

Guía de práctica clínica ESC/EACTS 2025 sobre
**el manejo de las
valvulopatías:
Información
para pacientes**



¿Qué son las guías de práctica clínica?

Las guías de práctica clínica son documentos creados por profesionales de la salud, científicos y pacientes. Están principalmente diseñadas para los profesionales de la salud, y en ellas se ofrecen recomendaciones basadas en las mejores evidencias disponibles. Las guías contribuyen a asegurar que los pacientes reciben la mejor atención posible.

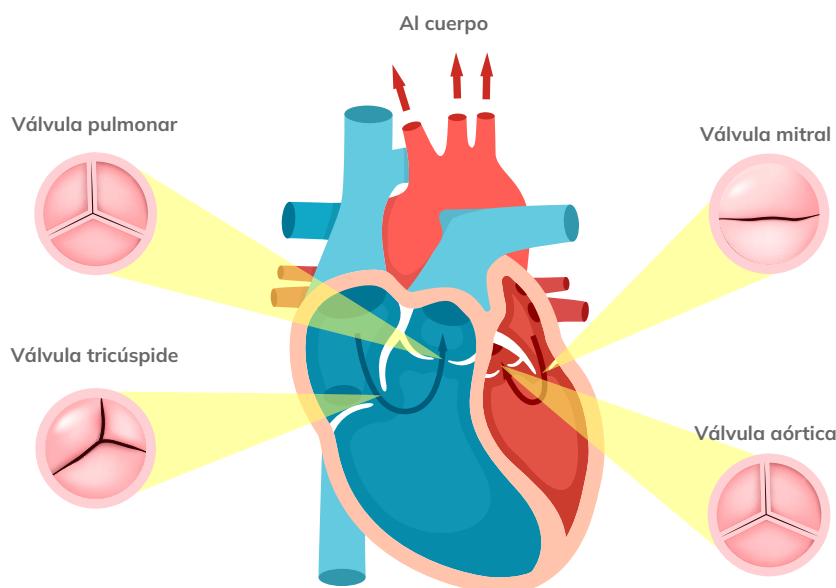
¿Qué me aportará este documento?

El presente documento se basa en la [Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología \(ESC\) y la Sociedad Europea de Cirugía Cardiotorácica \(EACTS\) 2025 sobre el manejo de las valvulopatías](#) y está diseñado para los pacientes y sus familias.

En esta guía se incluye un resumen de las recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de los distintos tipos de valvulopatías más comunes. Su objetivo es darte la confianza para colaborar con tu equipo de atención a la salud y tomar decisiones informadas.

¿Qué son las valvulopatías?

El corazón tiene cuatro válvulas, situadas entre sus cuatro cavidades. Cuando funcionan con normalidad, permiten que la sangre fluya en la dirección correcta.



Si una o más válvulas no se abren o se cierran correctamente, esto se conoce como valvulopatía o enfermedad valvular cardíaca.

Síntomas y causas

Los síntomas de una valvulopatía varían dependiendo de la válvula que esté afectada y de la extensión del daño. Los síntomas no siempre son obvios, incluso cuando la valvulopatía es grave. Entre los síntomas más comunes se incluyen:



Aumento del cansancio
(mayor al habitual)



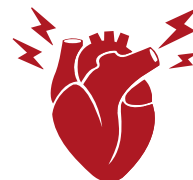
Falta de aire



Sentirse débil
o mareado



Hinchazón en
las piernas



Latidos rápidos o irregulares,
conocidos como "palpitaciones"

Algunas personas nacen con válvulas defectuosas (valvulopatías congénitas), pero, más frecuentemente, la valvulopatía aparece debido al uso y al desgaste asociado a la edad. Además, otras afecciones cardíacas, como un ataque al corazón previo, pueden resultar en una valvulopatía. En la fiebre reumática, la respuesta a la infección puede dañar lentamente las válvulas cardíacas. Las infecciones agudas, incluida la endocarditis, pueden causar daño de forma mucho más rápida. Algunos tratamientos contra el cáncer (p. ej., la radioterapia torácica y ciertos tipos de quimioterapia) también se asocian con un aumento del riesgo de valvulopatía, generalmente, muchos años después.

El daño a las válvulas cardíacas modifica la velocidad y la dirección del flujo sanguíneo a través de las propias válvulas. La primera sospecha de valvulopatía surge cuando se ausculta el corazón a través de un fonendo durante una exploración médica rutinaria. Si se oye un soplo es posible que el paciente necesite más pruebas.

Diagnóstico y manejo general

Idealmente, cada persona con una valvulopatía debería recibir atención de profesionales de la salud con conocimiento especializado.

Si sospechas que tienes una valvulopatía, deben derivarte a una **unidad especializada en valvulopatías**. En estas unidades existen procesos estandarizados para asegurar un diagnóstico a tiempo, así como el tratamiento y la monitorización del problema a lo largo del tiempo.

Exploración clínica

Si existe sospecha de una valvulopatía, un profesional de la salud especializado llevará a cabo una exploración física completa. En ella, auscultarán los ruidos del corazón y los pulmones a través de un fonendo. El profesional de la salud comprobará la falta de aire, el cansancio y la hinchazón, así como si eres capaz de llevar a cabo actividades normales de la vida diaria.

Los análisis de sangre también se pueden utilizar para comprobar la salud del corazón. Los niveles elevados de marcadores como el péptido natriurético cerebral (BNP, por sus siglas en inglés) o las troponinas pueden indicar daño cardíaco.

También se registrarán otras afecciones cardíacas y enfermedades, para que los especialistas tengan una visión completa de tu estado de salud.

Imagen cardiaca

La forma más común de imagen cardiaca es la **ecocardiografía**. En ella, se utilizan ondas de ultrasonidos para producir imágenes de las distintas partes del corazón, incluyendo las válvulas y las cavidades. Normalmente, se lleva a cabo una ecocardiografía transtorácica (ETT), que conlleva presionar el cabezal del ecógrafo contra la piel y desplazarlo por el pecho.

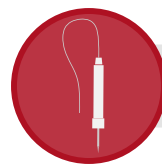
Si en la ETT no se aprecian suficientes detalles, puede ser necesaria una ecocardiografía transesofágica (ETE) en la que se toman imágenes desde el interior del cuerpo. El transductor del ecógrafo se pasa de forma muy cuidadosa por la garganta del paciente hasta el esófago para obtener imágenes más detalladas del corazón. El paciente puede estar sedado durante el procedimiento.

Otros tipos de imágenes pueden aportar información adicional, incluyendo si el paciente tiene las arterias bloqueadas (enfermedad arterial coronaria) u otros problemas cardíacos. Por ejemplo, con la **tomografía computarizada cardiaca** (TCC) se obtienen imágenes 3D de alta calidad del corazón y de los vasos cercanos. La resonancia magnética cardiaca (RMC) aporta imágenes muy detalladas de la estructura del corazón y muestra cómo de bien está funcionando.



