



PRÓTESIS VALVULARES

1 GENERALIDADES

Tipos:

1. Mecánicas: Bola, monodisco, doble disco
2. Biológicas: Autoinjerto, homoinjerto, heteroinjerto (con/sin soporte)

Indicaciones de prótesis mecánica:

1. Amplias expectativas de vida
2. Ya tienen una prótesis mecánica en otra posición
3. Con insuficiencia renal, en hemodiálisis o con hipercalcemia
4. Necesitan ACO por factores de riesgo tromboembólicos*
5. ≤ 70 años

* FA, FE < 35%, embolia previa, estados hipercoagulabilidad.

Indicaciones de prótesis biológica:

1. No pueden o no quieren tomar ACO
2. > 70 años sin factores de riesgo tromboembólicos
3. Problemas de adaptación al tratamiento dicumarínico

2 MANEJO DE LOS PACIENTES CON PRÓTESIS VALVULARES

2.1 Recomendaciones generales

- ❖ Profilaxis de endocarditis (ver guía específica)
- ❖ Terapia antitrombótica
 - Mecánicas: ACO con INR entre 2-3 (RVA) y 2,5-3,5 (RVM). Mas alto si FR tromboembólicos
 - Biológicas: Se recomienda ACO durante los primeros 3 meses, sobretodo en las mitrales, luego AAS 100 o ACO si FR tromboembólicos. Sin FR tromboembólicos se acepta antiagregación desde el principio
 - Si embolia a pesar de tto adecuado: Aumentar INR o asociar AAS o pasar a ACO si estaba tomando solo AAS

2.2 Anticoagulación en la mujer embarazada

Se puede optar por una de las siguientes, teniendo en cuenta que la heparina se asocia a complicaciones en la madre pero no tiene riesgo de embriopatía a diferencia de la ACO que si tiene riesgo de embriopatía (5-10%) sobre todo de la semana 6 a la 12. Por ello en la decisión debe participar la madre y su pareja.

Dx embar	1 trim	36 sem
Heparina	ACO	Heparina
ACO	ACO	Heparina

No datos con HBPM



3 SEGUIMIENTO

- ❖ Primera visita a **las 4-6 semanas** de la intervención. Completa, incluyendo anamnesis, exploración física, analítica, hemograma, ECG y Rx tórax.
- ❖ ECOCARDIO si no se hizo al alta, o existe disfunción sistólica ventricular o control de derrame pericárdico postcirugía.
- ❖ Luego seguimiento clínico anual en casos no complicados, sin lesiones residuales, con FE normal y sin hipertensión pulmonar o ligeramente elevada
- ❖ No ecos rutinarios en prótesis mecánicas
- ❖ En biológicas: Eco anual a partir del quinto año en mitrales y del octavo en aórticas
- ❖ Si existe regurgitación periprotésica hacer los ecos cada 3-6 meses según severidad.

4 COMPLICACIONES

4.1 Tipos de complicaciones

- ❖ Disfunción protésica intrínseca
- ❖ Disfunción protésica extrínseca. Fuga perivalvular
- ❖ Trombosis de la prótesis. Sobre todo en mecánicas, en posición mitral y con tratamiento anticoagulante inadecuado
- ❖ Endocarditis: 1-4% de las prótesis se infectarán a lo largo de la vida del paciente. 15-20% de las endocarditis de un hospital terciario.
 - Precoz (< 2 meses) por St aureus o Gram-.
 - Tardía por streptococo
- ❖ Insuficiencia cardíaca: Progresión de lesión en otra válvula, por HTP, por disfunción ventricular o más raramente por pericarditis constrictiva.
- ❖ Tromboembolismo sistémico: Hasta un 6%-año.
- ❖ Accidente hemorrágico: Hasta 5%-año. Sobre todo si se asocia AAS

4.2 Tratamiento de las complicaciones

- ❖ Trombosis protésica: Remitir a centro con cirugía cardíaca. Comenzar con heparina IV en bolo más perfusión que suele ser eficaz en trombos menores de 5 mm. Si existen síntomas severos se indica cirugía urgente. Fibrinólisis en casos de cirugía de muy alto riesgo o en pacientes no trasladables por su gravedad o en prótesis derechas. Si estable valorar fibrinólisis pero, peores resultados en prótesis mitral, con trombos crónicos asociados a pannus. Riesgo de embolismo es del 20% en prótesis izquierdas. 5% de hemorragias mayores
- ❖ Endocarditis: Precisan estudio ETE. Hemocultivos para identificar germen. Antibióticos que cubran St Aureus. Malos resultados solo con antibióticos. Tendencia a **enfoque médico quirúrgico** en casos de endocarditis temprana (sobre todo en los 2 primeros meses), que cursa con insuficiencia cardíaca, con abscesos o dehiscencias, causada por hongos, por gram negativos, y en caso de fiebre y bacteriemia tras una semana de antibióticos adecuados.
- ❖ Tromboembolismo: Siempre descartar otras causas.



❖ Otras complicaciones:

- Por disfunción (fugas paravalvulares).
- Por hemorragias severas por los ACO.
- Por anemia hemolítica severa (sin disfunción protésica). Valorar betabloqueantes
- Por mismatch ($< 0.85 \text{ cm}^2/\text{m}^2$). Valorar recambio si severo ($< 0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$) y muy sintomático