Mujer e Intervencionismo ¿Qué hay de nuevo?

Mag. Dra. Carolina Artucio

Cardióloga Intervencionista

Miembro del Comité de Cardiopatía en la Mujer – Sociedad Uruguaya de Cardioplogía

Actividad privada: INCI - Instituto de Cardiología Intervencionista

Uruguay

Comité de Cardiopatía en la Mujer

SOCIEDAD URUGUAYA DE CARDIOLOGIA

No tengo potencial conflicto de intereses

Comité de Cardiopatía en la Mujer

AGENDA

- Cardiopatía Isquémica
- Accesos Arteriales
- Antiagregación Plaquetaria
- TAVI

Comité de Cardiopatía en la Mujer

AGENDA

- Cardiopatía Isquémica
- Accesos Arteriales
- Antiagregación Plaquetaria
- TAVI

Comité de Cardiopatía en la Mujer

Problemas de ATC en la Mujer

- Diagnóstico tardío → añosas con + comorbilidades.
- Más diabetes → reestenosis
- Coronarias más pequeñas → reestenosis
- Tortuosidad coronaria → dificultad para avanzar dispositivos, disecciones, stents rígidos enderezan los vasos y podrían fracturarse
- Hemodinamia: bajo gasto cardíaco a pesar de FEVI normal → mala tolerancia a oclusión coronaria
- Más complicaciones hemorrágicas

Comité de Cardiopatía en la Mujer

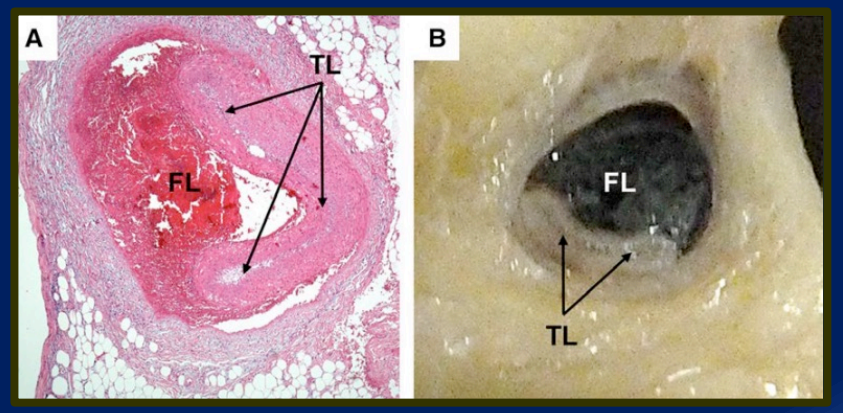
Procesos Fisiopatológicos Diferentes

- **Desestabilización de la placa: > Erosión de Placa que en ♂**
- **Mecanismos fisiopatológicos inusuales: DEAC o el Espasmo Coronario.**
- **Mayor porcentaje de ausencia de EOC .**

Comité de Cardiopatía en la Mujer

Disección Espontanea de Arteria Coronaria

- **Prevalencia: Desconocida 1-4%,** ~ 90% mujeres, ~25 % de mujeres < 50 a.
- **Causa subdiagnosticada de IAMcST en mujeres jóvenes con SCA sin FR.**
- **Asociado:** status peri o post parto, ACO, ejercicio, enf. tejido conectivo y vasculitis (dysplasia fibromuscular).
- **Cuadro clínico:** IAMcST (26-40), SCAsST (53-70%), MS - TV (3-11%) shock cardiogénico (2-5%).



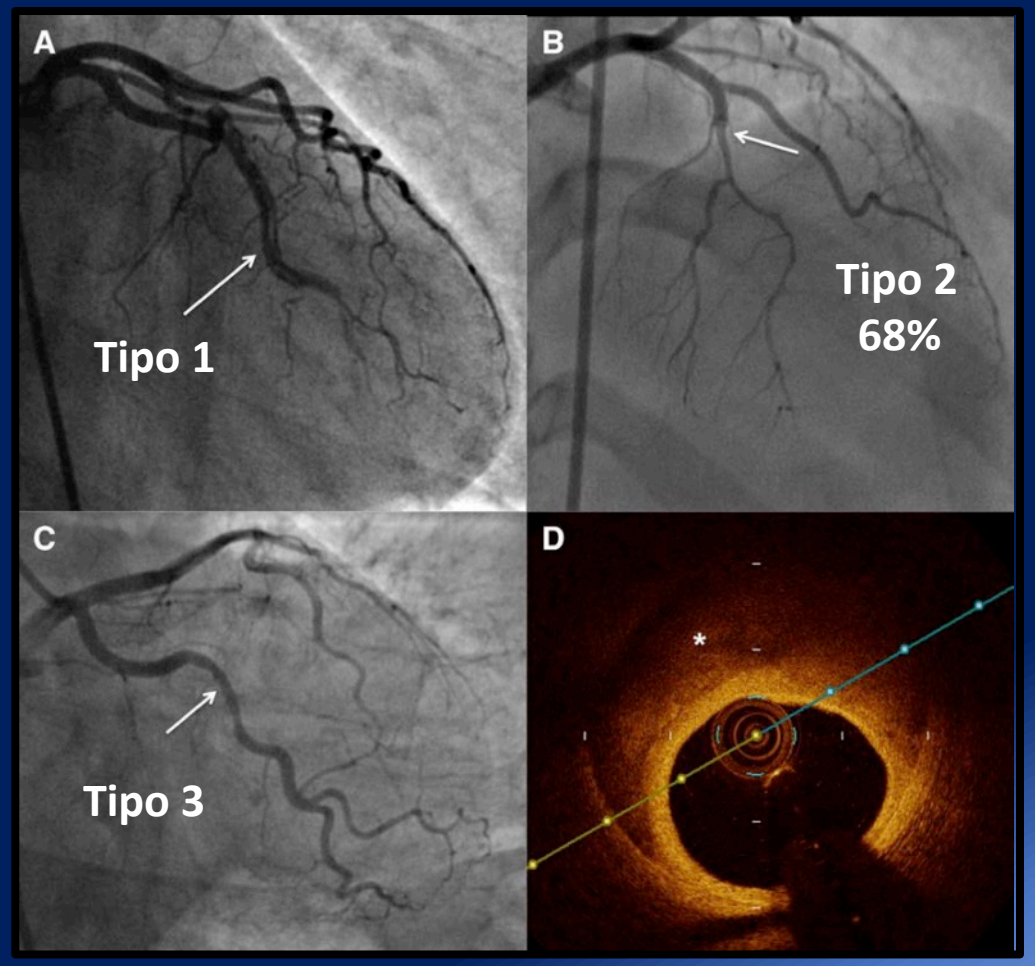
Alfonso F et al. JACC Cardiovasc Interv. 2012;5:1062-70
Tweet MS et al. Circulation. 2012;126:579-88
Hayes SN et al. Circulation. 2018;137:e523–e557
Saw J et al. European Heart Journal (2019) 40, 1188–97

DEAC

- **CACG:**
  - **DA: 50%,** Cx: 29%.
  - **Clasificación:** Tipo 1-2-3.
  - DEAC **multivaso:** 13-23%.

- **TTo: Tendencia a tto. conservador**

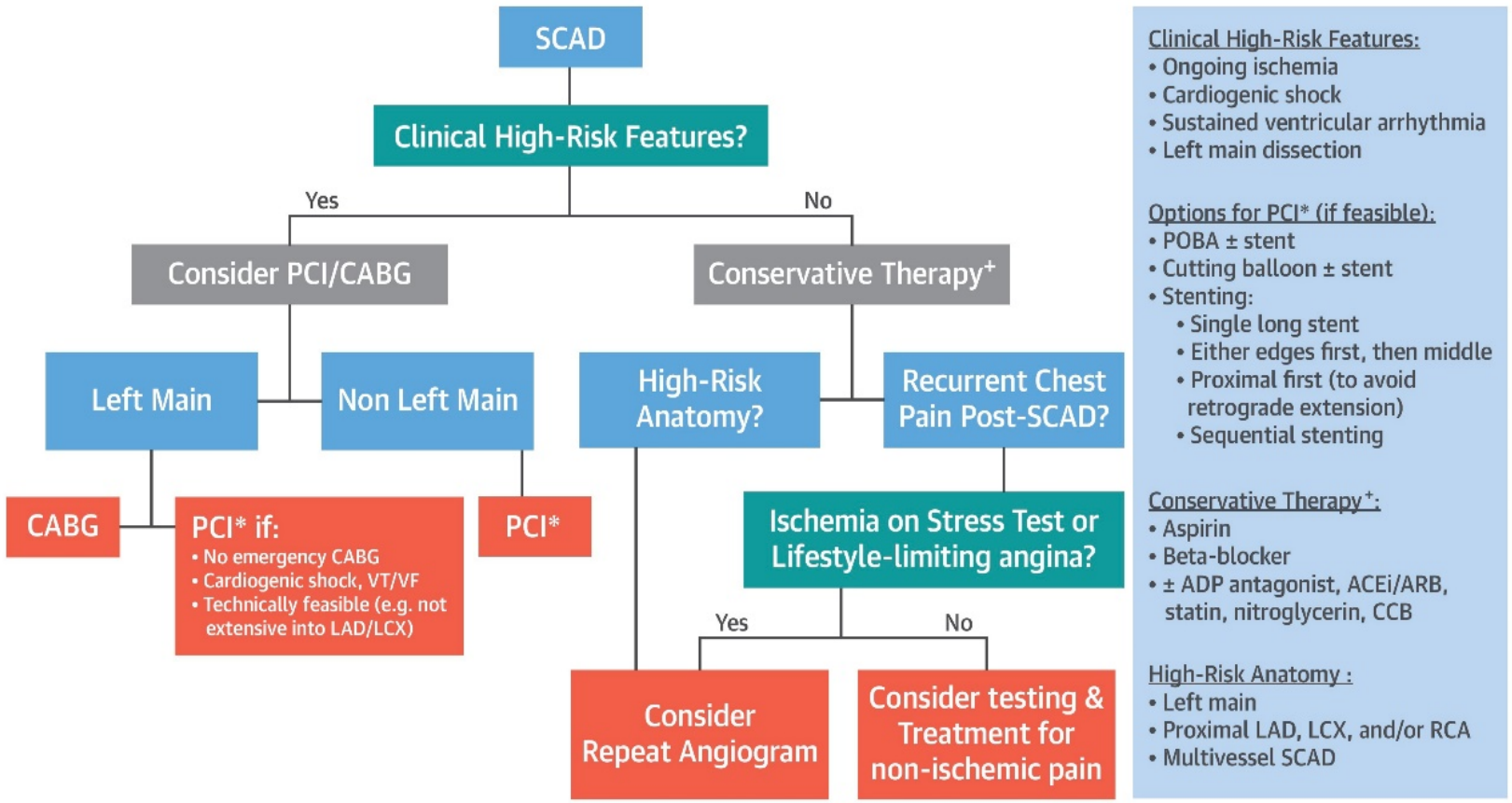
- **Tasa de complicaciones alta con mortalidad baja:**
- **MAE 30d:** 8.8%
- Extension 10%, Recurrencia: 11-19 % %.
- **Mortalidad 10 años**: 7.7%, MACE ~ 50%)