Ecocardiografía transtorácica (ETT)

- Usada comúnmente para examinar las válvulas y las cavidades cardíacas
- Evalúa la función cardíaca y el daño
- Utilizada en el diagnóstico y la monitorización



Ecocardiografía transesofágica (ETE)

- Aporta más detalles si la ETT no es suficiente
- Generalmente, se suele realizar antes de un procedimiento valvular



Tomografía computarizada cardiaca (TCC)

- Aporta una imagen detallada del corazón y los vasos sanguíneos



Resonancia magnética cardiaca (RMC)

- Evalúa la función y la estructura del corazón

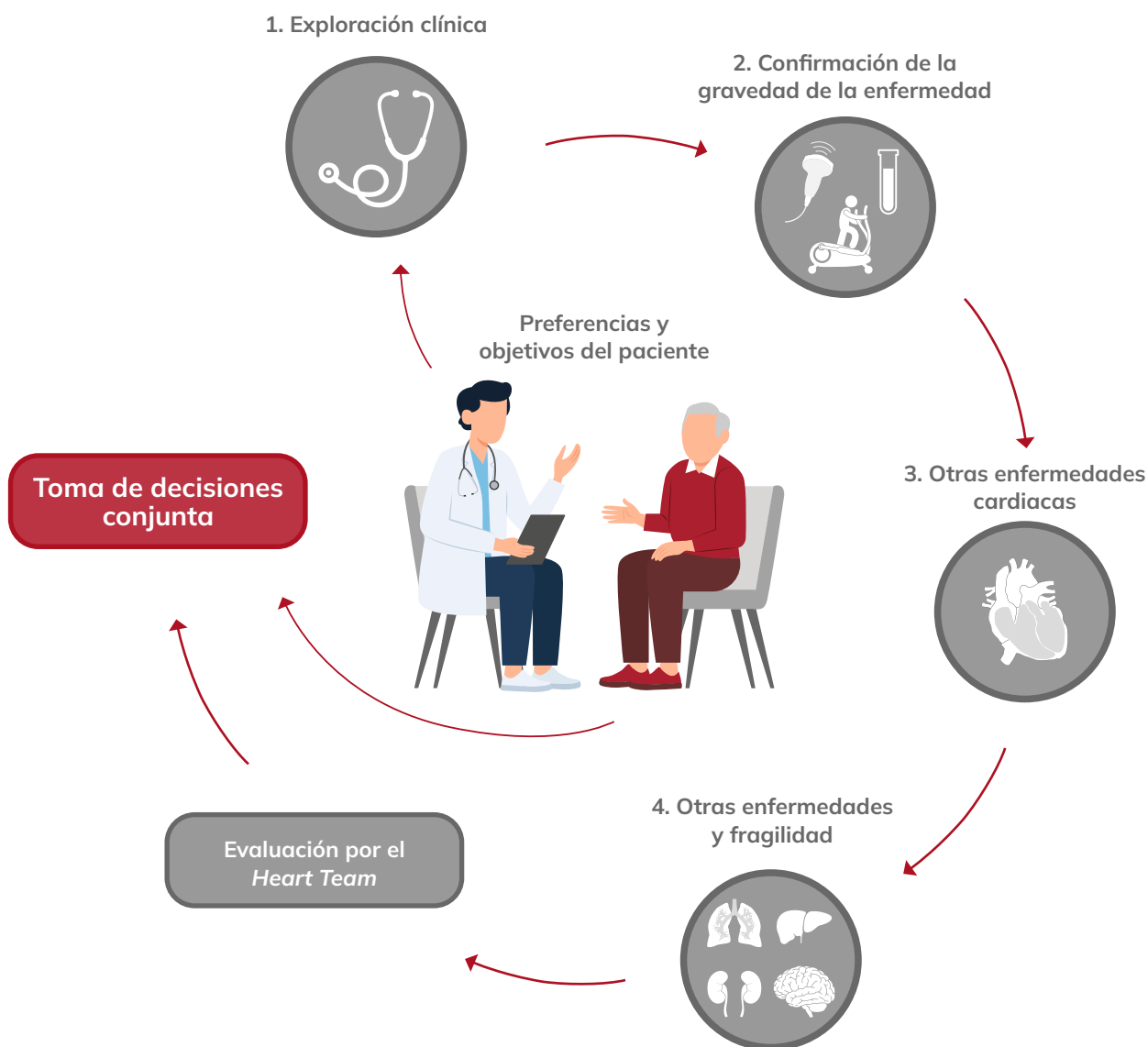
Las imágenes juegan un papel importante en el diagnóstico de las valvulopatías y ayudan a los profesionales de la salud a evaluar la gravedad del daño en la válvula y planear el seguimiento o la necesidad de tratamiento invasivo.

Además de las imágenes, puede llevarse a cabo un cateterismo cardíaco para evaluar las presiones en las cavidades y los pulmones. En este procedimiento, se inserta un tubo fino en una vena, que se guía hasta el lado derecho del corazón.

El Heart Team

Si se confirma un diagnóstico de valvulopatía, un grupo de especialistas se encargará de tu atención. Conocido como “el **Heart Team**” (“el equipo cardiaco”), este grupo suele estar formado por cardiólogos especializados en procedimientos valvulares, cirujanos cardiacos, cardiólogos expertos en técnicas de imagen y enfermeras especializadas en cardiología. Si es necesario, también pueden incorporarse otros profesionales de la salud.

Juntos te ayudarán a sopesar los riesgos y los beneficios de las distintas opciones de tratamiento y las analizarán contigo. Con su ayuda, podrás tomar una decisión conjunta sobre el tratamiento más adecuado.



Atención centrada en el paciente con valvulopatías

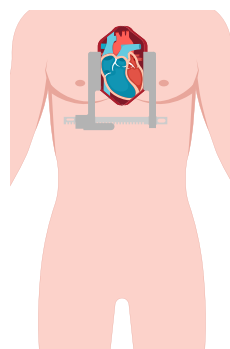
Opciones de tratamiento

Dependiendo del tipo y la gravedad de la valvulopatía, algunos pacientes pueden no requerir tratamiento inmediato, y se les puede monitorizar a intervalos regulares.

Otras personas pueden requerir procedimientos para reparar o reemplazar la válvula cardíaca. Tu equipo médico analizará contigo si un abordaje quirúrgico o transcatheter es mejor para el tipo de valvulopatía que tienes y tus características, incluyendo la edad.

