



LIBRO DEL PACIENTE

Servicio de Cirugía Cardíaca

Hospital 12 de Octubre - MADRID

ENFERMEDADES CARDIACAS

Valvulopatías

Las válvulas pueden presentar dos problemas:

Estenosis: no abren bien y no dejan pasar toda la sangre necesaria.

Insuficiencia: no se cierran correctamente por lo que dejan retroceder la sangre en lugar de impulsarla fuera del corazón.

Las causas son variadas: fiebre reumática, edad, infecciones, malformaciones de nacimiento, etc.

Cirugía valvular

Generalmente las válvulas dañadas son cambiadas por prótesis valvulares, que son válvulas artificiales aunque en ocasiones la válvula se puede reparar, lo cual es mejor opción cuando el resultado funcional es satisfactorio.

Existen dos tipos de válvulas artificiales: mecánicas y biológicas. Las válvulas mecánicas son para siempre pero obligan a tomar de por vida una medicación anti-coagulante (Sintrom^R) que precisa de unos análisis de sangre periódicos para ajustar las dosis. Las válvulas biológicas sólo precisan este tratamiento durante un periodo corto de tiempo (3 a 6 meses) pero se deterioran con el paso de los años (10 a 20 años según la edad del paciente) y es preciso cambiarlas en una nueva operación por lo que están más indicadas en personas mayores de 70 años.

El cirujano decidirá cual es la válvula más adecuada para usted y se lo planteará.



Prótesis mecánica



Prótesis biológica

Cardiopatía Isquémica (Enfermedad coronaria)

Las arterias coronarias son pequeños conductos por los que llega la sangre transportando oxígeno y nutrientes al músculo del corazón.

La enfermedad coronaria consiste en un estrechamiento interior de las arterias por acúmulos de grasa en su pared (Arteriosclerosis) que hace que no pueda pasar a

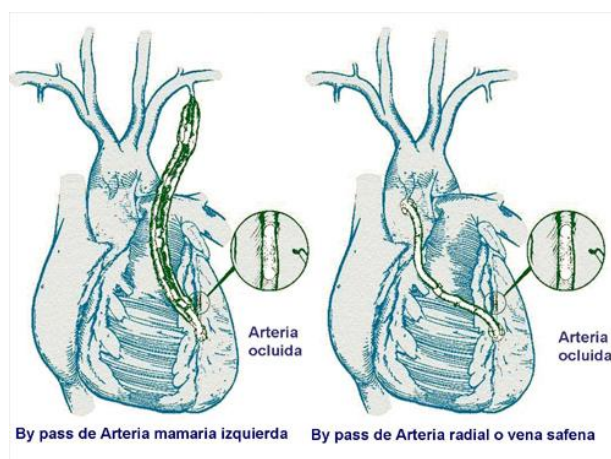
su través toda la sangre necesaria para alimentar al corazón. Cuando esta falta de riego ocurre se produce la angina de pecho, que es un dolor más frecuente en situaciones de esfuerzo. A veces la angina de pecho se manifiesta como dolor de brazos, de mandíbula, falta de aire, etc. Si la coronaria se obstruye completamente puede producirse el infarto de miocardio, que es la muerte de una parte del músculo cardíaco.

Las coronarias pueden desarrollar esa arteriosclerosis por distintos factores (llamados Factores de Riesgo Cardiovascular): tabaco, hipertensión arterial, diabetes mellitus (elevación de azúcar) e hipercolesterolemia (elevación de colesterol o triglicéridos).

Cirugía Coronaria

La falta de riego en las coronarias se puede mejorar llevando sangre a las arterias más allá de las obstrucciones mediante conductos llamados puentes, "bypass" o injertos coronarios. Estos conductos se obtienen del propio paciente: venas de la pierna (vena safena) o arterias del tórax (arteria mamaria), brazos (arteria radial) o el abdomen (arteria gastroepiploica).

El número de puentes necesarios depende del número de arterias coronarias lesionadas y del grado de afectación de éstas (en ocasiones están tan enfermas o son tan pequeñas que técnicamente no puede hacerse el injerto coronario).



Otras enfermedades del corazón

Otros problemas cardíacos con solución quirúrgica son (aunque la lista completa sería muy larga):

Aneurismas de aorta: es la dilatación o aumento excesivo del diámetro de la arteria por la que sale toda la sangre del corazón hacia el cuerpo.

Arritmias cardíacas: es un problema con el ritmo de los latidos del corazón que precise cirugía de su arritmia o la implantación un marcapasos.

