



5004-7. ESTRATEGIA IFR (ZONA GRIS) FRENTE A FFR EN INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO (ICP) SOBRE ESTENOSIS CORONARIAS INTERMEDIAS

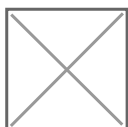
José Antonio Linares Vicente, Jara Gayán Ordás, Daniel Grados Saso, Borja Simó Sánchez, Antonela Lukic, Pablo Revilla Martí, Mari Cruz Ferrer Gracia y José Ramón Ruiz Arroyo del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: El índice iFR permite la evaluación funcional y guiar el ICP de estenosis coronarias, reservando FFR para rangos intermedios (zona gris 0,86-0,93). Recientemente 2 trials han dicotomizado su valor a 0,89. Comparamos estrategia iFR (zona gris) y FFR intentando emular el diseño de estos estudios en un registro de práctica clínica real.

Métodos: Registro de cohortes a 1 año completo de seguimiento (2014-2016), definidas por evaluación de al menos 1 lesión intermedia por FFR o iFR. Grupo FFR: pacientes sin uso iFR, e ICP si FFR 0,80. Grupo iFR: si era la única medición (0,85 o > 0,94, con ICP o no de lesión respectivamente) o ICP según FFR en valores de zona gris (0,86-0,93). No aleatorización ni restricción de tratamiento de lesiones graves sin iFR-FFR. Se evaluaron eventos: revascularización no planeada, infarto miocárdico (IAM) y evento primerocardiaco combinado (muerte cardiaca + cualquier revascularización + infarto).

Resultados: Se evaluaron 177 lesiones en 130 pacientes. El 73,1% de pacientes (n: 95) y 66,1% de lesiones (n: 117) fueron grupo iFR. Entre ambos grupos no hubo diferencias en distribución y características de lesiones, características basales de pacientes, indicación del estudio (1/3 síndrome coronario agudo), antiplaquetarios, ni en número de vasos enfermos o lesiones, tratadas o no. En grupo iFR 36,8% lesiones (n: 43) fueron zona gris realizándose FFR, cuyos valores no difirieron del grupo FFR ($0,85 \pm 0,08$ frente a $0,84 \pm 0,05$, p: 0,4). 20,9% (9/43 lesiones) presentaron discordancia FFR con punto de corte iFR 0,89 (5 lesiones FFR negativo, y 4 al contrario). El porcentaje de lesiones tratadas en grupo FFR e iFR fue similar (23,3 frente a 18,8%; p: 0,55), con 11 lesiones iFR 0,85. En ICP solo se usó *stent* farmacactivo. La incidencia acumulada de eventos al año fue baja y similar entre ambos grupos (tabla). No hubo revascularización ni trombosis de *stent* de lesiones tratadas. Hubo 4 muertes, solo una por muerte cardiaca (insuficiencia cardiaca secundaria a estenosis aórtica grave), en un paciente con IAM de lesión evaluada durante el seguimiento en grupo iFR y que rechazó tratamiento valvular.



Curvas Kaplan-Meier de supervivencia acumulada a evento primero cardiaco combinado a 1 año.

Eventos a 1 año seguimiento

Eventos a 1 año seguimiento	FFR (n: 35)	iFR (n: 95)	p
Nueva coronariografía	5,7% (2)	8,4% (8)	0,88
Revascularización no planeada	2,9% (1)	4,2% (4)	1
Revascularización lesión evaluada	2,9% (1)	2,1% (2)	1
Restenosis o trombosis <i>stent</i>	0%	0%	1
IAM	0%	2,1% (2)	0,95
IAM lesión evaluada	0%	1,1% (1)	1
Mortalidad cardiaca	0%	1,1% (1)	1
Evento 1º cardiaco combinado	2,9% (1)	5,3% (5)	0,91

Eventos a 1 año de seguimiento en grupos de estrategia FFR e iFR (significación estadística mediante corrección de continuidad de Yates).

Conclusiones: En un registro de práctica clínica real, el ICP guiado por estrategia iFR (0,85 o > 0,94, con ICP o no de lesión respectivamente) y zona gris (FFR si 0,86-0,93) presenta resultados clínicos comparables a la estrategia FFR con ICP si 0,80.