



CLÍNICA

EL TIEMPO DE CICATRIZACIÓN DEL CORAZÓN: CUIDAR Y CUIDADOS DEL CLIENTE PARA SUPERAR LAS DIFICULTADES DESPUÉS DE CIRUGÍA CARDÍACA

O TEMPO DE CICATRIZAÇÃO DO CORAÇÃO: CUIDAR E OS CUIDADOS DO CLIENTE PARA SUPERAR AS DIFICULTADES APÓS CIRURGIA CARDÍACA.

* Pereira Dutra, CM., **Coelho, MJ.

*Enfermera Médico-Cirúrgica del Hospital dos Servidores do Estado (Ministério de Salud). Actuación en Cirugía Cardíaca y Cardiología. Maestra en Enfermería de la Escuela de Enfermería Anna Nery (EEAN) de Universidad Federal de Rio de Janeiro. Miembro del Grupo de Pesquisa Cuidar / Cuidados de Enfermería (UFRJ). **Doctora en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería Médico-Cirúrgica de la Escuela de Enfermería Anna Nery de Universidad Federal de Rio de Janeiro. Coordinadora del Grupo de Pesquisa Cuidar / Cuidados de Enfermagem. Pesquisadora / CNPq/ . Brasil.

Palabras clave: Enfermagem, Cuidados; Valva mitral.

Palabras clave: Enfermería; cuidados; válvula mitral.

RESUMEN

Investigación resultante de los datos de la Disertación de Maestría, titulada "Agenda de Cuidados: el cuidar y los cuidados cotidianos de clientes con implante de válvula mitral después del alta hospitalaria". Objetivos: identificar los cuidados realizados por los clientes, de acuerdo con la propia realidad y con el tiempo transcurrido desde la cirugía, analizar las actividades que cada uno consiguió desarrollar para superar las dificultades físicas después del alta hospitalaria. Metodología: cualitativa, descriptiva, exploratoria, en el ambulatorio de Cardiología, en hospital público en Rio de Janeiro; con 27 mujeres y 21 hombres, mayores de edad y portadores de válvula mitral mecánica pos-cirugía cardiaca. Entrevista semi-estructurada abordó el tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica, relacionándolo con el tiempo de superación de las dificultades para la realización de los cuidados. Resultados: el corazón cicatrizado depende del tiempo transcurrido de la cirugía cardiaca, sin interferencia en las condiciones clínicas del cliente, estilo de vida, reinicio de actividades diarias, superación de las dificultades vivenciadas después del alta hospitalaria, demandando tiempo determinado para eso; 48 clientes superaron las dificultades en tiempos variados de 30 días a 24 meses. Discusión: los clientes tienen conciencia de las dificultades de readaptación al cotidiano, pero, es preciso tener equilibrio emocional y recibir apoyo e incentivo. Conclusiones: sistematización de la asistencia podrá ser enriquecida con nuevos conocimientos extraídos del cotidiano del cliente en la superación de sus dificultades pos-

quirúrgicas, tornándose un vehículo de informaciones del cuidar / cuidado en cirugía cardíaca.

RESUMO

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, resultante da coleta de dados da Dissertação de Mestrado: “Agenda de Cuidados: o cuidar e os cuidados cotidianos de clientes com implante de valva mitral após a alta hospitalar”. Objetivos: identificar os cuidados realizados pelos clientes, de acordo com a própria realidade e o tempo decorrido desde a cirurgia, analisar atividades que cada um desenvolveu para superar dificuldades. Cenário: ambulatório de Cardiologia, hospital público, Rio de Janeiro; com 27 mulheres e 21 homens, maiores de idade e com valva mitral mecânica. Entrevista semi-estruturada abordou o tempo de cicatrização da ferida cirúrgica, relacionando-o com o tempo de superação das dificuldades para a realização dos cuidados. Resultados: o coração cicatrizado depende do tempo decorrido da cirurgia cardíaca, sem interferência nas condições clínicas do cliente, estilo de vida, reinício de atividades, superação das dificuldades, demandando tempo determinado; 48 clientes superaram as dificuldades entre 30 dias a 24 meses. Discussão: os clientes têm consciência das dificuldades de readaptação ao cotidiano, é preciso equilíbrio emocional, apoio e incentivo. Conclusões: sistematização da assistência poderá ser enriquecida com novos saberes extraídos do dia-a-dia do cliente, na superação de dificuldades, tornando-se um veículo de informações acerca do cuidar / cuidado em cirurgia cardíaca.

