

INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS



www.cirugiacorazon.com



Unidad de Cirugía Cardíaca Doctor Rodríguez



@CirugiaCardiaca



Unidad de Cirugía Cardíaca Doctor Rodríguez

INFORMACIÓN GENERAL

Después del alta su actividad física debe incrementarse de manera progresiva, para hacerla normal en torno a 6-8 semanas. **Se encontrará débil aproximadamente durante un mes**, por la propia intervención y porque tendrá cierta anemia, debida a que sus glóbulos rojos fueron parcialmente traumatizados durante la intervención. Hemos intentado transfundirle lo mínimo posible, o no transfundirle en absoluto, aún a costa de que Vd. esté relativamente anémico durante 4 a 6 semanas. Sin embargo la anemia referida va a influir en un restablecimiento un poco más lento de lo esperable y en una cierta sensación de decaimiento. Generalmente, no incluimos en el tratamiento hierro, porque el organismo conserva sus reservas y tardará lo mismo en corregir la anemia con o sin medicinas.

Durante este periodo deberá limitarse a realizar aquellas actividades físicas que pueda hacer confortablemente, es decir, las que no le produzcan cansancio, ahogo, palpitaciones o dolor. El ejercicio más aconsejable, es **caminar de 30-40 minutos diarios** con un ritmo suave y haciendo paradas. **No coger pesos, no apoyar los brazos al levantarse y realizar fisioterapia respiratoria**. Si hace frío o no se encuentra cómodo, pasee en su casa.

A partir del primer mes vaya forzando su actividad física, siempre que se encuentre confortable. A las 6-8 semanas de la intervención (salvo que su corazón estuviera muy dañado previamente), debe poder hacer las mismas actividades que las personas de su edad, aunque todavía debe evitar los ejercicios violentos.

No debe conducir en seis semanas.

Si se le ha prescrito llevar un chaleco de sujeción esternal, es recomendable que lo lleve todo el tiempo posible, sobre todo durante el día, pudiendo retirarlo durante la noche, pero es recomendable que el primer mes duerma mirando hacia arriba para intentar que la fractura esternal se mueva lo menos posible.

Puede hacer vida sexual cuando su tolerancia al ejercicio sea aceptable.

Si su recuperación progresa normalmente, **puede volver a trabajar alrededor de las seis a ocho semanas.**

DIETA

Para todos los pacientes, independientemente del tipo de operación al que hayan sido sometidos, lo más importante es una **alimentación equilibrada**, sin grasas saturadas. La **dieta mediterránea es la idónea**, debido a su aporte de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas presentes en el pescado y aceite de oliva. También es importante el consumo de vegetales, legumbres, cereales, hortalizas y frutas. Debe ser una dieta baja en sal.

¿Qué debo evitar comer si estoy en tratamiento con anticoagulantes orales como el Sintrom®?

Los anticoagulantes son medicamentos usados para el tratamiento y la profilaxis de diferentes accidentes vasculares, que le hemos prescrito en caso de que sea portador de una prótesis mecánica o presente fibrilación auricular fundamentalmente. El mecanismo de acción de este tipo de medicamentos consiste en inhibir la acción de la vitamina K disminuyendo la capacidad de la sangre para formar coágulos, evitando así la aparición de embolias, infartos, tromboembolismos, etc. Por lo tanto es importante controlar la ingesta de **vitamina K** ya que alteraría la función anticoagulante de estos medicamentos.

Se recomienda tomar esta medicación **media hora antes de la ingesta de alimentos** y procurar que siempre sea a la **misma hora**.

TABLA DE ALIMENTOS Y CONTENIDO EN VITAMINA K (SE DEBEN CONSUMIR MENOS LOS DE MAYOR CONTENIDO EN VITAMINA K).