Saw J. Catheter Cardiovasc Interv 2014;84:1115-22
Hayes SN et al.. Circulation. 2018;137:e523–e557
Saw J et al. European Heart Journal (2019) 40, 1188–97

DEAC

CENTRAL ILLUSTRATION: Suggested Algorithm for Management and Repeat Angiography



Clinical High-Risk Features:
- Ongoing ischemia
- Cardiogenic shock
- Sustained ventricular arrhythmia
- Left main dissection

Options for PCI* (if feasible):
- POBA ± stent
- Cutting balloon ± stent
- Stenting:
  - Single long stent
  - Either edges first, then middle
  - Proximal first (to avoid retrograde extension)
  - Sequential stenting

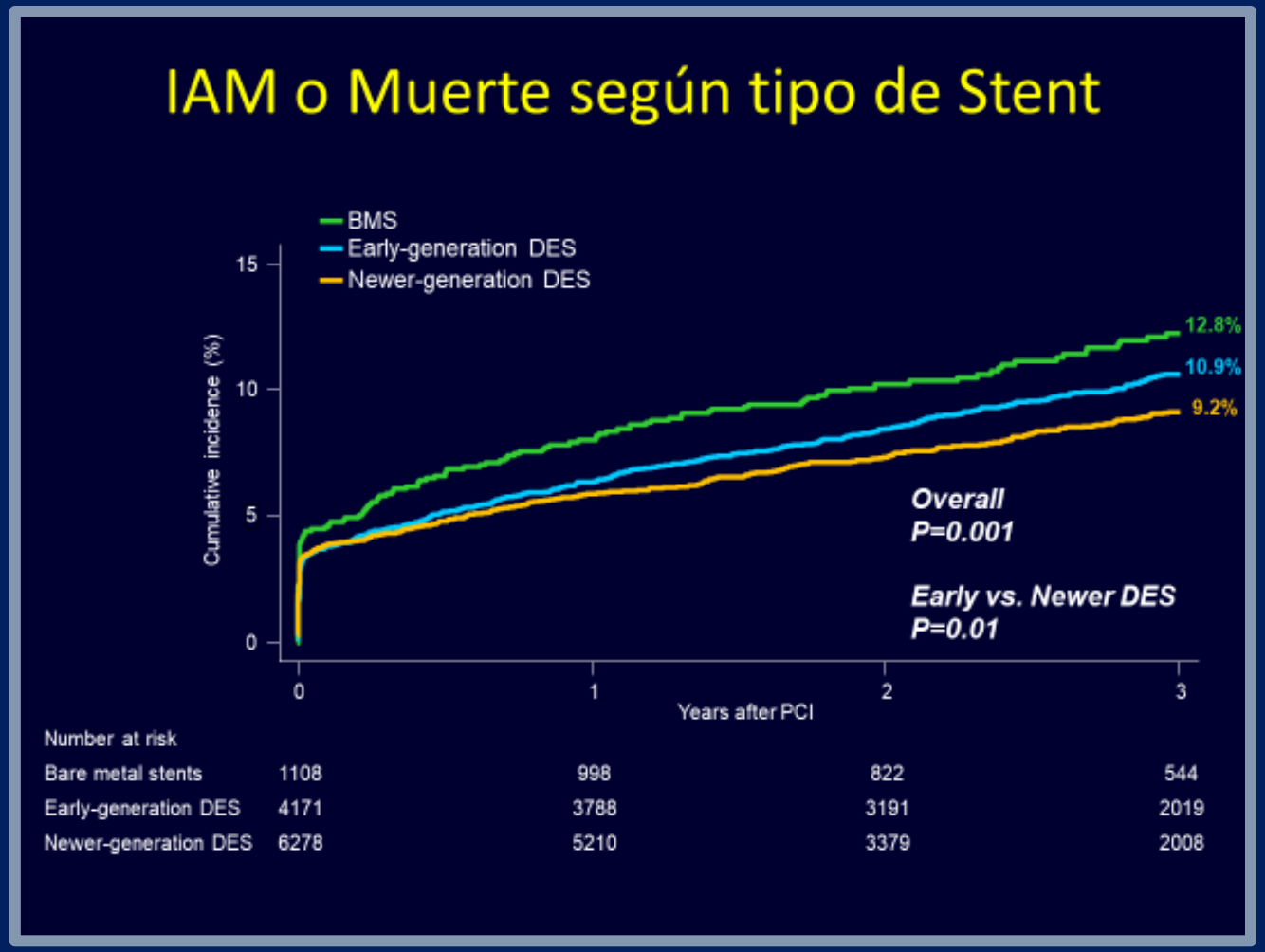
Conservative Therapy+:
- Aspirin
- Beta-blocker
- ± ADP antagonist, ACEi/ARB, statin, nitroglycerin, CCB

High-Risk Anatomy :
- Left main
- Proximal LAD, LCX, and/or RCA
- Multivessel SCAD

Hassan, S. et al. J Am Coll Cardiol Intv. 2019;12(6):518–27.

Enfoque terapéutico de *"menos es más"*

Stents Liberadores de Drogas



Safety and efficacy of drug-eluting stents in women: a patient-level pooled analysis of randomised trials

Giulio G Stefanini, Usman Baber*, Stephan Windecker, Marie-Claude Morice, Samantha Sartori, Martin B Leon, Gregg W Stone, Patrick W Serruys, William Wijns, Giora Weisz, Edoardo Camenzind, Philippe G Steg, Pieter C Smits, David Kandzari, Clemens Von Birgelen, Søren Galatius, Raban V Jeger, Takeshi Kimura, Ghada W Mikhail, Dipti Itchhaporia, Laxmi Mehta, Rebecca Ortega, Hyo-Soo Kim, Marco Valgimigli, Adnan Kastrati, Alaide Chieffo, Roxana Mehran*

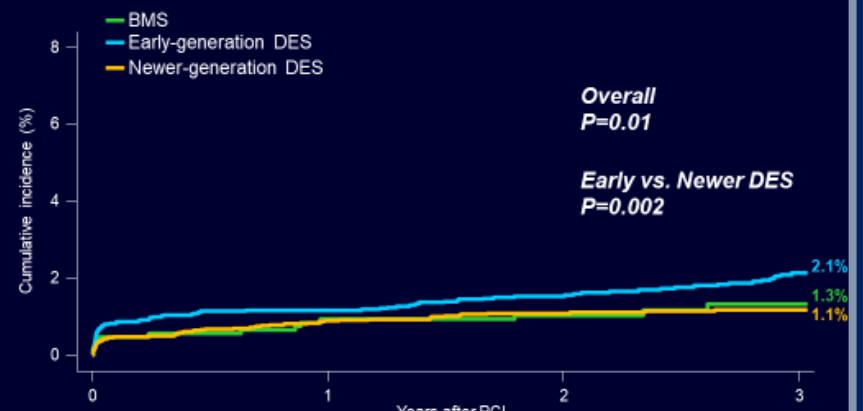
Análisis agrupado de 26 estudios randomizados, n: 43.904
Mujeres: 11.557 (26%)
Edad media: 67 años, SCA: 44 %
Stent metálico: 10%
SLD de primera generación: 36 %
SLD de nueva generación: 54%

Stefanini GG et al. Lancet 2013;382:1879-88

Safety and efficacy of drug-eluting stents in women: a patient-level pooled analysis of randomised trials

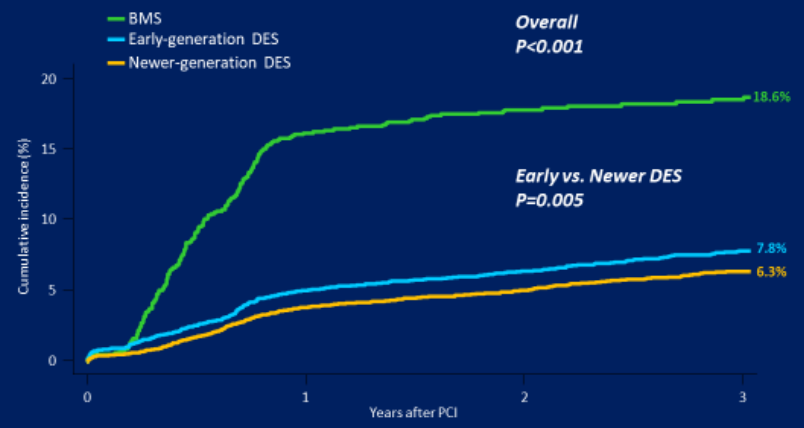
Giulio G Stefanini*, Usman Baber*, Stephan Windecker, Marie-Claude Morice, Samantha Sartori, Martin B Leon, Gregg W Stone, Patrick W Serruys, William Wijns, Giora Weisz, Edoardo Camenzind, Philippe G Steg, Pieter C Smits, David Kandzari, Clemens Von Birgelen, Søren Galatius, Raban V Jeger, Takeshi Kimura, Ghada W Mikhail, Dipti Itchhaporia, Laxmi Mehta, Rebecca Ortega, Hyo-Soo Kim, Marco Valgimigli, Adnan Kastrati, Alaide Chieffo, Roxana Mehran

TS Definitiva/Probable según Tipo de Stent



Number at risk				
Bare metal stents	1108	1056	859	574
Early-generation DES	4171	3919	3297	2099
Newer-generation DES	6278	5382	3476	2074

