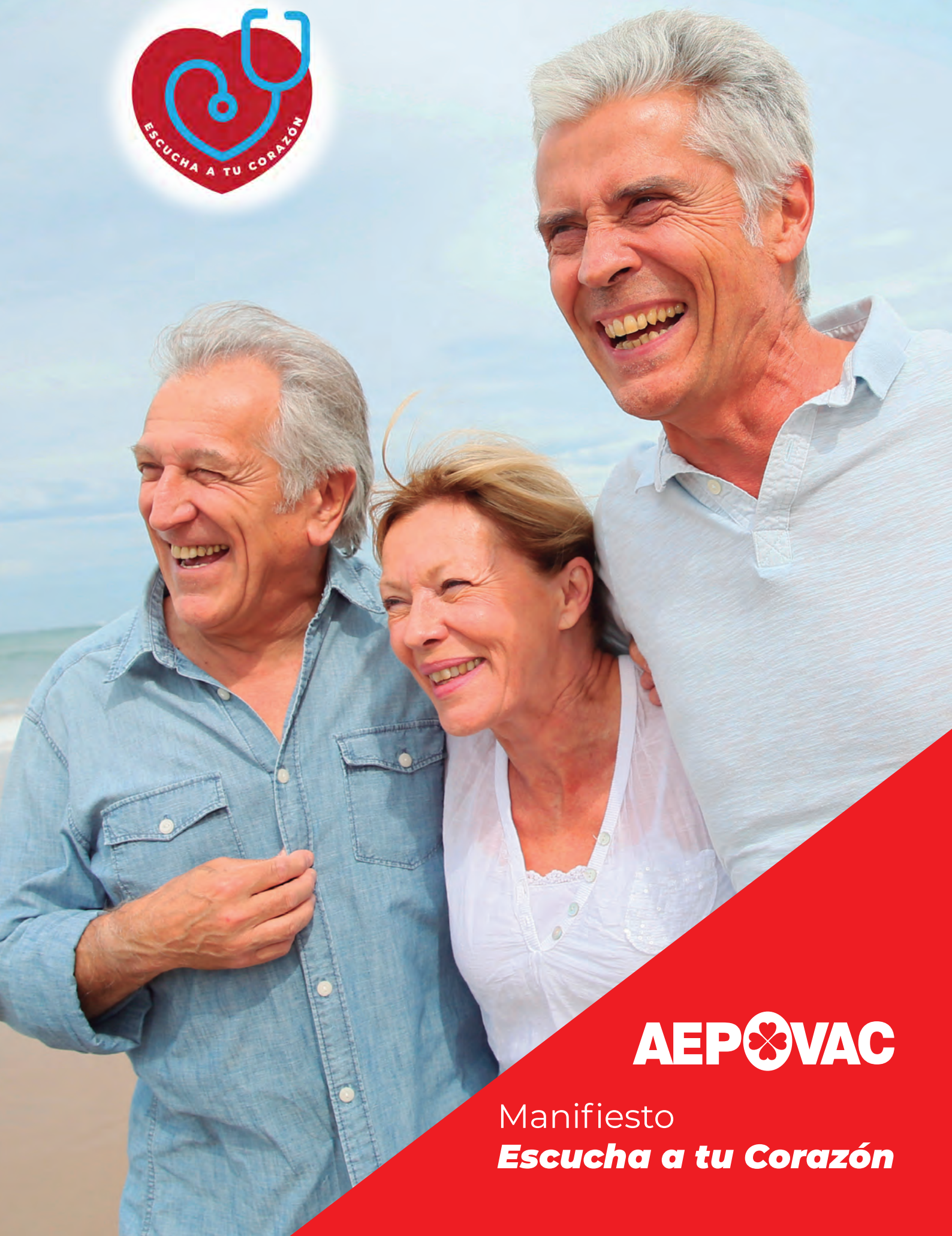




AEP  **VAC**

Manifiesto

Escucha a tu Corazón

Nada pesa tanto como el corazón cuando está cansado.
Juan Zorrilla de San Martín



María Cecilia Salvador González Presidenta de AEPOVAC



Como Presidenta de la Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardíacas y Anticoagulados (AEPOVAC) me complace presentar este trabajo, el primer Manifiesto sobre Valvulopatías. Con él hemos pretendido, y humildemente espero que lo hayamos conseguido, mostrar de una manera sencilla y cercana una enfermedad que, aunque conocida, es la más ignorada y la menos tratada de las cardiopatías existentes.

Actualmente, un ejemplo claro de la escasa concienciación mencionada, son las bajas cifras de conocimiento y preocupación sobre la estenosis aórtica en nuestro país. Apenas el 9% de las personas en España son conscientes (8,6%) o se muestran preocupadas (7,4%) por la enfermedad, a pesar de ser la forma más común de deficiencia de las válvulas cardíacas.

Por ello hemos considerado que es un buen momento para hablar de las válvulas del corazón y dar visibilidad a todo lo relacionado con ellas. Tenemos la oportunidad de concienciar al público en general de que la falta de diagnóstico y consecuente tratamiento puede provocar insuficiencia cardíaca y ser potencialmente mortal, además de suponer una mayor saturación para nuestros sistemas de atención sanitaria por problemas cardíacos que bien podrían haberse evitado.

El diagnóstico y el tratamiento tempranos, por tanto, son vitales si queremos reducir la morbilidad y la necesidad de ingresos hospitalarios así como prolongar la vida y garantizar que las personas que sufren una valvulopatía puedan desempeñar un papel más activo en sus comunidades. Es muy importante que se reconozca el derecho a la información y a conocer más sobre los tipos de prótesis valvulares y sus diferencias para que, de esta manera, todo paciente pueda ejercer el derecho a decidir sobre su tratamiento junto a la ayuda del especialista.

Esta necesidad urgente de dar a conocer la enfermedad, se ha visto reforzada con la institucionalización del **8 de septiembre como Día Europeo de Concienciación de las Valvulopatías**, lo que se ha conseguido aunando diferentes organizaciones y asociaciones de pacientes con valvulopatías de toda Europa.

AEPOVAC se siente muy orgullosa de representar a los Portadores de Válvulas Cardíacas en España en esta campaña europea y quiere aportar en este día las experiencias de sus miembros, así como dar el primer y más importante paso para ayudar a garantizar que cualquier ciudadano de la Unión Europea sea informado, diagnosticado y tratado por una enfermedad valvular. Esto contribuirá, no solo a conocer el perfil de la enfermedad, sino también a que un mayor número de potenciales pacientes opten por las vías correctas de diagnóstico y tratamiento para ayudar a lograr los mejores resultados posibles, siendo éste precisamente nuestro objetivo último.