Alimento	Contenido bajo en vitamina K (< 5 mcg/100 g)	Contenido medio en vitamina K (5-40 mcg/100 g)	Contenido alto en vitamina K (>40 mcg/100 g)
Huevos y lácteos	Yogur, Queso, Leche, Huevo.	Mantequilla	
Verduras y hortalizas	Champiñones, Rábano, Cebolla Maíz, Lentejas, Patatas, Calabaza, Garbanzos, Berenjenas, Calabacín, Judías blancas, Pimiento rojo.	Pimiento verde, Tomate maduro Lechuga iceberg, Zanahoria, Coliflor, Judías verdes, Alcachofas, Puerros, Apio, Guisantes, Pepino.	Remolacha, Repollo, Espárrago, Lechuga romana, Brócoli, Endibia, Cebollino, Perejil, Nabo verde, Espinacas, Col rizada, Col lombarda, Coles de Bruselas. Los vegetales verde oscuro (particularmente las hojas) son las fuentes más ricas de vitamina K.
Bebidas	Agua mineral, Zumos de frutas, Café, Bebidas carbónicas, Bebidas alcohólicas, Infusiones.		Todas aportan poca vitamina K.
Cereales y pastas	Arroz, Espagueti, Macarrones, Pan.	Bollería industrial, Galletas, Pasteles	La bollería industrial contiene vitamina K procedente del aceite con el que están elaborados.
Condimentos	Ajo, Sal, Vinagre, Mostaza, Especies: chile, pimentón, Azúcar, Miel.	Orégano	Son fuentes ricas de vitamina K pero no contribuyen al total ingerido diario porque son consumidas en pequeñas cantidades.
Aceites	Aceite de maíz, Aceite de cacahuete, Aceite de girasol	Aceite de soja, Aceite de sésamo	Aceite de colza, Aceite de oliva*, Margarina *Aunque el aceite de oliva contiene vitamina K, es el más recomendado para su salud. En las dosis habituales contribuye sólo moderadamente al contenido total de Vitamina K de la dieta.
Frutos secos	Pasas, Albaricoques secos, Castañas, Cacahuetes, Almendras, Nueces	Anacardo, Higos, Avellanas, Pistachos	Ciruelas pasas, Piñones
Carnes y pescados	Jamón, Carne de ternera, Carne de pollo, Carne de cerdo, Moluscos, Crustáceos, Pescado, Carnes magras	Atún en aceite	La elaboración culinaria con aceites incrementa el contenido total de la dieta. Algunos alimentos cárnicos muy grasos, procedentes de animales alimentados intensivamente, pueden contener formas de vitamina K que pueden impedir la acción de los anticoagulantes.
Frutas	Pera, Melón, Mango, Fresas, Papaya, Sandía, Melocotón, Pomelo, Manzana cruda (con piel), Nectarina, Cerezas, Piña cruda, Albaricoque, Plátano, Naranja	Uva, Ciruela	Kiwi, Pasas, Higos, Ciruelas pasas La mayoría de las frutas no son fuentes importantes de vitamina K(aportan < 5 mcg/100 gramos),excepto, las frutas secas y los kiwis que contienen alto contenido.

Si ha sido Vd. intervenido de las arterias coronarias, es mandatorio que controle sus niveles de colesterol y triglicéridos, siendo los niveles óptimos los siguientes dependiendo del tipo de colesterol:

Existen varios tipos de **lipoproteínas**:

De **baja densidad (LDL) (Low Density Lipoprotein)**: se encarga de transportar nuevo colesterol desde el hígado a todas la células de nuestro organismo. También se le conoce como "**colesterol malo**". El colesterol LDL se deposita en las paredes arteriales formando las conocidas como placas de ateroma, causando su obstrucción. Es la mayor preocupación cuando uno se realiza un análisis de sangre para determinar los niveles de lípidos.

Niveles de LDL:

Óptimo: <100 mg/dl (menos de 70 mg/dl para personas con antecedentes de cardiopatía isquémica o similar, diabéticos).

Intermedio: 100-159 mg/dl

Alto: 160-189 mg/dl

Muy alto: >190 mg/dl

De **alta densidad (HDL) (High Density Lipoprotein)**: recoge el colesterol no utilizado y lo devuelve al hígado para su almacenamiento o eliminación al exterior a través de la bilis. Es el conocido como "**colesterol bueno**". Los estudios demuestran que cuanto más alto sean los niveles de HDL, más bajo será el riesgo de arteriopatía coronaria.

