



4010-6. REGISTRO ESPAÑOL DE GUÍA DE PRESIÓN (REGIPRES): RESULTADOS CLÍNICOS A 12 MESES

Oriol Rodríguez Leor¹, Beatriz Toledano León², Ramón López Palop³, Fernando Rivero⁴, Salvatore Brugaletta⁵, José Antonio Linares Vicente⁶, Tomás Benito González⁷, Martí Puigfel Pont⁸, Mario Sádaba Sagredo⁹, Beatriz Vaquerizo Montilla¹⁰, Juan Rondán Murillo¹¹, Iván Gómez Blázquez¹², Jesús Roberto Sáez Moreno¹³, Germán Cediel Calderón¹ y Armando Pérez de Prado⁷

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Barcelona. ³Hospital Clínic Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁵Hospital Clínic, Barcelona. ⁶Hospital Clínic Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁷Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León. ⁸Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona. ⁹Hospital de Galdakao, Bizkaia. ¹⁰Hospital del Mar, Barcelona. ¹¹Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias. ¹²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹³Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia.

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio con guía de presión (GP) en estenosis coronarias intermedias permite detectar lesiones cuyo tratamiento puede diferirse de forma segura. Además, la revascularización guiada por GP se ha mostrado superior a la angiografía. El objetivo del Registro Español de Guía de Presión (REGIPRES) ha sido evaluar los cambios en la extensión de la enfermedad arterial coronaria (EAC), los cambios en la estrategia de tratamiento específica después de la guía de presión, en una cohorte contemporánea de pacientes no seleccionados de la vida real, así como su efecto en el resultado clínico a 1 año.

Métodos: Registro prospectivo, observacional, con inclusión de pacientes con por lo menos una lesión coronaria intermedia valorada por GP (enero 2017-enero 2018). Los investigadores registraban la extensión de la EAC y el manejo terapéutico para cada lesión basado en la angiografía antes de realizar la GP. Se registraron los cambios en la extensión de la EAC y en la estrategia terapéutica tras la GP. Se realizó seguimiento clínico a 12 meses. Se definió MACE como muerte cardiovascular, infarto no fatal o nueva revascularización de la lesión valorada.

Resultados: Se incluyeron 1.414 pacientes con 1.781 lesiones valoradas. No hubo complicaciones significativas relacionadas con la GP. En 779 pacientes (55%) hubo cambio de estrategia de tratamiento tras GP. La figura A muestra el cambio en la extensión de la EAC tras la GP, mientras que la figura B muestra el cambio en la estrategia de tratamiento. En la tabla se resumen las características de los pacientes y la incidencia de eventos a 12 meses, sin que hubiera diferencias en la incidencia de MACE entre ambos grupos. Los pacientes con ICP como intención inicial de tratamiento en los que hubo cambio de estrategia terapéutica presentaron menor MACE que aquellos en los que no hubo cambio de estrategia (4,6 vs 8,2%, $p = 0,034$).

Características clínicas y eventos a 12 meses

	Cambio estrategia tratamiento (N = 779)	No cambio estrategia tratamiento (N = 635)	p	Todos (N = 1.414)
Edad, años	66,9 ± 11,0	66,5 ± 10,7	0,72	66,7 ± 10,8
Género masculino, %	75,2	75,8	0,82	75,5
Hipertensión, %	70,6	68,0	0,30	69,5
Diabetes, %	36,2	34,8	0,59	35,6
Dislipemia, %	59,1	58,9	0,95	59,0
Tabaquismo activo, %	39,0	38,7	0,91	38,9
Síndrome coronario agudo, %	44,8	47,3	0,28	46,1
Test de isquemia previo, %	29,7	29,1	0,71	29,4
> 1 lesión valorada, %	30,7	16,2	0,001	24,2
iFR para guiar tratamiento, %	34,8	28,4	0,010	31,9
Tratamiento final, %				
Médico	55,6	49,5	0,06	52,8
ICP	38,9	44,7		41,5
Cirugía coronaria	5,5	5,8		5,7
MACE, %	4,9	6,0	0,42	5,4
Muerte cardiovascular, %	0,9	1,7	0,16	1,2

Infarto no fatal, %	3,0	3,2	0,78	3,1
Dolor torácico recurrente, %	4,7	4,8	0,92	4,7
Muerte no cardiovascular, %	0,9	1,7	0,16	1,2
Revascularizacion seguimiento, %				
No revascularización	96,6	96,1		96,4
			0,81	
Revasc. lesión estudiada	2,3	2,4		2,3
Revasc. otra lesión	1,1	1,5		1,3

ICP: intervencionismo coronario percutáneo; MACE: muerte cardiovascular, infarto no fatal o revascularización de la lesión estudiada con GP.



Cambio en extensión de CAD y en la estrategia de tratamiento tras GP.

Conclusiones: El uso de GP en estenosis coronarias intermedias fue seguro, se asoció a un cambio significativo de la extensión de la EAC y comportó un cambio de estrategia de tratamiento en más de la mitad de los pacientes. El seguimiento a 12 meses no mostró diferencias en eventos cardiovasculares entre pacientes con y sin cambio en la estrategia terapéutica, si bien en pacientes con ICP como estrategia inicial, el cambio de estrategia si se asoció a menor incidencia de eventos.