cirurgia – Balão Intra Aórtico (BIA)) e/ou outros dispositivos de assistência circulatória mecânica (ECMO ou Centrimag®).

8. CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

- Dieta leve no POI quando paciente bem acordado, extubado e dose baixa de droga vasoativa
- Controle da dor: opióides, analgesia simples, analgesia controlada pelo paciente (PCA).
- Profilaxia mecânica para TVP no POI e medicamentosa assim que possível.
- Fisioterapia motora e respiratória objetivando mobilização precoce.
- Vigilância para débitos de dreno.
- Eletrocardiograma após a chegada do paciente na UTI e sempre que necessário.

9. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E ORIENTAÇÕES

- AAS 100 mg 1 x dia para todos pacientes submetidos a revascularização do miocárdio cirúrgica ou percutânea, exceto em situação específica.
- iP2Y12 para todo paciente revascularizado por SCA seja por ICP ou CRM, exceto em situação específica.
- iP2Y12 para todo paciente submetido a ICP por SCC .
- Estatina de alta potência para todo paciente submetido a CRM ou ICP.
- Bloqueadores do canal de cálcio por 1 ano para pacientes submetidos a CRM que receberam enxerto radial.
- Controle rigoroso de fatores de risco: HAS, DM, DLP.
- Orientação de Reabilitação Cardiopulmonar para todo paciente submetido a revascularização.
- Cessação de tabagismo para todo paciente submetido a revascularização.

10. ORIENTAÇÕES DE ALTA

- Nos casos de vermelhidão, edema, saída de secreção purulenta ou espessa pelas feridas operatórias, procurar cirurgião imediatamente;
- Nos casos de dor torácica não relacionada ao acesso cirúrgico, procurar cirurgião ou cardiologista imediatamente;
- Nos casos de esternotomia mediana, não deitar de lado, não dirigir, não pegar peso com os braços por 3 meses.

10.1. Critérios e momento da alta

- Alta da UTI após 1-2º PO; Alta hospitalar entre o 3-6º PO

10.2. Critérios mínimos para que o paciente tenha alta

- **Da UTI:** sem drogas vasoativas, dose baixa de inotrópico, sem necessidade de ventilação mecânica, sem arritmias malignas, estável hemodinamicamente;
- **Do hospital:** sem drenos, com terapia medicamentosa VO, estável hemodinamicamente, com feridas em bom aspecto e sem dor torácica.

10.3. Retornos programados

- Retorno em 5-7 dias a contar da data a alta com cirurgião para revisão de ferida operatória.
- Pontos das inserções de drenos são retirados neste primeiro retorno; demais incisões com pontos intradérmicos com fios absorvíveis (não necessitam retirada).
- Retorno entre 7-14 dias com equipe clínica para avaliação.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo de internação em UTI (correlacionar com gravidade do caso/ scores de risco – STS,);
- Taxa de mortalidade peri-operatória em comparação ao risco pré-operatório estabelecido pelos scores específicos (STS e Euroscore 2);
- Re-internação relacionada a cirurgia (obstrução precoce de enxertos e/ou deiscência de ferida operatória);
- Necessidade de reoperação precoce (<5 anos) por obstrução de enxertos.

III- GLOSSÁRIO

CRM: Revascularização do Miocárdio
FE: Fração de ejeção
ICP: Intervenção Coronariana Percutânea
SCA: Síndrome Coronariana Aguda
DOAC: Anticoagulantes orais diretos
AAS: Ácido acetilsalicílico
ATC: Angioplastia transluminal coronária

STS: *Society of thoracic surgeons*
IMC: Índice de massa corpórea
BIA: Balão intra-aórtico
ECMO: Dispositivos de assistência circulatória mecânica
POI: Pós-operatório imediato
TVP: Trombose venosa profunda

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 3:

- Inclusão de Diretrizes Européia e Americana
- Atualização de scores de risco

V. REFERÊNCIAS

- [1] Eur J Cardiothorac Surg 2012, 734:744.
[2] Ann Thorac Surg 2009, 88 (1Supl): S23-42.
[3] JAAC 2017, 20212-41.
[4] JAMA Surgery 2019, 154(8):755-66.
[5] Eur Heart J 2019, 40 (2): 87-165.
[6] Circulation 2022, 145 (3):e4-e17.

Código Documento: CPTW020.3	Elaborador: Fabio Grunspun Pitta	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de atualização: 14/12/2023	Data de Aprovação: 14/12/2023
---------------------------------------	---	--	---	---	---