



4018-4. VALIDEZ DIAGNÓSTICA ENTRE LAS DIFERENTES TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL INTRACORONARIO FRENTE AL PATRÓN ESTÁNDAR DE RESERVA FRACCIONAL DE FLUJO CON ADENOSINA INTRAVENOSA

Javier Cuesta Cuesta, Fernando Rivero Crespo, María Teresa Bastante Valiente, Amparo Benedicto Buendía, Jorge Andrés Restrepo Carmona, Víctor Martínez Dosantos, Rosa Montes de Oca Martínez y Fernando Alfonso Manterola del Hospital Universitario de la Princesa, IIS-P, Madrid.

Resumen

Introducción: Existen discrepancias sobre la concordancia de los métodos diagnósticos intracoronarios no hiperémicos (iFR y Pd/Pa), así como sobre las diferentes vías de administración y dosis de adenosina en las técnicas hiperémicas (FFR). El objetivo de este estudio es determinar la concordancia entre los diferentes métodos hiperémicos y no hiperémicos de diagnóstico intracoronario, tomando como patrón estándar la FFR con adenosina i.v. a 140 μ g/Kg/min.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente 48 pacientes y 53 lesiones coronarias intermedias con indicación de valoración funcional coronaria. En todos ellos se realizó sistemáticamente la siguiente determinación de valores: iFR, FFR con adenosina i.c. a dosis de 60 y 600 μ g y FFR tras adenosina i.v. a dosis de 140 y 200 μ g/Kg/min. Se analizó la distribución de frecuencias de los pacientes clasificados como “positivos” conforme a los puntos de corte estándar para cada uno de los métodos (0,80 para FFRiv-140, FFRiv-200, FFRic-60 y FFRic-600 y 0,89 para iFR). Se calcularon los índices de validez diagnóstica con sus IC al 95%.

Resultados: El 41,3% de los pacientes fueron clasificados como “positivos” según FFRiv-140, frente al 42,9% de FFRiv-200, al 47,1% de FFRic-60, 47,1% del FFRic-600 y al 60,8% de iFR. El porcentaje de pacientes clasificados como “positivos” en los tres métodos no fue significativamente distinto al porcentaje según FFRiv-140. La sensibilidad y la especificidad de cada uno de los métodos con respecto al patrón estándar de FFRiv-140 se muestran en la Tabla 1. La sensibilidad superó el 92% en todos los casos, con intervalos de confianza precisos en todos ellos salvo en FFRiv-200 donde el rango inferior del intervalo fue de 75,8%. La especificidad superó el 80% en todos los parámetros excepto iFR, con una especificidad de 61,5%. La precisión de la especificidad fue peor, con valores inferiores en torno a 60-70% para FFRic y FFRiv y del 41% para iFR. Los resultados con FFRic-60 y FFRic-600 fueron idénticos.

Análisis de la validez diagnóstica de los cuatro métodos frente a FFRiv-140

		VP	VN	Sensibilidad	Especificidad	Validez global
	N	n (%)	n (%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)

iFR vs FFRiv-140	45	18 (94,7)	16 (61,5)	94,7 (82,1-100,0)	61,5 (40,9-82,2)	75,6 (61,9-89,2)
FFRic-60 vs FFRiv-140	46	18 (94,7)	23 (85,2)	94,7 (82,1-100,0)	85,2 (69,9-100,0)	89,1 (79,1-99,2)
FFRic-600 vs FFRiv-140	46	18 (94,7)	23 (85,2)	94,7 (82,1-100,0)	85,2 (69,9-100,0)	89,1 (79,1-99,2)
FFRiv-200 vs FFRiv-140	40	13 (92,9)	21 (80,8)	92,9 (75,8-100,0)	80,8 (63,7-97,8)	75,0 (72,7-97,3)

VP: verdaderos positivos; VN: verdaderos negativos; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Conclusiones: La FFR i.v.- 140 presentó menos diagnósticos positivos que la adenosina i.v.-200 y FFRi.c. con dosis bajas o altas e iFR, sugiriendo un probable infradiagnóstico con esta prueba. No se encontraron diferencias en la capacidad diagnóstica en adenosina i.c. a dosis de 60 o 600 µg. La iFR con punto de corte 0,89 presenta una elevada sensibilidad con especificidad relativamente baja frente a FFRiv-140.