Cardiopatías congénitas: comunicaciones intracardiacas, estrechamientos de la aorta en el tórax, etc.

Mixomas y otros tumores cardíacos.

Miocardopatía dilatada: precisan trasplante cardíaco.

Derrame pericárdico: Acumulación de líquido alrededor del corazón.

CONSULTA PREOPERATORIA

La Consulta preoperatoria suele realizarse junto a algún familiar o acompañante. En ella se comenta con el paciente el diagnóstico que le han realizado y el cirujano valora si la cirugía es la mejor solución para el problema, comparando riesgos de la operación y los beneficios que se pueden obtener de ella (mejora de calidad de vida, prolongación de expectativa de vida, etc.).

Además de esto se discuten con el paciente las distintas opciones terapéuticas y se le informa de los detalles sobre ingreso, estancia y postoperatorio.

INGRESO

Al ingreso se le realizará un estudio preoperatorio mediante análisis de sangre, radiografía del tórax y electrocardiograma para descartar problemas recientes que interfieran con la operación.

El día antes de la operación las instrucciones del personal de Enfermería de la planta facilitarán todo el proceso. Deberá ducharse con soluciones especiales, se le pondrá un enema y se le rasurará las áreas cercanas a las zonas quirúrgicas (normalmente el mismo día de la operación).

Esa noche le darán una cena ligera. Le administrarán sedantes para que duerma más tranquilo y comenzará el ayuno a las 24:00 horas (si necesita medicación se le administrará con un poco de agua).

La Ley de Sanidad exige que el paciente firme un "Consentimiento Informado" que no es más que un documento que indica que ha sido informado de beneficios,

riesgos y posibles complicaciones y que está de acuerdo con la solución y los métodos propuestos.

EL DÍA DE LA OPERACIÓN

Todos sus objetos personales (anillo, reloj, cadenas, etc) así como prótesis (dentadura u otras) quedarán en su habitación o al cargo de sus familiares.

Desde su habitación será trasladado a los Quirófanos de Cirugía Cardíaca situados en la planta 2ª. Allí será recibido por las enfermeras y el anestésista que le administrará la medicación necesaria para que se duerma lentamente.

Es importante que sepa que en ocasiones surgen complicaciones con otros pacientes o pueden llegar enfermos graves que precisan ser intervenidos de urgencia. En esos casos, a veces, hay que suspender una intervención menos urgente, que puede ser la suya. Otros motivos para suspender su operación pueden ser la falta de sangre para transfundirle en caso de que la necesitara o la no disponibilidad de una cama libre en la UCP así como problemas técnicos o mecánicos en quirófano (dado el complicado aparataje que se precisa). Si esto ocurre disculpe las molestias que ello le pudiera ocasionar y comprenda que es por el bien de otra persona y que por usted se haría lo mismo.

La Operación

La mayoría de las operaciones de corazón duran varias horas. Para llegar al corazón casi siempre hay que hacer una incisión en el centro de su pecho y abrir el esternón (menos veces la incisión se realiza en el tórax entre las costillas).

En casi todas las intervenciones cardíacas el corazón y los pulmones deben permanecer parados mientras una máquina (bomba de circulación extracorpórea) sustituye su función. Tras la operación ambos volverán a funcionar normalmente.

Si se va a operar de coronarias se le extraerán los injertos de su pierna (vena safena) o del brazo (arteria radial) y en ocasiones será preciso operarle introduciendo cánulas en la arteria y vena femorales, que se localizan en la ingle.

POSTOPERATORIO EN CUIDADOS INTENSIVOS (UCP)

Al acabar la operación será trasladado a la Unidad de Cuidados Postoperatorios (UCP) situada en la 2ª planta. Allí entrará todavía dormido y será vigilado durante las primeras horas por especialistas en Cuidados Intensivos.

Sus familiares serán informados por el cirujano de los detalles de la intervención y posteriormente los intensivistas de la UCP les irán informando de la evolución.

En la UCP podrá ser visitado por la mañana y por la tarde por sus familiares (2 personas). Si presentara algún problema grave se les comunicará de forma inmediata por teléfono.

El despertar

Normalmente se suele despertar en las seis primeras horas tras la intervención (ello dependerá del tipo de cirugía, anestesia, etc) aunque el despertar no es instantáneo y recuperará conciencia poco a poco. Además notará en la boca un tubo que es el que le ayuda a respirar mientras recupera la conciencia y tiene fuerzas para respirar por sí mismo; aunque es una sensación molesta es importante no intentar quitárselo ni luchar contra el respirador artificial sino colaborar con el personal de la UCP para que puedan quitárselo cuanto antes.

