



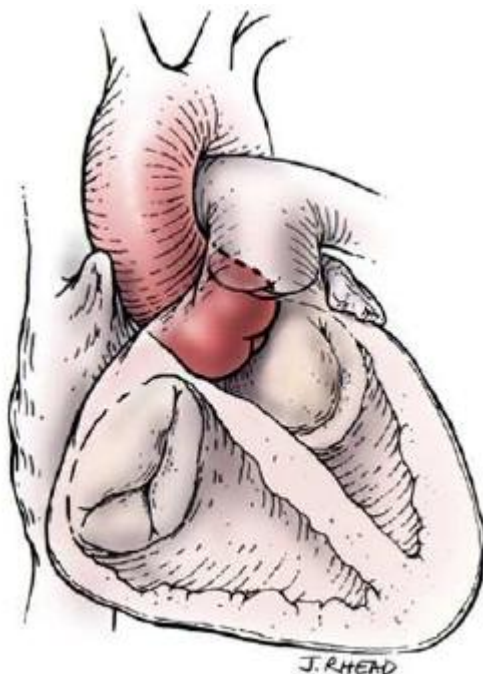
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste



Informazioni relative all'intervento **DI SOSTITUZIONE VALVOLA AORTICA**

COS'E' LA SOSTITUZIONE VALVOLA AORTICA?

La sostituzione valvolare aortica è un intervento “a cuore aperto” che viene eseguito dai cardiocirurghi per stenosi (restringimento) o insufficienza (perdita) della valvola aortica.



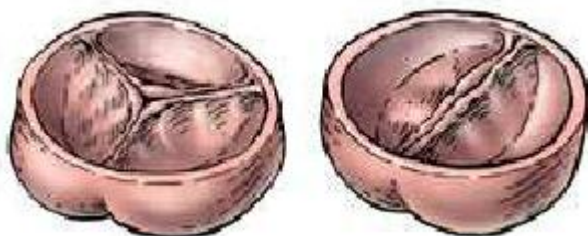
COS'E' LA VALVOLA AORTICA?

La localizzazione della valvola aortica è mostrata nella figura sopra. Il cuore ha due gruppi di camere pompanti: le camere destre pompano il sangue nei polmoni, quelle di sinistra pompano il sangue nel resto del corpo. La parte sinistra fa la maggior parte del lavoro ed ha quindi un compito più pesante di quella destra. Le principali camere pompanti del cuore sono chiamate ventricoli.

Poiché il ventricolo è una pompa, deve avere sia una valvola di ingresso che una valvola d'uscita. La valvola aortica si trova nella parte sinistra del cuore ed è una valvola d'uscita. Essa si apre per permettere al sangue di uscire dal ventricolo sinistro (la principale camera pompante del cuore) e si chiude per impedire al sangue di ritornare indietro.

COSA CAUSA UN MALFUNZIONAMENTO DELLA VALVOLA AORTICA?

La valvola aortica può non funzionare per svariati motivi. Ad esempio, può essere anomala dalla nascita (malattia congenita della valvola aortica), o può ammalarsi con l'età (malattia acquisita della valvola aortica).



La più comune anomalia congenita è la valvola aortica bicuspide. La valvola aortica normale ha tre lembi, ma una valvola bicuspide ne ha solo due. Perciò essa può non aprirsi o non chiudersi completamente.

La valvola aortica bicuspide è una anomalia comune ed è presente nell'1-2% della popolazione. Per frequenza, è la seconda causa di malattia aortica che richiede il trattamento chirurgico. Tali valvole possono funzionare normalmente per anni

prima di cominciare ad essere disfunzionanti (stenotiche o/e insufficienti). Le persone con una valvola aorta bicuspide richiedono una profilassi antibiotica prima di interventi ai denti ma generalmente non sono richieste altre precauzioni speciali oltre che un controllo periodico di un cardiologo qualificato.

La più comune causa di malattia aortica che richiede un trattamento chirurgico è chiamata "calcificazione aortica senile". La valvola cioè si rovina con l'età. Quando una valvola inizia a rovinarsi, l'organismo deposita calcio su di essa per ragioni sconosciute. Il calcio restringe il diametro e limita il movimento dei lembi valvolari. Ciò può ostacolare l'apertura della valvola (causando stenosi) o la chiusura (causando insufficienza o rigurgito). Cause meno comuni di malattia della valvola aortica sono le malattie dell'aorta ascendente, il principale vaso sanguigno che esce dal cuore e che porta il sangue nel resto dell'organismo: l'aneurisma, la dissezione e la sindrome di Marfan.