INTRODUCCIÓN

Este artículo de la colecta de datos para la elaboración de la disertación de Maestría, defendida en 2005, en la Escuela de Enfermagem Anna Nery, titulada “Agenda de Cuidados: el cuidar y los cuidados cotidianos de clientes con implante de válvula mitral después del alta hospitalaria”¹ En el instrumento utilizado para aquel fin, había una solicitud en el sentido de que los clientes sometidos a la cirugía cardíaca comentasen más detalladamente sus dificultades pos-quirúrgicas y cómo consiguieron superarlas. Al relatar sus experiencias diarias, los clientes trajeron informaciones valiosas para la asistencia, permitiendo un mejor conocimiento sobre el asunto y haciendo posible la construcción de una agenda donde cada cuidado específico fue comentado en lenguaje simple y directo, con la finalidad mayor de ayudarlos a superar con seguridad una fase de dificultades momentáneas.

Desde la indagación: “¿Cuáles son las contribuciones de la sistematización de la asistencia a los clientes con implante de válvula mitral, considerando su tiempo de superación de las dificultades?”, se pretendió identificar los cuidados realizados por los clientes, de acuerdo con la propia realidad y con el tiempo transcurrido desde la cirugía, analizar las actividades que cada uno consiguió desarrollar para superar las dificultades físicas sentidas después del alta hospitalaria. Eso contribuyó a que cada uno hiciera una retrospectiva de su día a día después del implante de la válvula mitral mecánica.

Consideramos que la pesquisa debe estar centrada en el cliente y en su cotidiano después del alta hospitalaria. Así, resolvemos documentar la experiencia de cada uno, a partir de sus hablas, como una forma de identificar cómo ese cliente está informado y orientado y, en consecuencia, si es preciso innovar el arte de cuidar / cuidados en enfermería después del alta hospitalaria.

Ese análisis fue posible desde relatos del conocimiento sobre la cirugía cardíaca a que se sometieron, aunque estuvieran previamente sensibilizados en relación a aquel

procedimiento quirúrgico y a las complicaciones que de él podrían venir, conforme el tipo de válvula implantada.

Así es que se constató que después de la cirugía, los clientes pasan a actuar con mayor cuidado, en la tentativa constante de preservar la integridad de la herida quirúrgica, también denominada esternotomía, ya que su cicatrización y el tiempo necesario para que esto ocurra, determinarán su retorno seguro a las actividades rutinarias diarias.

➤ **El corazón y su significado.**

El significado del corazón para las civilizaciones egipcia y azteca, y en el Egipto antiguo (...) el corazón representaba la conciencia del muerto y lo esencial de su vida terrestre. Ya los aztecas consideraban el órgano como la llave de la vida". En la Grecia antigua, el corazón "fue percibido ora como la sed del alma, ora como el centro de vida intelectual y de las emociones"² y posteriormente Claudio Galeno habló de la metafísica del corazón, atribuyendo "el papel de fuerza vital"².

Solamente en el siglo XVIII, después de las explicaciones de William Harvey sobre los principios de la circulación sanguínea, "el corazón perdió lo que restaba del aura sobrenatural"². Desde entonces, la ciencia derribó la creencia de que el corazón era un órgano sagrado, aunque para la población continuase vinculado a los más diversos sentimientos humanos, lo que todavía perdura a pesar de los "progresos realizados por la Cardiología en las últimas cinco décadas tanto en la prevención cuanto en diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares"².

