

EPIDEMIOLOGIA DE LA INSUFICIENCIA MITRAL EN TERUEL. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL

Dr. Jose Martínez Mendieta¹ / Dr. Joan Izquierdo Alabau¹ / Dr. Asensio Martínez Pérez¹ / Dña. Eva Martín Sánchez² / Dra. Yulia Perova¹ / Dra. Cristina Gargallo¹

¹ Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Enfermera Cardiología/Pruebas funcionales. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La insuficiencia mitral (IM) ha sufrido un gran cambio en los últimos 20 años en nuestro país, tanto a nivel etiológico como si hablamos de su tratamiento.

El control de algunas enfermedades infecciosas con los nuevos antibióticos así como el envejecimiento de nuestra población son factores determinantes para comprender estos cambios en torno a la patología mitral. Además la introducción de nuevos métodos de tratamiento para la anuloplastia mitral, como el mitraclip percutáneo, está permitiendo abarcar un mayor número de pacientes en los que el tratamiento quirúrgico va a ser de elección¹.

Por estos cambios y por la necesidad de conocer la situación de la población de nuestra provincia, Teruel, nace este estudio. Donde de un modo descriptivo observacional vamos a establecer los criterios que presentan nuestros pacientes así como con que tratamiento de los que disponemos estamos los profesionales médicos manejando dicha patología y las concomitantes.

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia Mitral, valvulopatía, mitraclip

ABSTRACT

Mitral insufficiency has been changing in a huge manner in the past 20 years in our country, as in its etiology as well as in the treatment given. The better control over many infectious diseases with the newest antibiotics as the aging of our population are main factors to understand all the changes around the mitral valve pathology. Furthermore the newcoming surgical methods, as the percutaneous Mitraclip, are allowing to choose the surgery treatment option in more patients previously rejected.

Due to these changes and the need of knowing the situation of the population in our county, Teruel, this epidemiological study was born. A study where, in a descriptive and observational way we can clear up the different criteria that our patients present and how the physicians are dealing to improve their health and life.

KEY WORDS

Mitral insufficiency, valvulopathy, mitraclip

INTRODUCCIÓN

Desde finales del pasado siglo, la cardiopatía valvular ha experimentado un interés creciente, tanto por sus cambios en su forma de presentación y en su etiología como por los nuevos algoritmos de manejo que han ido surgiendo con los avances de las últimas décadas.

El desarrollo exponencial desde mitad del siglo XX de la medicina basada en la evidencia ha permitido unas mejores condiciones socio-sanitarias que sitúan a nuestro país, España, como el tercero con mayor esperanza de vida, solamente por detrás de Japón y Suiza².

Es por esto, y por el aumento de eficacia en las últimas décadas en el tratamiento de enfermedades infecciosas, como el estreptococo beta hemolítico, que las enfermedades de características degenerativas han tomado una principal prevalencia en la actualidad.

La literatura de la que disponemos hoy en día nos indica como Insuficiencia mitral a toda lesión que produzca un cierre defectuoso de la válvula que une la aurícula izquierda con el ventrículo izquierdo produciendo una fuga hacia la aurícula que se conoce como regurgitación.

Las principales causas que pueden provocar dicha lesión y que veremos en nuestro estudio son: degenerativas, que básicamente provocan un agrandamiento del anillo; congénitas, éstas pese a estar presentes al nacimiento pueden diagnosticarse más adelante; reumáticas, las más comunes en los últimos años; funcionales, causadas por alguna enfermedad que provoca el mal funcionamiento de la válvula, como pueden ser los procesos isquémicos; iatrogénicas, lesión producida por el profesional durante un procedimiento médico invasivo. En la mayoría de ocasiones se diagnostica con un estudio ecocardiográfico realizado en paciente bien por patología cardinal como puede ser disnea, fatiga, dolor precordial, edemas... o por el hallazgo casual de un soplo cardíaco en pacientes asintomáticos. Los tratamientos se pueden clasificar en los de carácter farmacológico y los quirúrgicos, donde destaca la sustitución valvular, la plastia de la misma y el mitraclip^{3,4,5}.

El objetivo de nuestro estudio se centra en realizar un estudio epidemiológico poblacio-

nal de pacientes con Insuficiencia Mitral en el entorno de influencia del Hospital Obispo Polanco de Teruel; así como conocer las distintas variables que pueden estar relacionadas con la prevalencia de dicha valvulopatía y conocer a que tipo de tratamiento están siendo sometidos estos pacientes.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de forma prospectiva al plantear la necesidad de conocer la prevalencia en nuestra sociedad y recabar los datos durante el transcurso de 3 años. Dichos datos fueron tratados con el programa SPSS así como las tablas y gráficas.