CI SONO SEGNI DI ALLARME DI UN CEDIMENTO DELLA VALVOLA AORTICA?

Un'alterazione della valvola aortica può causare una varietà di sintomi, che comprendono la mancanza di respiro, il dolore al torace (angina pectoris), le vertigini e perdita di coscienza (mancamento).

Una stenosi della valvola provoca un aumento del lavoro che il cuore deve fare per pompare il sangue nell'organismo. Una insufficienza della valvola provoca un ritorno di sangue nel cuore dopo che è stato pompato fuori. Il muscolo cardiaco deve quindi

pompare più sangue per far andare in avanti anche quello che è ritornato indietro.

Tutte queste due condizioni di super lavoro possono causare sintomi di cedimento del cuore, come la mancanza di respiro, che all'inizio può essere apprezzata solo sotto sforzo, ma che in seguito, con la progressione della malattia, potrebbe comparire anche con attività leggera o a riposo. Molti pazienti non riescono a dormire distesi a letto o possono svegliarsi per la mancanza di respiro. Un altro segno di insufficienza cardiaca, che occasionalmente può comparire, è il gonfiore ai piedi, particolarmente evidente nel tardo pomeriggio o alla sera, benché altre condizioni, come le varici, possono causare tale disturbo.

Il super lavoro che il cuore ha prodotto, può inoltre causare dolore toracico o angina pectoris simile ai sintomi di un attacco cardiaco. Può essere difficile riconoscere la differenza tra una malattia valvolare e una stenosi dei vasi sanguigni del cuore stesso (arterie coronarie).

La malattia della valvola aortica può dunque causare vertigini, leggeri capogiri o persino svenimenti periodici.

COME FACCIAMO A SAPERE SE DEVO ESSERE OPERATO ALLA VALVOLA AORTICA?

La decisione di procedere con la chirurgia dovrebbe essere presa con il suo gruppo di medici che di solito è composto dal cardiologo e dal cardiocirurgo. Il Suoi medici probabilmente baseranno le loro raccomandazioni sui suoi sintomi e sui risultati

di alcuni esami tra cui un ecocardiogramma e talora un cateterismo cardiaco. Un ecocardiogramma permette di vedere un ingrandimento del cuore e può aiutare a misurare il grado di stenosi o di insufficienza. Un cateterismo cardiaco fornisce informazioni simili, ma può anche identificare eventuali stenosi delle arterie coronarie.

QUALI SCELTE ESISTONO PER LA SOSTITUZIONE CON UNA VALVOLA ARTIFICIALE?

A differenza della valvola mitrale che sovente può essere riparata, la valvola aortica di solito richiede una sostituzione. Una volta deciso di procedere con la chirurgia, dovrebbe essere presa in considerazione la scelta riguardante il tipo di valvola artificiale o protesi: valvola meccanica o valvola biologica. Esempi di valvole che il suo cardiocirurgo potrebbe usare, sono illustrate di seguito.

CI SONO DIFFERENZE TRA LE PROTESI MECCANICHE E BIOLOGICHE?

Oggi sono disponibili numerose eccellenti protesi valvolari **meccaniche**. La maggior parte dei chirurghi hanno una preferenza per una specifica valvola in relazione a qualcuno dei fattori tecnici (ad es. come si applicano nella sede, com'è fatto l'anello di sutura, ecc.), sebbene dal punto di vista del paziente è piccola l'eventuale differenza tra i vari modelli.



Il principale vantaggio delle valvole meccaniche è la loro eccellente durata. Da un punto di vista pratico, non si consumano mai. Lo svantaggio principale è che c'è una tendenza del sangue a coagulare su tutte le valvole meccaniche. Di conseguenza i pazienti con tali valvole devono prendere anticoagulanti o "fluidificanti del sangue" per tutto il resto della loro vita. C'è quindi un piccolo ma ben definito rischio di coagulazione del sangue sulla protesi che può causare ictus.



Esiste una notevole varietà di valvole **biologiche** che possono essere usate per sostituire una valvola ammalata. Tutte hanno in comune un ridotto rischio di formazione di coaguli del sangue, ma tutte sono meno durature delle valvole meccaniche. Passato un certo tempo, tutte saranno consumate. Le scelte in questa categoria comprendono gli xenograft, valvole fatta da tessuti animali (il più delle volte valvole aortiche di maiale o valvole "costruite" con pericardio bovino), gli homograft o allograft, valvole preparate dai cadaveri umani, e l'"autograft polmonare", un auto trapianto, la propria valvola spostata dall'arteria polmonare, nella parte destra del cuore, alla sede aortica nella parte sinistra.

