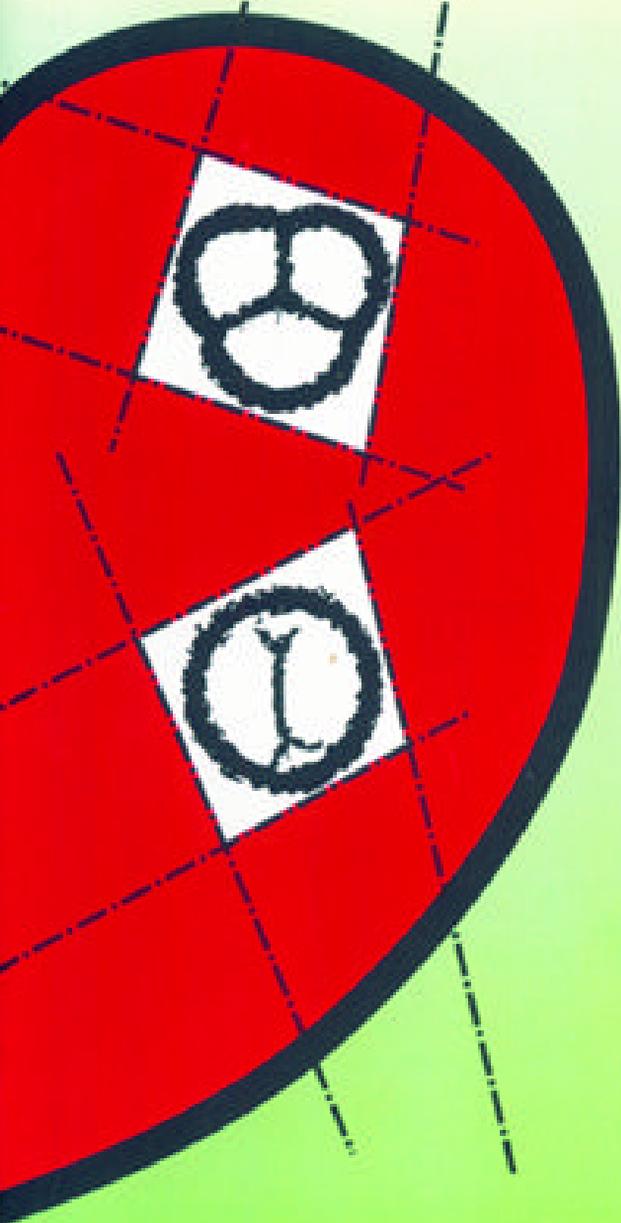


GUIA DEL PORTADOR DE VALVULAS CARDIACAS



AEP**VAC**



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PORTADORES DE VALVULAS CARDIACAS

© **Edita: AEPOVAC**
Diseño y dibujos: Pascual Arribas
Imprime: Gráficas Chile, S.A.L.
Depósito legal: M-15448-1995
ISBN: 84-605-2887-1

GUIA DEL PORTADOR DE VALVULAS CARDIACAS

Dr. Manuel de los Reyes López
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE MADRID



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PORTADORES DE VALVULAS CARDIACAS

INDICE

Página

| | |
|--------------------------|---|
| <i>Prólogo</i> | 7 |
| <i>Presentación.....</i> | 9 |

ANTES DE LA CIRUGIA

| | |
|--|----|
| <i>Objetivo:mejorar la información.....</i> | 13 |
| <i>El corazón: su forma y funcion.....</i> | 13 |
| <i>Lesiones valvulares más frecuentes.....</i> | 17 |
| <i>Corrección de las valvulopatías.....</i> | 19 |
| <i>Cirugía reparadora de válvulas.....</i> | 19 |
| <i>Implantación de prótesis valvulares.....</i> | 20 |
| <i>Preparación para la cirugía valvular.....</i> | 23 |

ESTANCIA EN EL HOSPITAL

| | |
|--|----|
| <i>Admisión en el hospital.....</i> | 27 |
| <i>El día de la operación. El quirófano.....</i> | 28 |
| <i>Visitas de los familiares.....</i> | 30 |
| <i>Asistencia en la U.C.I.....</i> | 31 |
| <i>Fisioterapia respiratoria.....</i> | 32 |
| <i>Levantarse de la cama. Las comidas.....</i> | 33 |
| <i>Otros aspectos de la recuperación.....</i> | 34 |
| <i>El alta hospitalaria.....</i> | 35 |

VUELTA A CASA

| | |
|---|----|
| <i>La rutina domiciliaria.....</i> | 39 |
| <i>Qué hacer y qué no hacer.....</i> | 40 |
| <i>Revisiones médicas y medicamentos.....</i> | 41 |
| <i>Precauciones muy importantes.....</i> | 42 |
| <i>Dieta, tabaco y conducción.....</i> | 44 |
| <i>Ejercicio.....</i> | 45 |
| <i>Regreso al tabaco.....</i> | 46 |
| <i>Relaciones sexuales.....</i> | 46 |
| <i>Profilaxis antibiótica.....</i> | 47 |
| <i>Anticoagulantes.....</i> | 48 |
| <i>Recuperación tras la cirugía.....</i> | 49 |
| <i>Y después de la recuperación.....</i> | 50 |

*Es para mí una gran atisfacción ver publicada la **Guía del paciente portador de válvulas cardiacas**. Y ello por varios motivos.*

*Tuve la honrosa oportunidad de participar en el nacimiento de la **Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardiacas (A.E.PO.VA.C.)** en el año 1987, animando, incitando y apoyando la necesidad de su creación. Con muy escasos medios -si bien los actuales no son mucho mayores- pero llenos de ilusión y voluntad, los pacientes que iniciaron esta andadura atisbaron un objeivo crucial: proporcionar a sus afiliados y a las personas que estaban en situaciones paredidas a las suyas, la información y ayuda necesarias para que lograsen una mejor calidad de vida en los aspectos fisico, psíquico y sociolaboral. Este loable empeño ha estado jalonado no de pocas dificultades, organizativas unas y administrativas o económicas las más de las veces, pero todas ellas han sido superadas con creces apoyándose en su lema: “No tengas miedo, ten información”. Frutos de algunas de sus actividades son los ciclos anuales de cursos y conferencias sobre diversos temas que les preocupan de modo específico: profilaxis antibacteriana ante diversos procedimientos o técnicas instrumentales que puedan practicárseles; salud bucodental; anticoagulación correcta; alimentación y régimen de vida adecuados; interacciones medicametosas; problemas sociales y laborales de la persona con valvuloptía; la información al paciente en los diferentes momentos de su enfermedad; etc.*