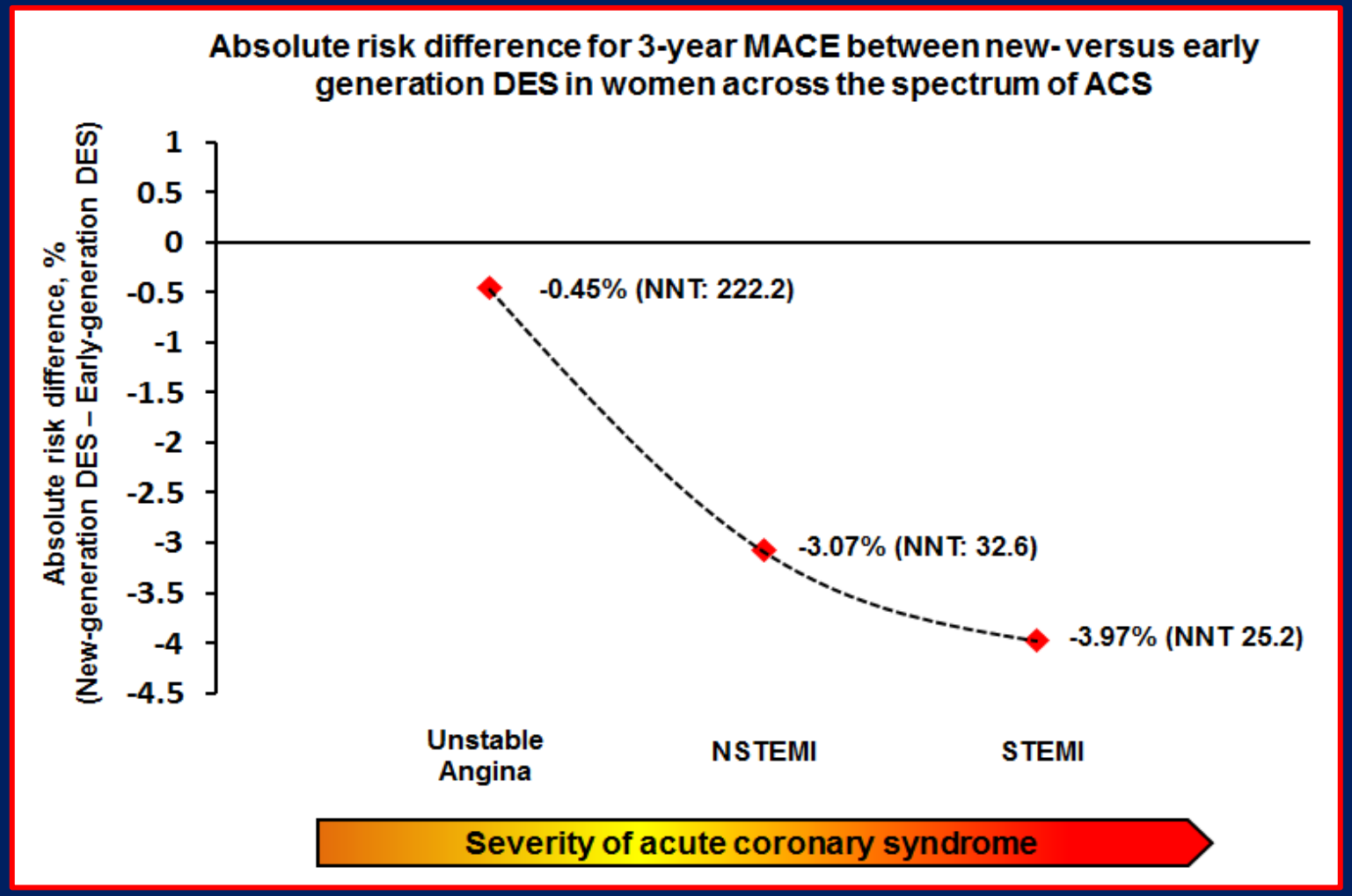
TLR Through 3 Years by Stent Type



Number at risk				
Bare metal stents	1108	898	710	457
Early-generation DES	4171	3764	3113	1955
Newer-generation DES	6278	5217	3307	1951

Conclusiones: El uso de SLD fue más efectivo y seguro que el uso de SM a largo plazo. Los stents de nueva generación se asocian con un perfil de mayor seguridad. Deben ser considerados como el estándar en la realización de ATC en la mujer.

Beneficio absoluto de los SLD de nueva generación según los diferentes SCA



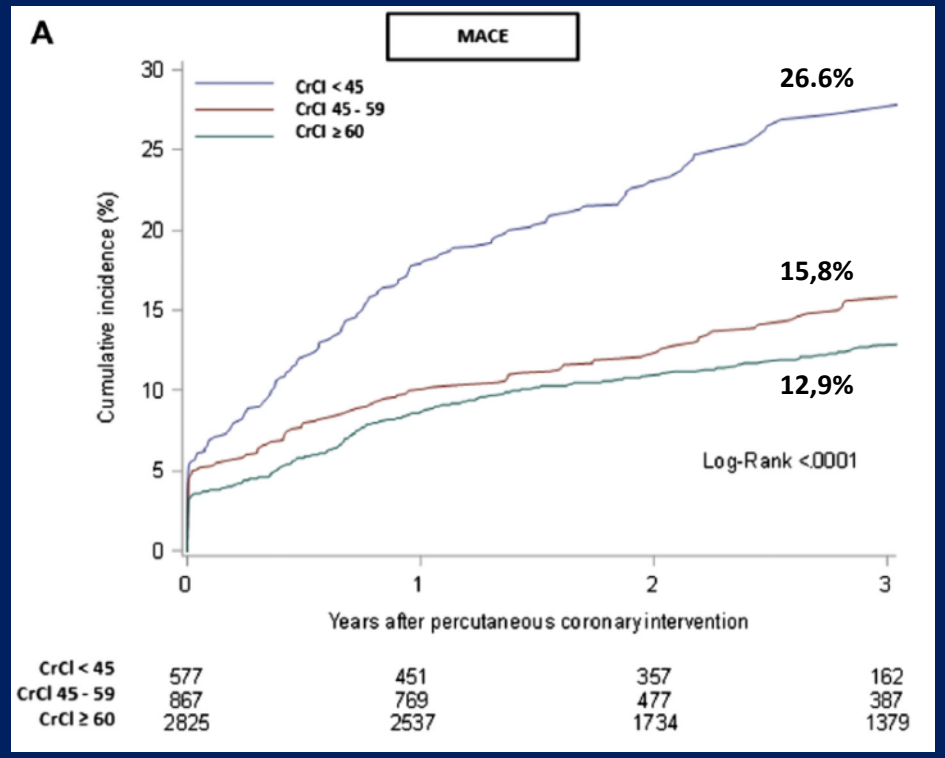
N=4376,
AI: 50%
SCAsST: 32 %
IAMcST: 18%
Seguimiento 3 años

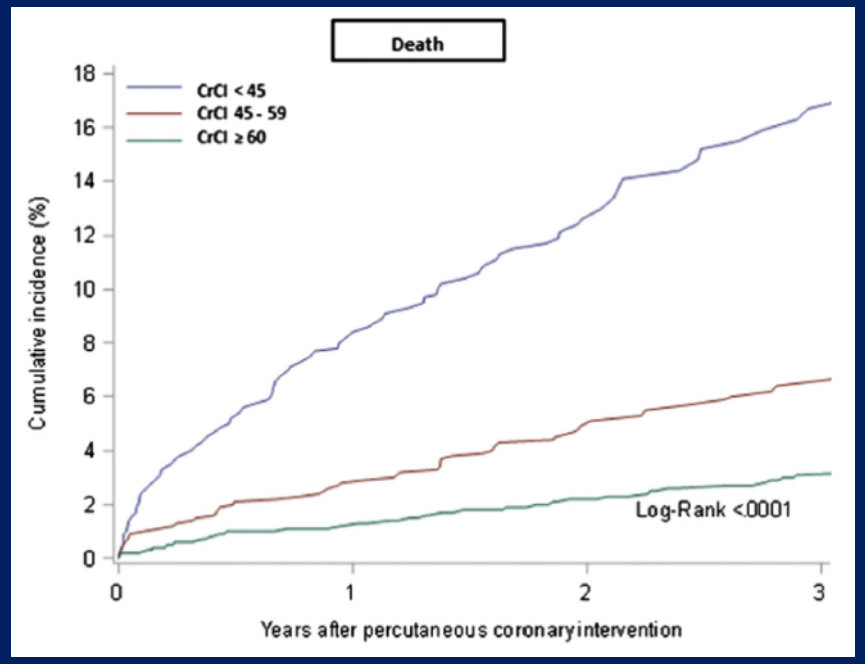
A medida que se agrava el cuadro clínico, aumenta el beneficio absoluto de la utilización de SLD de nueva generación.