- ✓ El corazón en la visión de los clientes es el eslabón entre la vida y la muerte, también saben que direcciona la vida y se encierra en el "fondo del pecho" anunciando la muerte. Ferreira (2000), opina que es la parte más interna, o más central, la más importante, de un lugar lleno de misterios, de emoción, de afecto y de amor¹. Órgano del encantamiento, de las decisiones, de los simbolismos, de los gestos, de las expresiones y de los movimientos que impulsan la vida, por su sensibilidad que involucra todos los secretos. Una vez el corazón enfermo, el cliente siente en su pecho fragilidad, miedo, ansiedad y dolor. También los clientes saben, que direcciona y encierra la vida en el "fondo del pecho", anunciando la muerte; quien tiene la razón, los sentimientos, los sueños, o un nuevo ciclo de vida, o de la propia muerte.

Técnicas quirúrgicas

En la actualidad, vienen siendo empleadas técnicas quirúrgicas menos agresivas que ofrecen más confort a los clientes, junto a una recuperación más rápida^{3,4}. Una de las modalidades es aquella en la que se hace una pequeña incisión en la piel, de 7,5 a 11cm de extensión, en la región del esternón que es, entonces, abordado a través del tejido celular subcutáneo que, a su vez, es disecado y seccionado en dos niveles diferentes: el primero, en el manubrio esternal, abajo de la inserción de la primera costilla; el segundo, a la altura del cuarto espacio intercostal para exponer el periosteo y los espacios. En las enfermedades valvares, la incisión es realizada en "T" invertida, iniciándose al nivel de la fúrcula esternal y extendiéndose hasta la altura del tercer espacio intercostal.⁵ El pericardio es abierto, proporcionando una adecuada exposición de las cámaras cardíacas. La instalación de la circulación extracorpórea ocurre de manera habitual, y el acceso a la válvula mitral es hecho a través del techo del atrio izquierdo, entre la vena cava superior y la aorta⁵.

Las cirugías más comúnmente realizadas son la revascularización del miocardio, las valvares y los trasplantes de estenosis de las válvulas, aórtica, mitral y tricúspide⁶. Pueden ocurrir también las sustituciones valvares; Todavía, esas sustituciones presentan mayores tablas de morbimortalidad operatoria, de tromboembolismo, hemólisis y endocarditis, si se comparan con las cirugías conservadoras.⁷

La indicación del tratamiento quirúrgico de la valvopatía depende de la evaluación de la disfunción ventricular y de sus causas habituales y específicas: insuficiencia cardíaca de origen reumática e isquémica o prolapso de válvula mitral. Las etiologías más frecuentes, en los países del primer mundo y en las regiones más desarrolladas del Brasil, son derivadas de enfermedades degenerativas o de origen coronario; en Estados Unidos, proceden de prolapso de válvula mitral, endocarditis infecciosa, disfunción del músculo papilar, enfermedad reumática y rotura de cuerdas tendíneas⁸.

Los avances en la técnica quirúrgica y el estudio ecocardiográfico transesofágico permitieron disminuir la mortalidad inmediata por la cirugía, así como la mejor visualización y detalle de la válvula mitral.⁹

➤ **La utilización de prótesis cardíaca mecánica**

El primer implante de prótesis mecánica fue hecho en 1951, por Hufnagel et al.¹⁰ en la aorta descendente de un cliente. Después del desarrollo de la circulación extracorpórea, varios modelos de prótesis mecánicas fueron creados: las de bola, las de disco pivotante, las de disco basculante y, posteriormente, las de doble disco. La introducción del carbono pirolítico en la confección de esas prótesis vino a colaborar con los resultados quirúrgicos del implante, principalmente en lo que se refiere a la reducción de la ocurrencia del tromboembolismo¹¹

Las prótesis mecánicas de doble disco, introducidas para uso clínico en 1977¹² presentan buenas características hemodinámicas, bajo perfil, buena durabilidad y bajas tasas de tromboembolismo. Aún así, la opción de una prótesis mecánica es realizada de acuerdo con su hemodinámica y durabilidad, y con la incidencia de tromboembolismo, trombosis o hemorragia secundaria a la anticoagulación.

