



5022-3. PRONÓSTICO DE LA REVASCULARIZACIÓN GUIADA SEGÚN QFR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA CRÓNICA

Ainhoa Pérez Guerrero¹, Carlos Cortés Villar¹, Luis Cerdán Ferreira¹, Octavio Jiménez², Luis Renier Goncalves Ramírez³, Fernando Rivero Crespo⁴, David de las Cuevas León¹, Pablo Manuel Fernández Corredoira¹, Carlos Minguito-Carazo³, Álvaro Garmarra Lobato⁴, Gabriel Galache Osuna¹, Juan Sánchez Rubio¹, Fernando Alonso⁴, José A. Diarte de Miguel¹ y M. del Rosario Ortas Nadal¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ³Complejo Asistencial Universitario de León. ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La revascularización guiada mediante la evaluación funcional con reserva fraccional de flujo (FFR) y el índice instantáneo en el periodo libre de ondas (iFR) ha demostrado beneficio pronóstico en la enfermedad coronaria crónica estable (ECC). El *quantitative flow ratio* (QFR) es un índice fisiológico basado en la reconstrucción tridimensional de la angiografía coronaria. El objetivo fue evaluar el pronóstico de la revascularización guiada según el análisis QFR en la ECC.

Métodos: Estudio de cohortes multicéntrico. Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a coronariografía por ECC de enero a diciembre de 2015. Se realizó un análisis QFR centralizado y ciego. Se definió como abordaje adecuado si se realizó revascularización en lesiones significativas (QFR # 0,80). El *endpoint* primario fue definido como evento cardiovascular mayor (MACE), incluyendo muerte, infarto de miocardio, revascularización no programada y hospitalización.

Resultados: Se incluyeron un total de 583 pacientes, el 72,6% eran varones con una edad media de 69,3 años ($\pm 1,8$). La angina clase II fue la presentación clínica más frecuente (50,1%). El 28,8% de las lesiones no significativas por QFR fueron revascularizadas y el 31,7% con estudio funcional significativo fueron tratadas de forma conservadora. Tras una mediana de seguimiento de 66 meses, un abordaje inadecuado mostró un aumento de más del doble en MACE (83,3 vs 38,2%; $p = 0,01$) principalmente debido a un aumento de 4 veces la mortalidad por cualquier causa (25,0 vs 6,1; $p = 0,03$). Además, la angina clase II-IV en el seguimiento fue 5 veces más frecuente en esta cohorte (4,9 vs 25,0, $p = 0,014$). Las características basales y de seguimiento según el enfoque se resumen en la figura 1. La curva de supervivencia se representa en la figura 2A. Respecto a cada territorio coronario, revascularizar lesiones no significativas o no tratar lesiones significativas presentó de forma similar un peor pronóstico en el seguimiento en comparación con la revascularización adecuada (figura 2B,C y D).

Características basales y eventos en el seguimiento el enfoque apropiado o inadecuado

	Total	Abordaje apropiado (QFR+/revascularización, QFR-/non revascularización)	Abordaje no /revasculariza revasculariza
Características basales globales			
Edad (años)	69,12	69,34	68,37
HTA (%)	77,42	19,01	66,67
Diabetes mellitus (%)	39,78	50	38,27
Hipercolesterolemia (%)	62,37	62,96	58,3
Tabaquismo (%)	34,41	35,8	25
Enfermedad renal crónica (%)	10,75	11,1	8,3
Arteriopatía periférica (%)	7,53	8,64	0
Cardiopatía isquémica previa (%)	29,03	29,63	25
FEVI (%)	57,8	58,11	55,75
Eventos en el seguimiento			
Mortalidad (%)	8,60	6,17	25
IAM (%)	4,30	2,47	16,67
Ángor en el seguimiento (CCS II, III, IV)	7,53	4,94	25
MACE (%)	44,09	38,27	83,33

HTA: hipertensión arterial; FEVI: fracción de eyección del VI; IAM: infarto agudo de miocardio; MACE: eventos a Canadian Cardiovascular Society.



Curvas de Kaplan-Meier para eventos cardiacos adversos mayores.

Conclusiones: La revascularización guiada por QFR se asoció a menos eventos cardiovasculares en el seguimiento. El tratamiento de las lesiones no significativas y el manejo conservador de las lesiones funcionalmente significativas de acuerdo con QFR implicó peores resultados.