Giustino et al. *JAMA Cardiol.* 2017;2(8):855-62

Intervención Coronaria con SLD e IRC

Eventos adversos a 3 años según función renal en mujeres con ATC y SLD





CrCl <45 ml/min

MACE: RR: 1.56; IC 95%: 1.23 a 1.98

Mortalidad: RR: 2.67; IC95%: 1.85 a 3.85

Effect of Chronic Kidney Disease in Women Undergoing Percutaneous Coronary Intervention With Drug-Eluting Stents

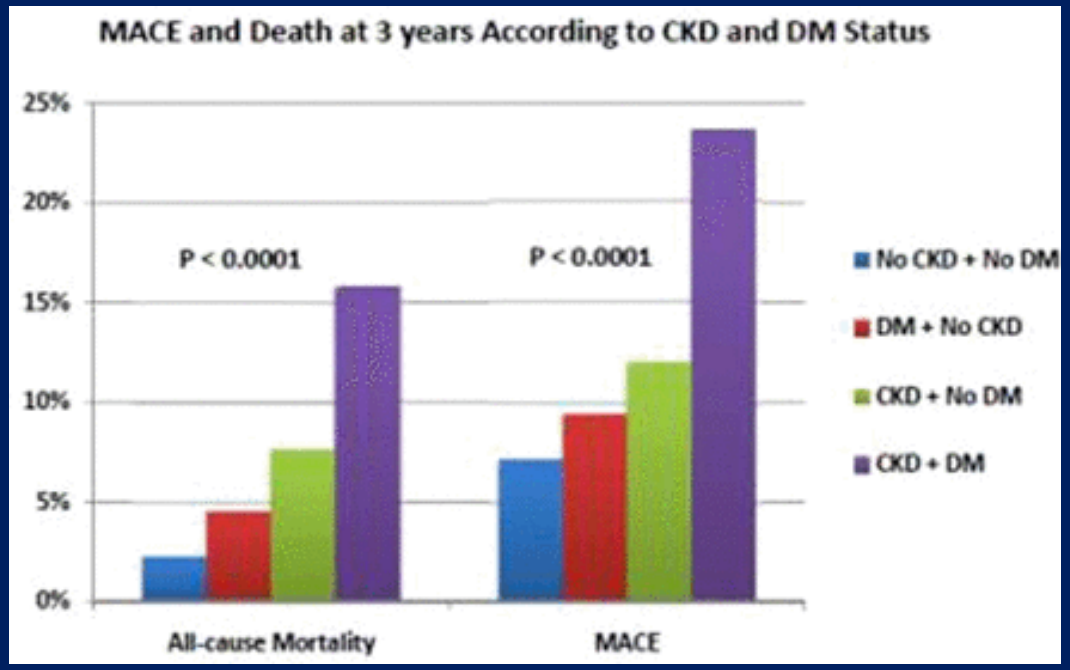
A Patient-Level Pooled Analysis of Randomized Controlled Trials

Usman Baber, MD, MSc,* Gennaro Giustino, MD,* Samantha Sartori, PhD,* Melissa Aquino, MSc,* Giulio G. Stefanini, MD,† P. Gabriel Steg, MD,‡ Stephan Windecker, MD, PhD,§ Martin B. Leon, MD,‖ William Wijns, MD, PhD,¶ Patrick W. Serruys, MD, PhD,# Marco Valgimigli, MD, PhD,** Gregg W. Stone, MD,
George D. Dangas, MD, PhD,* Marie-Claude Morice, MD,†† Edoardo Camenzind, MD,‡‡ Giora Weisz, MD,#
Pieter C. Smits, MD, PhD,§§ David Kandzari, MD,‖‖ Clemens Von Birgelen, MD,¶¶ Ioannis Mastoris, MD,*
Soren Galatius, MD,## Raban V. Jeger, MD,*** Takeshi Kimura, MD,††† Ghada W. Mikhail, MD,‡‡‡
Dipti Itchhaporia, MD,§§§ Laxmi Mehta, MD,‖‖‖ Rebecca Ortega, MD,¶¶¶ Hyo-Soo Kim, MD,###
Adnan Kastrati, MD,**** Alaide Chieffo, MD,†††† Roxana Mehran, MD*

- ✓ N: 4217
- ✓ más añosas
- ✓ Diabetes
- ✓ > IM previo
- ✓ < IMC
- ✓ > ATC y CRM
- ✓ > Enf multivaso
- ✓ > Lesiones complejas.

J Am Coll Cardiol Intv 2016;9:28–38

Intervención Coronaria con SLD DM e IRC



TCT-379 Independent and Combined Effect of Chronic Kidney Disease and Diabetes Mellitus in Women Undergoing Percutaneous Coronary Intervention with Drug-Eluting Stents: Results from a Patient-Level Pooled Analysis of Randomized Controlled Trials

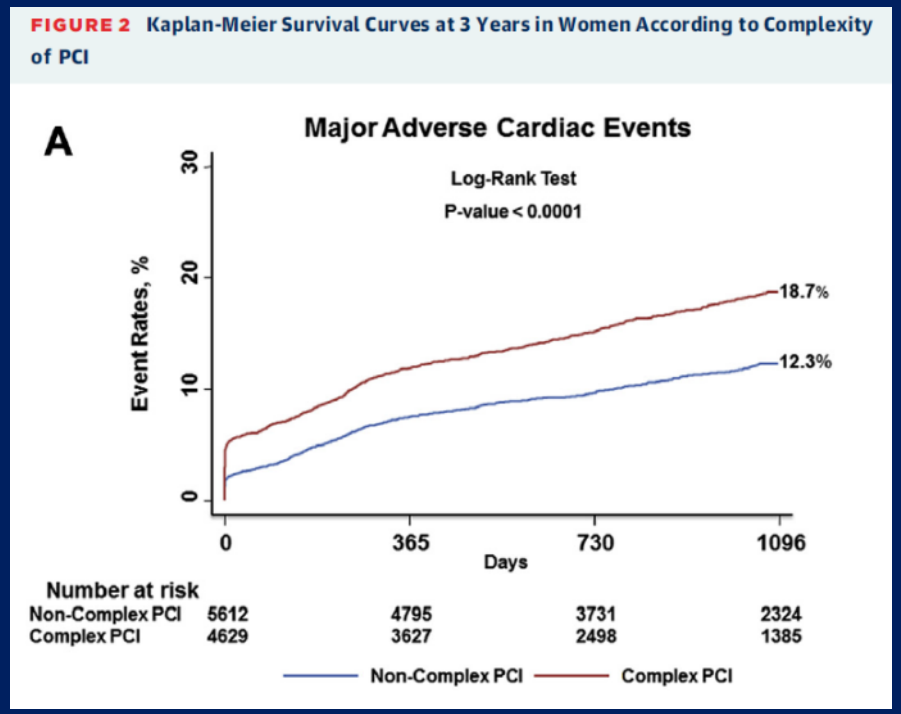
Usman Baber, Gennaro Giustino, Olga Salianski, Melissa Aquino, Samantha Sartori, Giulio G. Stefanini, Philippe G. Steg, Stephan Windecker, Martin Leon, Gregg W. Stone, Marco Valgimigli, Laxmi Mehta, Rebecca Ortega, Marie-Claude Morice and Roxana Mehran.

J ACC, V ol . 6 6 , N° 1 5 , Suppl B , 2 0 1 5

N: 4210 mujeres; 1794 (43.0%) sin DM ni IRC, 965 (23.0%) IRC, 972 (23.0%) DM, 479 (11.0%) DM e IRC.

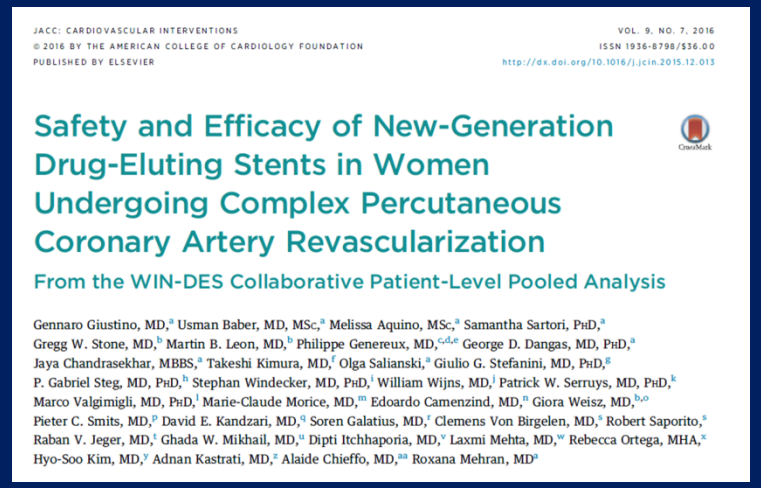
La presencia de IRC y DM confiere una sinergia en el efecto adverso sobre el riesgo de MACE a largo plazo en mujeres sometidas a ATC.

ATC con SLD y Lesiones Complejas



MACE: muerte, IM y RVC
RR: 1.63; IC 95% 1.45 a 1.83; p < 0.0001).

N: 10.241, ATCc: 45%
- ✓ más añosas
- ✓ > Diabetes
- ✓ > IM previo
- ✓ < FEVI.



JACC: CARDIOVASCULAR INTERVENTIONS
VOL. 9, NO. 7, 2016
ISSN 1936-8798/$36.00
http://dx.doi.org/10.1016/j.jcin.2015.12.013
PUBLISHED BY ELSEVIER
© 2016 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION

Safety and Efficacy of New-Generation Drug-Eluting Stents in Women Undergoing Complex Percutaneous Coronary Artery Revascularization

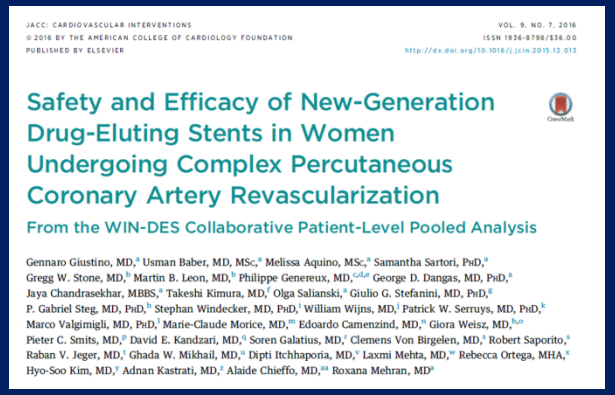
From the WIN-DES Collaborative Patient-Level Pooled Analysis

Gennaro Giustino, MD,[a] Usman Baber, MD, MSc,[a] Melissa Aquino, MSc,[a] Samantha Sartori, PhD,[a] Gregg W. Stone, MD,[b] Martin B. Leon, MD,[b] Philippe Genereux, MD,[c,d,e] George D. Dangas, MD, PhD,[a] Jaya Chandrasekhar, MBBS,[a] Takeshi Kimura, MD,[f] Olga Salianski,[a] Giulio G. Stefanini, MD, PhD,[g] P. Gabriel Steg, MD, PhD,[h] Stephan Windecker, MD, PhD,[i] William Wijns, MD,[j] Patrick W. Serruys, MD, PhD,[k] Marco Valgimigli, MD, PhD,[l] Marie-Claude Morice, MD,[m] Edoardo Camenzind, MD,[n] Giora Weisz, MD,[b,o] Pieter C. Smits, MD,[p] David E. Kandzari, MD,[q] Soren Galatius, MD,[r] Clemens Von Birgelen, MD,[s] Robert Saporito,[s] Raban V. Jeger, MD,[t] Ghada W. Mikhail, MD,[u] Dipti Itchhaporia, MD,[v] Laxmi Mehta, MD,[w] Rebecca Ortega, MHA,[x] Hyo-Soo Kim, MD,[y] Adnan Kastrati, MD,[z] Alaide Chieffo, MD,[aa] Roxana Mehran, MD[a]

Definición de ATC compleja: compuesto de la longitud total del stent > 30 mm, ≥2 stents implantados, ≥2 lesiones tratadas o lesión en bifurcación como vaso diana.