*He manifestado en repetidas ocasiones que los auténticos protagonistas de A.E.PO.VA.C. son los propios pacientes, y no el personal sanitario que los atiende o las instituciones que los acogen. Así se entiende entonces que esta **Guía** sea el resultado de una tarea compartida: la experiencia médica enfocada de la manera más clara y concisa posible, y las vivencias de orientaciones, mejoradas con el acierto estético y de diseño debidos a un paciente-amigo.*

*Confío en una pronta y amplia difusión de esta **Guía**, pues el esfuerzo y entrega de los miembros de A.E.PO.VA.C. se lo merecen. De los errores y defectos que contenga me hago responsable, pero el éxito de esta empresa es atribuible a ellos. ¡Ojalá se estime en lo que valga!.*

Dr. Manuel de los Reyes López
Madrid, Navidad de 1994

En el año 1987 un grupo de portadores de válvulas, ayudados por cardiólogos y cirujanos cardiovasculares, fundaron una asociación que quería y quiere agrupar a todos los portadores de válvulas cardíacas que hay en España.

Tras unos comienzos muy duros, aquella asociación fue creciendo y se ha hecho mayor; o mejor dicho, ha pasado de ser niña a ser adolescente. No una adolescente alocada, sino una adolescente sería y responsable que va teniendo más fuerza y va siendo tomada en cuenta. Se ha convertido en la Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardíacas (A.E.PO.VA.C.).

Todo ello gracias a aquellos que, como Manuel Benito e Isidro García, fundaron la asociación, y a los médicos que les ayudaron. Los portadores que llevaron las riendas de la asociación en su primera época han dejado paso a los que ahora tratamos, con ideas complementarias, que la asociación siga creciendo. Pero ¿y los médicos?, ¿qué ha sido de aquellos médicos que asesoraron en la fundación de la asociación?

Pues bien, todos ellos siguen asesorando a A.E.PO.VA.C. de diversas y muy valiosas maneras, ya sea dando conferencias, acompañándonos en nuestras apariciones en diferentes medios de comunicación, etc, pero siempre ayudándonos.

Pero A.E.PO.VA.C. también quiere ayudar, y no sólo a las personas que llevamos o pueden llevar prótesis valvulares, sino a los médicos. Pero, ¿cómo hacerlo?

Inicialmente pensamos que haciendo un folleto con la información que se suele dar a toda persona a quien le va a ser implantada una prótesis valvular cardíaca era una buena manera de ayudar; a todos, a los médicos y a sus pacientes. Como nuestros conocimientos de la medicina se limitan prácticamente a los medicamentos que tomamos, solicitamos de nuevo ayuda a uno de aquellos médicos que ayudó a fundar la Asociación.

El Dr. Manuel de los Reyes López es uno de los cardiólogos asesores de A.E.PO.VA.C. y uno de sus más asiduos colaboradores. El ha redactado este libro que tienes en las manos. En él se explica de una manera clara y sencilla lo fundamental que nosotros, los portadores de válvulas, debemos saber:

Nuestro agradecimiento a Pascual Arribas, sin cuya valiosa y desinteresada colaboración no hubiese sido posible este libro.

Por último, y no por ello menos importante, queremos agradecer todo el apoyo, tanto moral como material, del Instituto de Cardiología de Madrid, lugar donde tenemos nuestra Sede Social y uno de los pocos Organismos Públicos que nos presta ayuda desinteresadamente.

M^a Vega Mazón Verdejo
Presidenta

ANTES

DE LA

CIRUGIA



OBJETIVO: MEJORAR LA INFORMACION

Las operaciones destinadas a restaurar la función de las válvulas cardíacas son muy frecuentes. Estas intervenciones quirúrgicas mejoran la calidad de vida y la supervivencia de las personas que tienen lesiones valvulares.

El cardiólogo que vigila la evolución de su cardiopatía y el cirujano que le va a practicar la operación, son los profesionales idóneos para aclararle sus dudas y temores. Ellos podrán darle más detalles sobre su operación y el período de recuperación posterior. El texto y dibujos de esta guía pueden ayudarle a comprender mejor dichas explicaciones.

EL CORAZON: SU FORMA Y FUNCION

Su corazón es como una bomba que impulsa la sangre; ésta lleva nutrientes (alimentos) y oxígeno a los órganos y tejidos de su cuerpo.

El corazón tiene cuatro cavidades (fig. 1): las superiores se llaman aurículas (derecha e izquierda), tienen las paredes finas y sirven como depósitos de



llenados; las inferiores se llaman ventrículos (derecho e izquierdo) y tienen las paredes más gruesas para poder realizar mejor la función de bombeo. Las cavidades del lado derecho impulsan la sangre hacia los pulmones y las del lado izquierdo lo hacen al resto del cuerpo. A su vez, el ventrículo izquierdo es más potente que el derecho.