La decisione sul tipo di valvola da usare dovrebbe essere presa in accordo con il Suo cardiologo e cardiocirurgo. In definitiva la scelta dipenderà dalle preferenze del paziente, dal suo stile di vita e dai rischi individuali determinati dall'età e da altre condizioni mediche.

COME VIENE ESEGUITO L'INTERVENTO?

La sostituzione della valvola aortica è un intervento che viene eseguito solo dal cardiocirurgo. Viene effettuato in anestesia generale. Prima di essere addormentato vengono inserite delle cannuline in alcune vene del braccio, per l'infusione dei farmaci, e in un'arteria, per la misurazione costante della pressione del sangue.

La tecnica tradizionale richiede un'apertura longitudinale (verticale) della parete anteriore del torace attraverso lo sterno che viene tagliato in due parti. Questa incisione è chiamata

sternotomia mediana verticale. Attraverso tale apertura il chirurgo può vedere tutto il cuore e l'aorta ascendente.

L'intervento richiede che il paziente sia connesso alla macchina cuore-polmone. Per far ciò vengono inserite due cannule, una nella parte alta dell'aorta ascendente e una nell'atrio destro. Esse portano il sangue dal paziente alla macchina, dove viene arricchito di ossigeno, e viceversa. Avviata la circolazione extra corporea, il cuore può essere fermato con una speciale miscela di sostanze chimiche chiamata cardioplegia.

A questo punto l'aorta viene aperta, la valvola malata rimossa e al suo posto viene inserita una protesi (meccanica o biologica). Poi l'aorta viene richiusa..

Appena riceve di nuovo il sangue, il cuore ricomincia spontaneamente a contrarsi. Il paziente può così essere staccato dalla macchina.

PERCHÉ E' NECESSARIA LA CHIRURGIA?

La valvola aortica è la valvola d'uscita della parte sinistra del cuore. Essa si apre durante la sistole (quando il ventricolo si contrae e spinge il sangue nell'aorta e nel resto dell'organismo).

Quando la valvola aortica è troppo ristretta (stenotica), il ventricolo deve faticare per spingere il sangue nell'organismo. Questo lavoro extra consuma notevoli quantità di energia e in definitiva richiede un flusso di sangue in più per nutrire il cuore stesso. Se non c'è un sufficiente arrivo di sangue, il cuore diventa ischemico con conseguente dolore toracico anginoso. La stenosi aortica è di solito progressiva e peggiora con il tempo. Quando la valvola diventa molto stretta, il cuore deve lavorare sempre più

duramente sino che ad un certo punto non riesce più a compensare. Compaiono così episodi di bassa pressione sanguinea, (crisi di ipotensione), sincopi, (perdita di coscienza), congestione ed edema polmonare.

Anche quando la valvola aortica è insufficiente (perde), il cuore lavora più duramente e si creano problemi identici. Il ventricolo deve pompare più sangue ad ogni contrazione per produrre la stessa gettata in avanti. Si crea una condizione chiamata sovraccarico di volume. Il cuore può compensare questo sovraccarico per molti mesi o anche anni a condizione che l'insufficienza si sviluppi lentamente.

Con il tempo il cuore inizia a cedere e compaiono mancanza di respiro e debolezza.

Gli eventuali vantaggi potrebbero essere la scomparsa della sintomatologia anginosa, dello scompenso cardiaco e delle sincopi.

Le probabilità di successo del trattamento in assenza di complicanze, sono del 95% (percentuale d'insuccesso del 5%).

ALTERNATIVE ALLA CHIRURGIA

Esistono alternative al trattamento chirurgico e cioè l'impianto valvolare trans-apicale (TA-TAVI), ossia l'impianto di una endoprotesi valvolare attraverso una cannulazione dell'apice del cuore con un mini accesso toracico o con l'introduzione di una endoprotesi valvolare attraverso il cateterismo dell'arteria femorale all'inguine.

Queste metodiche però attualmente, sono indicate solamente per pazienti con grave compromissione dello stato generale o pazienti terminali, non suscettibili cioè di trattamento convenzionale.

ESITI DEL MANCATO TRATTAMENTO

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono il peggioramento progressivo dello scompenso cardiaco e dell'angina con un aumento delle limitazioni funzionali, l'aumento di frequenza degli episodi sincopali e la possibilità di morte cardiaca.

QUAL'E' IL RISCHIO DELLA CHIRURGIA?

I rischi individuali della chirurgia possono essere meglio valutati dal suo cardiocirurgo e dal cardiologo. I rischi generalmente dipendono dall'età, dalla salute generale, da specifiche condizioni mediche e dalla funzione cardiaca.