ATC con SLD y Lesiones Complejas

	Complex PCI (N=4629)	Non-Complex PCI (N=5612)	Adjusted HR [95% CI]	P-value†
Death	233 (6.21%)	240 (5.06%)	1.28 [1.05-1.56]	0.01
Cardiac Death	141 (4.57%)	125 (3.06%)	1.36 [1.04-1.76]	0.02
Myocardial Infarction	316 (7.46%)	184 (3.57%)	2.32 [1.90-2.83]	<0.0001
TLR	336 (8.69%)	278 (5.58%)	1.53 [1.29-1.82]	<0.0001
Def or prob ST	70 (1.74%)	73 (1.50%)	1.23 [0.86-1.75]	0.26
Death or MI	503 (12.44%)	393 (7.93%)	1.64 [1.44-1.88]	<0.0001
Death or MI or ST	509 (12.57%)	402 (8.09%)	1.73 [1.50-1.99]	<0.0001
Death or MI or TLR	749 (18.66%)	613 (12.26%)	1.63 [1.45-1.83]	<0.0001


JACC: CARDIOVASCULAR INTERVENTIONS
VOL. 9, NO. 7, 2016
© 2016 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION
PUBLISHED BY ELSEVIER
ISSN 1936-8798/$36.00
http://dx.doi.org/10.1016/j.jcin.2015.12.013

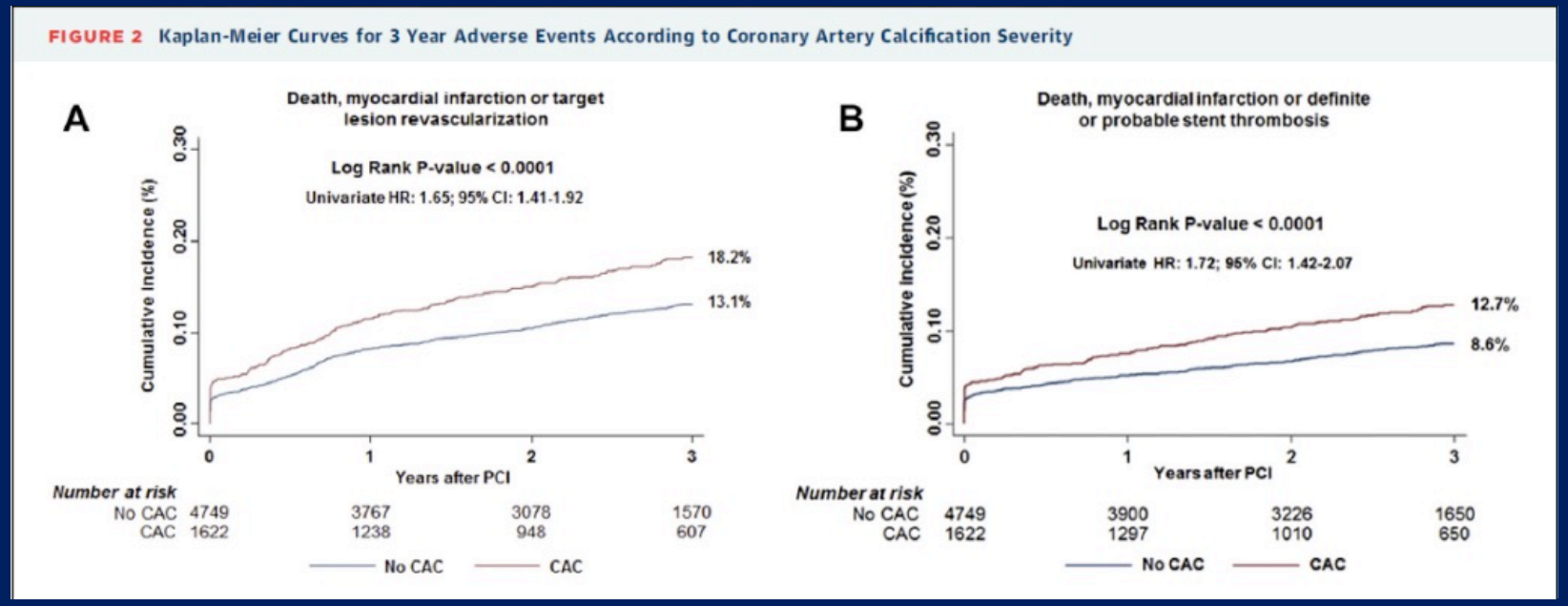
Safety and Efficacy of New-Generation Drug-Eluting Stents in Women Undergoing Complex Percutaneous Coronary Artery Revascularization

From the WIN-DES Collaborative Patient-Level Pooled Analysis

Gennaro Giustino, MD,[a] Usman Baber, MD, MSc,[a] Melissa Aquino, MSc,[a] Samantha Sartori, PhD,[a] Gregg W. Stone, MD,[b] Martin B. Leon, MD,[b] Philippe Genereux, MD,[c,d,e] George D. Dangas, MD, PhD,[a] Jaya Chandrasekhar, MBBS,[a] Takeshi Kimura, MD,[f] Olga Salianski,[a] Giulio G. Stefanini, MD, PhD,[g] P. Gabriel Steg, MD, PhD,[h] Stephan Windecker, MD, PhD,[i] William Wijns, MD,[j] Patrick W. Serruys, MD, PhD,[k] Marco Valgimigli, MD, PhD,[l] Marie-Claude Morice, MD,[m] Edoardo Camenzind, MD,[n] Giora Weisz, MD,[b,o] Pieter C. Smits, MD,[p] David E. Kandzari, MD,[q] Soren Galatius, MD,[r] Clemens Von Birgelen, MD,[s] Robert Saporito,[a] Raban V. Jeger, MD,[t] Ghada W. Mikhail, MD,[u] Dipti Itchhaporia, MD,[v] Laxmi Mehta, MD,[w] Rebecca Ortega, MHA,[a] Hyo-Soo Kim, MD,[y] Adnan Kastrati, MD,[z] Alaide Chieffo, MD,[aa] Roxana Mehran, MD[a]

Definición de ATC compleja: compuesto de la longitud total del stent > 30 mm, ≥2 stents implantados, ≥2 lesiones tratadas o lesión en bifurcación como vaso diana.

ATC con SLD y Lesiones Calcificadas



Correlates and Impact of Coronary Artery Calcifications in Women Undergoing Percutaneous Coronary Intervention With Drug-Eluting Stents

From the Women in Innovation and Drug-Eluting Stents (WIN-DES) Collaboration

Gennaro Giustino, MD,[a] Ioannis Mastoris, MD,[a] Usman Baber, MD, MSc,[a] Samantha Sartori, PhD,[a] Gregg W. Stone, MD,[b] Martin B. Leon, MD,[b] Patrick W. Serruys, MD, PhD,[c] Adnan Kastrati, MD,[d] Stephan Windecker, MD, PhD,[e] Marco Valgimigli, MD, PhD,[e] George D. Dangas, MD, PhD,[a] Clemens Von Birgelen, MD,[f] Pieter C. Smits, MD,[g] David Kandzari, MD,[h] Soren Galatius, MD,[i] William Wijns, MD,[j] P. Gabriel Steg, MD, PhD,[k] Giulio G. Stefanini, MD, PhD,[l] Melissa Aquino, MSc,[a] Marie-Claude Morice, MD,[m] Edoardo Camenzind, MD,[n] Giora Weisz, MD,[o,p] Raban V. Jeger, MD,[q] Takeshi Kimura, MD,[r] Ghada W. Mikhail, MD,[s] Dipti Itchhaporia, MD,[t] Laxmi Mehta, MD,[u] Rebecca Ortega, MD,[v] Hyo-Soo Kim, MD,[w] Alaide Chieffo, MD,[x] Roxana Mehran, MD[a]

- ✓ N: 6371
- ✓ CAC mod/severa: 26%
- ✓ más añosas
- ✓ > HTA
- ✓ > Dislipemia
- ✓ > Diabetes ID
- ✓ > IRC
- ✓ > CRM previa
- ✓ < FEVI.

J Am Coll Cardiol Interv 2016;9:1890-901

AGENDA

- Cardiopatía Isquémica
- Accesos Arteriales
- Antiagregación Plaquetaria
- TAVI

Comité de Cardiopatía en la Mujer

Complicaciones Vasculares

Risk factor	OR (95% CI)	P–value
Female	1.64 (1.39, 1.94)	<0.001
Age Group		<0.001
55–64 vs. <55	1.32 (0.99, 1.76)	0.062
65–74 vs. <55	2.18 (1.66, 2.87)	<0.001
>=75 vs. <55	2.59 (1.94, 3.45)	<0.001
PCI type		0.52
Urgent vs. elective	0.93 (0.77, 1.12)	0.44
Emergency vs. elective	1.05 (0.79, 1.39)	0.73
BMI group		0.070
<20 vs. 20–24.9	0.75 (0.45, 1.25)	0.28
25–29.9 vs. 20–24.9	0.76 (0.63, 0.92)	0.005
30–34.9 vs. 20–24.9	0.74 (0.60, 0.93)	0.009
35+ vs. 20–24.9	0.81 (0.62, 1.06)	0.13
MI within previous 24 hours	1.15 (0.89, 1.49)	0.29
Unstable Angina	1.04 (0.88, 1.23)	0.65
Diabetes	0.80 (0.67, 0.97)	0.023
Hypercholesterolemia	1.10 (0.92, 1.31)	0.29
Hypertension	1.11 (0.93, 1.31)	0.24
Severe renal impairment	2.25 (1.67, 3.03)	<0.001
Peripheral Vascular Disease	0.79 (0.62, 1.01)	0.063
GP IIb/IIIa use	1.39 (1.19, 1.63)	<0.001
Sheath size		<0.001
7–8 vs. <=6	1.53 (1.28, 1.83)	<0.001
9 vs. <=6	1.91 (1.29, 2.82)	0.001
10+ vs. <=6	2.94 (2.09, 4.13)	<0.001
Closure Device Use	1.58 (1.09, 2.29)	0.016
Venous Sheath Use	1.11 (0.89, 1.40)	0.36
Log_2 Peak ACT	1.60 (1.27, 2.03)	<0.001
Systolic BP (per 20 mmHg)	0.98 (0.90, 1.06)	0.57
Diastolic BP (per 10 mmHg)	1.09 (0.99, 1.19)	0.075
Log_2 Procedure duration	1.20 (1.08, 1.33)	<0.001
Heparin use post–procedure	2.46 (2.09, 2.91)	<0.001