Por otra parte, desde la Asociación queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los profesionales, sin cuya valiosa y desinteresada colaboración no hubiese sido posible la elaboración de este Manifiesto.

Por último, y no por ello menos importante, queremos agradecer su colaboración a todos los pacientes que han ofrecido su testimonio, aunando positividad y esperanza, así como a los miembros de la Junta Directiva de la Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardíacas y Anticoagulados (AEPOVAC) que han respaldado en todo momento la consecución de este documento.

María Cecilia Salvador González

Introducción

Panorama español

Hablan los profesionales

Testimoniales de los pacientes

Conclusiones

Referencias

Panorama Regional de Cataluña



Descubriendo las valvulopatías

¿Qué son las valvulopatías?

Nuestro corazón tiene cuatro válvulas (mitral, aórtica, pulmonar y tricúspide) que desempeñan un papel fundamental en el buen funcionamiento del corazón. Cuando las válvulas funcionan correctamente, sus movimientos de apertura y cierre consiguen que con cada latido la sangre se mueva en la dirección correcta entre las cavidades del corazón y llegue al resto de nuestro cuerpo. Las valvulopatías son un conjunto de enfermedades causadas por un mal funcionamiento de una o más válvulas del corazón que puede ser de dos tipos:

1. La válvula no se cierra correctamente dando lugar a que la sangre retroceda en lugar de avanzar, es lo que se conoce como insuficiencia o regurgitación valvular.

2. La válvula no se abre completamente, lo que dificulta el paso de la sangre. Este estrechamiento es conocido como estenosis u obstrucción valvular.

Las valvulopatías suponen para el corazón un trabajo añadido en su cometido de bombear el volumen de sangre necesario a nuestro cuerpo. Con el transcurso del tiempo esta carga añadida produce un debilitamiento del músculo cardíaco que, sin el tratamiento adecuado, puede llevar a la insuficiencia cardíaca^{1,2}.

¿Son frecuentes las valvulopatías?

¿Cuáles son sus causas?

Según reflejan las estadísticas, **tres de cada cien personas mayores de 65 años en España sufre alguna valvulopatía de moderada a grave**³ y se prevé que el número de afectados siga creciendo como consecuencia del aumento de la población de edad avanzada⁴. Y es que una de las causas de daño valvular es el envejecimiento, además de las infecciones (fiebre reumática), los defectos valvulares de nacimiento o padecer ciertas enfermedades del corazón⁵⁻⁷.

¿Cuáles son los síntomas?

Las valvulopatías **pueden pasar desapercibidas durante muchos años sin mostrar ningún síntoma ya que su desarrollo es progresivo con el paso del tiempo**. Los síntomas que aparecen con más frecuencia son la sensación de falta de aire, la fatiga o cansancio, dolor en el pecho u otros síntomas como palpitaciones, tos o hinchazón de tobillos y pies; aunque pueden variar dependiendo qué tipo de válvula está afectada y de la gravedad del problema⁸.

La generalidad de estos síntomas provoca que, en ocasiones, la existencia de una valvulopatía se descarte y, en su lugar, se atribuya erróneamente a síntomas relacionados con el envejecimiento.

¿Cómo se diagnostican?

Las valvulopatías con frecuencia producen sonidos inusuales del corazón (conocidos como “soplos”) que se producen por la dificultad para el paso de la sangre a través de las válvulas dañadas. Estos sonidos son audibles y detectables cuando el profesional sanitario ausculta el pecho simplemente con la ayuda de un fonendoscopio.

Para confirmar el diagnóstico de valvulopatía la prueba más utilizada es el ecocardiograma, aunque también puede ser necesario realizar otras pruebas como la radiografía o el electrocardiograma⁸.

¿Cuál es el tratamiento?

El tipo de tratamiento depende fundamentalmente de qué válvula está enferma y de la gravedad del problema. **Así, en los casos en los que la valvulopatía no es grave puede ser suficiente con el mantenimiento de hábitos de vida saludable y el seguimiento de la enfermedad, sin necesidad de tomar ninguna medicación**. En los casos en los que la valvulopatía es grave y los medicamentos no son suficientes para controlar la enfermedad o no se toleran bien, puede ser necesaria la realización de cirugía para reparar o reemplazar la válvula dañada⁸.

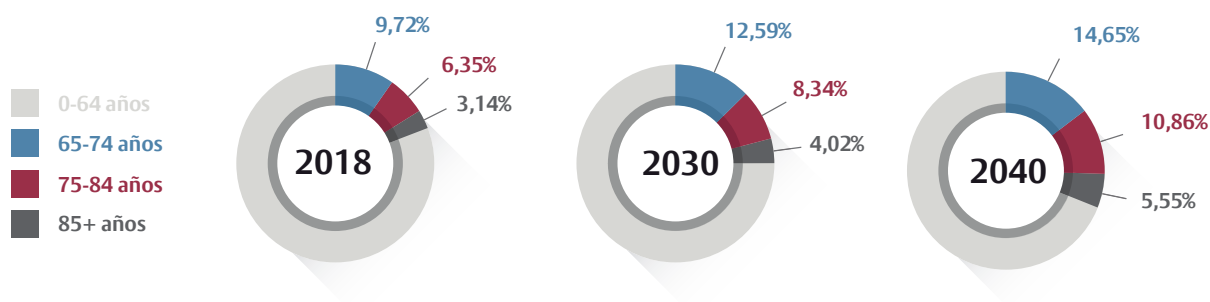


Cumplimos los pronósticos: Mayor de 65 años = Mayor riesgo de daño valvular

La probabilidad de desarrollar una valvulopatía aumenta con la edad. Aunque es difícil conocer los datos con exactitud debido a que en la mayoría de los casos la enfermedad es asintomática, se estima que alrededor del 2,5% de las personas mayores de 65 años que viven en países industrializados padece algún tipo de daño valvular moderado o grave¹. Estas estadísticas están en franco crecimiento debido al envejecimiento de la población, ya que en personas mayores de 75 años² este porcentaje asciende al 13%.

España es uno de los países del mundo en los que su población envejece más rápidamente, por lo que en nuestro país el panorama es muy similar. Alrededor de un 3% de las personas mayores de 65 años sufre algún tipo de daño valvular y las valvulopatías son las responsables de entre el 8 y el 26% de los casos de insuficiencia cardíaca³. Además, aunque las valvulopatías afectan con la misma frecuencia a hombres y mujeres^{1,2}, los datos reflejan que los problemas valvulares se detectan menos en mujeres² y que el tipo de valvulopatía que se diagnostica con más frecuencia en adultos es la estenosis aórtica³. No hay que olvidar que este tipo de enfermedades conllevan un deterioro funcional importante en la población de más edad. Por ello, estas enfermedades deberían formar parte de las estrategias políticas de envejecimiento que se desarrollan a nivel nacional, adaptando la inversión e innovación sanitaria a los nuevos desafíos demográficos.