METODOLOGÍA

La pesquisa realizada fue de naturaleza cualitativa con abordaje descriptivo. Ocurrió en el ambulatorio de Cardiología, unidad externa situada en el piso térreo del predio de los ambulatorios del Hospital dos Servidores do Estado (HSE), en Rio de Janeiro, habiendo sido aprobada en 31 de mayo de 2005 por el Comité de Ética y Pesquisa de la referida institución de salud.

Los sujetos del estudio fueron 48 clientes, siendo 27 mujeres y 21 hombres, todos procedentes de las regiones Serrana y Litorânea de la ciudad de Rio de Janeiro y de otras localidades del Estado; mayores de edad, de diferentes fajas etáreas y portadores de válvula mitral mecánica, en el período pós-cirugía cardíaca, entre 30 días y 24 meses.

El guión de entrevista semi-estructurada para la colecta de datos abordó el tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica, relacionándola con el tiempo de superación de las dificultades para la realización de los propios cuidados.

Todos los que participaron del estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido y tuvieron el anonimato preservado, conforme preceptúa la Resolución nº 196/96 del Consejo Nacional de Salud (MS) ¹³ Para ello, fueron utilizadas las iniciales de cada uno en las respectivas hablas.

El análisis de las informaciones obtenidas posibilitará fundamentar los conocimientos teórico-prácticos sobre el cuidado y de esa readaptación de hábitos después del alta hospitalaria, abordando el cliente holísticamente y permitiendo establecer una relación entre el tiempo transcurrido desde la cirugía y el desarrollo de las actividades diarias, de acuerdo con las posibilidades de cada uno.

Después de destacar las dificultades relatadas, las consideradas de mayor relevancia para el estudio fueron agrupadas, tomando en consideración también la importancia de las mismas para los clientes en el retomar su vida habitual, como lo evidenciado en sus relatos.

RESULTADOS

La palabra corazón deriva del latín *cor*, tiene origen en la palabra *kurd*, cuyo significado en sánscrito es 'saltar'.^(13 14, 15)

Aristóteles (384-322 a.C.) afirmó que el corazón era el último en morir.¹⁷ Mucho antes del descubrimiento de su función como bomba impulsora de sangre en el organismo, "mantenedora de la vida"¹⁷⁾ el corazón fue considerado como centro de la vida, del corazón, de la razón y de los sentimientos. Su simbolismo era, y continúa siendo, el más universal entre todos. Los historiadores buscan el origen y la época de esa representación, una vez que poco tiene que ver con el corazón anatómico¹⁸. Todavía, grande parte de estos historiadores, a través de pesquisas realizadas, concluyeron que el origen del símbolo debíase a su parecido con la hoja de yedra, planta que en la Antigüedad representaba la inmortalidad y el poder. A propósito, la obra sobre el mito de Isis y Osiris, en Egipto, Plutarco (46-120 d.C.) aseguraba que el melocotonero era un árbol dedicado a esos dios, porque su fruto tenía la apariencia del formato de un corazón, lo que contribuyó a que la representación anatómica de ese órgano fuese conservada durante muchos años¹⁹.

Los egipcios no representaban materialmente el corazón, pero fueron encontrados recipientes que tenían su forma verdadera, llevando la escritura jeroglífica a hacer que los historiadores imaginasen que quizá significasen el corazón. Mencionan el papiro del *Libro de la Muerte*, en que los egipcios demostraban respecto al corazón, acreditando que él sería necesario en la vida de ultratumba, cuando su peso sería comparado al de una pena.²⁰

La más antigua representación del corazón de que se tiene conocimiento data de 1.200 a.C, y fue encontrada en un vaso de la cultura mejicana Olmeca: tenía la forma grosera de aquel órgano, con sus tres vasos originándose de su base. La pieza arqueológica quizá fuera usada en los sacrificios humanos de ese pueblo.¹⁹

Más recientemente, estudiosos observaron que la cicatrización de la esternotomía oscilaba en torno a ocho semanas, tiempo de retorno a las actividades que exigen esfuerzos,²¹ reconocidos por los entrevistados:

*(...) el corazón es tan importante que precisa de mucho tiempo, él es vida
(...). (C.; R.)*

(...)quizá, parece que no hace falta nada para vencer las dificultades, pero el corazón tiene que fortalecerse (...). (N.; B.)