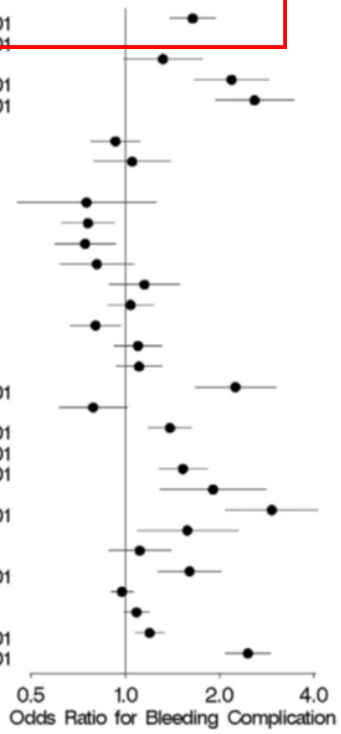


Figure 2. Multiple Logistic Regression Model Odds Ratio Estimates for Any Major Femoral Bleeding Complication

Advanced age, female gender, and renal disease predicted increased risk. Procedural predictors included sheath size, use of glycoprotein (GP) IIb/IIIa inhibitors, closure devices, and intensity/duration of anticoagulation with heparin. The partial odds ratio (OR) point estimates for the risk factors listed on the **left** are plotted as **dots**; **lines** indicate the 95% confidence intervals (CI). BMI = body mass index; BP = blood pressure; MI = myocardial infarction; PCI = percutaneous coronary intervention.

Major Femoral Bleeding Complications After Percutaneous Coronary Intervention

Incidence, Predictors, and Impact on Long-Term Survival Among 17,901 Patients Treated at the Mayo Clinic From 1994 to 2005

Brendan J. Doyle, MB, BCH, Henry H. Ting, MD, MBA, Malcolm R. Bell, MBBS, FRACP, Ryan J. Lennon, MS, Verghese Mathew, MD, Mandeep Singh, MD, David R. Holmes, MD, Charanjit S. Rihal, MD

Rochester, Minnesota

PREDICTORES INDEPENDIENTES SANGRADO FEMORAL

1. **Sexo femenino**
2. **Edad avanzada**
3. **Ir severa**
4. **Intensidad y duración de heparina**
5. **Uso de inhibidor de GP IIb|IIIa**

J Am Coll Cardiol Intv 2008;1:202-9

Complicaciones Vasculares

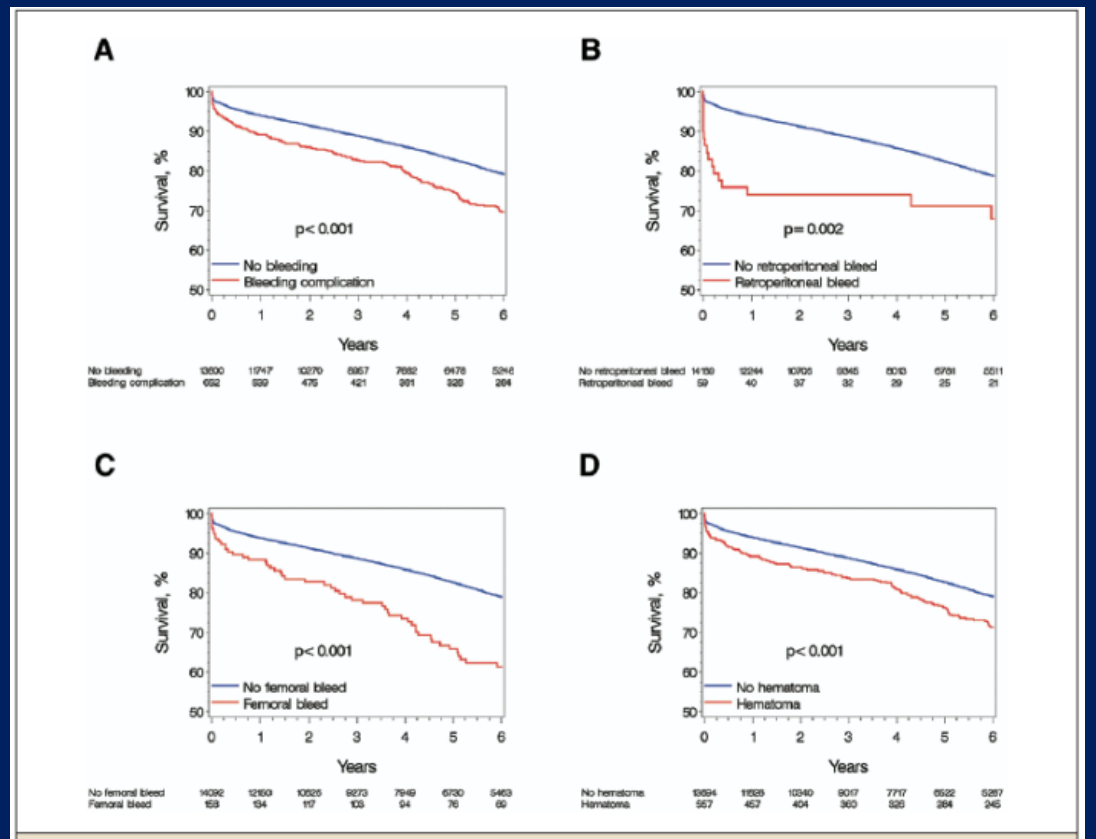


Figure 3. Kaplan-Meier Curves Depicting Long-Term Survival of Patients With or Without Major Bleeding Complications

Decreased survival was noted among patients with **(A)** any major bleeding complication, **(B)** retroperitoneal bleeding, **(C)** major external femoral bleeding, or **(D)** major hematoma. Patient numbers at risk are presented below the figure.

Major Femoral Bleeding Complications After Percutaneous Coronary Intervention

Incidence, Predictors, and Impact on Long-Term Survival Among 17,901 Patients Treated at the Mayo Clinic From 1994 to 2005

Brendan J. Doyle, MB, BCH, Henry H. Ting, MD, MBA, Malcolm R. Bell, MBBS, FRACP, Ryan J. Lennon, MS, Verghese Mathew, MD, Mandeep Singh, MD, David R. Holmes, MD, Charanjit S. Rihal, MD

Rochester, Minnesota

Menor sobrevida a largo plazo:

1. **Complicaciones hemorrágicas**
2. **Sangrado retroperitoneal**
3. **Sangrado femoral**
4. **Hematoma**

A Registry-Based Randomized Trial Comparing Radial and Femoral Approaches In Women Undergoing Percutaneous Coronary Intervention:

The SAFE-PCI for Women Trial

TABLE 3 Primary Efficacy and Feasibility Endpoints in the Total Randomized and PCI Cohorts

	PCI Cohort			
	Radial (n = 345)	Femoral (n = 345)	OR (95% CI)	p Value
BARC type 2, 3, or 5 bleeding or vascular complications	4 (1.2)	10 (2.9)	0.39 (0.12-1.27)	0.12

	Total Randomized Cohort			
	Radial (n = 891)	Femoral (n = 884)	OR (95% CI)	p Value
BARC type 2, 3, or 5 bleeding or vascular complications	5 (0.6)	15 (1.7)	0.32 (0.12-0.90)	0.03
Type 2	4 (0.4)	10 (1.1)		
Type 3	1 (0.1)	4 (0.5)		
Type 5	0	0		
Arteriovenous fistula	0	0		
Arterial pseudoaneurysm	1 (0.1)	1 (0.1)		
Arterial occlusion	0	0		
Access site crossover	60 (6.7)	17 (1.9)	3.70 (2.14-6.40)	<0.01

BARC = Bleeding Academic Research Consortium; CI = confidence interval; OR = odds ratio; PCI = percutaneous coronary intervention.

- ✓ **Casi el 50% eran cuadros clínicos estables.**
- ✓ **Uso de dispositivos de cierre en accesos femorales: 66%.**
- ✓ **El ensayo se detuvo antes por una tasa de eventos menor a la esperada.**
- ✓ **El 77% de mujeres con ATR prefirieron dicho acceso vs 26.8% de las de ATF (P<0.0001).**

Comité de Cardiopatía en la Mujer

J Am Coll Cardiol Intev 2014;7:857-67

AHA SCIENTIFIC STATEMENT

An Update on Radial Artery Access and Best Practices for Transradial Coronary Angiography and Intervention in Acute Coronary Syndrome

A Scientific Statement From the American Heart Association

Circ Cardiovasc Interv. September 2018

- El ATR se asocia con una incidencia significativa menor de hemorragias y complicaciones vasculares y potencialmente menor mortalidad en comparación con ATF.
- El beneficio de mortalidad se observa claramente en SCA de alto riesgo y en pacientes con alto riesgo de sangrado.
- El ATR debe considerarse la estrategia predeterminada en el manejo invasivo de pacientes con SCA.
- Comparado con el ATF, el ATR también se asocia con mejoras calidad de vida, uso reducido de recursos de salud y reducción de costos sanitarios.