QUALI SARANNO LE MIE CONDIZIONI DOPO LA SOSTITUZIONE DELLA VALVOLA AORTICA?

Dopo un intervento riuscito di sostituzione valvolare aortica, i pazienti possono aspettarsi di ritornare rapidamente alle condizioni preoperatorie. In seguito le loro condizioni dovrebbero decisamente migliorare. L'anticoagulazione ("fluidificazione del sangue") con un farmaco (Sintrom o Coumadin) deve essere prescritta per 2-3 mesi nei pazienti con protesi biologica, per tutta la vita in quelli con valvola meccanica. Quando le ferite chirurgiche saranno guarite, ci saranno poche o nessuna restrizione alla sua attività.

Lei richiederà una profilassi con antibiotici come misura di prevenzione per le infezioni ogni volta che dovrà fare cure dentarie. Prima di qualsiasi procedura chirurgica, dica sempre ai medici o al suo dentista che in precedenza ha avuto un intervento valvolare.

QUALI SONO I RISCHI SPECIFICI DI UN INTERVENTO SUL CUORE

Il rischio dell'intervento dipende dalle Sue condizioni cardiache, dalle Sue condizioni generali, dalla presenza di altre patologie concomitanti e dallo stato funzionale dei principali organi ed apparati dell'organismo.

POSSIBILI COMPLICANZE OPERATORIE E POST-OPERATORIE.

Nonostante la massima premura e l'applicazione delle tecniche più aggiornate è possibile che durante e dopo l'operazione si manifestino delle complicanze, che verranno diagnosticate e trattate immediatamente.

Se il Suo caso richiede l'impiego della circolazione extracorporea va tenuto presente che, pur avendo raggiunto oggi livelli sofisticati e un grado notevole di sicurezza, tale metodica altera temporaneamente i normali meccanismi fisiologici ed espone tutti gli organi ed apparati dell'organismo (cervello, polmone, intestino, rene, etc.) a possibili danni, con quadri di gravità variabile. Di regola essi si traducono in disfunzioni non gravi e completamente

reversibili ma, seppur di rado, possono evolvere sfavorevolmente, fino alle forme gravissime intrattabili ed irreversibili di compromissione multiorgano con esito mortale.

Il rischio di lesioni (per es. ai vasi sanguigni o ai nervi) è elevato quando siano presenti circostanze anatomiche inconsuete o zone estese di deformità fisica.


La posizione che il corpo deve assumere durante l'intervento può causare lesioni ai tessuti deboli (pelle, decubiti in regione sacrale e calcaneare, nervi) che di solito guariscono nel giro di poche settimane, ma raramente lasciano disturbi permanenti (per es. dalla sensazione di intorpidimento fino alla paralisi).

La separazione e la divaricazione dello sterno possono determinare stiramenti del plesso nervoso brachiocefalico ed alterazioni ossee della gabbia toracica.

Dopo e durante l'operazione Lei sarà sottoposto, per un certo numero di ore, a respirazione artificiale, a costante controllo dei parametri vitali e a terapia intensiva post-operatoria.

Il tempo di degenza in sala di terapia intensiva potrà variare in rapporto alle Sue condizioni e alle Sue necessità di controllo e terapia.

Bisogna tener conto di complicazioni che oggi sono molto rare ma in alcuni casi possono essere anche mortali, del tipo:

 insufficienza cardiocircolatoria non controllabile con i farmaci, per la quale bisogna ricorrere a sistemi meccanici di supporto.

Nella maggior parte dei casi si utilizza la contropulsazione aortica che consiste in un sostegno alla circolazione attraverso l'inserimento di un catetere in un'arteria femorale. La procedura può complicarsi con fenomeni tromboembolici e di ischemia agli

arti inferiori anche gravi, molto rari nella popolazione generale, più frequenti in pazienti affetti da arteriopatia ostruttiva. In casi estremi di gravissima insufficienza cardio-respiratoria si può ricorrere a sistemi di assistenza circolatoria estrema le cui complicanze sono sovrapponibili a quelle della circolazione extra corporea intraoperatoria.

