



6051-12. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA, ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SEGÚN EL GÉNERO

Celia Gil Llopis, M. Belén Contreras Tornero, Amparo Valls Serral, Ildefonso Roldán Torres, Pablo Escribano Escribano, Pau Gimeno Tio, Juan Geraldo Martínez, Ester Galiana Talavera y Vicente Mora Llabata

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe controversia sobre si la estrategia terapéutica de la estenosis aórtica (EAo) grave difiere según el género. El objetivo de este estudio fue evaluar en los pacientes con EAo grave el impacto del sexo en el debut clínico, el tratamiento y los resultados del mismo.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes (p) diagnosticados de EAo grave (área valvular aórtica ≥ 1 cm² y/o gradiente medio ≥ 40 mmHg) en nuestro Departamento de Salud entre enero-2010 y diciembre-2019. La información se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica electrónica. Evaluamos la mortalidad cardiovascular y por todas las causas, mediante análisis de Kaplan-Meier (*log rank*).

Resultados: Se incluyen 452 p diagnosticados de EAo grave, 231 (51,1%) mujeres. La edad (80 años vs 75,8 años; $p = 0,001$), presencia de insuficiencia cardiaca (83,5 vs 75,5%; $p = 0,04$) e hipertensión pulmonar (55,8 vs 44,7%; $p = 0,02$) fueron mayores en el sexo femenino. La presencia de EPOC y el antecedente de cardiopatía isquémica fueron menores en las mujeres respecto a los varones (18,6 vs 33% y 6,5 vs 23,9%, respectivamente; $p = 0,001$ ambas). En mujeres el área valvular aórtica fue menor (0,65 vs 0,73 cm² $p = 0,001$), el remodelado concéntrico (83,1 vs 71,9%; $p = 0,004$) y la tasa de pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada (84,4 vs 71,4%; $p = 0,001$) fueron mayores respecto a los varones. En el análisis multivariante la mayor edad [OR 0,85 (0,81-0,87); $p = 0,001$] y puntuación para el Índice de Charlson [OR 0,82 (0,71-0,95); $p = 0,009$] se relacionaron independientemente con una menor tasa de recambio valvular aórtico (RVA). El sexo [OR 0,9 (0,5-1,5)] no fue un factor predictor independiente para el tratamiento intervencionista. Tras una mediana de seguimiento de 29,5 (35,6) meses, no hubo diferencias de género en la mortalidad cardiovascular tras tratamiento intervencionista (p (*log rank*) = 0,42) ni tras tratamiento conservador (p (*log rank*) = 0,92) (fig.).



Mortalidad cardiovascular según la estrategia terapéutica y el género.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con EAo grave tratados bajo condiciones de práctica clínica habitual el sexo no influyó en el tipo de tratamiento indicado. Tampoco se observaron diferencias en el pronóstico global a largo plazo para ninguna de las opciones terapéuticas (RVA o tratamiento conservador)

entre sexos.