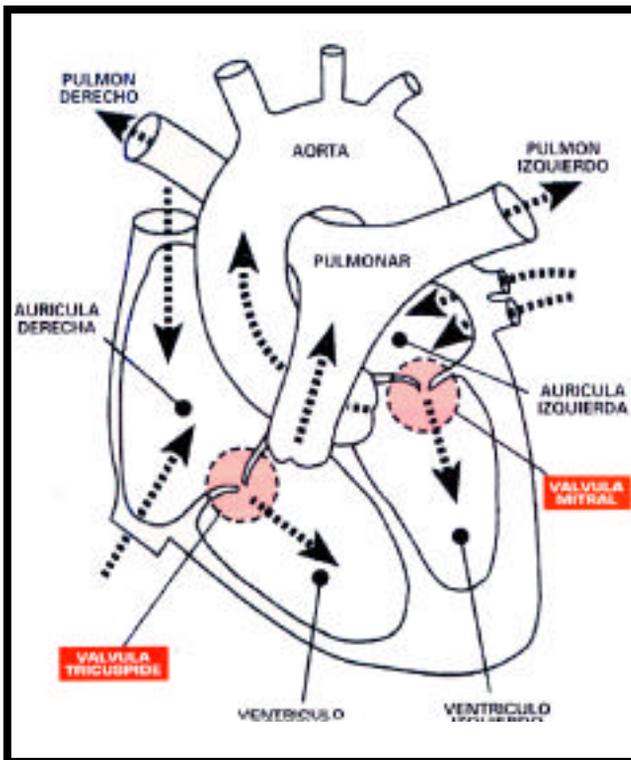


Figura 1

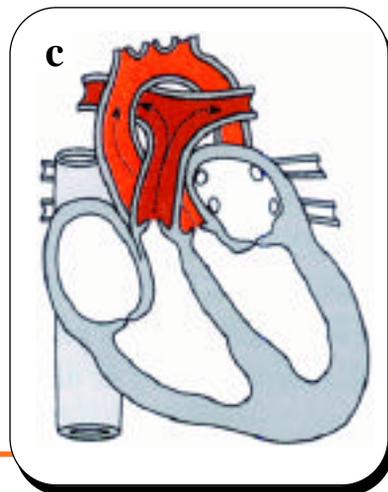
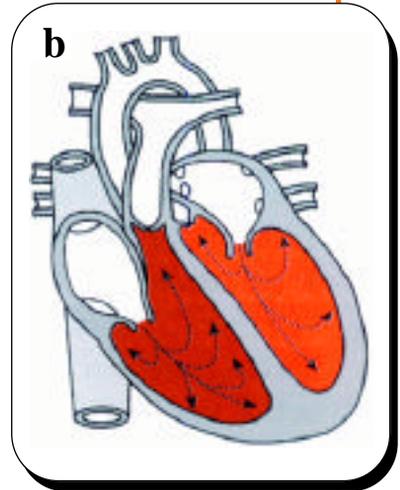
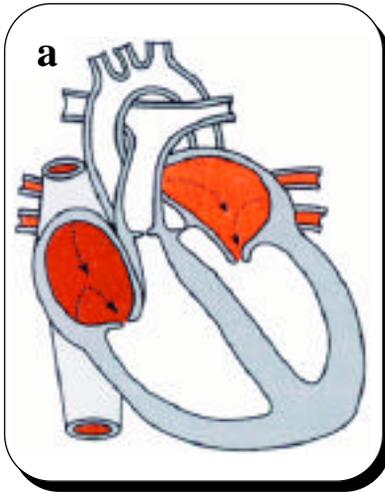


Figura 2

a) Llenado de las aurículas. Las válvulas aurículo-ventriculares (mitral y tricúspide) no se han abierto todavía y las válvulas sigmoideas (aórtica y pulmonar) aún permanecen cerradas.

b) Llenado de los ventrículos (diástole) al abrirse las válvulas aurículo-ventriculares, estando cerradas las sigmoideas.

c) Contracción de los ventrículos (sístole). Expulsión de la sangre hacia los grandes vasos (aorta y pulmonar) permaneciendo abiertas las válvulas sigmoideas y cerradas las aurículo-ventriculares.



El corazón tiene cuatro válvulas. La función de éstas es regular el paso de la sangre e impedir que pueda refluir en sentido opuesto. Las válvulas, que están formadas por un tejido muy fino y a la vez extremadamente resistente, se abren y cierran cuando el corazón se contrae o relaja. Un corazón humano late unas 100.000 veces al día, por lo cual las válvulas tienen que ser flexibles y fuertes para aguantar cientos de millones de latidos en el transcurso de la vida de una persona.

La figura 2 muestra las cuatro cavidades del corazón con la posición de las distintas válvulas y la dirección que sigue el flujo sanguíneo. Vamos a seguirlo paso a paso. La sangre que ha circulado por el cuerpo ha perdido la mayor parte del oxígeno y nutrientes y regresa a la aurícula derecha: de allí pasa a través de la válvula tricúspide al ventrículo derecho, que la impulsará hacia los pulmones atravesando la válvula pulmonar. Los pulmones añadirán a la sangre el oxígeno necesario y eliminarán el dióxido de carbono. La sangre depurada regresa al corazón, a la aurícula izquierda, desde donde pasará al ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral; desde allí recibirá un fuerte impulso para pasar por la válvula aórtica hacia la aorta y ser distribuida por todo el organismo.



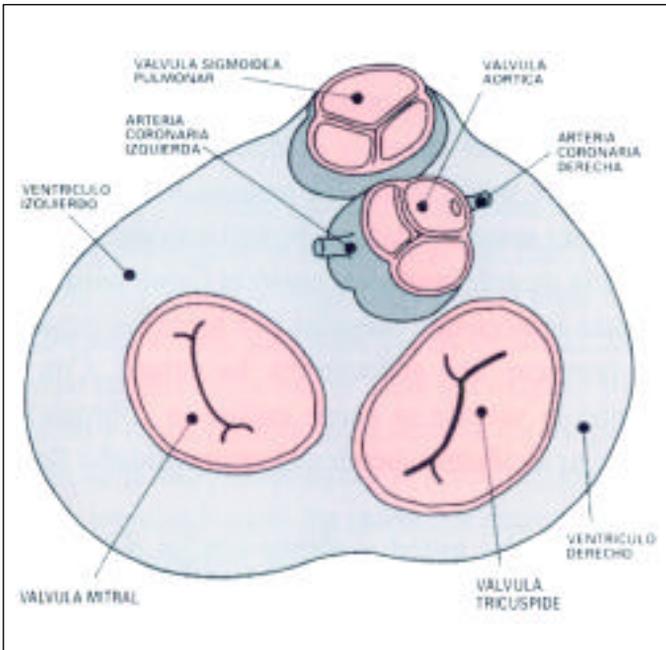
LESIONES VALVULARES MAS FRECUENTES

Las válvulas cardíacas no siempre funcionan todo lo bien que sería deseable, existiendo varias causas que provocan su alteración. Una válvula puede estar dañada desde el nacimiento y necesitar ser reparada tan pronto como sea posible. Otras veces existe un pequeño defecto que puede pasar inadvertido al nacer, permanecer silente y descubrirse más adelante durante el crecimiento. En ocasiones una válvula puede ser normal y dañarse posteriormente a consecuencia de enfermedades, como la fiebre reumática u otras infecciones causadas por bacterias capaces de provocar una endocarditis bacteriana. Con el tiempo la válvula se puede endurecer (fibrosar) y llegar a calcificarse, perdiendo su movilidad y flexibilidad.