La sensación de sed es grande durante las primeras horas. El personal que le cuida le mojará los labios o le dará pequeños hasta que pueda beber normalmente.

También son muy frecuentes en la UCP las molestias o el dolor en la herida y sobre todo en la espalda debido a la propia cirugía y al encamamiento por lo que le administrarán calmantes (intravenosos o por boca si ya tolera). Si nota dolor pídalos.

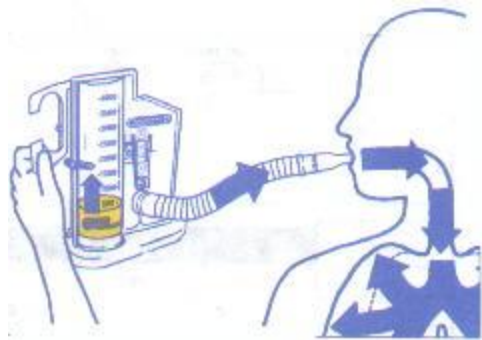
POSTOPERATORIO EN LA PLANTA

Si no surgen complicaciones será trasladado a la planta uno o dos días después de la operación donde permanecerá recuperándose ayudado por el personal y por su familia. Tan pronto como esté bien y no precise atención hospitalaria será dado de alta puesto que el mejor lugar para su recuperación es su casa (en el hospital el riesgo de infecciones es alto).

Mientras esté en planta su colaboración será fundamental para expulsar las secreciones y para moverse precozmente.

Expulsión de secreciones

Con la circulación extracorpórea se producen abundantes secreciones en los bronquios que es imprescindible expulsar mediante la tos. Si nota secreciones y no le provocan tos espontáneamente deberá toser "a propósito" para sacarlas de los bronquios aunque no tenga ganas.



El estar sentado facilita la expulsión y también son de gran ayuda también los ejercicios con el aparato para elevar la bolita (Incentivo Respiratorio) pues se airean los pulmones y se movilizan las secreciones, facilitándose su expulsión. Tras la operación deberá ejercitarse 6 veces cada hora descansando por la noche y tras las comidas.

Movilización precoz

La movilización precoz va a ayudar mucho a su recuperación porque:

El encamamiento prolongado atrofia los músculos, sobre todo de las piernas.

Algunas zonas de los pulmones no se ventilan bien al estar tumbado y se acumulan mocos.

La falta de movilidad puede producir trombos en las piernas que pueden provocar graves embolias en los pulmones.

Además el moverse no abre ni empeora las heridas.

Cuidado de las heridas

Las heridas se mantienen secas y cubiertas hasta el tercer día siendo curadas por las enfermeras. A partir de entonces hay que lavarlas bien durante la ducha diaria con un jabón suave, aclararlas con abundante agua corriente y secarlas cuidadosamente. Después puede aplicarse o no un antiséptico tipo Betadine^R y se dejará la herida al aire.

Debe usar una media elástica de compresión intermedia o fuerte (se la recetará su médico) si se le extrajo vena de sus piernas. Hay que usarla desde por la mañana (tras ducharse) hasta que se acueste por la noche durante al menos 6 semanas (si se le hincha la pierna después de este tiempo úsela a días alternos durante un mes más).

Las grapas se retirarán en la planta entre el 6º y el 7º día (se irá sin ellas).

No debe darle el sol directamente en las heridas el primer año tras la intervención (puede "engordar" y oscurecerse la herida).

Problemas menores

Algunas cuestiones frecuentes, poco importantes y que remiten progresivamente con el paso de los días son:

Poco apetito.

Dificultad para dormir.

Dolor en las heridas y espalda que empeora al moverse y con la tos: disminuye poco a poco y desaparece en 1-2 semanas.

Anemia postoperatoria: puede producir sensación de fatiga y gran cansancio con los esfuerzos o mareos al levantarse o cambiar de postura..

Sensación de hormigueo, adormecimiento o excesiva sensibilidad al tacto cerca de las heridas es normal.

Hinchazón de los pies (sobre todo por las tardes): es retención de líquidos que desaparece pronto.

Estreñimiento y dificultad para defecar.