Niveles óptimos de HDL:

Hombres: >40 mg/dl

Mujeres: >50 mg/dl

De **muy baja densidad (VLDL)**: contiene la cantidad más alta de triglicéridos y se considera un tipo de colesterol malo. Un nivel de colesterol VLDL normal está entre 5 y 40 mg/dl.

El valor normal de **triglicéridos** es de 150 mg/dl. Para quienes sufren problemas cardíacos, los niveles de esta sustancia deben ser inferiores a los 100 mg/dl.

DIABETES:

Es muy importante en cardíopatas, sobre todo en pacientes intervenidos de cirugía coronaria, realizar un correcto control. Es ideal realizar frecuentemente un pequeño análisis mediante una punción en el dedo en la que se extrae una gota de sangre y se analiza en un pequeño dispositivo con una tira reactiva, al menos una vez al mes debe hacerse una curva de glucemia que consiste en un análisis de 6 puntos, justo antes de desayuno, almuerzo, cena y dos horas después de cada uno, aunque la mejor prueba es la de la **hemoglobina glicosilada (HbA1c)** que nos da una idea muy fiel de como ha estado controlada la glucemia en los últimos tres meses, se realiza mediante un análisis de sangre y los niveles óptimos estarían para una persona normal entre 4-6%, se recomienda para un diabético no pasar del 7%.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

La hipertensión arterial (HTA) o elevación de los niveles de presión arterial de forma continuada y sostenida, se define como un factor de riesgo cardiovascular que propicia la arteriosclerosis (las arterias se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado el paso de sangre a su través), fenómenos trombóticos (puede producir infarto de miocardio o cerebral), dilataciones aneurismáticas o rupturas aórticas e insuficiencia renal entre otras cosas.

No da síntomas durante mucho tiempo y en la mayoría de los casos se desconoce su causa, entonces se denomina "hipertensión esencial", "primaria" o "idiopática", lo que si es cierto es que es más común por encima de los 40 años y que en su generación intervienen factores como la obesidad, antecedentes familiares, consumo de sal, alcohol, tabaco, falta de ejercicio y estrés entre otros.

La tensión arterial no es más que la presión de la sangre en el interior de las arterias, la alta o tensión arterial sistólica "TAS" se correspondería al momento de contracción del corazón y la baja o diastólica "TAD" a su relajación.

La tensión arterial se clasifica de la siguiente manera:

Normal: menos de 120/80 mmHg (milímetros de mercurio).

Prehipertensión: 120/80 a 139/89 mmHg.

HTA Estadio 1: 140/90 a 159/99 mmHg.

HTA Estadio 2: 160/109 a 179/109 mmHg.

HTA Estadio 3: mayor de 179/109 mmHg.

Lo mejor es la prevención, siguiendo un **estilo de vida cardiosaludable:**

Prohibido **fumar**.

Consumo moderado de **alcohol**, un vaso de vino al día en las comidas puede ser beneficioso.

Evitar el **sobrepeso**.

Ejercicio físico regular.

Disminuir el **consumo de sal** y alimentos que la contengan. También es necesario consumir frutas, verduras, legumbres, frutos secos, pan y otros cereales. Por último, usar aceite de oliva como grasa principal e incrementar la ingesta de aves y pescado en detrimento de las carnes rojas.

Es muy probable que tras su intervención, se le hayan prescrito fármacos para el control estricto de la tensión arterial, niveles de colesterol y control de glucemia si es Vd. diabético. Estos fármacos son buenos para su corazón, no debe saltarse su toma y es recomendable que en el seguimiento sólo sean modificables por su cardiólogo.

CUIDADOS DE LA CICATRIZ

Debe ducharse a diario y lavar la herida con agua y jabón, a continuación aplicar una pequeña loción de betadine® o clorhexidina, dejando secar al aire. No se toque la cicatriz con los dedos, en estos pueden encontrarse bacterias que pueden provocar una infección. Es conveniente que no tome el sol en la cicatriz durante un año. Las células de la cicatriz, en el primer año, pueden adquirir una pigmentación oscura que permanece con el sol. Si desea broncearse proteja la zona de la cicatriz con un filtro solar potente (pantalla total), aunque lo más conveniente es como decimos, que no le de el sol.

