

Barcelona 14 d'octubre - HOSPITAL DEL SAGRAT COR - Sala d'actes



I Jornades d' Atenció Compartida en Cardiologia

AIS BARCELONA ESQUERRA

CLÍNICA
DE BARCELONA
Hospital Universitari

HOSPITAL
UNIVERSITARI
SAGRAT COR
CLÍNICA DE CATALUNYA

hp+
Hospital Plató

C S B
Consorci Sanitari de Barcelona
Ente públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona

Institut Català
de la Salut

CAPs
eixample

eap
Servei
Múltiple
de Urgències

ESCLÍNICA, S.A.

Poble-sec

Valvulopatías

Ponente: Cristina González. CAP Les Hortes.

Discusor: JM Roca. Hospital Plató.

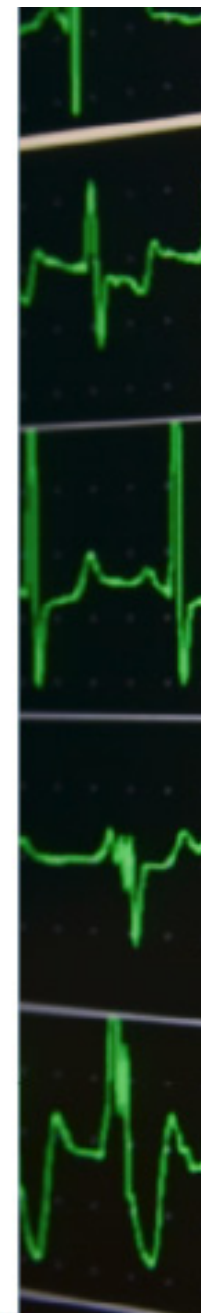
Moderador: Xavier Segura. EAP Sarriá.

Valvulopatías

GENERALIDADES/IMPORTANCIA

- **Frecuentes.**
- Requieren intervenciones médicas y/o QUIRÚRGICAS.
- El **perfil** de los pacientes ha cambiado.
- Disponemos de **herramientas diagnósticas**: Es importante una historia clínica detallada, exploración física meticulosa y exploraciones complementarias (**ECOCARDIOGRAMA-DOPPLER**).
- Continuo **progreso de la tecnología** valvular protésica, desarrollo de intervenciones quirúrgicas conservadoras e introducción de técnicas de intervención percutánea.

INDIVIDUALIZAR



Valvulopatías

VALVULOPATÍAS EN ATENCION PRIMARIA

1. DETECTAR e identificar el tipo de valvulopatía, **severidad** y grado funcional.
 2. Evaluar síntomas y signos (presentes y pasados).
 3. ECG, rx tórax y ecocardiograma.
 4. Buscar comorbilidades asociadas.
 5. Instaurar tratamiento médico: ¿Anticoagulación? ¿Diurético? ¿Otros fármacos?
 6. Profilaxis endocarditis.
 7. Conocer las indicaciones del tratamiento percutáneo y de la cirugía.
- -CONTROL DE VALVULOPATÍAS NO SEVERAS y estables.
 - -CONTROL DE VALVULOPATÍAS SEVERAS asintomáticas (detección de síntomas).



Valvulopatías

¿CUÁNDO SOSPECHA VALVULOPATÍA?

Paciente con soplo cardíaco, sobre todo si presenta:

1. Disnea, ortopnea, DPN, angina, presíncope, síncope, edemas, palpitaciones, ingurgitación yugular.
2. ECG anormal: FA, flutter, crecimiento de cavidades, extrasistolia frecuente.
3. Silueta cardíaca anormal en la radiografía de tórax.
4. Embolismo sistémico (cerebral u otra localización).



Valvulopatías

FRECUENCIA

1. Estenosis aórtica degenerativa del anciano.
2. Insuficiencia mitral (prolapso o isquemia).
3. Valvulopatías mitrales reumáticas en la población inmigrante.



Valvulopatías

CASO CLÍNICO

Paciente de 82 años que consulta por **dispnea** progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos y ligera **molestia precordial**.

Episodio **presincopal** mientras andaba cuesta arriba por el que no consultó una semana antes.



Valvulopatías

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- HTA de 20 años de evolución, controlado con enalapril 20 mg.+ HTZ 12,5 mg./d.
- Tabaquismo.
- EPOC tratado con inhaladores de Salbutamol y budesonida.
- Insuficiencia renal crónica.