El corazón cicatrizado depende del tiempo transcurrido de la cirugía cardiaca, sin interferencia en las condiciones clínicas del cliente, en su estilo de vida, en el reinicio de sus actividades diarias, en la superación de las dificultades vivenciadas después del alta hospitalaria, demandando un tiempo determinado para eso, como se ha referido arriba.

En ese estudio, fue posible constatar que los 48 clientes abordados superaron las más diversas dificultades en tiempos variados, como demuestra el cuadro siguiente.

Cuadro Demostrativo del Número de Clientes y la(s) Dificultade(s) Superada(s)

Tiempo decorrido de la cirugía	Dificultades superadas	Nº de clientes bien sucedidos
30 días	No dormir regularmente	15
	Superar los dolores	08
	Realizar la higiene corporal con ayuda	05
	Controlar las medicaciones	06
60 días	Dirigir automóvil	
	Controlar las medicaciones	01
90 días	Controlar las medicaciones	12
	Realizar la higiene corporal con ayuda	08
	Superar los dolores	03
	Recuperaciones de los movimientos	01
120 días	Controlar dieta / ingestión de líquidos	48
	Realizar actividades laboriosas	06
150 días	Realizar actividades laboriosas	25
	Realizar la higiene corporal solo	20
	Controlar las medicaciones	10
	Recuperar los movimientos totalmente	06
	No dormir regularmente	05
	Reducir la ansiedad	04
	Organizar la rutina diaria	01
1 año	Controlar las medicaciones	25
	Realizar actividades laboriosas	12
	Dependencia para los cuidados	10
2 año	Realizar la higiene corporal solo	48
	Superar los dolores	40
	Controlar las medicaciones	38
	Superar la ansiedad	36

Dependencia para los cuidados	28
Realizar actividades laboriosas	25
Realizar actividades físicas moderadas	20

DISCUSIÓN

Observamos que los clientes tienen conciencia de las dificultades de readaptación al cotidiano, reconocen que es preciso tener equilibrio emocional y recibir apoyo e incentivo, que despertarán en ellos la voluntad de sentirse libres e independientes, tanto es así que comentaron *“la importancia de esforzarse para vencer las dificultades”* (T.; C.). Otros dos hicieron la siguiente reflexión: *“vencer dificultades, después de tener operado el corazón, es luchar por la vida”* (N.; L.).

Para la mayoría de los clientes entrevistados, el dolor y la imposibilidad de alcanzar un reposo adecuado fueron las primeras dificultades a ser superadas. En general, el dolor relatado afecta al área adyacente a la cicatriz quirúrgica, y resulta de la percepción de sensaciones tan diversas como las causadas por irritación, inflamación, enrojecimiento o palpitaciones, consideradas sensaciones malas o incluso insoportables, oriundas de alguna parte del cuerpo.²² Surge con los movimientos físicos que causan grande incomodidad, haciendo que intenten dormir sentados y un poco encorvados, de forma que los nervios del tórax (pared anterior) no se queden muy estirados.

El dolor referido por los que fueron sometidos a la cirugía cardiaca, *“es causado por la sección de los nervios intercostales, a lo largo del trayecto de la incisión, y por la irritación de la pleura, debido a la presencia de drenos torácicos”*.²⁰ Trátase de *“una calidad sensorial fundamental, que alerta los individuos para la ocurrencia de lesiones de tejido”*, como es el caso de la herida quirúrgica. Pero por ser un síntoma individual y subjetivo, cuya interpretación involucra aspectos sensitivos, emocionales y culturales que sólo pueden ser compartidos desde del relato de quien la siente, evaluar, cuantificar o cualificar el dolor es tarea altamente compleja, que dificulta su tratamiento.²³

La tendencia es de que en los dos meses siguientes a la cirugía, el dolor sea considerablemente reducido o incluso desaparezca. Todavía, se termina impidiendo el reposo adecuado, como relataron dos entrevistados:

(...) he tenido soñolencia y no conseguí dormir, me quedé sin posición en la cama, mi pecho me dolía, mis movimientos no podían ser rápidos (...). (V.)