Las válvulas mitral y aórtica son las que se ven afectadas con mayor frecuencia. La válvula tricúspide puede dañarse por sufrir una presión anormal al estar otras válvulas afectadas o por lesiones en ella misma. La válvula pulmonar también puede deteriorarse debido a anomalías congénitas. La figura 3 muestra las cuatro válvulas cardíacas, vistas desde arriba, tras haber separado las aurículas.



A causa de las lesiones en las válvulas el tejido de las mismas se vuelve menos elástico, haciéndose más estrecho el orificio de apertura; a esto se denomina estenosis valvular. También puede ocurrir que la válvula no cierre bien y entonces la sangre refluya hacia atrás, dando lugar a una insuficiencia valvular.



Cualquier problema en una válvula incrementa en gran medida el trabajo del corazón, pudiendo alterar su funcionamiento. Si no se corrigen estos fallos el músculo cardíaco terminará dañándose gravemente.



CORRECCION DE LAS VALVULOPATIAS

Algunas personas con lesiones valvulares pueden llevar una vida normal durante mucho tiempo, siempre y cuando estén controladas por un cardiólogo. Otras personas con lesiones valvulares de mayor importancia necesitan ser operadas.

En ciertos casos se puede reparar la válvula nativa, como ocurre en algunos tipos de estenosis o insuficiencia, pero en otros la válvula está tan dañada que lo mejor es implantar una prótesis. La mejor solución en cada caso depende de la situación clínica del paciente. Su cardiólogo le informará de las posibles opciones y le aconsejará la mejor para su caso particular.

CIRUGIA REPARADORA DE VALVULAS

La estenosis valvular ocurre cuando las cúspides o los bordes de las valvas están unidas, o se fusionan las comisuras, cerrando el orificio valvular el paso de la sangre. Esto se intenta arreglar liberando con bisturí las partes adheridas, con el fin de que las valvas más libremente.



En la insuficiencia valvular se produce frecuentemente el adelgazamiento y alargamiento de las valvas. Estas, al cerrar, resbalan una sobre otra permitiendo que la sangre refluya. Reparar el funcionamiento de esta válvula requiere remodelar su estructura y ello se puede lograr por varios métodos: recortando el exceso de tejido reforzándolo con hilos de sujeción, o bien un anillo valvular dilatado.

Una ventaja de la cirugía reparadora es la conservación del tejido nativo valvular. Este tipo de intervención es el modo más fisiológico de corregir una valvulopatía, pero su indicación sólo ocurre en determinadas situaciones.

IMPLANTACION PROTESIS VALVULARES

Algunas veces las válvulas cardiacas están muy dañadas, degeneradas o destruídas. Cuando esto sucede la reparación no es aconsejable, debiéndose extirpar la válvula lesionada para ser reemplazada por unas prótesis. La nueva válvula es firmemente cosida y asegurada al anillo de la válvula nativa. Existen varios tipos de prótesis valvulares, pudiendo clasificar-



las en dos grupos: aquellas que incorporan tejidos biológicos y las que están construídas con otros materiales, como metales o sus aleaciones y diversos plásticos o derivados de ellos.

Las válvulas de tejido biológico se extraen de animales y han sido esterilizadas mediante procesos químicos. Se montan sobre un anillo metálico recubierto de un tejido sintético que facilita su fijación en el anillo valvular nativo. Otras veces el tejido procede de un cadáver humano. En este caso se reconstruye una válvula manteniéndola a muy bajas temperaturas para que se conserve bien; después, se implanta directamente al anillo valvular del paciente.

Las prótesis biológicas tienen la ventaja de ser muy similares a las válvulas nativas a las que reemplazan. Esto evita la necesidad de una medicación especial, ya que en estos casos no se produce el fenómeno de rechazo por el organismo receptor. Una desventaja es que, generalmente, suelen tener una duración limitada y es preciso efectuar algún recambio a lo largo de la vida del paciente.

Las válvulas mecánicas están fabricadas con metales duros y carbón cerámico (carbón pirolítico) de gran duración; poseen un reborde de tejido sintético de teflón que sirve para facilitar la fijación al anillo valvular nativo.



Hay varios tipos de prótesis mecánicas. Las más antiguas utilizaban una parte móvil (una bolita) introducida en un estillo. Este diseño de válvula supuso una gran revolución y fue usada durante mucho tiempo. Otro tipo de prótesis muy frecuentemente utilizada basa su funcionamiento en un disco que gira y va abriendo y cerrando el orificio de la válvula al paso de la sangre. Este disco está sujeto al anillo por medio de un eje o una especie de gancho. Finalmente, un tercer grupo de prótesis emplea dos medios descos (hojas) que pivotan para abrir y cerrar; dichas hojas están abisagradas al anillo de fijación.

Una ventaja de las válvulas mecánicas es que son más duraderas, debido a los materiales que se utilizan para su fabricación. Ahora bien, como las sustancias de que están compuestas no son las naturales del cuerpo se pueden formar pequeños coágulos. Para prevenir que esto suceda se emplean anticoagulantes con el fin de disminuir la posibilidad de que existan trombos a ese nivel.

Muchos factores deben de tenerse en cuenta para la elección de la válvula a implantar. El cardiólogo y el cirujano se valdrán de su experiencia y conocimientos para la elección de la válvula idónea para cada paciente. Es necesario considerar la edad del enfermo,



la evolución de la lesión, el tamaño de la válvula que se va a reemplazar, las circunstancias especiales de cada paciente y si existen o no contraindicaciones para la toma de anticoagulantes. No hay que olvidar que los sentimientos y deseos de cada persona deben ser tenidos en cuenta en la planificación de una operación de este tipo.

PREPARACION PARA LA CIRUGIA VALVULAR

Si su médico le dice que necesita una operación para corregir su valvulopatía, es natural que usted se muestre intranquilo al principio, pues nadie desea que le operen del corazón. Aunque cualquier persona pueda sentir inquietud ante lo desconocido, siempre es posible reducir el estado de ansiedad preguntando a los profesionales sanitarios que se interesan por su enfermedad acerca del porqué usted necesita dicha operación. Cuando tenga la oportunidad de preguntar, hágalo, escuche las explicaciones y aclare sus dudas cuantas veces sea necesario; se sentirá mejor. Estando bien informado se encontrará más relajado y confiado a medida que se aproxime la fecha de la intervención quirúrgica.