Soplo cardíaco conocido de “toda la vida”...



Valvulopatías

EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA 128/56 mmHg.
- Eupneico.
- Pulso regular a 88/min.
- AR: Murmullo vesicular bilateral disminuido.
- Leves edemas bimaolares asimétricos.
- Abdomen anodino.
- Pulsos periféricos presentes y simétricos de pequeña amplitud.

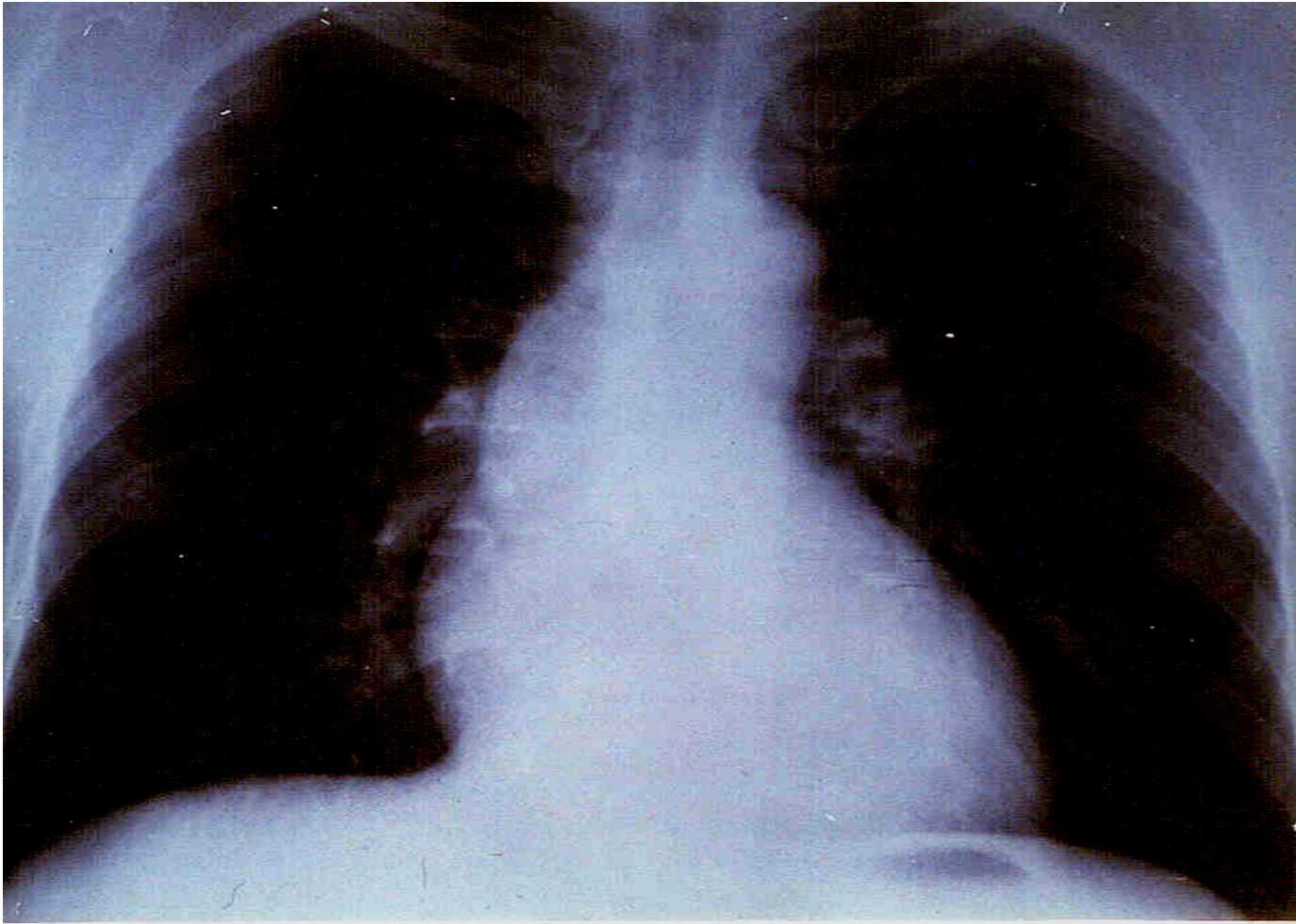
AUSCULTACIÓN CARDÍACA:

Soplo sistólico “rudo” 2-3/6 con epicentro en foco aórtico irradiado hacia escotadura supraesternal y 2º ruido inaudible.