Para llegar al corazón la incisión debe hacerse en la línea media del tórax y esta incisión corta perpendicularmente las líneas de tensión de la piel. Como consecuencia, y cualquiera que sea la técnica empleada en el cierre de la piel, un paciente de cada cinco desarrollará una cicatriz exuberante, que denominamos queloides o cicatriz hipertrófica. En la mayoría de casos este es un aspecto sólo estético sin relevancia, pero si le molesta, es conveniente que acuda a un cirujano plástico para que la trate.

OTRAS CONSIDERACIONES

Tras una cirugía de corazón, es frecuente que pueda aparecer cierto grado de fiebre, pues esta sólo es una señal de alarma del organismo ante una agresión, también se puede producir por otros motivos como la atelectasia pulmonar (por ello es imprescindible que siga realizando ejercicios respiratorios durante un tiempo tras la intervención). Si aparece fiebre mayor de 38°C que se mantiene, dolor o ahogo, es recomendable que nos consulte para citarlo en consulta y

realizarle una revisión donde trataremos de descubrir y tratar la causa desencadenante. No siempre hay que atribuir la fiebre a una infección, como ya hemos comentado antes pueden existir otras causas. Muchas veces se debe a una inflamación de la bolsa que envuelve al corazón (pericardio) que se inflama produciendo una pequeña pericarditis que se puede solucionar fácilmente con antiinflamatorios.

Cierto grado de dolor torácico persiste durante unas semanas, mientras suelda el esternón, pueden aparecer en forma de “pinchazos” alrededor de la cicatriz de la esternotomía o incluso molestias en la espalda y adormecimiento de los dedos de las manos. A veces este dolor reaparece esporádicamente con los cambios del tiempo, como con cualquier otro callo de fractura ósea y no tiene mayor importancia.

Es frecuente que un porcentaje pequeño de pacientes, sobre todo los sometidos a cirugía valvular, presenten un tipo de arritmia en el postoperatorio transitoria y de fácil tratamiento denominada fibrilación auricular. Si nota palpitaciones que antes no notaba, póngase en contacto con nosotros.

REVISIONES

Una vez que se le de el alta, recibirá un informe detallado sobre todo el procedimiento y pautas de tratamiento a seguir. Debe presentar este informe a su médico de cabecera en cuanto sea posible y pedir cita con su cardiólogo al que también se lo presentará. La primera revisión de su proceso se la hará con el equipo quirúrgico que le operó, quienes revisarán la herida y retirarán en su caso el resto de material quirúrgico que no se haya retirado con anterioridad. Una vez realizada esta primera visita, y salvo casos especiales que lo requieran, las revisiones posteriores las realizará su cardiólogo, siendo este quien se encargue a partir de ahora del seguimiento de su enfermedad.

PROFILAXIS DE ENDOCARDITIS BACTERIANA

¿Qué es la endocarditis?

La endocarditis es la infección, generalmente causada por una bacteria, del endocardio y las válvulas del corazón. Las bacterias consiguen llegar al corazón por medio de la sangre, así que cualquier situación que facilite el paso de bacterias a la sangre (bacteriemia) debe ser evitada. La afectación del corazón es más frecuente en aquellas personas que tienen enfermedades o malformaciones cardíacas que facilitan la agresión bacteriana. Para evitar la bacteriemia se deben tomar ciertas medidas de precaución.

¿Cómo prevenirla?

Estricta higiene dental, pues la boca es un importante foco de bacterias, que pueden pasar a la sangre con maniobras tan cotidianas como el cepillado de los dientes, así como intervenciones odontológicas.

Los pacientes con factores predisponentes para tener endocarditis deben tomar antibióticos para prevenir la infección de las válvulas del corazón antes de someterse a procedimientos de riesgo.

Recomendada en caso de:

- Extracción dental
- Procedimientos periodontales
- Implantes subgingivales de tiras de antibióticos.
- Implantes de bandas de ortodoncia.
- Inyección intraligamentosa de anestésicos.
- Limpieza con sangrado.
- Amigdalectomía y/o adenoidectomía.
- Cirugía mucosa respiratoria.
- Broncoscopio rígido.

