

3. VALVULOPATÍAS Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

VALVULOPATÍAS

La *estenosis mitral (EM)* es la obstrucción al flujo de sangre desde la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo por alteración de la válvula mitral. Los síntomas más frecuentes de la EM son la disnea de esfuerzo progresiva y las arritmias supraventriculares que pueden evolucionar a disnea de esfuerzo o a edema agudo de pulmón con invalidez de la clase funcional III-IV (NYHA), que en ocasiones requieren recambio valvular.

También son frecuentes la hemoptisis, la tos, la infección bronquial, la endocarditis infecciosa, la insuficiencia cardíaca en el embarazo y los embolismos sistémicos.

La EM es más frecuente en mujeres y se puede asociar a otras valvulopatías. También puede observarse en personas de edad avanzada por calcificación degenerativa, y menos frecuentemente por mixoma de aurícula izquierda u origen congénito.

En la *insuficiencia mitral (IM)* una cantidad de sangre vuelve desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula izquierda durante la sístole ventricular, debido a un fallo en el mecanismo de cierre de la válvula mitral. La causa más frecuente es la fiebre reumática en la juventud (más habitual en mujeres), aunque cada vez es más común por afectación degenerativa y por calcificación de la válvula mitral. Son menos frecuentes las causas genéticas o por enfermedades del tejido conjuntivo.

La astenia se manifiesta más frecuentemente que la disnea por insuficiencia cardíaca, pero a la larga se produce insuficiencia cardíaca congestiva.

El prolapso de la válvula mitral es frecuente en mujeres, y los síntomas con frecuencia se confunden con patología de origen psicossomático, como crisis de ansiedad, palpitaciones, nerviosismo, temblor, opresión torácica, sensación de disnea o dificultad para hacer esfuerzos.

En los casos que no se asocia a enfermedad principal, el paciente suele mejorar si está tranquilo y evita los excitantes y el alcohol.

La *estenosis aórtica (EA)* es el estrechamiento de la válvula aórtica que dificulta el flujo de salida de la sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la arteria aorta. La angina (*angor pectoris*), o dolor en el pecho cuando el músculo del corazón no recibe suficiente sangre, es el síntoma más frecuente de la EA.

El síncope, que indica mal pronóstico, aparece en el 15-20% de los pacientes con síntomas.

La disnea de esfuerzo y la insuficiencia cardíaca por fallo de bomba indican que la supervivencia se acorta. En los casos seleccionados se requiere el abordaje quirúrgico.

En la *insuficiencia aórtica (IA)* la válvula no cierra bien y hay un flujo anormal de sangre en diástole desde la aorta hacia el ventrículo izquierdo por mal funcionamiento de la válvula aórtica. La forma aguda de IA se caracteriza por la aparición súbita de insuficiencia cardíaca. La forma crónica por afectación reumática o enfermedad de la raíz aórtica se manifiesta con síntomas tardíos por insuficiencia cardíaca con disnea de esfuerzo, ortopnea y disnea paroxística.

3. VALVULOPATÍAS Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

La angina de esfuerzo y la nocturna pueden ser complejas, y son frecuentes las palpitaciones, con extrasístoles mal toleradas.

En la *estenosis tricúspide* hay una obstrucción (estrechez) al paso de la sangre en diástole desde la aurícula derecha al ventrículo derecho. La estenosis tricúspide aislada es rara, generalmente de origen reumático con afectación del corazón izquierdo. Se suele acompañar de valvulopatía mitral.

En la *insuficiencia tricúspide* hay un paso anormal de sangre desde el ventrículo derecho hacia la aurícula derecha en sístole. Puede estar ocasionada por afectación reumática, endocarditis o alteraciones congénitas. También suele asociarse a otras valvulopatías. Predominan los síntomas por fracaso derecho con edemas en piernas, ascitis, ictericia, hepatomegalia. En ausencia de hipertensión pulmonar, no se requiere tratamiento quirúrgico.

La estenosis o insuficiencia de la válvula pulmonar son poco frecuentes en los adultos, sobre todo la estenosis, y rara vez son graves para requerir tratamiento específico.

Consejos sobre valvulopatías en la conducción

- ▶ La conducción se desaconseja en los casos de disnea de esfuerzo y congestión pulmonar, hemoptisis repetidas y riesgo de complicaciones añadidas.
- ▶ El tratamiento médico permitirá valorar la recuperación de la función cardiaca y la posibilidad de conducir, siempre con el informe favorable del especialista.
- ▶ El recambio valvular conlleva un periodo de recuperación más o menos prolongado durante el cual no se puede conducir, hasta que el especialista lo permita ante la adecuada recuperación de la función cardiaca.
- ▶ El paciente que requiera medicación anticoagulante o antiagregante debe saber del mayor riesgo que tiene de sufrir hemorragias ante pequeños golpes, por lo que debe extremar su seguridad en la conducción.
- ▶ Los conductores sin síntomas con tratamiento preventivo de la endocarditis pueden conducir.
- ▶ En los casos de enfermedad asociada causante de la insuficiencia mitral, la conducción se permitirá cuando la función cardiaca se encuentre reestablecida, la enfermedad de base controlada, y siempre a criterio del facultativo según la evolución del paciente.
- ▶ La cirugía conlleva un periodo de recuperación más o menos prolongado durante el cual no se puede conducir, hasta que el especialista lo permita ante la adecuada recuperación de la función cardiaca.
- ▶ El prolapso de la válvula mitral no suele interferir con la conducción, salvo en los episodios sintomáticos.
- ▶ El paciente se encontrará mejor si se relaja, y de esta manera aumentará su seguridad al volante.
- ▶ Antes de conducir, no se debe consumir excitantes ni alcohol.
- ▶ No se debe conducir con síntomas o con riesgo de muerte súbita. Si el paciente comienza con síntomas durante la conducción, debe parar el vehículo inmediatamente en una zona libre de accidentes y pedir ayuda.

3. VALVULOPATÍAS Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

Consejos sobre valvulopatías tricuspídeas

- ▶ El tratamiento médico es el de la valvulopatía mitral asociada y las posibilidades para la conducción dependen de la gravedad de las mismas.
- ▶ El paciente sintomático con disnea, con angina o con riesgo de síncope no puede conducir, aunque lleve tratamiento médico.
- ▶ El especialista valorará la recuperación de la capacidad funcional del paciente, en respuesta al tratamiento médico o quirúrgico, indicando si puede volver a conducir y en qué momento.