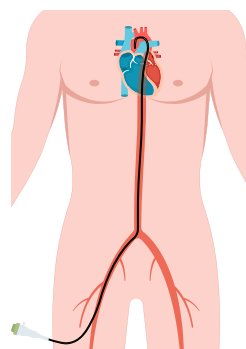
La **cirugía** puede ser “cirugía a corazón abierto” o puede hacerse a través de una incisión más pequeña, conocida como “cirugía mínimamente invasiva”.

En una **intervención transcatheter**, un tubo fino (conocido como catéter) se inserta a través de un vaso sanguíneo en la ingle, dando acceso a la válvula cardíaca.



Cirugía

- Más invasiva
- Se utiliza un sistema de circulación extracorpórea
- Estancia hospitalaria más larga
- Puede tener un resultado más duradero



Intervención transcatheter

- Menos invasivo
- No se utiliza un sistema de circulación extracorpórea
- Recuperación más rápida
- Puede no ser tan efectivo y duradero como la cirugía

La **reparación valvular** consiste en arreglar la válvula defectuosa. Aunque normalmente requiere cirugía, en determinados casos seleccionados también puede realizarse mediante una intervención transcatheter. La reparación quirúrgica suele preferirse al reemplazo quirúrgico de la válvula. Sin embargo, el reemplazo de la válvula suele ser la única opción disponible cuando hay un estrechamiento de la válvula o si se han acumulado depósitos de calcio.

El **reemplazo de la válvula** consiste en la inserción de una nueva válvula (llamada válvula protésica). Hay dos tipos principales de reemplazo: válvulas mecánicas y biológicas.

Las **válvulas mecánicas** están hechas de carbono o metal. Son muy duraderas, pero se deben tomar anticoagulantes de por vida para prevenir la formación de coágulos en la válvula (trombosis de la válvula).

Las **válvulas biológicas** están hechas de tejido animal o, raramente, de tejido humano. No suelen requerir tratamiento anticoagulante, pero no duran tanto como las válvulas mecánicas y, por tanto, puede ser necesario reemplazarlas de nuevo a lo largo de la vida. Estas válvulas son adecuadas para las personas que no pueden tomar anticoagulantes, como aquellas con alto riesgo de sangrados debido a fragilidad u otras enfermedades, o mujeres que estén considerando quedarse embarazadas.

El reemplazo de la válvula se puede llevar a cabo con cirugía o utilizando una intervención transcatheter.

Las intervenciones transcatheter son especialmente útiles para los pacientes de edad avanzada y cuando la cirugía es demasiado arriesgada.

Deben explicarte en profundidad las ventajas y las desventajas de las opciones de tratamiento, incluyendo las probabilidades de éxito, el tiempo de recuperación, las potenciales complicaciones y los posibles riesgos de intervenciones futuras. Por ejemplo, aunque el reemplazo transcatheter suele conllevar una estancia en el hospital y una recuperación más cortas que la cirugía, la nueva válvula podría no durar tanto, por lo que podría no ser apropiada para los pacientes más jóvenes.

Las evidencias indican que los mejores resultados se dan cuando la reparación o el reemplazo se llevan a cabo en Centros de Referencia de Valvulopatías en los que hay personal con amplia experiencia que llevan a cabo estas intervenciones con frecuencia.

No es posible revertir una valvulopatía solo tomando **medicamentos**, pero puede que te los prescriban para reducir los síntomas y manejar otros factores de riesgo de enfermedades cardíacas.

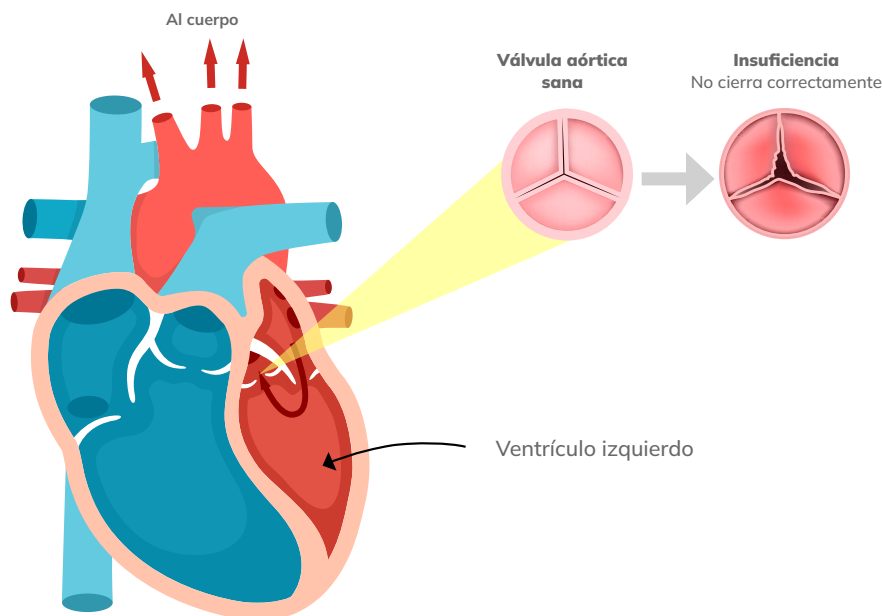
Además, los **cambios en el estilo de vida**, como mantener un peso saludable, dejar de fumar y practicar ejercicio suave, por ejemplo, caminar, pueden mejorar la salud en general y reducir la sobrecarga del corazón.

Tu equipo de atención a la salud analizará contigo las opciones de tratamiento apropiadas y los cambios sobre el estilo de vida. Hazles saber tus preferencias y no dudes en plantear cualquier duda que tengas.

En las siguientes secciones se describen algunos tipos comunes de valvulopatías y cómo se tratan.

Insuficiencia aórtica

Durante un latido normal, el ventrículo izquierdo bombea sangre a través de la válvula aórtica al cuerpo. La **insuficiencia aórtica** se produce cuando esta válvula no cierra correctamente, lo que provoca que la sangre regrese de nuevo al ventrículo izquierdo. Esto reduce la capacidad del corazón para bombear sangre al cuerpo y puede hacer que el ventrículo izquierdo se agrande y se debilite.