El resto de esta guía explica la sucesión de acontecimientos que ocurrirán antes y después de la operación a corazón abierto. Los procesos pueden variar algo de un hospital a otro. Aquí se da una explicación genérica, la específica de su caso la obtendrá del equipo médico que le atiende.

ESTANCIA

EN EL

HOSPITAL



ADMISION EN EL HOSPITAL

El ingreso en el hospital se produce, generalmente, unos días antes de la operación. Esto permite hacer algunas pruebas, darle instrucciones y prepararle adecuadamente. Otras veces el paciente llevará más tiempo ingresado en espera de mejorar algo su situación antes de ser intervenido.

Previamente a la operación será visitado por el equipo asistencial formado por cirujanos, cardiólogos, anestelistas, enfermeras y fisioterapeutas, que cuidarán de usted durante y después de la cirugía. El cirujano le puede ampliar los detalles de aquella. Aproveche para aclarar alguna duda que no le hayan resuelto aún. El anestesta le explicará el tipo de medicamentos relajantes y la anestesia que recibirá. El equipo de enfermeras le orientará con algunas recomendaciones prácticas y, finalmente, los fisioterapeutas le dirán cómo tiene que respirar y toser con efectividad después de la operación.

Su sangre será analizada en el laboratorio y se dispondrá del tipo y cantidad adecuados para las transfusiones. Estas, si fuera preciso, se efectuarán durante la operación. Los modernos métodos de cirugía y cuidados postoperatorios han reducido al mínimo la



cantidad de sangre que se necesita, ya que se evitan y controlan mejor las pérdidas. El servicio de Hematología analiza cuidadosamente la sangre de los donantes para asegurarse de que no hay ningún peligro de infección. La donación de sangre por los familiares y la autodonación constituyen además una buena idea; en estos casos la sangre se extrae con cierta antelación a la operación.

También se harán las últimas pruebas de rutina, tales como electrocardiograma o radiografía de tórax.

Le rasurarán todo lo posible el campo operatorio, evita molestias al despegar los esparadrapos. Se lavará con cuidado con un jabón antiséptico para reducir el riesgo de cualquier infección.

EL DIA DE LA OPERACION EL QUIROFANO

Las operaciones de corazón se planifican con bastante tiempo de antelación; a veces, sin embargo, puede ser retrasada por algún motivo justificado importante. Si su operación tiene que ser pospuesta, es normal que le trastorne. Piense que una interven-



ción quirúrgica no puede improvisarse ya que necesita plena dedicación y atención.

Antes de que le trasladen de la habitación al quirófano, deje a sus familiares las gafas, la dentadura postiza, el reloj, las joyas, las lentillas, la ropa y otros objetos personales. Una hora antes le darán un medicamento para estar más relajado.

Cuando llegue el momento los sanitarios le llevarán al quirófano en una camilla o en la cama de su habitación. Probablemente estará lo suficientemente disperso para poder moverse, pero no debe hacerlo. Cuando esté en el quirófano, el anestesista le pondrá la anestesia precisa para que adquiera un sueño y relajación profundos, de tal manera que no sienta el dolor ni recuerde nada de lo que sucedió después de cerrar los ojos.

Las operaciones de válvulas tienen una duración, generalmente, entre tres y cinco horas. Que se prolonguen más o menos dependerá de las complicaciones que se puedan presentar, y esto es difícil de predecir ya que cada intervención es diferente. Durante la misma sus familiares y amigos pueden permanecer en la sala de espera, donde podrán ser informados periódicamente de la evolución operatoria.



Una vez intervenido le llevarán a la Unidad de Cuidados Intesivos (UCI). Siempre tendrá a su lado una enfermera para proporcionarle todos los cuidados que necesite. Estará conectado a una serie de aparatos para tener un control riguroso de su estado.

El despertar puede ser diferente según los casos. En algunas personas ocurre pronto, en una o dos horas, pero la mayoría tarda más. A veces se puede oír o abrir los ojos antes de poder mover los brazos y las piernas.

VISITAS DE LOS FAMILIARES

Su familia podría verle una hora después de la intervención, pero no es aconsejable debido a que usted no estará consciente y la observación de una persona recién operada no es muy agradable para los no iniciados o los aprensivos. Las visitas se harán de acuerdo con las normas de la Unidad de Cuidados Intesivos. Cuando usted esté despierto y le hayan retirado ciertos tubos y aparatos podrá disfrutar más de la compañía de sus familiares.



ASISTENCIA EN LA U.C.I.

Las operaciones de corazón se hacen, generalmente, a través de una incisión longitudinal a lo largo del esternón, en el centro del pecho. Al principio esta herida estará cubierta con unos apósitos estériles sujetos con tiras de esparadrapo antialérgico. Inicialmente le levantarán dicho apósito para curarle, volviendo a cubrir nuevamente la zona de la misma manera.

Una de las primeras cosas que le retirarán será el aparato respirador, que está conectado a un tubo que tendrá colocado en la garganta a través de la boca. Dicho tubo no es doloroso, pero sí algo molesto, por impedirle hablar. No se preocupe, la enfermera está preparada para cuidar a los pacientes sin que ellos tengan necesidad de hablar. El tubo del respirador se lo quitarán en cuanto deje de necesitarlo, generalmente 24 horas después de la operación, pero depende de la evolución de cada paciente.

Otros tubos y dispositivos se colocan rutinariamente con medida de seguridad. Por ejemplo, los finos catéteres en brazos y cuello se utilizan para administrarle diversos medicamentos y sueros o pa-



ra tomar muestras de sangre. Otros tubos más gruesos son colocados en el abdomen sirven de drenaje para la eliminación de distintos fluidos.