- ¿Cuál es su impresión diagnóstica?
- ¿Cómo seguiría el estudio de este enfermo?



Valvulopatías RX TÓRAX



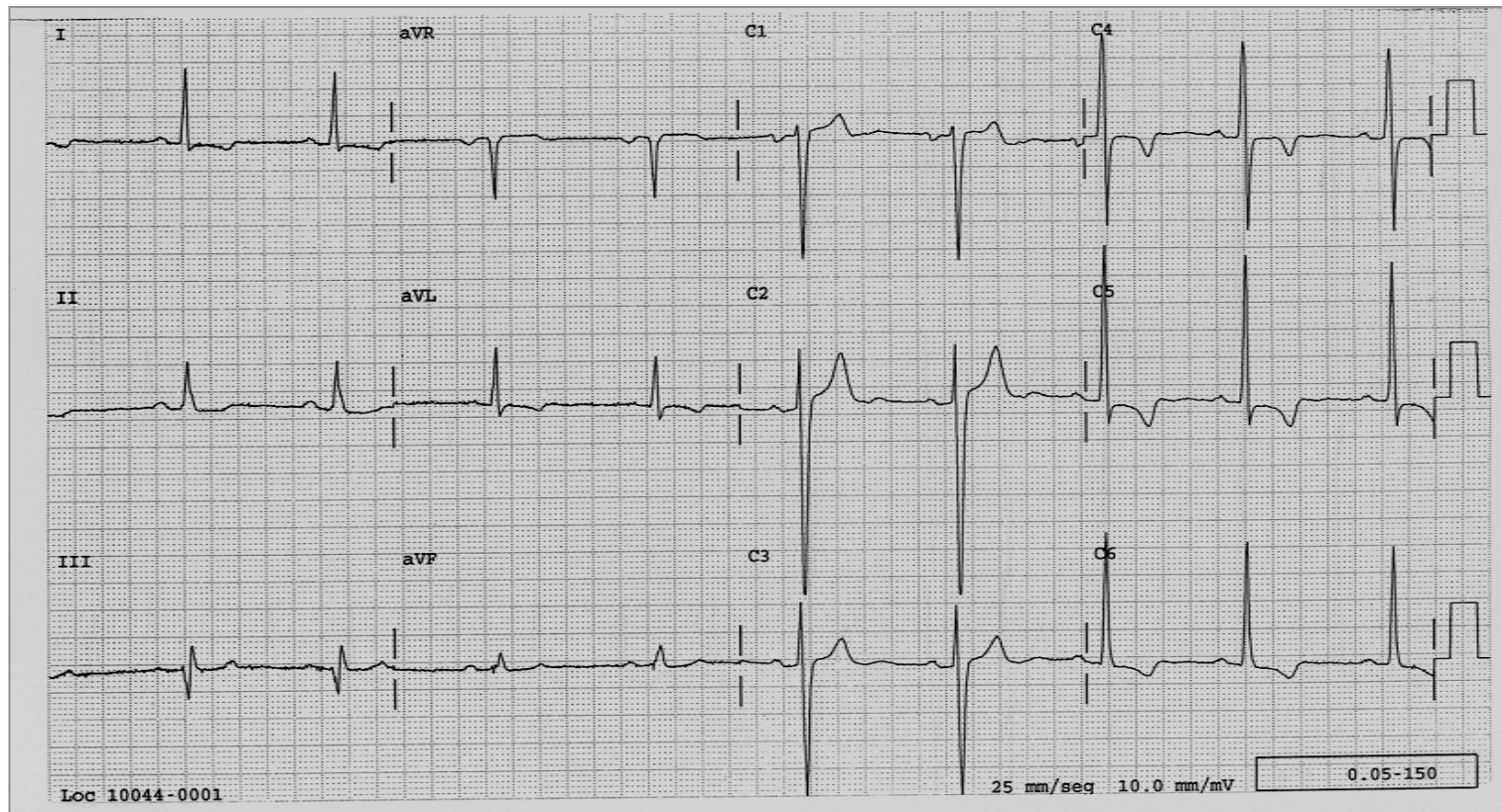
I Jornades d' Atenció Compartida en Cardiologia

AIS BARCELONA ESQUERRA



Valvulopatías ECG

RS a 60/min. PR normal. HVI con sobrecarga.