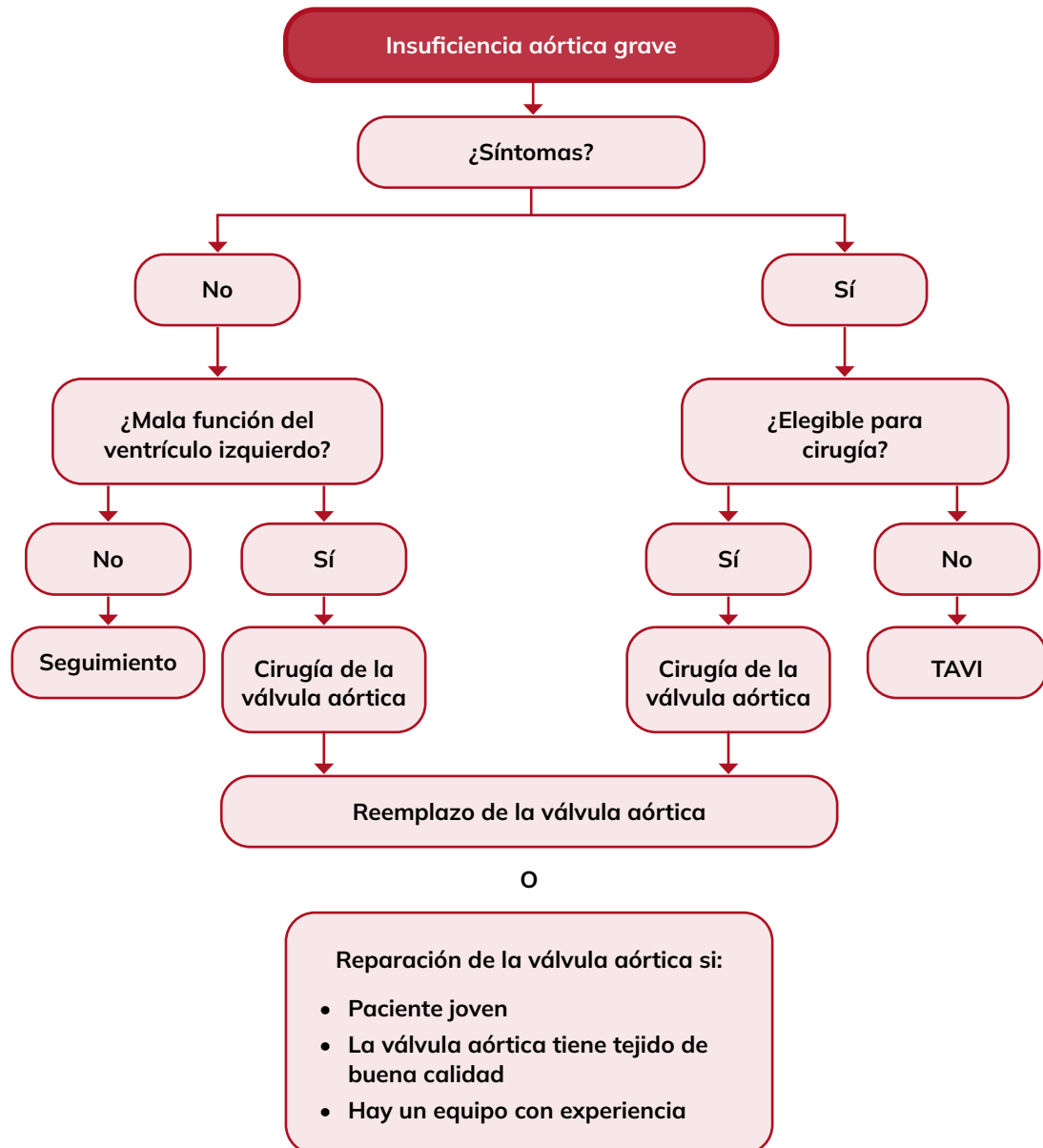


La ecocardiografía es la primera herramienta de imagen utilizada para evaluar la causa y la gravedad de la insuficiencia aórtica y para estudiar los efectos sobre el ventrículo izquierdo. Además, la tomografía axial computarizada (TC) o la RMC pueden aportar información útil sobre la causa de la insuficiencia aórtica y si el ventrículo izquierdo está dañado.

Muchos pacientes que tienen insuficiencia aórtica no presentarán ningún síntoma. Acudirán a revisión de forma regular a la unidad de valvulopatías. Los pacientes deben informar a su profesional de la salud sobre cualquier síntoma durante estas revisiones.

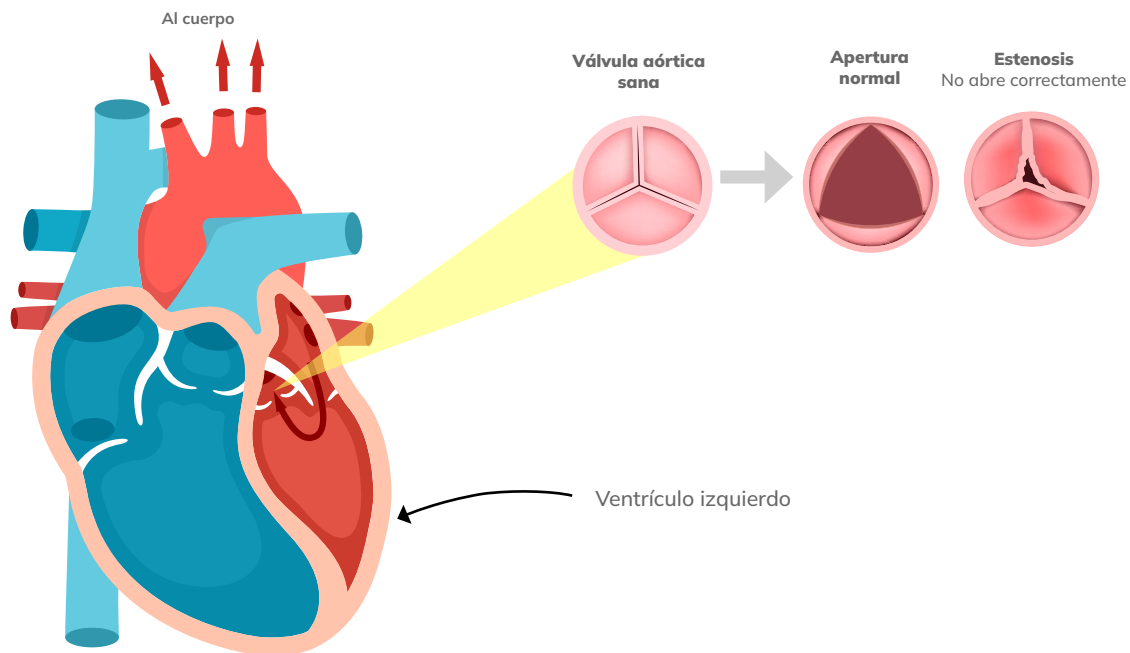
Se recomienda la cirugía en los pacientes con síntomas de insuficiencia aórtica grave, siempre que no tengan un alto riesgo de complicaciones quirúrgicas. La cirugía también se recomienda en los pacientes sin síntomas en los que se observe un agrandamiento progresivo del ventrículo izquierdo. El reemplazo quirúrgico de la válvula se lleva a cabo con más frecuencia, aunque la reparación de la válvula se puede sugerir a los pacientes más jóvenes atendidos en centros con experiencia. En los pacientes que no son candidatos a cirugía, puede recomendarse la implantación transcatóter de válvula aórtica (TAVI, por sus siglas en inglés).