Sobre la piel se ponen varios alambres-electrodo para controlar el ritmo cardiaco. Suele colocarse un marcapasos temporal por si fuera necesario. También se le introduce una sonda en la vejiga para vigilar la orina. Incluso puede tener alojada una sonda gástrica a través de la nariz con el fin de prevenir los vómitos.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un lugar con actividad constante las 24 horas del día para cuidar a los pacientes, disponiendo de medios y personal de enfermería bien entrenado. Las luces pueden estar encendidas permanentemente, a veces resulta un poco ruidosa y el sueño de los enfermos puede perturbarse. Los pacientes ocasionalmente se desorientan algo, pero si ello llegara a ocurrirle no se preocupe, es pasajero y no le dejará secuelas.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Algunas secreciones pueden almacenarse en sus pulmones durante y después de la operación. Para



eliminarlas se precisan ciertos ejercicios respiratorios.

Respiraciones profundas y toser son la mejor ayuda para la ventilación pulmonar. Estas maniobras pueden resultar incómodas y a veces dolorosas, pero no afectarán a la herida operatoria. Sostener un cojín contra el pecho le ayudará a toser con menos dolor y a hacerlo más eficazmente. En algunos casos se utilizan aerosoles que permiten airear mejor las vías respiratorias.

LEVANTARSE DE LA CAMA. LAS COMIDAS

Una actividad importante después de su operación consistirá, simplemente, en levantarse de la cama. En el 1º ò 2º día, generalmente, puede incorporarse y llegar a sentarse en una silla. Posteriormente empezará a caminar por la habitación o el pasillo con ayuda de alguien. Los niveles de actividad se adaptarán a cada paciente, dependiendo de su capacidad para el ejercicio y la evolución postoperatoria que mantenga.

La mayoría de las personas, un vez retirado el tubo endotraqueal, puede beber al día siguiente a la



operación. Su dieta irá progresando hacia una comida normal tan pronto como sea capaz de tolerarla. Frecuentemente se suprime o, al menos, se restringe la sal. A veces son necesarias dietas especiales dependiendo de cada persona y de su situación clínica. Tendrá poco apetito los primeros días, pero es muy importante beber y comer lo suficiente para nutrirse y avanzar en su proceso curativo

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

En ocasiones se aconseja el uso de medias elásticas para que le ayuden a activar la circulación de la sangre de las piernas durante el período de convalecencia.

La cicatriz del tórax quedará permanentemente al descubierto una vez que le quiten los apósitos. Se pueden usar puntos de sutura externos o bien grapas; en ambos casos se retirarán entre el 7º y 10º día después de la operación, cuando se compruebe una evolución satisfactoria de la herida. En el interior de su cuerpo se utilizan suturas que son absorbidas por el propio organismo, salvo las metálicas esternales.



Le permitirán y enjabonarse a los cuatro o cinco días después de la operación; si precisara ayuda para su aseo, el personal de enfermería se lo proporcionará.

Se sentirá un poco mejor cada día que pase, pero quizá tenga algunos períodos de decaimiento. La fatiga y los estados hiperemotivos son habituales durante la recuperación.

EL ALTA HOSPITALARIA

La estancia en el hospital después de una operación de válvulas cardíacas es de una o dos semanas, si no surgen complicaciones.

No es de extrañar que se sienta algo temeroso e inseguro cuando reciba el alta médica. Ello es debido a que el hospital, su personal y los medios técnicos, ofrecen seguridad. Recuerde que el médico no le permitirá que abandone el centro asistencial hasta que esté seguro de que su recuperación progresa favorablemente el regreso a casa es en coche. Usted deberá permanecer sentado todo el trayecto, y si éste durará más de dos horas el conductor parará para que usted camine algunos minutos.



Si viaja en autobús, tren o avión, deberá advertirlo al personal de la compañía de transporte para que le faciliten el embarque rápidamente.

VUELTA

A

CASA



LA RUTINA DOMICILIARIA

Trate de volver a su actividad normal, en ritmo e intensidad, tan pronto como sea posible. Levántese de la cama a una hora razonable, tenga cuidado con su higiene personal y póngase ropa de calle; no se quede en pijama. Haga un pequeño descanso a día mañana y duerma la siesta. Procure hacer cada día un poco más de ejercicio incrementado la actividad diaria. Siga esta fórmula; cuando se canse, descanse. Tomar algún medicamento relajante e inductor del sueño, durante un corto período de tiempo, le ayudará a descansar profundamente.

Tómese la temperatura dos veces al día (por la mañana y al atardecer) durante dos otras semanas. Avise a su médico si su temperatura es superior a 38 grados centígrados.

Vigile su peso diariamente en una báscula de baño. Una pequeña variación en el mismo es normal en las primeras dos o tres semanas. Si aumenta más de 3 Kg. comuníquelo a su médico.



QUE HACER Y QUE NO HACER

Deje que pasen varias semanas desde la operación para conducir su vehículo, pues deberá sentirse más seguro antes de hacerlo. Puede subir y bajar escaleras, aunque es aconsejable que le acompañen los primeros días.

No levante ni empuje pesos de más de 5 Kg en las primeras 6 a 8 semanas después de la operación, ya que los sobreesfuerzos repercuten en la cicatrización de la herida y retardan la fusión del esternón.

Es recomendable ayudar en las labores domésticas ligeras, reunirse con los amigos en casa, ir al teatro para romper la rutina casera. Es probable que se canse en las primeras semanas después de la operación, por ello deberá aumentar poco a poco su actividad. Pasadas seis semanas desde la cirugía se sentirá mejor.

No es conveniente que la cicatriz esternal quede expuesta a los rayos del sol, sin una cobertura apropiada, durante los primeros meses. Para obviar ésto se aplicará sobre ella una crema protectora con un filtro solar potente.



REVISIONES MEDICAS Y MEICAMENTOS

La frecuencia de las consultas con el médico dependerá de su estado físico. Debe preguntar, al abandonar el hospital, cuando tendrá una cita con el cirujano cardiovascular y con el cardiólogo. Notifíquelo a su médico de cabecera para que le facilite los trámites administrativos oportunos.

Informese de quién, dónde y cuándo le van a controlar la anticoagulación.

Tome sólo las medicinas que le prescriba su médico. Puede ocurrir que después de la operación le cambie o disminuya la medicación que tomaba, según sea su caso. Unicamente su especialista debe modificarle el tratamiento, si ello procede. No se ponga inyecciones intramusculares (en situaciones excepcionales el lugar de punción será siempre el tercio medio de la cara externa del muslo).