La población de estudio estuvo formada por aquellos pacientes diagnosticados de insuficiencia mitral moderada, significativa o severa en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, estudiados y diagnosticados mediante ecografía transtorácica en el servicio de cardiología. Los datos recogidos son al diagnóstico de la insuficiencia mitral de la base de datos ecográficos del Departamento de Cardiología de Hospital Obispo Polanco, de forma prospectiva y obviando aquellos que no cumplían los criterios de inclusión.

El periodo de estudio comprende desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2020, ambas fechas inclusive. La recogida de datos fue simultánea a la aparición de los casos y su estudio y revisión se realizó en enero de 2021.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados mediante 2 o más ecocardiografías.
- Que dichas ecocardiografías reflejasen un diagnóstico de IM moderada, significativa o severa.

Criterios de exclusión:

- Ausencia de patología mitral en el estudio.
- Pacientes con IM leve en el diagnóstico, al no precisar los mismos de un estudio tan completo inmediato.

Originales

Durante el estudio ecocardiográfico también se observó y se notifica en el estudio la función del ventrículo izquierdo. Esto se hizo mediante el conocimiento de si había insuficiencia aórtica, la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) (establecida por los criterios Framingham⁸) y la dilatación anatómica del ventrículo izquierdo.

Las variables de estudio se recogen en la siguiente tabla: (Tabla 1):

VARIABLE	DESCRIPCION	TIPO
Sexo	Hombre, mujer	Cuantitativa continua
Edad	Edad en años	Cualitativa dicotómica
Índice de Masa Corporal (IMC)	Normal (<25), sobrepeso (25-30), obesidad tipo 1 (30-35), obesidad tipo 2 (>35)	Cualitativa nominal
Ritmo cardiaco	Ritmo sinusal o Fibrilación auricular	Cualitativa dicotómica
Grado de insuficiencia mitral	Moderada, significativa, severa.	Cualitativa ordinal
Etiología	Degenerativa, congénita, reumática, funcional, yatrogénica	Cualitativa nominal
Clase funcional por escala New York Heart Association (NYHA) 6	NYHA I, NYHA II, NYHA III, NYHA IV	Cualitativa ordinal
Dilatación de ventrículo izquierdo	Si existe dilatación del ventrículo izquierdo en el estudio por ecocardiografía	Cualitativa dicotómica
Fracción de Eyección de Ventrículo Izquierdo (FEVI)	Valor en porcentaje de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en cada latido	Cuantitativa continua
Insuficiencia renal asociada	No, moderada (60-30), severa (<30)	Cualitativa nominal
Zona de la lesión 7	Zona de la válvula que presenta la lesión:	
Festones anteriores, festones posteriores, ambos festones	Cualitativa nominal	
Tratamiento	Presenta el tratamiento al que estaban sometidos a día 31/12/2020.	
Mitraclip, otra cirugía, tratamiento médico, pendiente de valoración para cirugía, no consta.	Cualitativa nominal	

Tabla 1.

RESULTADOS

Durante el periodo de 3 años de estudio se recogieron 43 pacientes que cumplían los criterios de inclusión; excluyendo del mismo al resto de pacientes visto por el servicio de cardiología que no cumplían los mismos. Del total de los pacientes 24 fueron mujeres (55,8%) y 19 fueron hombres (44,2%). Comprendidos entre los 43 y los 86 años de edad, siendo la mediana 74 y la media 71,58 años (desviación estándar 9,649). También se estudió parámetros como peso y talla dando lugar a un cálculo del índice de masa corporal (IMC) donde encontramos: 15 pacientes con normopeso (34,9%), 14 con sobrepeso (32,6%), 12 con obesidad tipo I (27,9%) y 2 pacientes que presentaban obesidad tipo II (4,7%).

En el electrocardiograma 22 de los pacientes presentaban una fibrilación auricular (51,2%), estando 21 en ritmo sinusal (48,8%).