La siguiente figura muestra un ejemplo de cómo los pacientes con insuficiencia aórtica grave pueden recibir tratamiento. Sin embargo, se toman decisiones individualizadas para cada paciente teniendo en cuenta diferentes factores, sus necesidades y preferencias.



Estenosis aórtica

En la **estenosis aórtica**, la válvula aórtica se estrecha y abre de forma limitada. Esto hace que salga menos sangre del ventrículo izquierdo hacia el resto del cuerpo. La causa más común de la estenosis aórtica son los depósitos de calcio, que se acumulan en la válvula según la persona envejece.



La ecocardiografía es clave para confirmar el diagnóstico y evaluar cuánto se ha estrechado la válvula aórtica. Con una TC adicional se puede determinar cuánto calcio se ha acumulado.

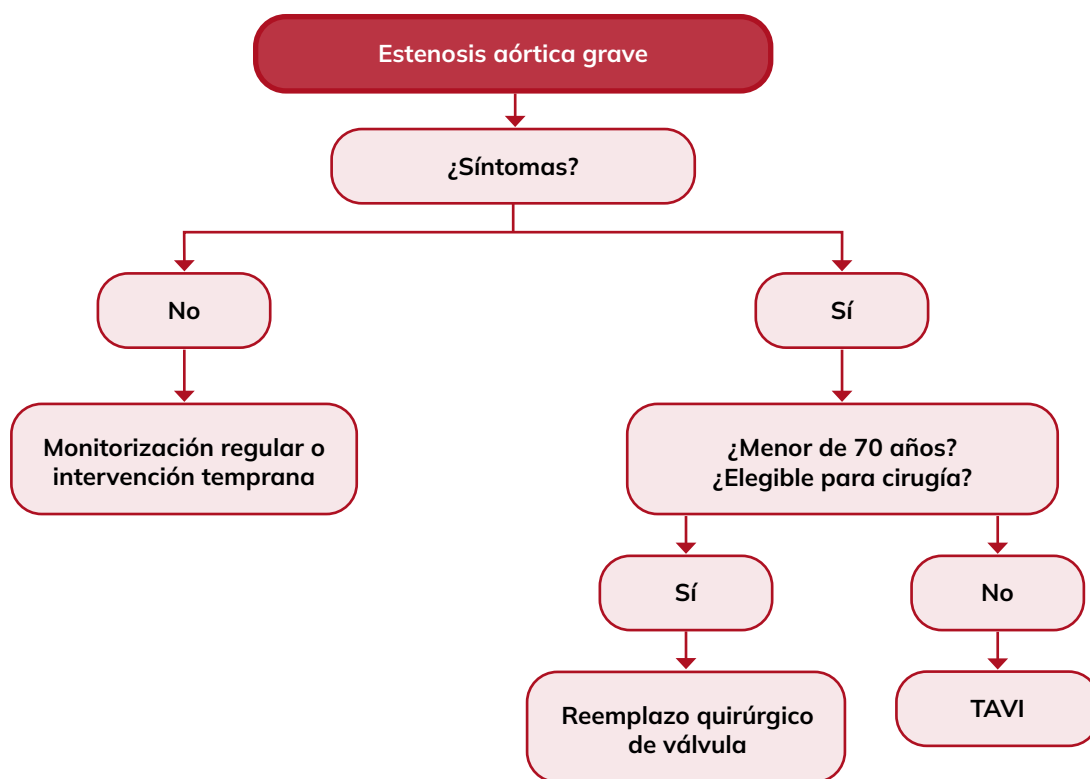
La estenosis aórtica leve no suele causar ningún síntoma y no requiere tratamiento inmediato.

Si tienes estenosis aórtica grave, pero no tienes síntomas, tu médico hablará contigo sobre los posibles riesgos y beneficios del tratamiento temprano de la válvula. Dependiendo del riesgo del procedimiento y tus preferencias personales, podréis decidir juntos si reemplazar la válvula o esperar y acudir a revisiones regulares ("espera vigilante"). Durante la espera vigilante, te harán revisiones cada 6 meses para permitir la detección de los primeros síntomas o signos de empeoramiento. Es importante que informes de cualquier nuevo síntoma a tu profesional de la salud durante este periodo de tiempo.

Para los pacientes con estenosis aórtica grave y síntomas, se recomienda el reemplazo de la válvula. El reemplazo de la válvula mediante cirugía o TAVI depende de muchos factores, aunque la edad del paciente es especialmente importante. Una edad más avanzada se asocia con un mayor riesgo de complicaciones durante la cirugía y la TAVI es más apropiada para los pacientes de 70 años o mayores. La cirugía puede ser más adecuada para los pacientes más jóvenes o para aquellos con una esperanza de vida estimada alta, ya que existe la posibilidad de que la válvula implantada mediante TAVI deba reemplazarse en el futuro, lo que conlleva riesgos adicionales.

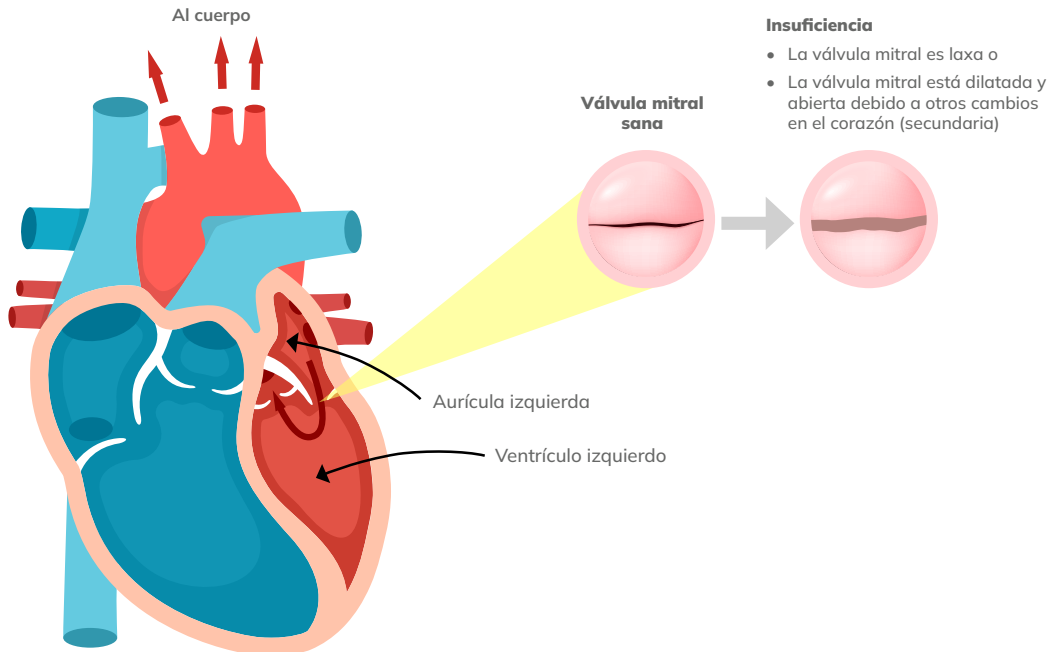
Otros factores, como la forma y el tamaño de la válvula, el grado de calcificación y otras enfermedades concomitantes también son parte del proceso de toma de decisiones conjunta. El *Heart Team* considerará los riesgos y los beneficios y analizará con el paciente las opciones disponibles.