Porcentajes de población en España



Concienciación social y el uso del fonendoscopio: nuestro talón de Aquiles

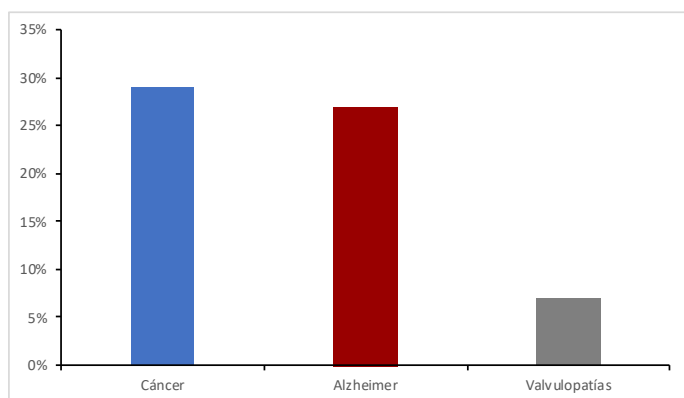
No nos consideramos grandes conocedores de las valvulopatías...

En 2017 se realizó la encuesta europea “Heart Valve Disease Awareness Survey⁴” en 11 países de la Unión Europea, entre ellos España. El objetivo de esta encuesta fue evaluar el grado de concienciación y conocimiento entre los mayores de 60 años sobre diferentes enfermedades, incluyendo las valvulopatías. **Sus resultados han revelado que la enfermedad que más preocupa a la población española en esta franja de edad es el cáncer (29%) seguida del Alzheimer (27%), mientras que sólo para el 7% de los encuestados las valvulopatías son el principal motivo de preocupación.** Todo ello a pesar de que la mortalidad anual por estenosis aórtica severa es considerablemente más alta que la atribuida al cáncer^{5,6}.

Por ello, aunque este porcentaje ha mejorado con respecto a la misma encuesta realizada en 2015, en la que sólo en torno al 2% de los encuestados señaló a las valvulopatías como su principal motivo de preocupación⁷, aún queda mucho por hacer. Y es que, a pesar de que el riesgo de padecer valvulopatías es más alto conforme aumenta la edad, la preocupación por las valvulopatías es más baja, precisamente, en las personas de más edad.

Tan sólo para el 2% en personas entre 70 y 74 años las valvulopatías suponen su principal motivo de preocupación, frente al 10% de sectores de población más jóvenes, entre los 60 y 64 años. Por otra parte, apenas el 8% de los encuestados reconoce estar familiarizado con las enfermedades valvulares, mientras que el 25 y 30% sí afirma conocer otras enfermedades cardíacas como las arritmias o el infarto.

La enfermedad que más preocupa a la población de +60 años



El uso del fonendoscopio: una cuestión pendiente

El diagnóstico de valvulopatía puede realizarse de forma temprana con un gesto tan sencillo como escuchar el corazón con un fonendoscopio durante una visita médica. Sin embargo, el uso de este instrumento es poco frecuente. En la encuesta “Heart Valve Disease Awareness Survey⁴”, el 46% de las personas encuestadas afirma que el uso que su médico hace del fonendoscopio para auscultar su corazón durante el transcurso de una visita es extremadamente raro.

En España esta práctica también sigue siendo un aspecto a mejorar, ya que **el 46% de las personas encuestadas afirma que rara vez su médico hace uso del fonendoscopio para auscultar su corazón durante el transcurso de una visita.** Estas cifras se alejan de las observadas en otros países europeos como Francia donde el uso de este instrumento está más extendido: hasta el 31% de los encuestados reconoce haber sido auscultado por su médico durante las visitas de seguimiento.

Por otra parte, alrededor del 12% reconoce que su médico de atención primaria no ha usado nunca el fonendoscopio con este fin, especialmente en mujeres de entre 70 y 74 años en las que el porcentaje alcanza el 15%. Sólo alrededor de un 22% de los participantes respondió que su médico utiliza el fonendoscopio en cada una de sus visitas al centro de salud, aunque este porcentaje apenas llega al 17% en el caso de las personas entre los 70 y los 74 años de edad.

Además, los resultados de esta encuesta han revelado diferencias importantes en cuanto al uso que se hace del fonendoscopio entre las distintas regiones españolas. Así, en zonas del norte y centro de España, el 32% de los encuestados afirma ser explorado en cada visita con este instrumento frente a zonas del noreste de España donde este porcentaje roza el 10%.



La importancia de “contar” los síntomas

El 35% de los españoles consultados en la encuesta europea “Heart Valve Disease Awareness Survey” consideran que debería ser objetivo prioritario para el médico de atención primaria evaluar la presencia de enfermedad valvular en mayores de 65 años, situando este objetivo por delante de otros como la medida de tensión arterial o la detección de diabetes. Sin embargo, los profesionales de atención primaria señalan una tendencia actual al aumento en la carga asistencial, no solo en la cantidad sino en la intensidad de la misma, que dificulta la evaluación de los pacientes y la detección de valvulopatías.

Además, no todos los pacientes preocupados por la presencia de síntomas como dolor en el pecho o palpitaciones los comentan con su médico, lo que contribuye aún más a la dificultad de detectar este problema. De hecho, **los datos de este estudio reflejan que entre el 17 y el 21% de los encuestados considera extremadamente improbable comunicar a su médico la existencia de estos síntomas, especialmente si se trata de hombres mayores de 80 años.** No detectar a tiempo la presencia de síntomas de valvulopatía por atribuirlos de forma errónea al envejecimiento, puede traer consecuencias graves ya que más de la mitad de los pacientes con estenosis aórtica no tratada mueren en un plazo de dos años⁸.

España sigue su propia tendencia: las válvulas mecánicas ganan a las biológicas

El tratamiento quirúrgico está indicado en personas con valvulopatías en las que su vida peligra a corto plazo o en las que la enfermedad produce síntomas importantes que impiden llevar una vida aceptable. Esta cirugía consiste, bien en una reparación quirúrgica de una válvula para que funcione correctamente, o bien en su sustitución completa por una prótesis valvular. Mediante la sustitución valvular se cambia la válvula deteriorada por una prótesis que puede ser de dos tipos: mecánica o biológica.