ALTA A CASA

La mayor parte de los pacientes son dados de alta entre el sexto y octavo día de la operación. Retrasar en exceso la marcha a casa entorpece la rehabilitación y expone al paciente a un riesgo elevado de infecciones de origen hospitalario por gérmenes más graves que los del ambiente de la calle.

Los médicos del Servicio le darán un Informe detallado con la información referente a su operación además de indicaciones para los primeros días.

Deberá tomarse la temperatura cada tarde durante dos semanas. Si tiene una temperatura mayor o igual a los 38° C en más de una ocasión o tiritona con escalofríos debe ser visto por algún médico.

Las personas mayores en los primeros días pueden presentar confusión: se desorientan, no conocen a la familia, les cambia el ritmo del sueño, etc. El contacto con la familia y el entorno habitual junto con el restablecimiento de los periodos de sueño solucionan el problema.

Hasta ser visto en nuestra Consulta póngase en manos de su Médico de cabecera y su Cardiólogo.

SEGUIMIENTO Y ALTA DEFINITIVA

Aproximadamente al mes y medio de la operación se le citará para realizar analíticas, radiografía, electrocardiograma y Ecocardiograma y se le dará otra cita con su cirujano para una consulta donde se revisarán los resultados. Si todo está bien, se le dará el alta definitiva por nuestra parte, y el control de su enfermedad y de su evolución a largo plazo pasará a manos de su Médico de cabecera y Cardiólogo.

Si necesita ingresar en otro Servicio del Hospital o en otro hospital distinto al 12 de Octubre antes de que le veamos en consulta, su familia debe comunicárnoslo por si es preciso que tomemos alguna medida o demos algún consejo a los especialistas que le traten.

ALGUNAS CUESTIONES IMPORTANTES EN EL POSTOPERATORIO

Medicación

Con el alta se le entregará un informe que incluirá todas las medicaciones que debe de tomar (de palabra además se le indicará cómo y cuándo tomarlo).

Tome solamente lo que le hayan recetado y durante el tiempo indicado. Como excepción los analgésicos (medicamentos para el dolor) y los hipnóticos (medicamentos que ayudan a dormir bien) pueden ir dejándose de tomar paulatinamente según vaya siendo menor su necesidad hasta suspenderlos: al alta se le dirá cuáles son estas pastillas..

Ante cualquier duda consulte con su médico. Su Médico de cabecera y / o Cardiólogo podrán modificar su tratamiento si lo consideraran necesario.

Reanudación de la actividad física

Después de la intervención va a poder volver a realizar todas las actividades que realizaba antes de la misma. Aproximadamente en dos meses podrá desempeñar una vida normal si bien poco a poco podrá ir realizando pequeños esfuerzos y trabajos ligeros con intensidad creciente.

Importante: No debe levantar, cargar o empujar pesos durante unos dos meses desde el alta pues podría resentirse la consolidación de su esternón.

Algunas recomendaciones:

Levántese de la cama y vístase usted mismo/a cada día.

Dé un paseo diario, al principio en casa y luego salga a la calle. No compita con nadie ni haga tanto ejercicio que le produzca fatiga.

Puede subir escaleras despacio, descansando cuando sea necesario.

Deberá dormir boca arriba durante los dos primeros meses después de su intervención. Si esta postura le produce insomnio o molestias de espalda puede, a partir de la segunda semana, dormir parcialmente de lado.

No debe conducir hasta 6-8 semanas tras la operación.

La actividad sexual se puede reanudar de manera lenta y progresiva según las apetencias y el grado de recuperación de cada uno.

Comidas

Después de la operación deberá mantener una dieta equilibrada y rica en carnes y pescados blancos, verduras, frutas y cereales.

Debe evitar:

Alimentos ricos en grasas animales especialmente si le hemos operado de coronarias.

Alimentos con mucha sal sobre todo si está operado de una válvula o es hipertenso.

Si es diabético deberá mantener el tipo de dieta que seguía antes de la operación y controlar correctamente sus niveles de azúcar.

Al principio tendrá poco apetito: coma poco y más a menudo, hasta que se normalice su apetito.

Reincorporación Laboral

Si tiene usted un trabajo sedentario podrá realizarlo en unas 6-8 semanas pero si su oficio requiere un esfuerzo físico importante (construcción, carga y descarga, etc) podrá realizarlo en unos 4 meses aproximadamente. En todo caso es una cuestión absolutamente individual y por ello debe ponerse de acuerdo con su Médico de cabecera y Cardiólogo para decidir y gestionar la vuelta al trabajo.