(...) parece que no iba conseguir acomodarme para dormir; me acostaba de lado, me dolía todo (...). (C.)

Es importante señalar que con el advenimiento del dolor, la calidad del sueño y de bienestar de la vigilia se quedan perjudicados, así como los ciclos circadianos que, desincronizados, fuerzan el cuerpo a cumplir un nuevo ciclo de sueño-vigilia llevando a la alteración del reloj biológico desde que el sueño-vigilia y lo corporal pueden seguir ciclos distintos, conforme sus propios ritmos, desacoplados uno del otro.²⁴

La ansiedad, aliada a los trastornos precedentes, causa aún más ansiedad en los clientes. En general, es acompañada por síntomas de hiperactividad y de evitación de los

estímulos asociados al trauma quirúrgico reciente ²⁴. Cuatro relatos son apropiados para evidenciar los problemas de esa fase pos-quirúrgica:

(...) he llorado mucho, por más que yo me esforzase en desarrollar mis cuidados, no lo he conseguido.. Solo fueron después que sentí el corazón cicatrizado, sin dolor (...). (P.)

(...) he aguardado todo pasar, cicatrizar mi corazón. No se pueden romper los puntos y esfuerzos, ni pensar! La cirugía del corazón es peligrosa (...). (RM.)

(...) he tenido todo cuidado para no estragar la cirugía, he quedado con miedo, ansiosa, he sufrido mucho (...). (M.)

(...) la cicatrización de mi pecho ha tardado, heme quedado ansiosa para hacer alguna cosa (...). (A.)

Los resultados de estudios identifican las informaciones y soportes que los clientes que se sometieron a una cirugía cardíaca juzgan precisar en las seis semanas posteriores al alta hospitalaria. Fueron destacados los siguientes: control del dolor, informaciones sobre dificultades relacionadas con el sueño y técnicas de relajación, higiene corporal y ambiental, ropas adecuadas, cicatrización de la lesión quirúrgica, impedimentos psicológicos temporales y progreso esperado en el sentido de la recuperación. ²⁵

El cliente bien orientado sobre el procedimiento quirúrgico y de los resultados esperados, tiene conciencia de las dificultades momentáneas que precisará enfrentar. La historia del cuidado está ligada al desarrollo del mundo; contiene cuestiones religiosas y de género, ideas y prácticas de cura de enfermedad y alivio del sufrimiento, aumento de la supervivencia y, actualmente, también las concepciones de salud y calidad de vida. ²⁶

Así, se espera que los clientes sometidos a la cirugía cardíaca tienen como objetivo el alcance de la independencia total después del alta, en un proceso de superación de las propias limitaciones físicas, en el sentido de que “las grandes transformaciones no se dan como resultados de los grandes, sino de iniciativas cotidianas simples y persistentes”. ²⁷

La reeducación de hábitos precisa ser percibida por el cliente como una oportunidad de “cuidar de la vida que lo anima, cuidar del conjunto de las relaciones, esas que pasan por la higiene, por la alimentación, por el aire que respiramos, por la forma como vestimos”, queriendo decir que “cuidar de sí mismo es cuidar de su propia vida en el espacio y realidad en que vive” ²⁸. Los relatos que siguen confirman el pensamiento del autor sobre el propio cuidado:

(...) he seguido exactamente todo lo que mi corazón limitó, he precisado reaprender de nuevo(...).

(...) cuando mi corazón cicatrizó, he sentido que había aprendido a cuidar me (...). (I.)

(...) he dejado de cuidarme por cuidar, estoy muy atento al mi corazón, él que hace pulsar la vida. Valorizo y respeto las limitaciones impuestas por él (...). (W.)