Las válvulas mecánicas están fabricadas en materiales como el plástico o el metal, o incluso en modelos más recientes, por un pequeño cilindro de carbón pirolítico. Algunas de las ventajas del uso de este tipo de prótesis son que tienen una vida útil de entre 20 a 30 años y que son poco proclives a producir coágulos, embolias o hemorragias⁹. Pero su principal desventaja es que, con el tiempo, estas prótesis se obstruyen. Para evitar este problema los pacientes precisan tomar anticoagulantes orales diariamente y de forma indefinida. Por otra parte, las válvulas biológicas están hechas de tejido humano o animal (cerdo, vaca o caballo). El principal inconveniente de este tipo de prótesis es que tienen una duración limitada (12-15 años) y transcurrido este tiempo se suelen calcificar o desgarrar, siendo necesario intervenir quirúrgicamente para su reemplazo.

Diagnóstico de valvulopatía: sencillo y accesible

La auscultación de un sonido del corazón característico o “soplo” con un fonendoscopio durante una visita médica de rutina, suele ser el primer indicio de la existencia de un problema valvular y motivo de derivación a un cardiólogo. Una vez elevada la sospecha sobre los síntomas, se pueden realizar más pruebas para confirmar el diagnóstico; en especial, la ecocardiografía (ecografía del corazón) que permite obtener una imagen detallada de la estructura del corazón y sus válvulas así como conocer su funcionamiento.

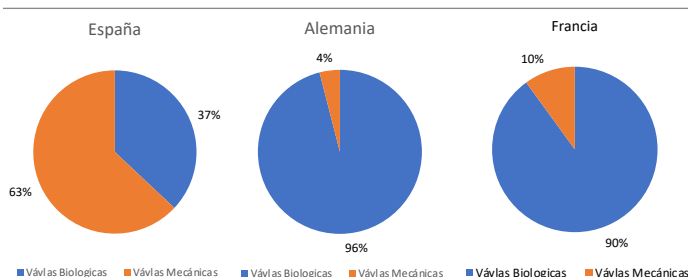
El tratamiento, ya sea mediante el reemplazo o la reparación de las válvulas dañadas, es eficaz para tratar los síntomas, mejorar la esperanza de vida y ayudar a los pacientes a recuperar una vida normal¹⁰.



En la Unión Europea se ha registrado un fuerte aumento en el uso de prótesis valvulares biológicas durante los últimos años¹¹. En países como Alemania y Francia el empleo de válvulas cardíacas biológicas como alternativa terapéutica a la estenosis aórtica alcanza porcentajes del 96 y 90%, respectivamente.

En España, en cambio, el uso de válvulas aórticas de tejido biológico sigue siendo muy inferior. Si bien desde la salida al mercado (año 1997) de las válvulas aórticas biológicas se ha registrado un incremento en unidades implantadas (últimos datos del año 2014), continúa existiendo una diferencia significativa entre el uso de las válvulas biológicas y las mecánicas.

Los datos disponibles muestran que en nuestro país sólo un 37% del total de válvulas aórticas implantadas corresponde a válvulas biológicas, mostrando un marcado predominio de implantación de las válvulas mecánicas frente a las biológicas¹². Además, el estudio de la situación dentro de España, ha detectado una variabilidad significativa en cuanto al uso de un tipo u otro de válvulas aórticas en las diferentes comunidades autónomas, oscilando el empleo de válvulas biológicas entre el 6% y el 73% del total de reemplazos valvulares¹².



PLAN DE CHOQUE

Concienciar
Solicitar
Informar

Concienciar

La información y concienciación social sobre las valvulopatías es clave a la hora de mejorar su detección. De hecho, **España es uno de los países con un mayor porcentaje de encuestados (alrededor del 91%) que desconocen qué es la estenosis aórtica, principalmente entre hombres mayores de 80 años.** Después de proporcionar información a los encuestados sobre qué es la estenosis aórtica y en qué consiste su diagnóstico y su tratamiento, el 34% reconoce estar más preocupado por las valvulopatías y muestra su intención de interesarse más por esta enfermedad.

Puesto que la falta de concienciación social sobre este problema dificulta la detección y diagnóstico de las valvulopatías, uno de los aspectos clave es **asesorar y concienciar a la población sobre los síntomas y diagnóstico de esta dolencia** mediante el llamamiento a los gobiernos, a las sociedades científicas y a la industria para que colaboren con las organizaciones de pacientes en la implementación de campañas nacionales.

Solicitar

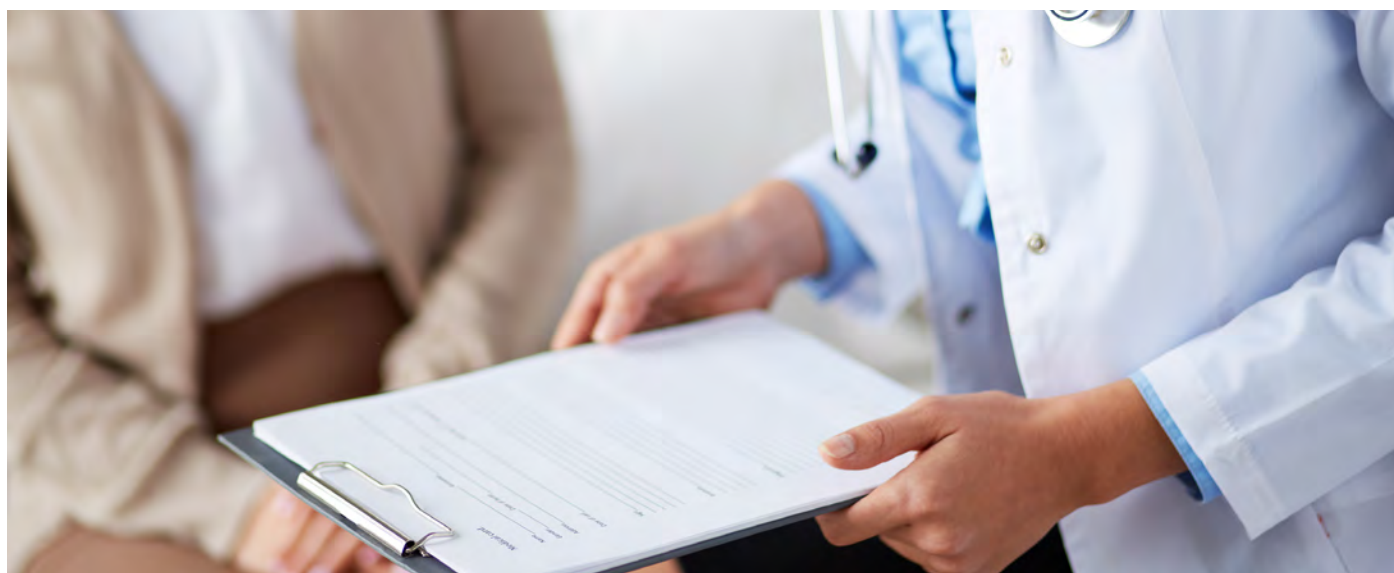
Aunque en términos generales el uso del fonendoscopio ha aumentado en España en un 8% en comparación con los resultados de encuestas previas, hemos visto que su uso aún continúa siendo escaso. De ahí que una de las propuestas de choque sea **solicitar a los gobiernos y a los pagadores que promuevan y financien revisiones periódicas para detectar la enfermedad valvular como parte del chequeo anual en mayores de 65 años**, ostentando así el derecho a solicitar el reconocimiento con fonendoscopio, al menos, una vez al año.