La toma de determinados analgésicos o antiinflamatorios debe ser motivo de consulta, ya que pueden alterar la coagulación sanguínea. Nunca tome aspirina o similares. En caso de fiebre o dolor de cabeza utilizará paracetamol o derivados, siempre que no exista alergia conocida a ellos.

La reparación o sustitución de válvulas cardíacas son operaciones con alto grado de seguridad y eficacia hoy día. Sin embargo pueden surgirles algunos problemas a los cardiopatas, ciertos síntomas o signos que aconsejarán la visita al médico o acudir al hospital. Aunque no son frecuentes, si aparecen se debe consultar con urgencia. Destaquemos algunos de ellos:

- Dolor u opresión en el pecho que no desaparece trascurrido un corto lapso de tiempo.
- Aparición repentina de dificultad respiratoria sin haber efectuado ningún ejercicio.
- Pérdido temporal más o menos marcada de la visión en un ojo o dificultades para definir el contorno de los objetos.
- Debilidad o entumecimiento de la cara, brazo, pierna o de cualquier otra parte del cuerpo, aunque sólo sea pasajera.
- Dificultad para hablar, incluso si es fugaz.
- Ganancia de peso muy rápida, retención de líquidos o hinchazón de tobillos o piernas.
- Fatiga, especialmente cuando se acompaña de fiebre que no desaparece en pocos días.
- Pérdidas inusuales de sangre o hemorragias (por nariz o encías, en orina o en heces, menstruación excesiva, hematomas en la piel).
- Dolor u opresión en el pecho que no desaparece trascurrido un corto lapso de tiempo.
- Pérdida de conciencia, aunque sea de corta duración.
- Cambio repentino en el normal sonido de la válvula.
- Alteración repentina de los latidos del corazón o de su ritmo.

*¡ Aunque al final resulte ser una falsa alarma, no espere!
Es fundamental detectar precozmente un síntoma
o signo de malfuncinamiento de la prótesis valvular
antes de que sea demasiado tarde. Pero no hay que tener miedo
o angustia injustificados, sino información adecuada y
relativa tranquilidad en la toma de decisiones.
Así, es recomendable:*

1

**Tener previsto un plan de traslado en ambulancia
para el caso de una emergencia.**

2

**Llevar el número de teléfono de médico y hospital
de referencia siempre a mano; deberán tener
una copia del mismo sus familiares y
compañeros de trabajo con el fin
de auxiliarle si fuera preciso.**

3

**Acudir al hospital más próximo que
esté en condiciones de resolverle
una situación de urgencia**



DIETA, TABACO Y CONDUCCION

La alimentación es importante para su salud; por tanto vigile lo que come. A menudo se restringe o suprime el consumo de sal en las comidas, pero el hecho de que haya sido operado no es motivo para ello pues tales indicaciones dependen de la evolución de su cardiopatía. Evite el consumo de bebidas alcohólicas en sus hábitos alimentarios y en las relaciones sociales.

El personal de enfermería puede complementar la información suministrada por su médico, aclararle dudas y disiparle temores. Determinados alimentos (ciertas verduras) pueden alterar algo el sistema de la coagulación sanguínea, por lo cual es conveniente que consulte con su médico sobre sus preferencias gastro-nómicas.

Los cigarrillos y cualquier otra forma de tabaco son peligrosos para su salud. La Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardiacas (A.E.PO.VA.C.) recomienda el abandono del hábito de fumar, ya que está demostrada su nocividad para el corazón, los vasos sanguíneos y el aparato respiratorio.

El médico le indicará el momento adecuado para



volver a conducir después de la operación. No obstante, es aconsejable que transcurran entre 4 y 6 semanas desde el alta hospitalaria para que se produzca la completa fijación del esternón y las suturas.

EJERCICIO

El ejercicio físico le ayudará a recobrar la salud y a notar más vigor. El programa de ejercicio progresivo empieza generalmente en el hospital, con movimientos pasivos y activos durante el encamamiento y caminando por la habitación o el pasillo después. Siguiendo un método gradual, la mayoría de las personas puede andar de 5 a 6 Km. diarios a las pocas semanas de ser operada. Estas distancias se entienden que son al aire libre, en caso de mal tiempo, en el interior de un centro comercial como si estuviese de compras. Con ropa confortable y calzado cómodo los paseos son más llevaderos y agradables. Si realiza un poco cada día, en breve tiempo podrá hacer un ejercicio más fuerte durante 30 a 60 minutos, tres o cuatro veces a la semana.



REGRESO AL TRABAJO

El periodo de convalecencia en casa será aproximadamente de cuatro a seis semanas; pasado este tiempo el esternón ya habrá soldado. Algunas personas que realizan su trabajo sentadas pueden reincorporarse a él antes de las cuatro semanas, siempre que sea sólo media jornada y sin reslizar esfuerzos pesados antes de que haya transcurrido al menos mes y medio. Su médico le indicará oportunamente cuándo es el momento oportuno para reiniciar su actividad laboral.

Otras personas no son capaces de reincorporarse a sus trabajos después de una operación de válvulas, aunque haya mejorado su estado general y hayan disminuido los síntomas. El servicio de rehabilitación cardiaca puede orientarle y ayudarle en estos casos.

RELACIONES SEXUALES

Podrá continuar las relaciones sexuales con su pareja cuando lo desee. Las únicas precauciones se refieren a esperar un tiempo prudencial para recuperarse físicamente de la cirugía y las limitaciones que le imponga su propia cardiopatía.



PROFILAXIS ANTIBIOTICA

Es fundamental el empleo de antibióticos con carácter preventivo siempre que se realicen manipulaciones dentarias o exploraciones con riesgo de sangrado, ya que los gérmenes pueden introducirse en la circulación sanguínea, llegar al corazón y dañar su válvula. Si ello ocurre se produciría una endocarditis bacteriana.

Cuando precise curas dentales o intervenciones en garganta, nariz y oídos, tomará 3 gr. de amoxicilina por vía oral, de un sola vez, una hora antes de la intervención cruenta; posteriormente tomará 1 gr. cada 6 horas, durante los dos días siguientes.

Si existe alergia a la penicilina o derivados tomará 2 gr. de eritromicina una hora antes y luego 1 gr. cada 6 horas durante los dos días siguientes.