- ✚ occlusione improvvisa di un by-pass coronarico con l'eventuale necessità di un nuovo intervento chirurgico;
- ✚ malfunzionamento di protesi valvolare;
- ✚ infarto cardiaco direttamente connesso con l'operazione;
- ✚ paralisi (temporanee o permanenti) alle braccia o/e alle gambe (per esempio a causa di una irrorazione sanguigna insufficiente);
- ✚ complicanze dell'apparato gastro-intestinale;
- ✚ complicanze cerebrali (conseguenza: disturbi del linguaggio e dei movimenti fino al coma) provocate da una irrorazione sanguigna difettosa dovuta a disturbi circolatori o embolie;
- ✚ trombosi, embolia (formazione di emboli e conseguente occlusione di vasi);
- ✚ emorragie: dalle suture chirurgiche e/o da anomalie della coagulazione del sangue;
- ✚ infezioni, suppurazione e guarigione ritardata delle ferite che potrebbero richiedere l'utilizzo di medicazioni specifiche (ad esempio spugna con aspirazione negativa controllata);
- ✚ aritmie intrattabili o forme che possono richiedere ulteriori medicinali o l'impianto di un pace-maker;
- ✚ versamento di liquidi nella cavità pleurica e/o nel pericardio, che deve essere drenato. Il versamento pleurico viene drenato

con una aspirazione tramite puntura in anestesia locale (toracentesi). Molto raramente la procedura può complicarsi con pneumotorace, emotorace, lesioni di organi intra addominali.

+ raucedine (raramente affanno) in caso di paralisi delle corde vocali;

+ respiro corto dovuto alla paralisi del diaframma;

+ complicanze bronco-pneumoniche serie che possono richiedere intubazione prolungata ed eventuale necessità di eseguire tracheotomia. La tracheotomia consiste in una cannulazione della trachea attraverso un'incisione anteriore sul collo: la procedura molto raramente può essere complicata da lesioni vascolari, infezioni, stenosi cicatriziali.

+ Interposizione di aria o miscela di gas del ventilatore tra la parete toracica ed il polmone (pneumotorace) o di perdita di sangue nelle pleure (emotorace) che possono richiedere il posizionamento di un tubo di drenaggio all'interno del torace. Questa manovra può complicarsi molto raramente con lesioni vascolari o di organi intra addominali.

+ complicanze renali che possono richiedere trattamento dialitico transitorio o permanente.

Possono inoltre rendersi necessarie altre operazioni, per esempio la riapertura del torace per un trattamento emostatico, per la stabilizzazione di uno sterno non ancora risanato, per la correzione di una cicatrice esteticamente poco piacevole o, successivamente, per un nuovo intervento ai vasi coronarici.

TRASFUSIONE DI SANGUE ED EMODERIVATI

Per ogni intervento bisogna avere pronte a disposizione delle riserve di sangue e plasma in quanto può rendersi necessaria terapia trasfusionale.

La trasfusione di sangue ed emoderivati rappresenta una terapia non esente da rischi sia per malattie infettive che per reazioni immunologiche.

Esiste il rischio di epatite che è pari a 1/205.000 unità trasfuse nel caso di epatite B e a 1/2.000.000 nel caso dell'epatite C. Il rischio di HIV-AIDS che è statisticamente bassissimo (1/2.000.000), così come il rischio di altre malattie trasmesse da virus e batteri. Vi è inoltre il rischio di reazioni trasfusionali, in particolare di tipo immunitario e la possibilità di indurre immunodepressione e conseguente maggior facilità di contrarre infezioni.

Tutte queste possibilità sono molto rare in quanto vengono sempre eseguite tutte le indagini prescritte dalla Legge sul sangue del donatore onde rendere la terapia più sicura possibile.

Bisogna tenere conto che la terapia trasfusionale viene eseguita solo in caso di stretta ed assoluta necessità e che vengono correntemente impiegate tutte le metodiche alternative (autotrasfusione intraoperatoria, emodiluizione, recupero intraoperatorio e postoperatorio del sangue) applicabili in rapporto alla condizione clinica del Paziente.

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGEA

L'ecocardiografia transesofagea consiste nell'introduzione nell'esofago di una sonda analoga a quella per l'endoscopia digestiva.

Tale sonda contiene un trasduttore ad ultrasuoni che permette di ottenere immagini delle strutture cardiache e dei flussi intracardiaci in maniera molto più accurata rispetto all'esame ecocardiografico standard. Infatti l'esofago si trova vicino al cuore ed all'aorta e gli ultrasuoni non incontrano ostacoli o interferenze. L'esame non presenta particolari rischi ed è eseguito routinariamente in Cardiocirurgia. Sono segnalati rarissimi casi di perforazione della mucosa esofagea o gastrica.

COSA SUCCEDA DOPO UN INTERVENTO CHIRURGICO SUL CUORE

Ogni individuo reagisce all'intervento chirurgico in maniera differente. Lei è un individuo unico! Nonostante ciò, si possono fare alcune considerazioni di carattere generale.

E' PERFETTAMENTE NORMALE...