Informar

Existe la necesidad de mantener una relación de confianza entre pacientes y médicos acerca de las valvulopatías y su tratamiento, a fin de garantizar una población plenamente informada que comprenda sus síntomas y se lo comunique al especialista.

Por tanto, es importante garantizar el diagnóstico temprano de las personas que sufren alguna valvulopatía para que puedan recibir el tratamiento más adecuado lo antes posible y lograr una mayor calidad de vida en su vejez, lo que se consigue fomentando el acceso universal e igualitario de los pacientes a las terapias y tratamientos frente a las valvulopatías.

Por ello, una nueva llamada a la acción es **requerir a las autoridades sanitarias la creación de guías de actuación en el campo de las valvulopatías, estableciendo un protocolo claro desde el diagnóstico al tratamiento, que ayude a los profesionales médicos en la toma de decisiones y a los pacientes a entender y tomar parte en esa decisión.**



DR. JORGE SALAMANCA VILORA

Cardiólogo Clínico

Licenciado en Medicina por la Universidad de Valladolid. Especialidad en Cardiología en el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid. Acreditado en Cuidados Agudos Cardiológicos por la European Society of Cardiology y la Acute Cardiac Care Association. Actualmente trabaja como Cardiólogo clínico en el Hospital Universitario de La Princesa de Madrid.

Para el diagnóstico de una valvulopatía es fundamental, como en innumerables condiciones médicas, su sospecha. Podemos sospechar una valvulopatía ante una serie de distintos síntomas como son la disnea o la fatiga con los esfuerzos, las palpitaciones o el dolor torácico, por ejemplo. **Sin embargo estos síntomas son inespecíficos y su sola presencia no asegura la existencia de un problema valvular.**

Para confirmar el problema valvular recurriremos a una valoración y estudio médico que incluirá inicialmente una entrevista con el paciente, electrocardiograma y exploración física. Durante la exploración, una sencilla auscultación cardiaca con un fonendoscopio puede detectar soplos cardíacos que hagan sospechar una determinada valvulopatía.

Cuando un paciente es diagnosticado de una valvulopatía se abre un escenario con diferentes posibilidades. Las valvulopatías leves habitualmente no revisten gravedad e incluso no suelen precisar de un seguimiento por un médico especialista en cardiología. En aquellas de grado moderado o grave (frecuentemente denominadas severas) los pacientes requerirán seguimiento por el Cardiólogo y pueden llegar a precisar una intervención sobre la válvula, mediante cirugía o técnicas percutáneas menos invasivas. En algunos casos, además, los pacientes pueden precisar un tratamiento farmacológico destinado a controlar síntomas e incluso anticoagulación oral.

En los últimos años hemos asistido a un espectacular desarrollo de técnicas y materiales tanto para intervenciones quirúrgicas como percutáneas (mediante cateterismo cardíaco) para el tratamiento de los problemas valvulares. Actualmente somos, por ejemplo, capaces de implantar prótesis biológicas aórticas y reparar insuficiencias mitrales de forma cada vez menos invasiva mediante cateterismos cardíacos, lo que ofrece riesgos menores con excelentes resultados en algunos casos seleccionados. Es de esperar que estos avances crezcan y se consoliden en los próximos años ofreciendo progresivamente mayor calidad de vida y oportunidades terapéuticas a nuestros pacientes con valvulopatías.

DR. PABLO DíEZ VILLANUEVA

Cardiólogo - Presidente de la sección de Cardiología Geriátrica de la SEC

Licenciado en Medicina por la Universidad de Valladolid. Doctor en medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Cardiología en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Postgraduate Course in Heart Failure (European Society of Cardiology). Presidente Sección Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología. Actualmente trabaja como cardiólogo en el Hospital Universitario La Princesa de Madrid.

La prevalencia de las valvulopatías aumenta con la edad, lo que supone un aspecto a tener en cuenta dado el envejecimiento progresivo de la población. De hecho, hasta prácticamente un sexto de las personas de edad avanzada presenta algún tipo de valvulopatía significativa. Las valvulopatías pueden tener múltiples causas, siendo la degenerativa la principal causa en el paciente mayor, en el que las válvulas mitral y aórtica son las más frecuentemente afectadas.

Como se ha explicado previamente, la indicación de intervención en un paciente con afectación valvular depende del grado de severidad de la valvulopatía, y se basa fundamentalmente en la presencia de síntomas y alteraciones cardiológicas secundarias. En el paciente mayor, además, debe realizarse en primer lugar un abordaje integral y multidisciplinar, basado en una adecuada valoración geriátrica y de su expectativa de vida. En dicho abordaje se han de considerar aspectos como la presencia de comorbilidad y fragilidad, así como valorar otros factores con marcado impacto pronóstico como la situación funcional, social, y cognitiva.

La toma de decisiones debe centrarse en el paciente, respetando también sus preferencias y objetivos. De esta correcta evaluación depende la elección de la mejor estrategia terapéutica, evitando la futilidad y los riesgos inherentes a la intervención en pacientes con mala situación basal y baja expectativa de vida.

DR. JUAN CARLOS OBAYA REBOLLAR Médico de Atención Primaria

Médico de Familia en Centro de Salud de Alcobendas, Madrid. Doctor en Medicina por la Universidad de Salamanca. Profesor Asociado Universidad Europea de Madrid. Coordinador Grupo de Enfermedades Cardiovasculares de Somamfyc (Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria)

Las alteraciones en la funcionalidad de las válvulas cardíacas o valvulopatías constituyen una patología que aumenta en nuestro entorno por el aumento de la esperanza de vida de la población. En la actualidad, la etiología degenerativa es la más frecuente.