Se midió el grado de insuficiencia mitral en el ecocardiograma (figura 1) para determinar las diferentes necesidades de tratamiento encontrando: 7 pacientes con insuficiencia moderada (16,3%), 15 pacientes con insuficiencia significativa (34,9%) y 21 pacientes que presentaban en el ecocardiograma insuficiencia severa (48,8%). En cuanto al conocimiento del dato subjetivo de la sensación de disnea que presentaban los pacientes, recogiendo dichos datos en valor de la escala de la New York Heart Association (NYHA) nos encontramos con los siguientes resultados: 4 pacientes sin limitación ni disnea en las actividades físicas habituales con NYHA I

Originales

(9,3%), 16 pacientes que presentaban ligera limitación y disnea con NYHA II (37,2%), 16 pacientes que presentaba una marcada limitación al realizar actividades básicas con NYHA III (37,2%) y finalmente 7 pacientes con disnea de reposo y limitación total con NYHA IV (16,3%).

Al hablar de la etiología de la valvulopatía (figura 2), encontramos que 12 pacientes presentaban una IM degenerativa (27,9%), 4 pacientes presentaban características congénitas (9,3%), 14 pacientes sufrían de una IM por enfermedad reumática (32,6%), 12 pacientes teniendo defectos funcionales (27,9%) y quedando solo 1 con una IM yatrogénica (2,3%).

Dichas etiologías podían afectar por grupos a los festones anteriores de la válvula mitral, a los posteriores o a ambos a la vez; de este modo, vemos que en 25 pacientes estaban afectos tanto los festones anteriores como los posteriores (58,1%), solo los posteriores en 13 pacientes (30,2%) y los anteriores en 4 pacientes (9,3%); quedando 1 paciente (2,3%) donde no se especificó por diversos motivos el lugar de la lesión en ninguna de las ecocardiografías realizadas.

Al observar si los pacientes presentaban insuficiencia aórtica se pudo observar que 17 pacientes no presentaban insuficiencia aórtica mientras que en 26 pacientes si que se objetivó regurgitación en dicha válvula. Los datos de la FEVI recogidos nos arrojan una FEVI máxima de 80 y una mínima de 22 siendo la media aritmética entre todos los pacientes de 57,79 (desvia-

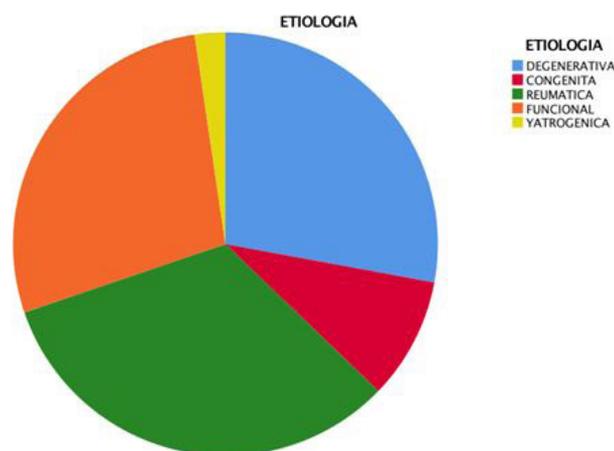


Fig. 2. Etiología de la Insuficiencia mitral.

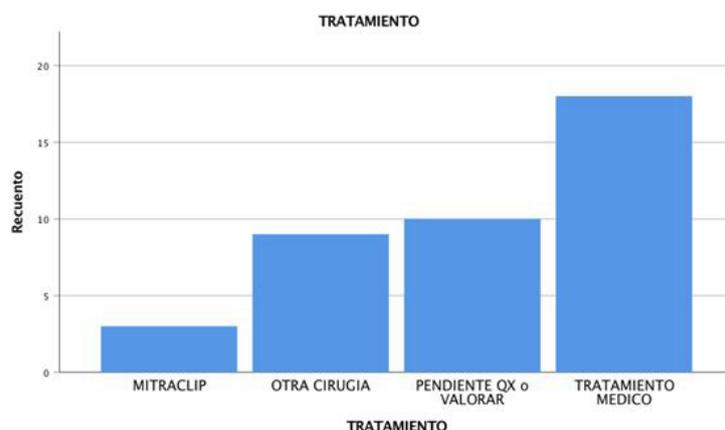


Fig. 3. Tratamiento de elección para la insuficiencia mitral.



Fig. 1. Grado de insuficiencia mitral.

ción estándar 12,365). Encontrando 11 pacientes (25,6%) con una FEVI inferior a 50% de modo que se encontraría con una insuficiencia moderada o severa; estando los 32 restantes (74,4%) con una FEVI superior a 50% y sin insuficiencia cardíaca sistólica.