Favorece el reemplazo QUIRÚRGICO de válvula	Favorece el reemplazo TRANSCATÉTER de válvula (TAVI)
• Menor de 70 años • Otras enfermedades cardíacas que requieren tratamiento • Enfermedad arterial coronaria compleja • Ciertas características de la válvula (p. ej., calcificación grave o válvula bicúspide [una válvula que tiene dos valvas en lugar de tres])	• 70 años o más • Cirugías cardíacas anteriores • Problemas cardíacos u otra enfermedad que aumenta el riesgo quirúrgico • Fragilidad • El acceso femoral permite acceder al corazón



Insuficiencia mitral

La válvula mitral dirige la sangre desde la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo. La **insuficiencia mitral** ocurre cuando la válvula mitral no cierra correctamente. La sangre se vuelve a filtrar a la aurícula izquierda, que se agranda, mientras que el ventrículo izquierdo se debilita progresivamente.



Cuando la válvula mitral está dañada o alterada, se denomina **insuficiencia mitral primaria**. Una causa común es la degeneración relacionada con la edad, que puede causar que la válvula sea laxa ("prolapso mitral") y no cierre completamente. En otros casos, una infección (endocarditis) ha dañado la válvula o el paciente ha nacido con una válvula defectuosa.

Otros pacientes tienen una válvula normal, pero los cambios en las dimensiones de las cavidades izquierdas del corazón hacen que las valvas se separen. Esto se conoce como **insuficiencia mitral secundaria (o funcional)** y puede darse tras un ataque al corazón y en los pacientes con insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular a largo plazo.

La ecocardiografía es el método de elección para evaluar la gravedad de la insuficiencia mitral y la causa (primaria o secundaria), factores que condicionan el tipo de tratamiento.

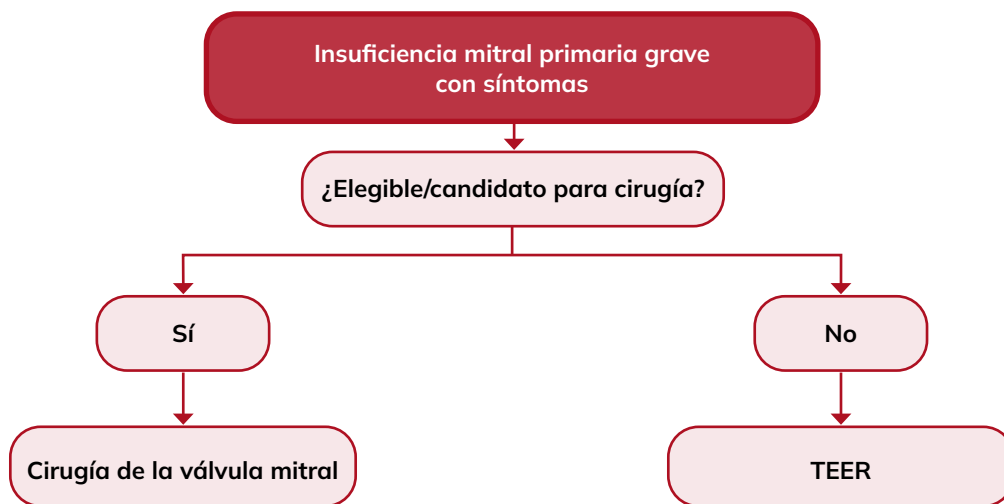
Insuficiencia mitral primaria

Los pacientes con insuficiencia mitral primaria grave que no tienen síntomas ni problemas significativos en el ventrículo izquierdo o del ritmo cardíaco deben ser evaluados dos veces al año, preferiblemente en una unidad de valvulopatías. Esto se conoce como "espera vigilante". El agrandamiento de las cavidades izquierdas del corazón, el deterioro de la función de bombeo del corazón o el aumento de la presión en los vasos sanguíneos del corazón pueden indicar la necesidad de cirugía.

En los pacientes con insuficiencia mitral grave que presenten síntomas, se recomienda la cirugía de la válvula mitral, preferiblemente con reparación de la válvula mitral.

Si la cirugía se considerase demasiado arriesgada, se puede considerar al paciente para la reparación transcáteter borde a borde (TEER, por sus siglas en inglés). Esta intervención no conlleva abrir el pecho, en su lugar, se accede a la válvula cardíaca pasando un tubo y un clip desde un vaso sanguíneo en la ingle. El clip se inserta en la válvula mitral y ayuda a mantener las valvas juntas para reducir la filtración cuando la válvula se cierra.

La TEER no es adecuada para todas las válvulas, por lo que tu profesional de la salud podrá analizar otros procedimientos transcáteter contigo o el uso de medicamentos para reducir los síntomas.



Insuficiencia mitral secundaria

El tratamiento de la insuficiencia mitral secundaria se centra en primer lugar en mejorar el problema cardíaco subyacente que ha causado que la válvula tenga una filtración. Esto suele conllevar el ajuste de los medicamentos para la insuficiencia cardíaca y el tratamiento de los problemas del ritmo cardíaco si existiesen.

Si la filtración sigue siendo importante a pesar de estos tratamientos, el *Heart Team* estudiará un procedimiento para tratar la válvula. Dependiendo de la causa de la filtración y de la estructura de la válvula, esto se puede hacer mediante TEER o cirugía. Por norma general, la TEER se considera más frecuentemente cuando el músculo cardíaco está debilitado, mientras que la cirugía puede ser preferible cuando la filtración se debe principalmente a un agrandamiento de la aurícula izquierda.

Estenosis mitral

La **estenosis mitral** ocurre cuando la válvula mitral no abre correctamente y entra menos sangre en el ventrículo izquierdo.