Síntomas generales como fatiga o cansancio, dificultad para respirar, palpitaciones y mareos pueden indicar la existencia de una valvulopatía. Su diagnóstico puede realizarse de manera precoz por parte del médico de familia con un gesto tan sencillo como la auscultación cardíaca con el fonendoscopio durante la visita médica.

El manejo compartido de esta patología está ampliamente extendido y abarca todos los estadios evolutivos de la enfermedad valvular: incluyendo desde el establecimiento de la sospecha clínica, el estudio y la cuantificación de su gravedad en las etapas iniciales, hasta el seguimiento y reevaluación periódica a largo plazo.

En este contexto de transversalidad las competencias del médico de familia. Son las siguientes:

Sospechar una valvulopatía, ya sea mediante la exploración física en un paciente asintomático, o tras la evaluación clínica de síntomas derivados de una posible valvulopatía.

Conocer los criterios de derivación al cardiólogo.

Realizar un seguimiento compartido del paciente.

Conocer y detectar precozmente posibles complicaciones en pacientes con prótesis valvulares así como la detección de los datos de descompensación en pacientes ya diagnosticados.

Controlar el tratamiento anticoagulante.

Por tanto, en pacientes con prótesis valvular es necesario vigilar de forma especial la aparición de cualquier cambio en la auscultación del soplo o ruido protésico a través del fonendoscopio.

DR. GUILLERMO REYES COPA Cirujano Cardiovascular

Jefe de servicio de Cirugía Cardíaca en el Hospital Universitario de La Princesa en Madrid. Realizó su residencia en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, con rotaciones externas en el Hospital de Salamanca y en el Hospital Louis Pradel en Lyon, Francia. Doctor con la calificación de sobresaliente cum laudem con la Universidad Complutense de Madrid posee Masters en Gestión de Administraciones Sanitarias, en Bioestadística y tiene el título Europeo de Master en Cirugía Cardíaca Mínimamente Invasiva. Autor de numerosas publicaciones científicas y comunicaciones a congresos, está especializado en técnicas de mínima incisión en cirugía cardíaca, reparaciones valvulares y del uso de injertos arteriales en cirugía coronaria.

El tratamiento quirúrgico de las valvulopatías ha sufrido en los últimos años una serie de avances tecnológicos y médicos realmente espectaculares permitiendo ofrecer lo mejor a nuestros pacientes a la vez que se reducen al mínimo los riesgos.

Cada vez son más los pacientes que son intervenidos por técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas. La patología de la válvula aórtica puede abordarse en la gran mayoría de los casos mediante una pequeña incisión de unos 7 cm, que permite implantar sin problemas tanto prótesis aórticas mecánicas como biológicas.

De la misma manera y mediante una incisión de 6-7 cm realizada entre dos costillas del lado derecho del tórax podemos reparar cualquier tipo de patología mitral y tricúspide sin necesidad de abrir el esternón. Todo esto nos permite eliminar el riesgo de infección ósea, reducir las transfusiones de sangre y proporcionar una recuperación mucho más rápida del paciente. Actualmente la cirugía cardíaca aporta soluciones definitivas a las valvulopatías de los pacientes con un riesgo realmente bajo.

Las válvulas biológicas tienen la ventaja de no precisar anticoagulación si bien su duración es limitada. Se siguen investigando fórmulas que permitan aumentar la durabilidad de estas válvulas, algo necesario a medida que aumenta la expectativa de vida de la población general. Esta se acerca al ideal de la prótesis valvular perfecta, que sería aquella que durase toda la vida del paciente y que no precisase anticoagulación.

Por último, la llegada de las válvulas percutáneas para el tratamiento de las valvulopatías ofrece una alternativa a pacientes que antes no podían operarse por tener un elevado riesgo quirúrgico. No solo el futuro es prometedor para estos pacientes, sino también su presente, ya que el tratamiento de las valvulopatías es un éxito en la gran mayoría de estos pacientes.

DR. FERNANDO ALFONSO MANTEROLA Cardiólogo Intervencionista

Licenciado en Medicina por la Universidad de Navarra. Especialidad de Cardiología en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Cardiólogo Intervencionista. Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

El perfil de los pacientes con enfermedad valvular de nuestro país ha cambiado de forma muy importante en las últimas décadas. Así, las secuelas valvulares graves ocasionadas por la fiebre reumática han ido disminuyendo de forma paulatina y, actualmente, afectan a un número relativamente reducido de pacientes. Sin embargo, la prevalencia de enfermedad valvular degenerativa ha crecido de forma muy importante asociada fundamentalmente al envejecimiento de la población.

Durante estos años, el diagnóstico de estos pacientes también ha mejorado. Clásicamente se requería realizar un cateterismo cardíaco para un diagnóstico correcto de la gravedad de la afectación de las diferentes válvulas cardíacas. Actualmente la ecocardiografía Doppler permite realizar de forma no invasiva un diagnóstico preciso de la repercusión hemodinámica causada por las alteraciones de las diferentes válvulas. Además, la valoración de la posible existencia de enfermedad coronaria asociada también puede realizarse en muchos pacientes de forma no invasiva con un TAC coronario.

La cardiología intervencionista también ha revolucionado el tratamiento de muchos pacientes valvulares. Actualmente, se pueden implantar válvulas aórticas biológicas de forma totalmente percutánea y con el paciente despierto, para el tratamiento de la estenosis aórtica degenerativa senil. Inicialmente, esta intervención se reservaba para los pacientes inoperables, o bien de muy alto riesgo quirúrgico pero, hoy en día, también puede ofrecerse a pacientes de riesgo intermedio o incluso de bajo riesgo quirúrgico cuando su edad es avanzada. En algunos pacientes bien seleccionados también pueden realizarse intervenciones percutáneas para reparar la válvula mitral.

En cualquier caso, **la decisión debe realizarse valorando todas las posibilidades de forma conjunta por el equipo cardíaco ("heart team")**, en el que cardiólogos clínicos, especialistas de imagen cardíaca, cardiólogos intervencionistas y cirujanos cardíacos, analizan y deciden cual es la mejor opción de tratamiento para cada paciente de forma individualizada.

BEATRIZ TERRES MARTÍNEZ Enfermera de Cardiología

Grado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Madrid. Experta en Insuficiencia Cardíaca, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. Máster en Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Complutense de Madrid. Experto Universitario en Cuidados Críticos, Escuela Internacional de Ciencias de la Salud. Madrid. Actualmente trabaja como Enfermera Asistencial en el Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

En los últimos años, las enfermedades de las válvulas cardíacas han experimentado cambios muy importantes. Hace unas décadas, eran patologías que tenían mayor incidencia en pacientes jóvenes (consecuencia de la fiebre reumática). Sin embargo, en la actualidad, las valvulopatías se diagnostican más frecuentemente en personas mayores.