Dada la importancia del sistema renal cuando existe una afectación del corazón 9, se recogió datos del filtrado glomerular de base de los pacientes encontrando 31 pacientes (72,1%) que no presentaban ningún grado de insuficiencia renal y teniendo a 12 pacientes (27,9%) con insuficiencia renal de moderada a grave y dentro de estos 1 (2,3%) con insuficiencia terminal y tratamiento con diálisis.

Originales

Por último, en cuanto al tratamiento establecido para dichos pacientes (figura 3) vemos a 18 pacientes (41,9%) con tratamiento médico definitivo no quirúrgico, 3 pacientes (7%) tratados con Mitraclip percutáneo, 9 pacientes (20,9%) con otro tipo de tratamiento quirúrgico, mientras 10 pacientes (23,3%) se encuentran a la espera de los resultados de la valoración quirúrgica. En 3 casos (7%) no consta el tipo de tratamiento al que están siendo sometidos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En los datos vemos como la etiología degenerativa es la más frecuente en la población de Teruel, al tratarse de una población envejecida vemos como el resto de etiologías van teniendo menos importancia. Del mismo modo podemos encontrar una prevalencia baja de causa yatrogénica, dado que el avance en la medicina y en la tecnología nos permite realizar cada vez intervenciones más seguras y protocolizadas.

En lo referente al grado de insuficiencia nos encontramos con un gran número de pacientes que presentan insuficiencia severa su-

poniendo el 48,8% del total. Pese a que no se ha realizado un estudio analítico podemos ver como esto se refleja también en la NYHA donde encontramos al 71,4% de los pacientes con dicha regurgitación severa una disnea según la escala de III o IV, haciendo imposible el realizar la mayoría de sus actividades cotidianas.

Por todo esto es importante el avance de los tratamientos donde podemos observar que el 51,2% de los pacientes han sido tratados de forma quirúrgica o están a la espera de la valoración de que tipo de cirugía es conveniente en su caso.

Como conclusión podemos extrapolar el resultado de nuestro estudio y compararlo a otros con un mayor número de pacientes estudiados¹⁰. Encontrando similitudes en la etiología y en la situación presente de los pacientes; y sobretodo, observando que, pese a los diferentes tiempos establecidos para la introducción de las nuevas técnicas en nuestro hospital, encontramos ya un cambio en la actitud terapéutica y en la introducción de nuevos sistemas como el Mitraclip.

Originales

BIBLIOGRAFÍA

1. Luis Nombela-Franco et al. Avances en el tratamiento percutáneo de la Insuficiencia mitral. *Revista española de Cardiología*. 66(7):566-588
2. Global Health Observatory Data Repository. (CSV). Geneva. Switzerland. World Health Statistics 2015, World Health Organization, 2020. (Consultado en diciembre 2020)
3. Clínica universitaria de Navarra, Insuficiencia Mitral por el Dr. Hernandez.
Felipe Hernández Hernandez. Insuficiencia Mitral. (Sitio Web) Clínica Universidad de Navarra. (Consultado en enero 2021) Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/insuficiencia-mitral>
4. Mayo Clinic syc-20350178 Rekha Mankad MD. Mitral regurgitation overview. (sitio web) Mayo Clinic. June 20th, 2019. (Consultado en enero 2021). Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mitral-valve-regurgitation/symptoms-causes/syc-20350178>
5. Ines Delgado et al. Mitraclip implantation under sedation. *Rev.Port.Cardiol*. 2018;37(8): 715.e1-715.e3.
6. New York Heart Association (NYHA), Classification of heart failure. MSDmanuals (internet) (Consultado en enero 2021) Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/professional/SearchResults?query=NYHA>
7. Javier G Castillo, Jorge Solís et al. Ecocardiografía quirúrgica de la válvula mitral. *Revista española de Cardiología*. 64(12): 1169-1181
8. A. Jimeno Sainz, V. Gil et al. Validez de los criterios de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca sistólica. *Rev.clin.esp*. 206. (10): 495-498
9. J. Díez. Enfermedad renal y patología cardiovascular. Bases fisiopatológicas de la asociación. *Rev.Nefro*. 24 (S6) Diciembre 2004: 0-235
10. Daniel Gaitán Román. Situación actual de la insuficiencia mitral: aspectos epidemiológicos y clínicos. *Cardio-core*.2012. 47(3): 91-93