✚ **Non avere molto appetito:** tornerà come prima in alcune settimane. Molti pazienti notano che la percezione del gusto è ridotta o quasi assente e alcuni lamentano nausea all'odore del cibo. Anche questi problemi si risolveranno entro 1-2 settimane.

✚ **Sentire dei gonfiori:** può essere d'aiuto mantenere il più possibile le gambe sollevate. E' consigliabile indossare le calze elastiche, se queste vengono prescritte.

✚ **Avere difficoltà a dormire nelle ore notturne:** si può avere difficoltà nel prendere sonno, oppure può succedere di svegliarsi verso le 2-3 di notte e non riuscire più a riaddormentarsi. Con il

tempo la situazione migliorerà. Può essere d'aiuto assumere una compressa antidolorifica o un ansiolitico prima di coricarsi.

✚ **Avere problemi di stipsi:** può essere utilizzato un lassativo a scelta. Conviene assumere più frutta e fibre (verdura) con la dieta.

✚ **Avere sbalzi d'umore e sentirsi depressi:** ci saranno giorni migliori e giorni più difficili. Non bisogna scoraggiarsi, perché andrà meglio con il tempo.

✚ **Avere una tumefazione alla sommità dell'incisione chirurgica:** questa scomparirà con il tempo.

✚ **Avvertire un occasionale rumore di click o una inconsueta sensazione nel torace nei primi giorni dopo l'intervento:** questo dovrebbe verificarsi più raramente con il passare del tempo e scomparire nell'arco di alcune settimane. Se dovesse peggiorare, meglio consultare il proprio medico.

✚ **Sentire dolore muscolare o tensione alle spalle o nella zona centrale del dorso:** anche da questo disturbo, che si risolverà spontaneamente, si può trarre giovamento con l'assunzione di farmaci antidolorifici o antinfiammatori

QUINDI:

✚ Ricordi che occorrono circa 4-6 settimane per cominciare a **sentirsi meglio.**

✚ Ricordi di assumere regolarmente i **farmaci** come consigliato dal medico.

✚ Ricordi, se ancora presenti alla dimissione, di farsi rimuovere le **suture** della ferita toracica dopo 10-20 giorni (o quando consigliato dal medico).





CURA DELLE FERITE

Durante il ricovero segua le istruzioni del personale. La maggior parte dei chirurghi ritiene che, dopo la dimissione, sia corretto lavare la ferita chirurgica quotidianamente con sapone neutro ed acqua tiepida. Evitare lo sfregamento. Normalmente, 10-20 giorni dopo l'intervento le suture possono essere rimosse.

Le ferite chirurgiche possono abbronzarsi facilmente: si consiglia pertanto di non esporle direttamente al sole nel primo anno perché potrebbero diventare permanentemente scure.

Salvo precisa indicazione del medico, non applichi alcuna lozione, crema, olio o polvere.

Controlli le sue ferite ogni giorno. Si rivolga al medico nel caso notasse quanto segue:

-  rammollimento a livello della linea di incisione
-  arrossamento o gonfiore intorno ai margini della linea di incisione
-  fuoriuscita di liquido
-  febbre persistente

FARMACI

Al momento della dimissione le saranno prescritti alcuni farmaci; li assuma esattamente come prescritti dal medico. Conservi nel portafoglio o nella borsa una lista dei farmaci con il dosaggio e l'orario di assunzione. Non prenda altri farmaci senza consultare il suo medico.

EFFETTI COLLATERALI

E' importante sapere che i farmaci possono causare effetti collaterali. Se avverte uno dei seguenti sintomi, contatti telefonicamente il suo medico:

- + Eccessiva nausea, diarrea, stitichezza o dolore allo stomaco
- + Vomito
- + Vertigini o sensazione di stordimento durante la stazione eretta
- + Confusione
- + Formicolio alle mani e ai piedi
- + Frequenza del polso estremamente bassa o alta
- + Rash (arrossamento diffuso) cutaneo
- + Sanguinamento o comparsa di chiazze ecchimotiche

PROBLEMI DOPO LA DIMISSIONE

Problemi che richiedono una valutazione immediata (tramite 118):

- + Dolore toracico (angina)
- + Battito cardiaco con frequenza superiore a 150/min associato a difficoltà respiratoria, oppure percezione di battito irregolare
- + Difficoltà respiratoria che non recede con il riposo
- + Brividi o febbre
- + Sangue rosso vivo con la tosse
- + Improvviso torpore o debolezza alle braccia o alle gambe
- + Improvvisa, severa cefalea
- + Sensazione di svenimento
- + Intenso dolore addominale