Comité de Cardiopatía en la Mujer

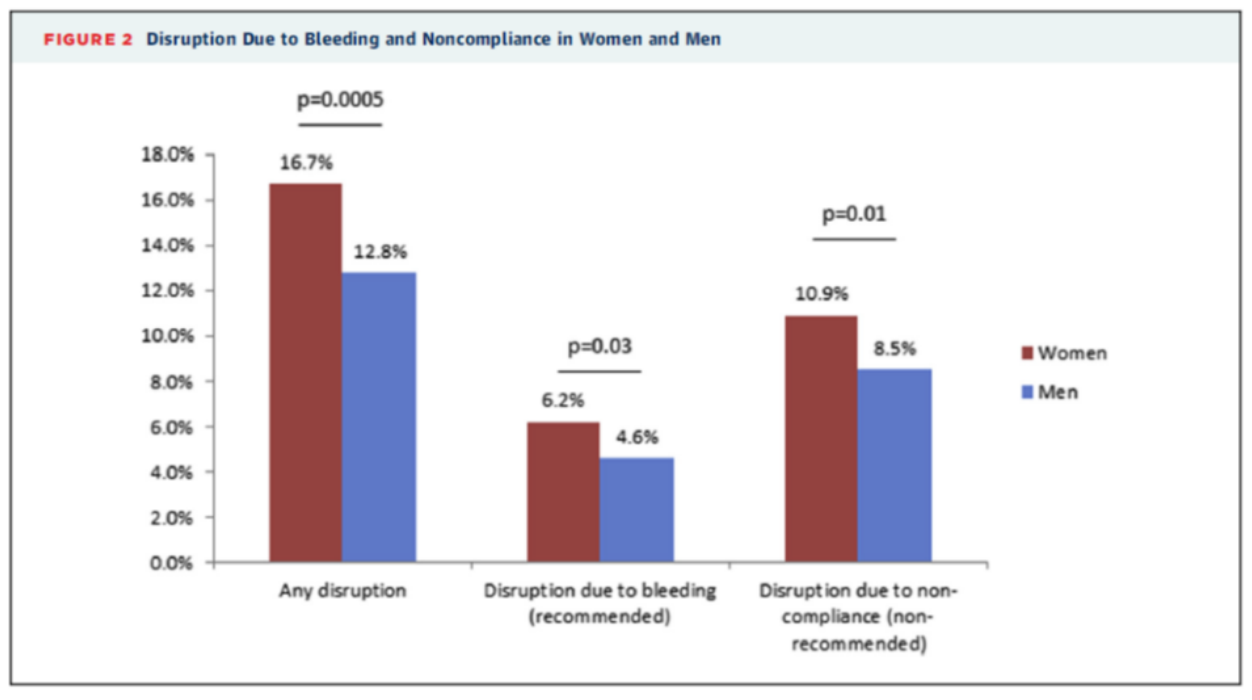
AGENDA

- Cardiopatía Isquémica
- Disección Espontanea de Arterias Coronarias
- Accesos Arteriales
- Antiagregación Plaquetaria
- TAVI

Comité de Cardiopatía en la Mujer

Antiagregación Plaquetaria - PARIS

Seguimiento a 2 años



Sex-Based Differences in Cessation of Dual-Antiplatelet Therapy Following Percutaneous Coronary Intervention With Stents

Jennifer Yu, MBBS,[a,b] Usman Baber, MD,[b] Ioannis Mastoris, MD,[b] George Dangas, MD, PhD,[b] Samantha Sartori, PhD, Philippe Gabriel Steg, MD,[c] David J. Cohen, MD, MSc,[d] Gennaro Giustino, MD,[b] Jaya Chandrasekhar, MBBS,[b] Cono Ariti, MSc,[e] Bernhard Witzenbichler, MD,[f] Timothy D. Henry, MD,[g] Annapoorna S. Kini, MD,[b] Mitchell W. Krucoff, MD,[h] C. Michael Gibson, MD,[i] Alaide Chieffo, MD,[j] David J. Moliterno, MD,[k] Antonio Colombo, MD,[j] Stuart Pocock, PhD,[e] Roxana Mehran, MD[b]

Las mujeres, con respecto a los hombres:

1. **Mayor cese por sangrado.**
2. **Mayor cese por incumplimiento.**

Sexo femenino: predictor independiente de sangrado.

J Am coll Cardiol Intv 2016;9:1461-9

Antiagregación Plaquetaria

Benefit and Risk of Prolonged DAPT After Coronary Stenting in Women

Results From the DAPT Study

Berry et al. Circ Cardiovasc Interv. July 2018

Table 2. Events Occurring From Index Stenting Procedure to 12 Months

N (%)	Enrolled Women N=7175	Enrolled Men N=18 507	*P* Value	Adjusted *P* Value*
Events†	1003 (14.0%)	2057 (11.1%)	<0.001	<0.001
Death	123 (1.7%)	213 (1.2%)	<0.001	0.73
Myocardial infarction	253 (3.5%)	457 (2.5%)	<0.001	<0.001
Stroke	74 (1.0%)	137 (0.7%)	0.02	0.04
Stent thrombosis	40 (0.6%)	95 (0.5%)	0.66	0.58
Repeat revascularization	549 (7.7%)	1308 (7.1%)	0.11	0.12
GUSTO moderate/ severe bleeding	277 (3.9%)	424 (2.3%)	<0.001	0.01
Noncompliance or interruption >14 d‡	516 (7.2%)	1084 (5.9%)	<0.001	0.012

En el período inicial de seguimiento (12 meses)
Las mujeres, con respecto a los hombres:

1. **Tuvieron mayores tasas de eventos (criterios de exclusión)**
2. **Mayor muerte, IAM y ACV**
3. **Mayor hemorragia moderada / severa**
4. **Interrupción o incumplimiento de tratamiento**

Comité de Cardiopatía en la Mujer

Antiagregación Plaquetaria

DAPT STUDY

N: 11 648 pacientes, mujeres ; N = 2925, 25,1%
Seguimiento: 12 a 30 meses

Benefit and Risk of Prolonged DAPT After Coronary Stenting in Women
Results From the DAPT Study

Las mujeres tuvieron similar isquemia ajustada y eventos hemorrágicos que los hombres. Los efectos de la terapia continua con tienopiridina no difirió significativamente por sexo para:

- **Trombosis del stent**
- **IAM**
- **Principales efectos adversos CV y eventos Cerebrovasculares**
- **Hemorragia**

Berry et al. Circ Cardiovasc Interv. July 2018

Antiagregación Plaquetaria

DAPT STUDY

N: 11 648 pacientes, mujeres ; N = 2925, 25,1%
Seguimiento: 12 a 30 meses

Benefit and Risk of Prolonged DAPT After Coronary Stenting in Women

Results From the DAPT Study

Este estudio post hoc, nos muestra que, una vez superado el año inicial sin eventos, la DAP es igual de beneficiosa en ambos sexos.

Berry et al. Circ Cardiovasc Interv. July 2018

Comité de Cardiopatía en la Mujer

AGENDA

- Cardiopatía Isquémica
- Accesos Arteriales
- Antiagregación Plaquetaria
- TAVI

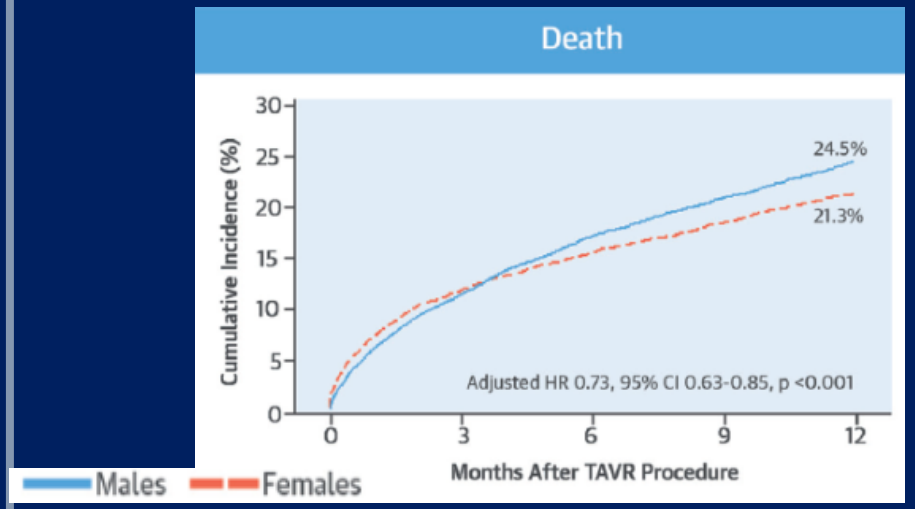
Comité de Cardiopatía en la Mujer

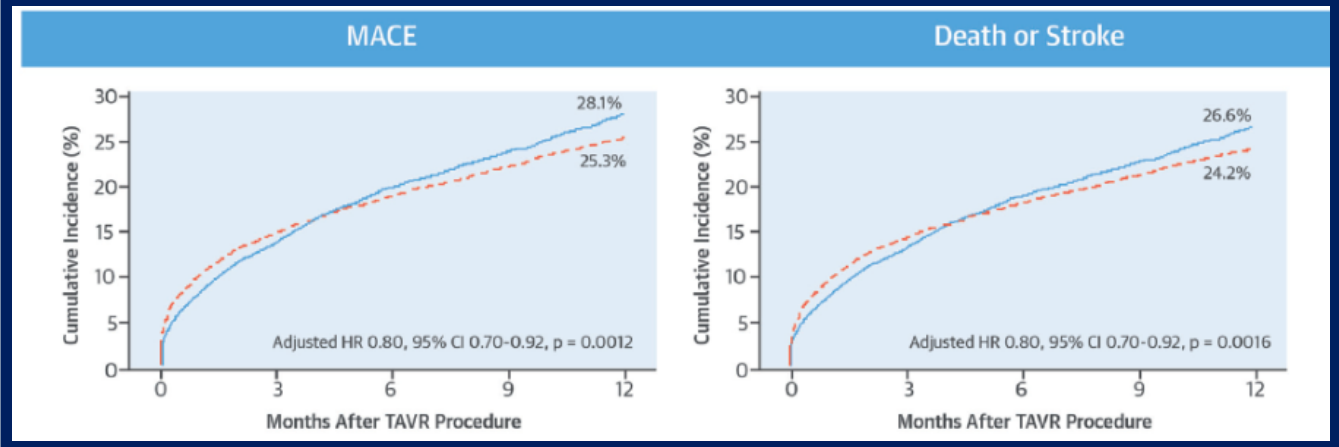
Sex-Based Differences in Outcomes With Transcatheter Aortic Valve Therapy

TVT Registry From 2011 to 2014

Jaya Chandrasekhar, MBBS,[a] George Dangas, MD, PhD,[a] Jennifer Yu, MD,[a,b] Sreekanth Vemulapalli, MD,[c] Sunil Suchindran, PhD,[c] Amit N. Vora, MD,[c] Usman Baber, MD, MS,[a] Roxana Mehran, MD,[a]
for the STS/ACC TVT Registry