En caso de exploraciones u operaciones que afecten al tracto respiratorio superior o al aparato genito-urinario o gastrointestinal, se utilizará la siguiente pauta antibiótica: 2 gr. de amoxicilina y 80 mgrs. de gentamicina, por vía intravenosa, una hora antes del procedimiento, repitiendo la misma dosis cada 12h. durante dos días. Si existiera alergia a la penicilina o derivados, la vacomicina (1 gr. IV una hora antes y 1 gr. cada 12h. durante dos días) susti-



tuirá a la amoxicilina, quedando inalterable la pauta de gentamicina.

ANTICOAGULANTES

Probablemente su especialista le prescribirá una medicación para prevenir la formación de coágulos en las válvulas; dichos preparados se llaman anticoagulantes.

Estos medicamentos, que tienen diversos nombres comerciales, deben ser cuidadosamente controlados mediante diversas pruebas sanguíneas. Una de ellas es el llamado tiempo de protrombina, que determina la actividad (expresada en porcentaje) de uno de los factores de la coagulación. Su médico, ya sea el cardiólogo o el hematólogo, le indicará la dosis de medicamento necesaria para mantener los niveles de dicha tasa dentro de unos límites adecuados. También se emplea el denominado INR, que es un índice más fiable y seguro del estado de la coagulación y cuyo valor es preciso ajustar en función del estado clínico del paciente, del tipo de válvula y del lugar donde esté colocada.



Es muy importante seguir los consejos médicos referentes al uso de estos medicamentos, tomar exactamente la dosis diaria prescrita y a ser posible a misma hora.

Los análisis de sangre se efectuarán con la periodicidad que le indique su médico.

Al odontólogo y a cualquier otro médico al que tenga que acudir, les comunicará su condición de paciente con prótesis valvular y la medicación a que está sometido. Es imprescindible que el dentista conozca si está tomando anticoagulantes; si así fuera, necesitará un reajuste de la dosis con el fin de prevenir las hemorragias mientras duren las maniobras en la boca.

RECUPERACION TRAS LA CIRUGIA

Bastantes personas que llevan colocada una prótesis cardíaca han podido estar discapacitadas antes de la operación. La cirugía valvular les proporcionará una mejor calidad de vida. La mayoría de los portadores de válvulas comprobará que puede hacer muchas cosas después de la intervención quirúrgica que antes le era imposible efectuar. La mejoría a veces es

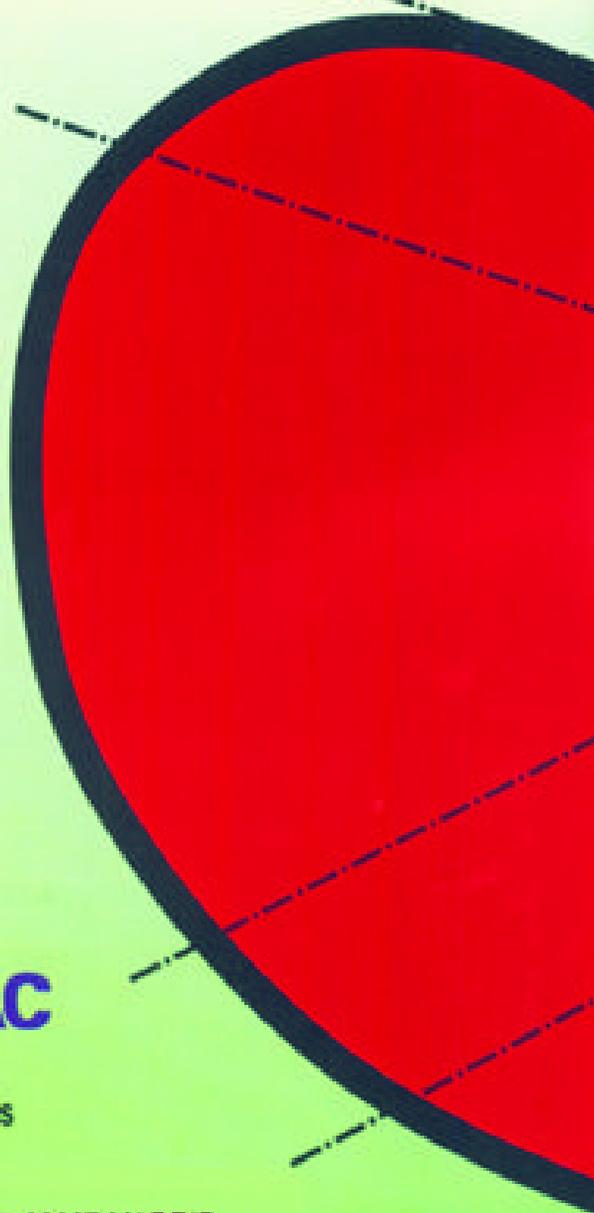


inmediata, pero en otras ocasiones hay que esperar cierto tiempo para obtener una recuperación satisfactoria. La situación clínica final dependerá del tipo de lesión valvular preexistente, del postoperatorio sufrido, del cumplimiento de los consejos médicos y de las precauciones que adopte en su vida cotidiana.

ANTICOAGULANTES

Cuando se recupere de la operación y se reintegre a los hábitos diarios deberá adoptar algunas recomendaciones importantes:

- 1** Necesitará una revisión médica periódica. La frecuencia de ésta dependerá de su situación clínica y del criterio médico.
- 2** Continuará con el plan de ejercicios propuesto (de 30 a 60 minutos tres o cuatro veces a la semana), procurando que éstos sean variados para no caer en la rutina y el aburrimiento.
- 3** Llevará una dieta equilibrada controlando las cifras de colesterol sanguíneo y retringiendo la sal.
- 4** Suprimirá totalmente el tabaco y moderará el consumo de alcohol.
- 5** Tendrá previsto un plan de acción en caso de urgencia cardiaca.
- 6** Llevará en su cartera o en el bolsillo algún medio de identificación (carnet, tarjeta o placa) que indique claramente su condición de portador de prótador de prótesis valvular cardiaca (qué medicamentos toma y en qué dosis, alergias demostradas, etc.)



AEP  **VAC**

**ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PORTADORES
DE VALVULAS CARDIACAS**

Virgen de los Reyes, 26 - 28027 MADRID
Metro Concepción (Línea 7) - Autobuses 21 - 48 y 146
Tel. 91 405 31 83 - Fax 91 462 62 50