Nos encontramos ante una situación difícil en muchos casos, pues el hecho de que estas enfermedades afecten sobre todo a personas de avanzada edad, obliga a tomar decisiones difíciles y complejas respecto a la mejor estrategia terapéutica a seguir. Hay que valorar el riesgo – beneficio que supone para muchos de estos pacientes una intervención quirúrgica que implique la sustitución o reparación valvular.

El paciente actual es un paciente con mejor formación, más exigente, y con mayor acceso a la información. En un primer contacto con ellos a través de la valoración y la entrevista inicial de enfermería, vemos como éstos enfermos no solo entienden su diagnóstico, sino que en muchos casos, también conocen las alternativas de tratamiento de las que pueden disponer.

A pesar de todo ello, no es infrecuente encontrarnos con pacientes que, a pesar de contar con la información necesaria y conocer los recursos adecuados a su alcance, se encuentran temerosos e inseguros ante el proceso evolutivo de su enfermedad. Hay que tener en cuenta que cuando estas patologías valvulares se diagnostican, en muchos casos ya se han puesto de manifiesto síntomas comunes en estos enfermos como disnea, retención de líquidos, fatiga, síncope y/o mareos.

Desde los equipos de enfermería se intenta siempre abordar la relación con el paciente desde un enfoque global de la persona y su entorno. Trabajamos conjuntamente para concienciar al enfermo y sus familias de la importancia que tiene su colaboración e implicación en todos estos procesos. **Un paciente informado maneja herramientas más efectivas para reconocer y actuar ante descompensaciones o posibles recaídas.**

CRISTINA ÁLVAREZ

“Con mis 71 años me considero una persona muy activa. Comencé con síntomas como dificultad para respirar y cansancio que fueron empeorando progresivamente hasta que en 2015 fui diagnosticada de estenosis aórtica. Me implantaron una válvula TAVI y me recuperé de una forma sorprendentemente rápida tras la operación. Mi vida ha cambiado radicalmente desde entonces, los síntomas que padecía han desaparecido y he podido retomar las actividades que solía hacer. Ahora mi calidad de vida ha mejorado significativamente y puedo volver a bailar, una de mis grandes pasiones”.

CRISTINA DÁVALOS

“Tengo 30 años y me implantaron una válvula biológica hace un año en una operación pionera en España. Desde entonces, mi vida ha experimentado un giro radical, sobre todo a nivel físico. La decisión de implantarme una válvula biológica estuvo motivada por los potenciales beneficios de este nuevo dispositivo. Los médicos que me atendieron consideraron que dada mi juventud (29 años en el momento de la operación) y mi deseo de ser madre, este modelo de implante era el ideal ya que no requiere realizar un tratamiento anticoagulante posterior.

Ya no me considero una persona enferma puesto que, después de la operación, disfruto de una vida normal y realizo actividades que antes eran impensables, como practicar deporte. Ahora me gusta estar activa, situación muy diferente a la vida sedentaria de antes de la cirugía. Los síntomas que sufría, como la fatiga, limitaban mucho mi actividad diaria por lo que he experimentado un gran cambio claramente positivo”.

ÁGUEDA PÉREZ

“Con 4 años me diagnosticaron un soplo congénito en el corazón que me provocó una insuficiencia aórtica por la que tuve que ser operada a los 16 años. Me sustituyeron la válvula aórtica por una válvula metálica, y además, tenía una pequeña estenosis mitral. Después de la intervención he tenido otros problemas de salud como una hepatitis C, que superé en 2003, y dos intervenciones por quistes de ovarios, pero mi salud cardíaca no se ha visto afectada.

A pesar de la prótesis valvular cumplí mi sueño de ser madre con un parto natural que, hoy a mis 53 años, puedo decir que supuso una de las mejores experiencias de mi vida. Por otra parte, me gusta compartir el mayor tiempo posible con mi familia, me gusta practicar yoga, salir a caminar y viajar.

En cuanto a mi vida laboral, también se ha desarrollado de forma normal, sin que mi problema haya coartado en modo alguno mi desarrollo profesional, siendo en la actualidad responsable de logística de una compañía”.

PEDRO GALLARDO

“Tengo 82 años. Padezco fibrilación muscular y he sido sometido a una cirugía de bypass. Además, hace dos años me implantaron una válvula biológica. Después de la operación, mi vida cambió por completo. Los síntomas que padecía, como la dificultad para respirar o la fatiga, han desaparecido y he podido retomar las actividades que realizaba antes. Ahora, a pesar de mi edad y de otras dolencias que padezco, tengo más calidad de vida y puedo salir a caminar sin cansarme. Esto último es uno de mis grandes pasatiempos, recorriendo cada día 8 km diarios”.



1. Dado el envejecimiento que se ha observado a nivel general en la población europea, la carga asociada a las enfermedades valvulares va en aumento. Pero a pesar de los grandes avances en la gestión de pacientes con enfermedades cardiovasculares que se han desarrollado en toda Europa en los últimos tiempos, en España aún queda mucho por hacer en cuanto al manejo de pacientes que sufren algún tipo de valvulopatía.
2. Los datos y declaraciones expuestas a lo largo de este documento ponen de manifiesto la existencia de una serie de aspectos clave que se han de mejorar en cuanto a la atención de pacientes con valvulopatías.
3. **La concienciación social sobre las enfermedades valvulares constituye uno de los principales desafíos que hemos de afrontar si queremos mejorar la salud de las personas con esta dolencia. Se ha de proporcionar información clara y concisa sobre qué son y cuáles son los síntomas de estas enfermedades, especialmente entre los sectores de la sociedad de edad más avanzada.** En este sentido sería muy útil la colaboración entre gobiernos, sociedades científicas, pacientes y la industria para el desarrollo e implementación de campañas de concienciación nacionales.
4. Otro de los objetivos de mejora a considerar es **la realización del diagnóstico de la enfermedad valvular de forma precoz. Promover actuaciones tan sencillas como el uso del fonendoscopio durante las visitas rutinarias de atención primaria en personas de edad avanzada, puede resultar de gran ayuda al profesional sanitario a la hora de evaluar de forma activa la presencia de enfermedad valvular.** Además, otras estrategias clave para conseguir este objetivo podrían ser la financiación de revisiones periódicas anuales para detectar la enfermedad valvular en mayores de 65 años, o la creación de guías de actuación que ayuden a los profesionales sanitarios a la toma de decisiones compartidas con estos pacientes.
5. Un tercer aspecto clave a tener en cuenta a la hora de mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren una valvulopatía es **mejorar el acceso al tratamiento de esta enfermedad.** Y es que el tratamiento, ya sea mediante el reemplazo por una prótesis biológica o la reparación de las válvulas dañadas, ha demostrado ser eficaz para tratar los síntomas, **mejorar la esperanza de vida y ayudar a los pacientes a recuperar la normalidad.**
6. Creemos que la mejora de estos tres aspectos clave extraídos de los datos recogidos en este documento garantizaría una mejor asistencia a los pacientes con enfermedad valvular y, lo que es más importante, contribuiría a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes apoyando simultáneamente el envejecimiento positivo de nuestros mayores.
7. Desde AEPOVAC esperamos seguir trabajando en este sentido junto a pacientes, profesionales sanitarios, responsables políticos y gobiernos con el objetivo de mejorar el diagnóstico y tratamiento de pacientes que sufren una enfermedad valvular en España.