Resultados a 1 año: crudos y ajustados





Período 2011-2014
11.808 (49.9%) mujeres
11.844 (50.1%) hombres
Mujeres: + añosas
< EAC, <DM
< FA, < F Glomerular
> Ao porcelana
> STS Score (9.0% vs 8.0%), p<0.001

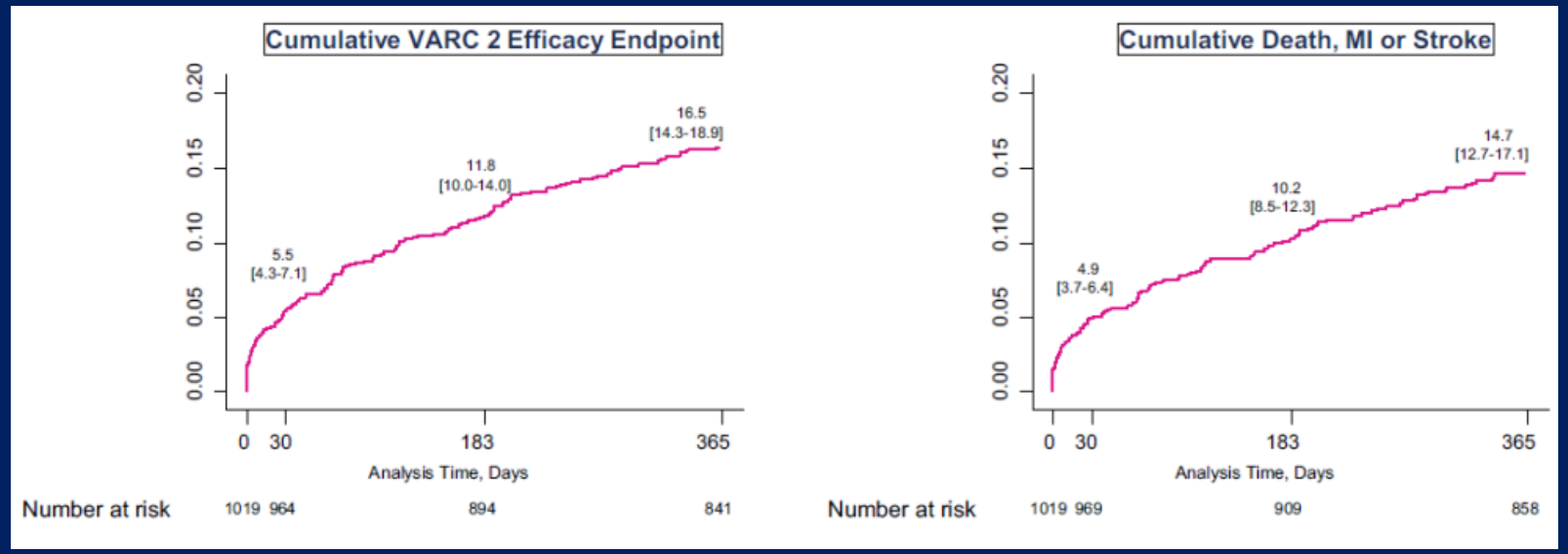
Complicaciones intrahospitalarias
> Complicaciones vasculares: 8.3 vs 4.4 p<0.001
Tendencia a + hemorragias

J Am Coll Cardiol 2016;68:2733–44)

1-Year Clinical Outcomes in Women After Transcatheter Aortic Valve Replacement

Results From the First WIN-TAVI Registry

Punto Final Primario de Eficacia VARC 2 y Punto Secundario

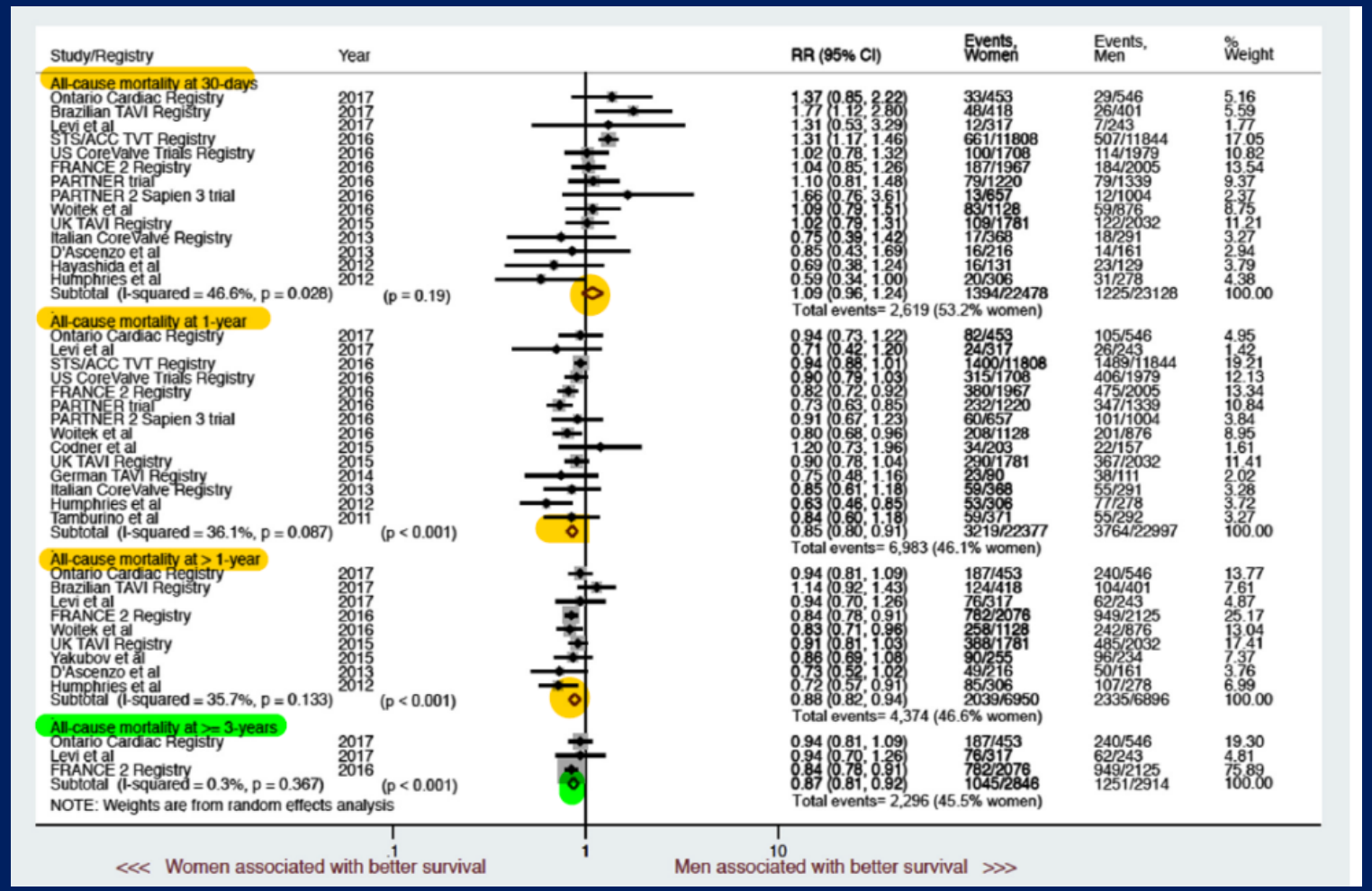


Registro Multinacional de Mujeres
N: 1019, riesgo intermedio a alto
Edad 82,5 ± 6.3 años
EuroSCORE:17.8 ±11.7%
STSscore: 8.3 ± 7.4%
Acceso transfemoral: 90.6%

- ✓ El EuroSCORE , FA basal y ATC previa fueron predictores independientes de la muerte de 1 año o ACV.
- ✓ El EuroSCORE, la ATC o CRM previa fueron predictores independientes del punto final de eficacia de VARC 2.
- ✓ Después del ajuste, no se observó asociación entre la historia de embarazo y los resultados de la TAVI a 1 año.

Chieffo et al. J Am Coll Cardiol Intv 2018; 11:1-12

TAVI: Mortalidad Global Mujeres vs Hombres
Seguimiento a corto, mediano y largo plazo post TAVI



Long-Term Outcomes With Transcatheter Aortic Valve Replacement in Women Compared With Men

Evidence From a Meta-Analysis

Marwan Saad, MD, PhD,[a] Ramez Nairooz, MD,[b] Naga Venkata K. Pothineni, MD,[a] Ahmed Almomani, MD,[a] Swathi Kovelamudi, MD,[a] Partha Sardar, MD,[c] Marcelo Katz, MD, PhD,[d] Mohamed Abdel-Wahab, MD,[e] Sripal Bangalore, MD, MHA,[f] Neal S. Kleiman, MD,[g] Peter C. Block, MD,[h] J. Dawn Abbott, MD[i]

17 estudios, 3 ECR, 8 Registros TAVI,
N: 47.188, 49.4% mujeres
Mujeres + añosas
Hombres + comorbilidades, > Euro SCORE
Punto final secundario (30d): Mujeres tuvieron significativamente:
> sangrado, > complicaciones vasculares, > transfusiones, > riesgo AIT/ACV
< IA moderada a severa.
A largo plazo: > sobrevida.

J Am Coll Cardiol Intev 2018; 11: 24-35

Conclusiones I

- ***Las mujeres sometidas a intervención coronaria son más añosas, tienen más comorbilidades, que se asocian a lesiones más complejas, calcificadas con significativamente más eventos cardíacos mayores a largo plazo.***

- ***La técnica radial debe ser la preferida particularmente en mujeres, para la realización de los procedimientos en todos los cuadros clínicos, dado el aumento de riesgo de sangrado y complicaciones vasculares que ellas tienen.***

- ***Los SLD de nueva generación mostraron un perfil de mayor seguridad y efectividad y deben ser considerados como el estándar en la realización de ATC en la mujer.***

Conclusiones II

- *La DAP debe ser individualizada en cada paciente evaluando el riesgo isquémico y hemorrágico. Si bien la mujer tiene más abandonos en el curso del primer año; una vez superado el año inicial sin eventos, la DAP, es igual de beneficiosa en ambos sexos.*

- *Las mujeres con TAVI a pesar de tener mayores complicaciones a corto plazo, tienen mejor sobrevida que los hombres.*

Comité de Cardiopatía en la Mujer

Muchas Gracias