(...) creo que una cirugía de corazón trae un verdadero cambio de vida, he pasado a actuar conforme mi corazón señala, no puedo olvidar que mi corazón tardó mucho en cicatrizar (...). (D.)

Las cuestiones relacionadas con la higiene personal y ambiental preocupan a clientes y familiares. Pero, aunque sepan que la higiene corporal ofrece confort y previene enfermedades, los clientes dejan de realizarla si se sienten cansados y limitados en sus movimientos. Siendo así, aunque debilitados por reciente cirugía, deben ser estimulados y/o ayudados a realizar las actividades relacionadas con la higiene corporal y ambiental. Un entrevistado confirmó la ayuda recibida, diciendo:

(...) he precisado todos los días de ayuda de la familia. Mi corazón es el que señalaba mis dificultades para la realización de mi higiene (...). (M.)

Otro entrevistado recordó sus limitaciones para desarrollar actividades relacionadas con la propia higiene:

(...) he concienciado sobre la cirugía cuando el corazón me impulsó a mover conforme mis límites. Sentía mucha dolor para realizar mi higiene (...). (V.)

CONSIDERACIONES FINALES

Los clientes sometidos a las operaciones y/o las reoperaciones valvulares constituyen un grupo bastante heterogéneo. A él pertenecen clientes con disfunción estructural de bioprótesis o restenosis valvares, endocarditis en prótesis, escape para-valvular o trombosis de prótesis mecánica. Son clientes que se presentan con una variedad de condiciones clínicas, pudiendo ser asintomáticos, oligosintomáticos o hasta incluso estar en choque cardiogénico. La intervención quirúrgica, por tanto, exige acuracia técnica y cuidados especiales, esenciales para la obtención de buenos resultados.²⁹ En los días actuales, un gran interés en alternativas que faciliten el rápido restablecimiento de los clientes los libera más precozmente para la vuelta a sus residencias, lo que es muy importante en su recuperación emocional, además de reducir costos hospitalarios, factor valorizado por cualquier sistema de salud²⁹. La expectativa de durabilidad de la válvula es de 10 a 15 años; por tanto, si el cliente observa las recomendaciones de cuidados para una vida saludable, estará contribuyendo a la preservación de su prótesis valvular, evitando la ocurrencia de una cirugía prematura emergencial.

El interés es perfeccionar continuamente el saber en el campo de conocimiento de la cirugía cardíaca atendiendo, principalmente, al alcance de la mejor comprensión de las cuestiones que involucran al cliente admitido en el Hospital para realizar un implante de válvula mitral mecánica, a fin de proporcionarle una atención más específica en el período de pos-alta hospitalaria, de acuerdo con sus necesidades y realidades de vida.

Considerase superado el tiempo en que el cuidar mantenía al cliente excluido del proceso que involucraba su cuidado de salud, cuando ni siquiera era oído al respecto. Con eso, al dejar el hospital, él tenía pocas informaciones sobre su recuperación, tornándose más propenso a adquirir infecciones y otras enfermedades, por la ausencia de un cuidar apropiado a su caso.

La actitud de cuidado después de una cirugía cardíaca debe causar preocupación, inquietud y sentido de responsabilidad, significando necesidad de desvelo, solicitud, atención e involucración.²⁸ Con esa perspectiva, el cuidado debe ser pensado más ampliamente, estableciendo la relación entre el hombre y el medio, el equilibrio y el desequilibrio biológico y sus manifestaciones naturales y/o provocadas³⁰. Para la operacionalización del cuidado, es preciso anotar el momento real de esos clientes, o sea, las rutinas y la dinámica subjetiva para el cuidar y los cuidados, representadas como superaciones, conquistas, dedicación, interés y el retorno de la ocupación del papel del cliente en la sociedad.

