



4003-4. DAÑO CARDIACO ASOCIADO A LA ESTENOSIS AÓRTICA Y MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO

Patrick O'Neill González¹, Carlos Gil¹, Ricardo Román¹, Marcelo Luque¹, Rimsky Bassa¹, Eva Gutiérrez Ortiz¹, Fabián Islas Ramírez², María Rivadeneira Ruiz¹, Sandra Gil Abizanda¹, Manuel Carnero Alcázar¹, Daniel Pérez Camargo¹, Lourdes Montero Cruces¹, Pilar Jiménez Quevedo¹, Luis Nombela Franco¹, José Alberto de Agustín Loeches¹ y Carmen Olmos Blanco¹

¹Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y ²Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Cada vez hay mayor conciencia de las diferencias relacionadas con el sexo en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Nuestro objetivo fue evaluar si el grado de daño cardiaco previo a la intervención por estenosis aórtica (EA) grave difiere en función del sexo.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes con EA grave sometidos a sustitución quirúrgica de la válvula aórtica (SVA) y reemplazo valvular aórtico transcatóter (TAVR) en un hospital de tercer nivel entre 2017 y 2022. Se recopilaron parámetros ecocardiográficos antes de la cirugía y los pacientes se clasificaron en categorías de un sistema de estadificación de daño cardiaco. Se evaluaron diversas variables ecocardiográficas en función del sexo.

Resultados: Se incluyeron 869 pacientes, de los cuales 350 se sometieron a TAVR y 519 fueron intervenidos con SVA. Las mujeres representaron el 52,4% (n = 272) de los pacientes de TAVR y el 37,7% (n = 132) de los tratados con SVA. En el ecocardiograma realizado antes de la intervención, tanto en la cohorte de TAVR como en la de SVA, las pacientes femeninas presentaban peor función diastólica (valores más altos de E/e') y mayor afectación de la vasculatura pulmonar (presión sistólica de la arteria pulmonar más alta y peor acoplamiento ventrículo-arterial derecho (tabla). Al utilizar un sistema de estadificación del daño cardiaco, documentamos que las mujeres fueron tratadas en estadios más avanzados que los hombres (figura).

	SVA (n = 350)		TAVR (n = 519)			
	Hombres	Mujeres	p	Hombres (n = 247)	Mujeres (n = 272)	p
Edad (años)	68,7 (10,1)	71,0 (8,2)	0,028	81,5 (6,6)	82,3 (5,6)	0,148
AVA indexada	0,41 (0,1)	0,43 (0,1)	0,193	0,41 (0,1)	0,39 (0,1)	0,062

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (%)	62,3 (10,3)	58,7 (10,4)	0,002	55,5 (10,8)	59,0 (9,3)	0,001
Masa ventricular izquierda indexada (g/m ²)	126,0 (37,5)	116,0 (35,9)	0,018	131,0 (30,7)	121,9 (30,7)	0,001
Strain global longitudinal del VI (%)	-15,6 (5,6)	-14,7 (5,5)	0,239	-14,1 (4,7)	-15,1 (4,0)	0,030
E/e'	12,9 (6,0)	15,8 (8,6)	0,003	14,3 (6,1)	16,1 (6,0)	0,007
Volumen indexado AI (ml/m ²)	36,9 (13,8)	37,5 (14,7)	0,693	48,1 (21)	52,8 (43)	0,141
TAPSE (mm)	21,7 (4,6)	21,3 (5,0)	0,438	20,7 (4,7)	20,2 (4,2)	0,211
PSAP (mmHg)	25,4 (12,1)	29,1 (15,3)	0,015	34,3 (12,5)	38,6 (16,0)	0,004
Acoplamiento VA derecho	1,01 (0,4)	0,90 (0,4)	0,027	0,72 (0,3)	0,65 (0,3)	0,017

SVA: sustitución valvular aórtica; TAVR: reemplazo valvular aórtico transcatóter; AVA: área valvular aórtica; VI: ventrículo izquierdo; AI: aurícula izquierda; TAPSE: excursión sistólica del anillo tricuspídeo; PSAP: presión sistólica de la arteria pulmonar; VA: ventriculoarterial.



Conclusiones: Existen diferencias relacionadas con el sexo en el momento de la intervención de la EA, tanto en TAVR como con SVA. Las mujeres son intervenidas en estadios más avanzados de daño cardiaco, sobre todo respecto a los parámetros de función diastólica y daño del lado derecho. Estos hallazgos deben tenerse en cuenta para mejorar el momento de la intervención y los resultados, especialmente en el caso de las mujeres.