Esclerosis de varices esofágicas.
Dilatación esofágica.
Conangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
Cirugía biliar y cirugía de la mucosa intestinal.
Cirugía de próstata y vías urinarias.
Cistoscopia.
Dilatación uretral.
Sondaje uretral si existe infección urinaria.
Incisión y drenaje de tejido infectado.

Recomendada en pacientes de alto riesgo:

Histerectomía vaginal.
Parto vaginal.
Broncoscopio flexible.
Ecocardiografía transesofágica.
Endoscopia con o sin biopsia.

Se recomienda realizar profilaxis en los siguientes casos:

ALTO RIESGO:

Prótesis valvulares (incluidas bioprótesis y homoinjertos).
Endocarditis bacteriana previa.
Cardiopatías congénitas cianóticas.
Ductus arterioso.
Insuficiencia y/o estenosis aórtica.
Insuficiencia y/o estenosis mitral.
Comunicación interventricular.
Coartación de aorta.
Lesiones intracardíacas operadas con anomalías hemodinámicas residuales. Cortocircuitos sistémicos o pulmonares con corrección quirúrgica.

RIESGO MODERADO

Estenosis mitral aislada.
Valvulopatía tricuspídea.
Estenosis pulmonar.
Miocardiopatía hipertrófica.
Prolapso mitral con insuficiencia valvular y/o valvas redundantes.
Aorta bicúspide con ligeras anomalías hemodinámicas.
Esclerosis aórtica con ligeras anomalías hemodinámicas.
Lesiones degenerativas valvulares en los ancianos.
Lesiones intracardíacas operadas sin anomalías hemodinámicas en los primeros seis meses tras la intervención.

PAUTA ANTIBIÓTICA:

Procedimientos dentales, cavidad bucal, aparato respiratorio y esófago:

- **Amoxicilina 2 gr., una hora antes del procedimiento (Niños: Amoxicilina 50 mg/kg).**

- **Intolerancia a la vía oral:** Ampicilina 2 gramos i.m. ó i.v. 30 minutos antes del procedimiento (Niños: Ampicilina 50 mg/Kg).

- **Alergia a penicilina:** Clindamicina 600 mg ó Azitromicina 500 mg una hora antes del procedimiento (Niños: Clindamicina 20 mg/Kg ó Azitromicina 15 mg/Kg).

- **Alergia a penicilina e intolerancia a la vía oral:** Clindamicina 600 mg i.v. ó Cefazolina 1g i.m. ó i.v., 30 minutos antes del procedimiento (Niños: Clindamicina 20 mg/Kg ó Cefazolina 25 mg/Kg).

Procedimientos genitourinarios y gastrointestinales:

Pacientes de Alto riesgo:

- Ampicilina 2 g i.m. ó i.v. y Gentamicina 1,5 mg/Kg, 30 minutos antes del procedimiento; y 8 horas después Ampicilina 1 g i.m. ó i.v. (*Niños: ampicilina 50 mg/Kg (no más de 2 g) i.m. ó i.v. y Gentamicina 1,5 mg/Kg, 30 minutos antes del procedimiento; y 6 horas después, Ampicilina 25 mg/Kg i.m. ó i.v. ó Amoxicilina 25 mg/Kg oral*).

Pacientes de Riesgo moderado:

- Amoxicilina 2 g oral, una hora antes del procedimiento o Ampicilina 2 g i.m. ó i.v. 30 minutos antes del procedimiento (*Niños: Amoxicilina 50 mg/Kg ó Ampicilina 50 mg/Kg*).

Pacientes de Alto riesgo alérgicos a Ampicilina/Amoxicilina:

- Vancomicina 1 g i.v. en 1-2 horas y Gentamicina 1,5 mg/Kg i.v. ó i.m. (no más de 120 mg), terminando la perfusión 30 minutos antes del procedimiento (*Niños: Vancomicina 20 mg/Kg y Gentamicina 1,5 mg/Kg*).

Pacientes de Riesgo moderado alérgicos a Ampicilina/Amoxicilina:

- Vancomicina 1 g i.v. en 1-2 horas, terminando la perfusión 30 minutos antes del procedimiento (*Niños: Vancomicina 20 mg/Kg*).