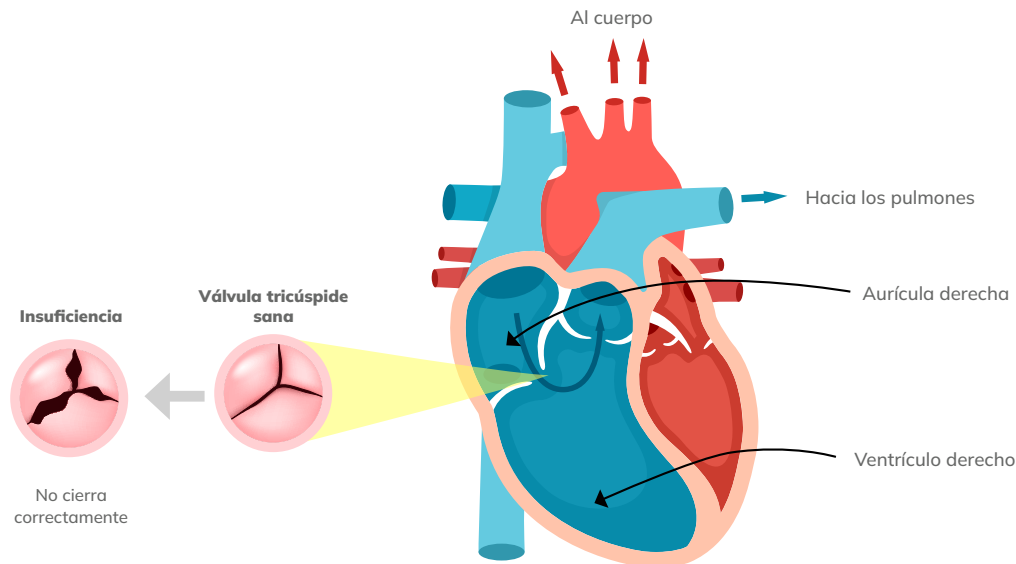
Una de las principales causas de la estenosis mitral es la fiebre reumática, que, en la actualidad, no es frecuente en los países de ingresos económicos medios y altos. La degeneración de la válvula mitral relacionada con la edad también puede aparecer cuando el calcio se acumula con el paso del tiempo.

La mayoría de las personas con estenosis mitral no necesitarán tratamiento, pero requerirán monitorización regular de este problema.

Es posible que los pacientes con síntomas reciban medicamentos. Si estos persisten, el *Heart Team* considerará la cirugía o una intervención transcatóter llamada “comisurotomía mitral percutánea”, en la que se infla un balón dentro de la válvula para mejorar la apertura. Cuando la estenosis de la válvula no se limita a las valvas, sino que afecta a todo el aparato valvular, se prefiere la cirugía. En pacientes seleccionados, el reemplazo de la válvula mitral transcatóter puede ser una opción.

Insuficiencia tricuspídea

La válvula tricúspide dirige la sangre de la aurícula derecha al ventrículo derecho, desde donde va hacia los pulmones para oxigenarse. En la **insuficiencia tricuspídea**, la válvula tricúspide no cierra correctamente y la sangre se filtra de vuelta a la aurícula derecha.

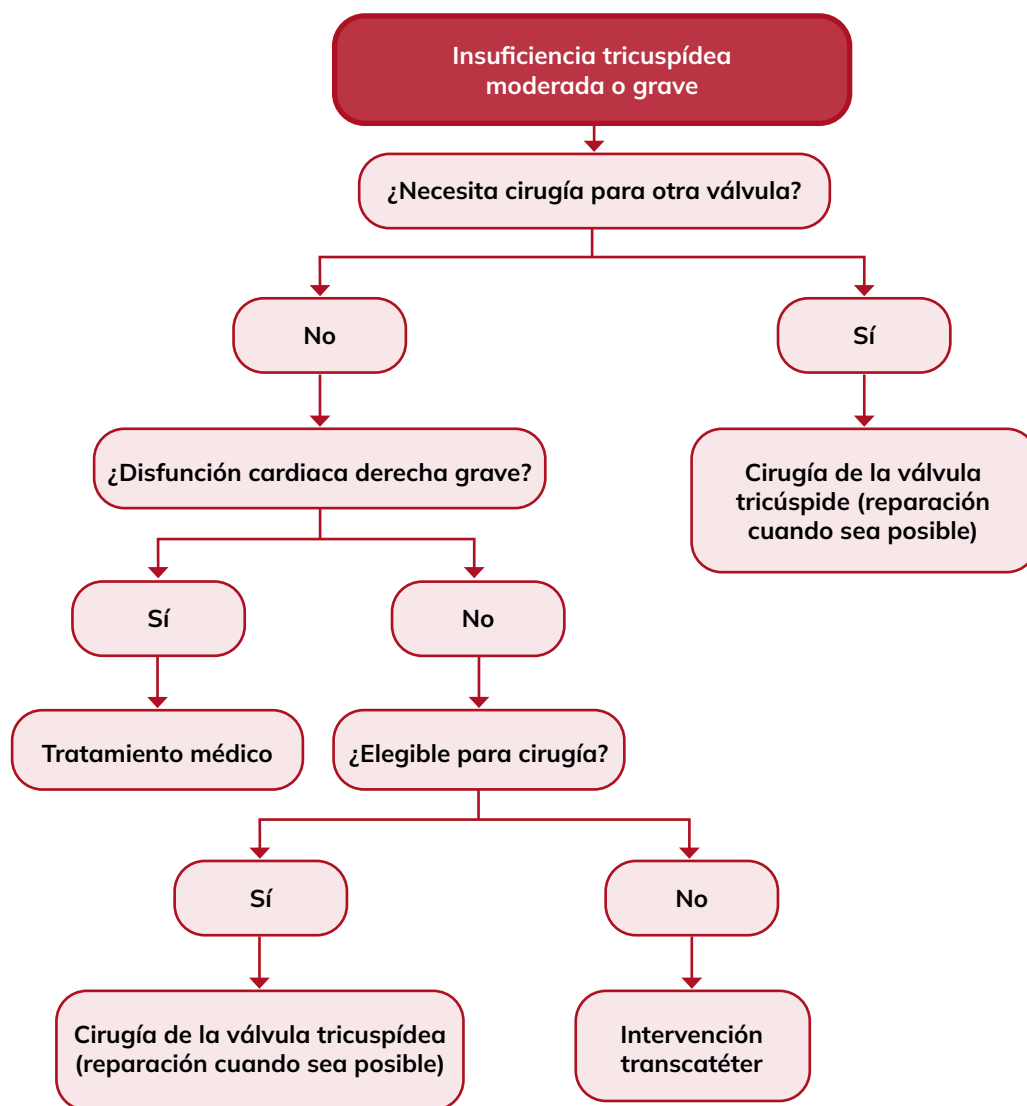


La insuficiencia tricuspídea leve aislada es muy común y no requiere tratamiento. La insuficiencia tricuspídea moderada también es común y suele deberse a cambios relacionados con la edad. La insuficiencia tricuspídea grave suele estar causada por cambios en la aurícula derecha o en el ventrículo derecho que dilatan la válvula y la abren.