- + Comparsa di nausea, vomito o diarrea
- + Emissione di sangue vivo con le feci

Problemi urgenti (contattare il Medico):

- + Incremento ponderale di più di 1 Kg al giorno per due giorni
- + Peggioramento del gonfiore alla caviglia o comparsa di dolore alla gamba
- + Difficoltà respiratoria
- + Intenso dolore durante l'inspirio profondo
- + Febbre superiore a 38° in due misurazioni nella giornata
- + Persistente sanguinamento o fuoriuscita di liquido dalla ferita chirurgica
- + Cicatrici arrossate, calde, gonfie
- + Rash cutaneo
- + Marcata spossatezza
- + Attacco gottoso acuto
- + Dolore al polpaccio che peggiora stirando i muscoli o rialzando la gamba
- + Disturbi nella minzione, bruciore o presenza di sangue nelle urine

ATTIVITA' FISICA:

Sospenda immediatamente ogni attività se dovesse avvertire difficoltà respiratoria, battito cardiaco irregolare, sensazione di svenimento o vertigine o dolore toracico. Stia a riposo

finché i sintomi regrediscono. Se non si dovessero risolvere entro 20 minuti, si rivolga al Suo medico.

Doccia

Potrà fare la doccia dopo la rimozione delle suture. Eviti di immergersi nella vasca da bagno finché la ferita non sarà completamente guarita. Si consiglia di evitare l'acqua molto calda.

Abiti

Indossi vestiti comodi che non stringano le ferite chirurgiche.

Riposo

Per un buon recupero Lei necessita di un equilibrio tra il riposo e l'esercizio. Programmi dei momenti di riposo alternati ai periodi di attività e se necessario si conceda un breve sonno. Riposare significa anche stare seduti tranquilli per 20-30 minuti. Riposi mezz'ora dopo i pasti prima di fare un esercizio fisico.

Camminare

Questa é una delle migliori forme di esercizio, in quanto stimola la circolazione sistemica e quella cardiaca. E' importante incrementare gradualmente la propria attività fisica. Cammini secondo il suo passo. Si fermi e riposi se si sente stanco. Pianifichi le attività nel corso della giornata e cerchi di non fare troppe cose nello stesso tempo. Se fa freddo, indossi una sciarpa per coprire naso e bocca.

Scale

Salvo controindicazione del medico, lei può salire, lentamente, le scale. Si fermi e riposi se si sente stanco. Se usa il corrimano cerchi di non sollevarsi con le braccia. Usi le gambe.

Attività sessuale

Salvo controindicazioni del medico, potrà riprendere una normale vita sessuale non appena si sentirà bene, di solito da 2 a 4 settimane dopo la dimissione. Si rivolga al personale medico e paramedico per informazioni più dettagliate.

Guidare

Lei può viaggiare in macchina come passeggero in qualsiasi momento. Eviti di guidare, andare in bicicletta per strada o guidare motociclette nelle prime sei settimane dopo l'intervento. Questo é il periodo di tempo che richiede lo sterno per guarire. Anche i Suoi movimenti dovrebbero essere limitati e lenti in questo periodo. In caso di viaggio, faccia una sosta ogni due ore e cammini per qualche minuto.

Portare pesi

Si consiglia di non esercitare forza o trazione sullo sterno, mentre é in fase di guarigione. Eviti di trainare, spingere o tirare qualsiasi oggetto di peso superiore a 5 Kg per sei settimane dopo l'intervento. Ciò include portare bambini, borse, falciare l'erba, passare l'aspirapolvere o spostare mobili. Non trattenga il respiro durante un movimento, specialmente se sta trainando qualcosa o se deve urinare o defecare.

Lavoro

Si sottoponga ad una visita di controllo prima di tornare al lavoro; la maggior parte dei pazienti comincia a sentirsi in grado di tornare al lavoro 6-12 settimane dopo l'intervento.

QUANDO RIPRENDERE LE PROPRIE ATTIVITA' ABITUALI.

Fino alla sesta settimana (Ricordi che tutte queste attività devono richiedere uno sforzo inferiore all'equivalente di circa 5 Kg di peso nelle prime sei settimane dall'intervento)

Lavori domestici leggeri: spolverare, apparecchiare la tavola, lavare le stoviglie, piegare la biancheria.

Giardinaggio leggero: invasare e potare le piante.