Valvulopatías ECOCARDIOGRAMA

- Válvula aórtica muy calcificada, con apertura muy limitada.
- **Estenosis aórtica severa** (gradiente máximo de 136 mmHg.; gradiente medio de 87 mmHg.; área valvular de 0,6 cm²).
- Hipertrofia ventricular izquierda concéntrica importante.
- Función sistólica ligeramente deteriorada: FE del 46%
- IM leve con calcificación anular.
- A. izquierda ligeramente dilatada (43 mm)

¿Deben realizarse estudios adicionales?
¿Está indicada la cirugía?



Valvulopatías

PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS: EPOC SEVERO

FVR: 60%.

FEV1: 45% .

FEV1/FVC: 50%.

ANALÍTICA:

Hb 11,7.

Hto 36%.

Glucemia 105 mg./dl.

Creatinina 2,4 mg./dl. FGM 42 ml/min.

Na 137 mEq./L.

K 3,9 mEq./L.

Bioquímica hepática normal.

Pruebas de coagulación normales.



Valvulopatías

ESTENOSIS AÓRTICA

Etiología

- Degenerativa senil (2-7% mayores de 65 años).
- Congénita (válvula bicúspide).
- Reumática.



Valvulopatías

ESTENOSIS AÓRTICA

Síntomas (tras largo período asintomático).

- Disnea de esfuerzo, ortopnea, DPN (IC en ancianos)
- Angina (jóvenes).
- Presíncope, síncope.
- Muerte súbita.

Exploración física.

- Pulso pequeño (*parvus*) y de ascenso lento (*tardus*).
- Impulso VI sostenido y vigoroso.
- *Thrill* sistólico en *yugulum* y carótidas.
- **Soplo sistólico eyectivo en foco aórtico, irradiado a las carótidas.**
- **2º ruido ausente o con desdoblamiento paradójico (severidad).**
- 4º ruido.

ECG y radiografía de tórax.



Valvulopatías

ESTENOSIS AÓRTICA

¿Qué datos debe aportar el ecocardiograma?

- Apertura reducida y en cúpula de los velos valvulares.
- Grado de fibrosis y calcificación de los velos valvulares.

	Área valvular (cm ² .)	Gradiente medio (mmHg.)	Velocidad chorro A (m/s.)
• EA leve:	> 1,5	< 25	<3
• EA moderada:	1 - 1,5	25 – 40	3-4
• EA severa:	< 1	> 40	>4

- Dimensiones VI. FE VI.
- Tamaño AI.
- ¿Valvulopatías asociadas?.