Por lo expuesto, entendemos que la sistematización de la asistencia podrá ser enriquecida con nuevos conocimientos extraídos del cotidiano del cliente en la superación de sus dificultades pos-quirúrgicas, tornándose un vehículo de informaciones importantes, ayudando a rellenar eventuales lagunas del conocimiento del cuidar / cuidado de enfermería en el área de cirugía cardíaca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ferreira A B H. Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa 4ª edição rev. Ampliada Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.
1. Fernandes AA . Mito dessacralizado. Scientific American Brasil. São Paulo: Duetto; 2005.
- 2 Bokros J C .Carbon in prosthetic heart valves. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: S49-50.
3. Emery RW, Mettler E, Nicoloff DM - A new cardiac prosthesis: the St. Jude Medical cardiac valve: in vivo results. *Circulation* 1979; 60 (2): 48-54.
4. Danton RL, Mulinari L. A, Tyszka A L. Esternotomia Parcial mediana em H:um novo acesso para cirurgia cardíaca. *Arquivo Brasileiro Cardiologia* 1998; 70 (2): 71-73.
- 5 Braile DM. The health care system in Brasil. *Current surgery*. 1991; v. 48 361-364.
- 6 Timerman A ; César LAM. Manual de Cardiologia. 7ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
- 7 Olson LJ, Subramanan R, Ackermann, DM et al. Sof the mitral valve: a study of 712 cases spanning 21 years. *Mayo Clin Proc*. 1987; 22- 34.
8. Giusti ER, Grinberg M. Aspectos práticos da abordagem terapêutica de pacientes com disfunção ventricular e valvopatia. *Rev. Soc Card Es São Paulo* 2004; 14(1)
9. Hufnagel CA, Harvey WP, Rabil PJ, McDermott RF - Surgical correction of aortic insufficiency. *Surgery* 1954; 35: 673
10. Bokros J C .Carbon in prosthetic heart valves. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: S49-50.
11. Emery RW, Mettler E, Nicoloff DM - A new cardiac prosthesis: the St. Jude Medical cardiac valve: in vivo results. *Circulation* 1979; 60 (2): 48-54.
- 12 BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. *Revista Bioética* 1996; 4:15-25.
- 13 Boyadjian N. El Corazón, Brepols, Antwerpen: Ed Esco; 1980.

14. Nager, F. The Mythology of the heart. Basel: Ed. Roche; 1993.
15. Acierno IJ. The history of cardiology. New York: The Pathenon Publishing Group; 1994.
16. Lamosa B.R Psicologia aplicada à cardiologia. São Paulo (SP): Fundo Editorial BYK, 1996. Publicação do Departamento de Psicol da Sociedade de Card. do Est. do Rio de Janeiro.
17. Prates PR. Símbolo do coração. História, Ciências, Saúde. Manguinhos 2005, , set./dez; 12 (3)
18. Vinken P. The shape of the heart. Amsterdam: Elsevier; 2000.
19. Lyons AS, Petrucelli RJ. Medicine An illustrated history. New York: Abrams Inc., 1978.
20. Scalzi CC, Burke L.E. Sexual counseling In: Underhill SL, Woods SL, Froelicher ES, Halpeny CJ. Cardiac Nursing. 2 ed. Philadelphia: JB. Lippincott; 1989. p. 757- 65.
21. Dantas RAS, Aguillar OM. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista Latino-Am de Enferm* 2001; 9 (6): 31-36.
22. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Avaliação da dor. *Rev Med* 1997; 76(1):27-35.
23. Bear M. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 2.ed.. Porto Alegre: Artmed; 2002.
24. Brunner L.S. & Suddarth D.S. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 2v.
25. Santos I. Uma Nova História de Enfermagem. *Rev Enferm. UERJ* 2002 maio/ago; 10 (2): 109-113.
26. Nettina SM. *Prática de Enfermagem*. 6. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.
27. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 6. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.
28. Buffolo E, Andrade JCS, Branco JNR. Coronary artery bypass grafting without cardiopulmonary bypass. *Ann Thorac Surg*; 1996. p. 63-6.
29. Coelho MJ, Figueiredo NMA, Carvalho V. O socorro, o socorrido e o socorrer: o cuidar / cuidados de Enfermagem de emergência. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Anna Nery; 1999.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia