

PROTOCOLO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COM E SEM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

TÈCNICA CIRÚRGICA

Preparo do Paciente na Sala de Operação

Os pacientes são preparados de modo habitual para operação de revascularização do miocárdio com monitorização contínua do ritmo cardíaco através do eletrocardiograma, a pressão arterial sistêmica por cateterização da artéria radial, o controle do débito urinário por cateterização vesical e a temperatura corpórea através de um cabo de teletermômetro em posição nasofaríngea. O acesso venoso central, para monitorização da pressão venosa central e para administração de medicamentos, é realizado por punção da veia subclávia direita ou da veia jugular interna direita. Nos casos especiais como disfunção do ventrículo esquerdo, reoperações, urgências / emergências ou em pacientes com comorbidades associadas como insuficiência renal e doença pulmonar obstrutiva crônica, utilizamos o cateter de Swan Ganz para melhor monitorização intra-operatória. Um colchão térmico é mantido sob o paciente, com o objetivo de evitar a hipotermia e manter a temperatura corpórea em 36° C durante o período que o tórax está aberto. Nas reoperações, pás adesivas de desfibrilador externo são mantidas em região lateral e posterior do tórax, pois nessa situação a cardioversão interna está dificultada pelas aderências epi-pericárdicas.

Os pacientes são posicionados na mesa cirúrgica em decúbito dorsal horizontal e realiza-se a assepsia de todo o corpo (da região cervical até os membros inferiores), pois além da esternotomia temos as incisões para a retirada dos enxertos que serão utilizados na revascularização miocárdica.

Anestesia

Os pacientes, de acordo com seu estado geral, peso e idade, são pré-medicados com 7,5 mg de midazolam via oral, 30 minutos antes de serem encaminhados para a sala de operações. A indução anestésica é realizada com fentanil (5 a 10 mcg.Kg⁻¹) e midazolam (0,3 a 0,5 mg.Kg⁻¹) ou propofol e os pacientes são intubados com tubo orotraqueal de único lúmen. A anestesia é mantida com fentanil e agentes inalatórios (isoflurane) ou propofol, enquanto o brometo de vecuronio é utilizado para bloqueio neuromuscular.

Via de Acesso e Instalação da Circulação Extracorpórea

A via de acesso utilizada é a esternotomia mediana e a revascularização do miocárdio pode ser realizada com o auxílio da circulação extracorpórea ou sem circulação extracorpórea. A instalação da circulação extracorpórea é realizada pela técnica clássica utilizando-se, após heparinização sistêmica do paciente (5mg/kg), uma cânula nº 22 ou 24 em aorta ascendente e uma cânula venosa única com drenagem da veia cava inferior e átrio direito. Um cateter (tipo jelco) nº 14 é posicionado na raiz da aorta e conectado a um aspirador da máquina de circulação extracorpórea para aspiração contínua do sangue de modo a prevenir a hipertensão, distensão e conseqüente isquemia subendocárdica do ventrículo esquerdo, além da retirada do ar das câmaras cardíacas esquerdas ao final da cirurgia. A proteção miocárdica é realizada através da parada cardíaca induzida pela infusão intermitente anterógrada da solução cardioplégica sangüínea normotérmica.

Revascularização do Miocárdio

Após a instalação da circulação extracorpórea e parada cardíaca induzida com solução cardioplégica, inicia – se a revascularização do miocárdio propriamente dita. Todas as artérias coronárias responsáveis pela perfusão de grandes áreas miocárdicas e que apresentam lesões obstrutivas significativas ($\geq 50\%$) são tratadas. A anastomose distal, término-lateral, do enxerto com a artéria coronária é realizada primeia. A anastomose proximal do enxerto com a aorta é realizada ainda sob circulação extracorpórea e com pinçamento total da aorta. As anastomoses combinadas em “Y” dos enxertos arteriais compostos podem ser realizadas antes do início da circulação extracorpórea ou no final, de acordo com a anatomia coronária e o tamanho do coração.