DESCUBRIENDO LAS VALVULOPATÍAS

1. Ng ACT, Prihadi EA, Antoni ML, Bertini M, Ewe SH, Ajmone Marsan N, et al. Left ventricular global longitudinal strain is predictive of all-cause mortality independent of aortic stenosis severity and ejection fraction. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging* [Internet]. 2017 Jul 28 [cited 2018 Jun 20]; Available from: <https://academic.oup.com/ehjcmimaging/article/19/8/859/4055928>
2. Klaeboe LG, Haland TF, Leren IS, Ter Bekke RMA, Brekke PH, Røsjø H, et al. Prognostic Value of Left Ventricular Deformation Parameters in Patients with Severe Aortic Stenosis: A Pilot Study of the Usefulness of Strain Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* [Internet]. 2017 Aug [cited 2018 Jun 20];30(8):727–735.e1. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0894731717303504>
3. Ferreira-González I, Pinar-Sopena J, Ribera A, Marsal JR, Cascant P, González-Alujas T, et al. Prevalence of calcific aortic valve disease in the elderly and associated risk factors: a population-based study in a Mediterranean area. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2013 Dec 7 [cited 2018 Jun 20];20(6):1022–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22679252>
4. Spencer, G. US bureau of the census: Projections of the population of the united states, by age, sex and race: 1988 to 2080. Current Population 1989. p.118.
5. Olson LJ, Subramanian R, Ackermann DM, Orszulak TA, Edwards WD. Surgical pathology of the mitral valve: a study of 712 cases spanning 21 years. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 1987 Jan [cited 2018 Jun 20];62(1):22–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3796056>
6. Topilsky Y, Khanna A, Le Tourneau T, Park S, Michelena H, Suri R, et al. Clinical context and mechanism of functional tricuspid regurgitation in patients with and without pulmonary hypertension. *Circ Cardiovasc Imaging* [Internet]. 2012 May 1 [cited 2018 Jun 20];5(3):314–23. Available from: <http://circimaging.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/CIRCIMAGING.111.967919>
7. Sagie A, Schwammenthal E, Padial LR, Vazquez de Prada JA, Weyman AE, Levine RA. Determinants of functional tricuspid regurgitation in incomplete tricuspid valve closure: Doppler color flow study of 109 patients. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 1994 Aug [cited 2018 Jun 20];24(2):446–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8034882>
8. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2014 Jun 10 [cited 2018 Jun 20];63(22):e57–185. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109714012790>

PANORAMA ESPAÑOL

1. Lung B, Vahanian A. Epidemiology of acquired valvular heart disease [Internet]. Vol. 30, Canadian Journal of Cardiology. Elsevier; 2014 [cited 2018 Jun 21]. p. 962–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X14001688?via%3Dihub>
2. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *Lancet* [Internet]. 2006 Sep [cited 2018 Jun 21];368(9540):1005–11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606692088>
3. Ferreira-González I, Pinar-Sopena J, Ribera A, Marsal JR, Cascant P, González-Alujas T, et al. Prevalence of calcific aortic valve disease in the elderly and associated risk factors: A population-based study in a Mediterranean area. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2013 Dec 7 [cited 2018 Jun 21];20(6):1022–30. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2047487312451238>
4. CensusWide. Estenosis aórtica – ¿Qué se sabe? Encuesta “Heart Valve Disease Awareness Survey” 12.821 personas en Europa +60. Noviembre 2017. Datos de archivo.
5. New Heart Valve. Aortic Stenosis Facts: Data on file, Edwards Lifesciences LLC. Analysis courtesy of Murat Tuczu, MD, Cleveland Clinic. Available at: <https://newheartvalve.com/hcp/about-aortic-stenosis/>.
6. National Cancer Institute. SEER Cancer Stat Fact Sheets. Seercancer.gov. Available at: <http://seer.cancer.gov/statfacts/>. Accessed June 2018 [Using constant hazard ratio].
7. Gaede L, Di Bartolomeo R, Van Der Kley F, Elsässer A, Lung B, Möllmann H. Aortic valve stenosis: What do people know? A heart valve disease awareness survey of over 8,800 people aged 60 or over. *EuroIntervention*. 2016;12(7):883–9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27283409>
8. Turina J, Hess O, Sepulcri F, Kräyenbühl HP. Spontaneous course of aortic valve disease. *Eur Heart J* [Internet]. 1987 May [cited 2018 Jul 4];8(5):471–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3609042>
9. Bridgewater B, Dalrymple-Hay M, Lloyd C, McCarthy P, Prendergast B, Smith D, et al. Heart Valve Voice. Giving a voice to those with Heart Valve Disease. A Heart Valve Voice White Paper. 2015. Available at: https://www.heartvalvevoice.com/application/files/6714/6005/9042/White_paper.pdf Accessed June 2018. 2014 [cited 2018 Jul 4]; Available from: https://www.heartvalvevoice.com/application/files/6714/6005/9042/White_paper.pdf
10. Kvidal P, Bergström M, Malm T, Ståhl E. Long-term follow-up of morbidity and mortality after aortic valve replacement with a mechanical valve prosthesis. *Eur Heart J* [Internet]. 2000 Jul 1 [cited 2018 Aug 24];21(13):1099–111. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1053/ehj.2000.1862>
11. M, Kappetein AP. Mechanical versus bioprosthetic aortic valve replacement [Internet]. Vol. 38, European Heart Journal. 2017 [cited 2018 Sep 3]. p. 2183–2191. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28444168>
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas CMBD. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadisticas/microdatos.do>

Con la colaboración de:



AEP  **VAC**

Con la colaboración de:



Edwards

Manifiesto
***Escucha a tu
Corazón***