La ecocardiografía se utiliza para evaluar la gravedad y la causa de la insuficiencia tricuspídea. Si fuese necesario, se puede utilizar el cateterismo cardiaco derecho en el cual se inserta un tubo en un vaso sanguíneo para medir la presión en los vasos del pulmón y las cavidades cardíacas derechas.

A los pacientes con insuficiencia tricuspídea se les dan medicamentos para tratar la causa subyacente. Entre ellos se incluyen los fármacos para la insuficiencia cardíaca para tratar la presión arterial alta en los pulmones o las alteraciones del ritmo cardíaco.

En la actualidad, no es común que los pacientes se sometan a una intervención para la válvula tricuspídea sola. En general, la válvula tricuspídea se repara al mismo tiempo que otra válvula. Las intervenciones transcáteter se han generalizado en ciertos pacientes con insuficiencia tricuspídea grave que no son candidatos para cirugía.



La **estenosis tricuspídea**, cuando la válvula no abre correctamente, es relativamente rara. Se puede llevar a cabo el reemplazo quirúrgico de la válvula si los síntomas no mejoran con medicamentos.

Seguimiento de los pacientes tras procedimientos valvulares quirúrgicos o intervencionistas

Los pacientes que se han sometido a la reparación de una válvula suelen requerir revisiones cada 2-3 años.

Tras el reemplazo de la válvula, se recomiendan consultas de seguimiento cada año. Con el tiempo, las válvulas reemplazadas en intervenciones quirúrgicas o transcatóter pueden deteriorarse. Esto es más común en las válvulas biológicas que en las mecánicas. La monitorización ayuda a comprobar si la válvula sigue funcionando correctamente.

Si apareciese cualquier nuevo síntoma entre las revisiones, es importante que se lo comuniques a tu profesional de la salud.

Los pacientes con una válvula mecánica recibirán anticoagulantes de por vida para reducir las probabilidades de que se forme un coágulo en la nueva válvula (trombosis de la válvula). La efectividad de los anticoagulantes se comprobará regularmente mediante la ratio internacional normalizada (INR). Se recomienda que los propios pacientes comprueben sus niveles de INR. Los pacientes deben recibir educación sobre el INR y lo importante que es una anticoagulación efectiva para su salud cardíaca.

El riesgo de coágulos es menor con las válvulas cardíacas biológicas, pero los pacientes pueden requerir anticoagulantes por otros motivos o se les puede prescribir ácido acetilsalicílico durante 3 meses o más.

Los antibióticos se recomiendan cuando los pacientes con reemplazo de válvula o una válvula reparada se someten a extracciones dentales, cirugía oral o cualquier otro tipo de intervención invasiva. El objetivo es prevenir la endocarditis (la infección de la válvula reemplazada o reparada).

Rehabilitación cardíaca

Es posible que te ofrezcan unirse a un programa individualizado de ejercicio, educación y apoyo llamado rehabilitación cardíaca. Los programas pueden ser distintos (pueden ser telemáticos o presenciales), pero están diseñados para fomentar tu salud física y mental. La rehabilitación cardíaca puede ayudarte a:

- Recuperarte tras un procedimiento valvular.
- Reducir el riesgo de otros problemas cardíacos.
- Comprender tu problema y los medicamentos que se te han prescrito.
- Hacer cambios sobre el estilo de vida para mejorar tu salud cardíaca, como una dieta saludable, dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol.
- Mejorar la salud mental con conversaciones y recursos.

Recuerda que tu equipo de atención a la salud está aquí para ayudarte. Habla con ellos si tienes cualquier pregunta o preocupación sobre tu afección.

Busca ayuda médica urgente si desarrollas:

- Falta de aire grave y repentina
- Desmayos
- Dolor en el pecho
- Empeoramiento rápido de los síntomas

Esta guía es una versión simplificada de la [Guía ESC/EACTS 2025 sobre el manejo de las valvulopatías](#).

Autores

- Fabien Praz, Department of Cardiology, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Berna, Suiza.
- Michael A. Borger, University Clinic of Cardiac Surgery, Leipzig Heart Center, Leipzig, Alemania.
- Benoit Mores, (Bélgica), Foro de Pacientes de la ESC, Sophia Antípolis, Francia.
- Jonas Lanz, Department of Cardiology, Bern University Hospital, Berna, Suiza.
- Mateo Marin-Cuartas, University Department of Cardiac Surgery, Leipzig Heart Center, Leipzig, Alemania.
- Ruggero De Paulis, Department of Cardiac Surgery, European Hospital, Roma, Italia; Unicamillus University, Roma, Italia.
- Wojtek Wojakowski, Division of Cardiology and Structural Heart Diseases, Medical University of Silesia, Katowice, Polonia.

Descargo de responsabilidad

El material del presente documento se ha adaptado de la Guía de Práctica Clínica de la ESC/EACTS de 2025 sobre el manejo de las valvulopatías (*European Heart Journal* 2025 - doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf194), publicada el 29 de agosto de 2025.

Copyright © Sociedad Europea de Cardiología 2025 - Todos los derechos reservados.

Este material se ha publicado únicamente para uso personal y educativo. No se autoriza su uso comercial. Ninguna parte de este documento puede ser traducida o reproducida en forma alguna sin el permiso por escrito de la ESC. El permiso se puede obtener enviando una solicitud por escrito a la ESC, Practice Guidelines Department, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903

Sofia Antipolis Cedex - Francia. Email: guidelines@escardio.org

El material se ha adaptado de la guía ESC como apoyo a los pacientes y sus cuidadores. Reproduce las opiniones de la ESC y se ha elaborado tras considerar exhaustivamente el conocimiento científico y médico disponible en el momento de publicación. La ESC no se responsabiliza en caso de cualquier contraindicación, discrepancia y/o ambigüedad entre las guías de la ESC y otras recomendaciones o guías oficiales publicadas por las autoridades sanitarias relevantes, especialmente en cuanto al buen uso de los sistemas de salud o de las estrategias terapéuticas. Por favor, consulte el preámbulo de las guías originales para obtener más información sobre el papel de las guías de práctica clínica y la responsabilidad individual de los profesionales de la salud a la hora de tomar decisiones sobre la atención de los pacientes.

Versión en español traducida por Elena Avanzas y revisada por Ariana González Gómez para la Sociedad Española de Cardiología/Fundación Española del Corazón.