Cucito, lettura, cottura dei cibi, salire le scale, piccoli lavori meccanici, fare shopping, andare al ristorante o al cinema, andare in chiesa, camminare, guardare gare sportive, fare cyclette (con i limiti previsti dal medico), lavarsi i capelli, giocare a carte (Visitatori: limiti il numero dei visitatori nelle prime due settimane. Se si sente stanco, si ritiri e riposi. I Suoi visitatori comprenderanno)

Dopo sei settimane

+ Ritorno al lavoro con orario ridotto (se il Suo lavoro non richiede spostamento di pesi)

+ Lavori domestici più pesanti: passare l'aspirapolvere, spazzare i pavimenti, fare lavatrici.

+ Giardinaggio: falciare l'erba, rastrellare le foglie.

+ Stirare, viaggiare, pescare, fare aerobica soft, portare cani al guinzaglio, guidare l'automobile, andare in barca.

Dopo tre mesi

- ✚ Lavori domestici pesanti: pulire i pavimenti
- ✚ Giardinaggio pesante: spalare la neve, zappare
- ✚ Giocare a calcio, tennis, bowling, golf, andare a caccia, in bicicletta, correre, guidare la motocicletta, tirare pesi, nuotare, fare sci nautico, fare immersioni subacquee.

Linee guida per l'attività fisica

1. Sospenda ogni attività se dovesse avvertire difficoltà respiratoria, vertigini, crampi alle gambe, stanchezza inusuale e/o dolore toracico (angina). Avvisi il Suo medico se questi sintomi persistono.
2. Se la sua frequenza del polso alla fine dello sforzo fisico supera di 30 battiti al minuto la frequenza a riposo significa che lo sforzo é stato eccessivo. Per correggere questa situazione lei avrà bisogno di modificare il prossimo ciclo di esercizio.

Valutazione del polso

Il controllo della frequenza cardiaca aiuta a svolgere le sue attività mantenendo un range di frequenza "sicuro".

Per misurare il polso, posizioni il dito indice e medio sulla parte bassa del polso dal lato del pollice. Se non riesce a sentire la pulsazione, provi a spostare leggermente le dita. Quando sentirà il polso, misuri il numero di battiti in 15 secondi e moltiplichi questo valore per 4; questo numero le indicherà quante volte il suo cuore batte in un minuto. Il Suo medico o l'infermiere potranno aiutarla a trovare il polso se Lei dovesse avere difficoltà.

Dieta

Il suo medico le raccomanderà probabilmente di seguire, dopo la dimissione, una dieta a basso contenuto di grassi e di sale. Questo può ridurre il rischio di un problema cardiaco futuro ed la possibilità di un ulteriore intervento cardiocirurgico. Lei dovrebbe cercare di assumere meno del 30% delle calorie sotto forma di grassi. Provi a controllare il suo peso e a mangiare meno grassi saturi e colesterolo. L'American Heart Association (Associazione Americana dei Cardiologi) consiglia di limitare l'introito di acidi grassi saturi all' 8-10% delle calorie giornaliere, mentre gli acidi grassi poliinsaturi dovrebbe costituire il 10% delle calorie. Il resto dovrebbe essere costituito da acidi grassi monoinsaturi. La quantità di colesterolo assunto dovrebbe essere inferiore a 300 mg al giorno. Poiché il sodio non dovrebbe superare 2.4 grammi al giorno, eviti di aggiungere sale durante la cottura dei cibi o a tavola.

Cominci a cambiare le abitudini alimentari quando il suo appetito sarà tornato normale.

Peso corporeo

- ✚ Si pesi ogni mattina con la stessa bilancia dopo aver urinato, ma prima di colazione.
- ✚ Annoti il peso ogni giorno
- ✚ Informi il Suo medico in caso di incremento ponderale superiore a 1 Kg da un giorno all'altro

Edito dall'Ufficio Comunicazione su testo fornito Struttura Complessa
Cardiochirurgia - **in aderenza agli standard di Accreditamento Joint
Commission International**

Ufficio Comunicazione

tel. 040 – 399 6301, 040 - 3996300
e-mail: comunicazione@asuits.sanita.fvg.it
Strada di Fiume 447 – 34 149 Trieste

Struttura Complessa Cardiochirurgia

Direttore: dott. Aniello Pappalardo

Tel: 040 – 399 4856; Fax: 040 – 399 4995
e-mail: aniello.pappalardo@asuits.sanita.fvg.it

Coordinatore Infermieristico Terapia Intensiva: Marisa Sacilotto

Tel: 040 – 399 4119; Fax: 040 – 399 4995
e-mail: marisa.sacilotto@asuits.sanita.fvg.it

Coordinatore Infermieristico Degenza: Antonella Franovich

Tel. 040 – 399 4851e Fax: 040 – 399 4995
e-mail: antonella.franovich@asuits.sanita.fvg.it

REVISIONE 5 – settembre 2017