



6025-289. VALIDACIÓN CLÍNICA DEL IFR FRENTE A FFR EN LA EVALUACIÓN DE ESTENOSIS CORONARIAS INTERMEDIAS

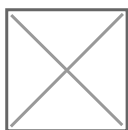
José Antonio Linares Vicente, Borja Simó Sánchez, Daniel Grados Saso, Antonela Lukic, María Cruz Ferrer Gracia, Pablo Revilla Martí, Ana Martínez Labuena y José Ramón Ruiz Arroyo del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La evaluación funcional de lesiones coronarias intermedias mediante reserva de flujo fraccional (FFR) ha demostrado mejorar el pronóstico. El nuevo índice iFR permite en determinados rangos la evaluación funcional sin necesidad de FFR, pero su validación clínica es escasa. Comparamos estrategias iFR y FFR en la aparición de eventos clínicos.

Métodos: Registro de cohortes definidas por evaluación de al menos 1 lesión intermedia por FFR o iFR (2 años, octubre 2013-2015, seguimiento mínimo 6 meses). Según se recomienda, el iFR era la única medición si $0,85 < iFR < 0,94$, tratándose o no la lesión respectivamente. El grupo FFR formado por pacientes sin iFR, o con iFR $0,86-0,93$. El grupo iFR formado por pacientes con al menos 1 lesión evaluada tan solo por iFR. No existió aleatorización ni restricción para tratamiento de lesiones graves sin iFR o FFR (aplicación en mundo real). Se evaluaron los eventos de revascularización e infarto (lesión evaluada, tratada u otra), y evento combinado cardiaco (ECC: muerte cardiaca + cualquier revascularización o infarto).

Resultados: Se evaluaron con guía de presión 130 lesiones en 97 pacientes. El 47,6% de pacientes (n:46) y 43% de lesiones (n:56) fueron estrategia iFR. La distribución y gravedad de lesiones fueron similares, pero más cortas (13 ± 8 frente a 17 ± 8 mm, $p: 0,02$) en grupo iFR. No existieron entre los grupos diferencias en edad, características clínicas, indicación del estudio, manejo antitrombótico ni en número de vasos enfermos o lesiones, ni tratados o no según los resultados de guía de presión. Todas las lesiones fueron tratadas con *stent* farmacoactivo (9/22 lesiones tratadas según iFR en grupo iFR, y 13/26 tratadas según FFR en grupo FFR). El tiempo de seguimiento fue 16 ± 8 meses. Los eventos a fin de seguimiento fueron escasos (tabla). La necesidad de revascularización, ya fuera sobre lesiones evaluadas o no, fue similar en ambos grupos. Tan solo hubo 1 infarto, sobre una lesión no evaluada, en grupo iFR. No hubo revascularización ni infarto en lesiones tratadas, ya hubieran sido evaluadas o no (por gravedad), y tampoco muerte cardiaca (2 fallecidos por neumonía, ambos en grupo iFR).



Curvas Kaplan-Meier de supervivencia a revascularización de lesión evaluada por iFR o FFR y a evento cardiaco combinado (ECC).

Eventos clínicos a fin de seguimiento			
Eventos a fin de seguimiento	iFR (n: 46)	FFR (n: 51)	p
Nueva coronariografía	10,8% (5)	11,8% (6)	0,93
Revascularización	2,2% (1)	7,8% (4)	0,42*
Revascularización lesión evaluada	2,2% (1)	5,9% (3)	0,68*
Revascularización lesión no evaluada	0% (0)	2% (1)	1*
Infarto agudo de miocardio	2,2% (1)	0% (0)	0,96*
Mortalidad cardiaca	0%	0%	
Evento cardiaco combinado (ECC)	4,3% (2)	7,8% (4)	0,77*
Eventos clínicos a fin de seguimiento en grupo de estrategia iFR y FFR. *Estimación de significación estadística mediante corrección de continuidad de Yates.			

Conclusiones: En un registro de práctica habitual, la revascularización guiada por estrategia iFR 0,85 o > 0,94 (y FFR si 0,86-0,93) es segura y presenta resultados clínicos comparables a la estrategia FFR.