Valvulopatías

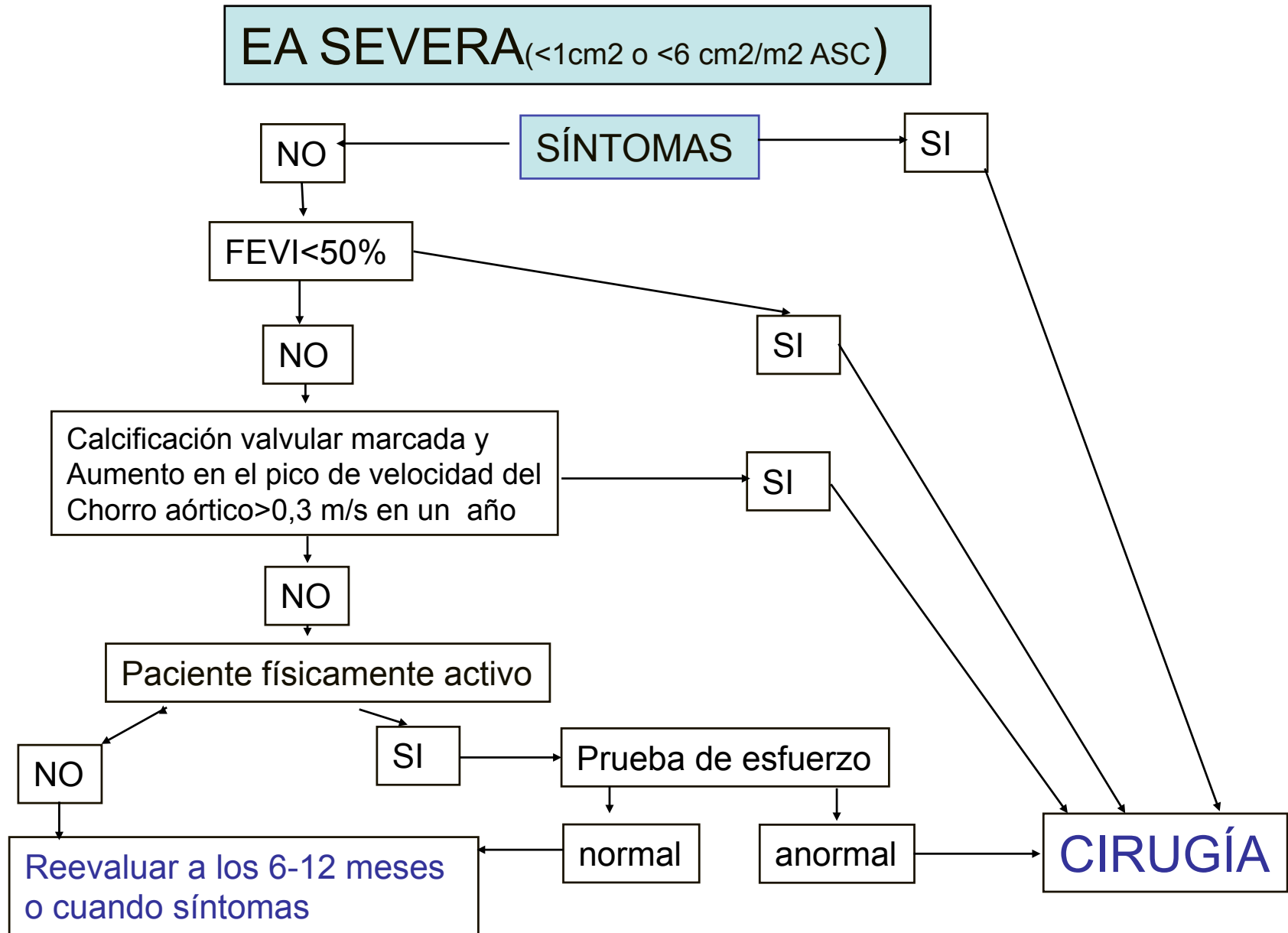
ESTENOSIS AÓRTICA

INDICACIONES ECOCARDIOGRAMA

- Diagnóstico y valoración de la severidad.
- Pacientes con EA para valorar el VI (medida y función).
- Pacientes con EA si existen cambios en signos/síntomas.
- Pacientes con EA embarazadas.
- Pacientes con EA ASINTOMÁTICOS (severas: anual, moderadas: cada 1-2 años, leves: cada 3-5 años).



ESTENOSIS AÓRTICA



Valvulopatías
ESTENOSIS AÓRTICA

CONTROLES SERIADOS

EDUCACIÓN: importancia del seguimiento y necesidad de informar sobre actuación ante síntomas.

PACIENTES SINTOMÁTICOS: Derivar para control y valoración de cirugía.

PACIENTES ASINTOMÁTICOS: Valorar progresión clínica y hemodinámica de la enfermedad: cada año/seis meses.

ECOCARDIOGRAMA:

- LEVES: 3-5años.
- MODERADA: 1-2 años.
- SEVERA: cada año.



Valvulopatías
ESTENOSIS AÓRTICA

TRATAMIENTO MÉDICO

No tratamiento médico específico en pacientes asintomáticos, en sintomáticos el tratamiento es la cirugía

La progresión de la estenosis aórtica degenerativa es un proceso activo que comparte muchas similitudes con la **aterosclerosis**...¿ Modificar factores de riesgo?: datos contradictorios con estatinas e iecas.

Pacientes:

- Insuficiencia cardiaca: digital, diuréticos, IECAS, evitar BETABLOQUEANTES.
- HTA debe ser tratada titulando con precisión: evitar hipotensión.
- Importante mantener el ritmo sinusal.

Actividad física en asintomáticos:

- No restricción en EA leve.
- En pacientes con EA moderada-severa no se recomiendan competiciones deportivas que requieran alta actividad muscular (se puede realizar prueba de esfuerzo).

