

## 4010-2. VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE DE FLUJO CUANTITATIVO GLOBAL EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

David de las Cuevas León<sup>1</sup>, Carlos Cortés Villar<sup>1</sup>, Pablo Manuel Fernández Corredoira<sup>1</sup>, Octavio Jiménez<sup>2</sup>, Luis Renier Goncalves Ramírez<sup>3</sup>, Fernando Rivero<sup>4</sup>, Ainhoa Pérez Guerrero<sup>1</sup>, Luis Cerdán Ferreira<sup>1</sup>, Álvaro Garmarra Lobato<sup>4</sup>, Carlos Minguito-Carazo<sup>3</sup>, Georgina Fuertes Ferre<sup>1</sup>, María Cruz Ferrer<sup>1</sup>, Armando Pérez de Prado<sup>3</sup>, José A. Diarte de Miguel<sup>1</sup> y M. del Rosario Ortas Nadal<sup>1</sup>

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

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El índice de flujo cuantitativo (QFR) es un nuevo índice funcional mínimamente invasivo para evaluar las estenosis coronarias de importancia funcional. Aunque se ha demostrado la gran concordancia entre la reserva fraccional de flujo (FFR) y QFR, el valor pronóstico de QFR no está completamente establecido.

**Métodos:** Los objetivos de este estudio son: 1) analizar el valor pronóstico del índice QFR global de 3 vasos. 2) evaluar el pronóstico de al menos un vaso con QFR significativa en pacientes no revascularizados. Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a coronariografía por síndrome coronario crónico de 4 centros de alto volumen durante 2015. Se revisaron las características basales y los eventos de seguimiento (muerte, infarto de miocardio, ictus, nueva revascularización) a los 5 años. Se realizó un análisis QFR centralizado y ciego de 3 territorios coronarios. Se obtuvo el valor QFR de 3 vasos (3v-QFR) sumando el valor QFR de cada arteria coronaria, y se aplicó un punto de corte de 2,75.

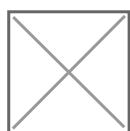
**Resultados:** Se incluyeron un total de 4.583 pacientes. Las características basales y de seguimiento globales y según el valor bajo de 3v-QFR se representan en la tabla. El 17% de los pacientes tenían VOCE (*endpoint* compuesto relacionado con el vaso) en el seguimiento. 3vQFR fue significativamente menor en los pacientes que sufrieron eventos (2,42 frente a 2,60;  $p = 0,03$ ). Un valor de QFR bajo (2,75) mostró 3 veces más eventos a los 66 meses de seguimiento que un valor superior (22% frente a 8%;  $p = 0,032$ ). La curva de supervivencia está representada en la imagen, panel A. Con respecto a los pacientes no revascularizados, demostramos un riesgo de eventos de VOCE casi 13 veces mayor en pacientes con al menos un vaso significativo por QFR (55,56% frente a 4,35%,  $p = 0,001$ ). La curva de supervivencia se muestra en la imagen, panel B.

Características basales y en el seguimiento en función del valor 3v QFR

|             | Total | 3vQFR bajo | 3vQFR alto | p     |
|-------------|-------|------------|------------|-------|
| Edad (años) | 69,56 | 69,16      | 0,749      | 0,749 |

|                  |       |       |       |       |
|------------------|-------|-------|-------|-------|
| Sexo (% varones) | 67,39 | 71,79 | 0,208 | 0,208 |
| HTA (%)          | 77,54 | 79,92 | 0,844 | 0,844 |
| DM (%)           | 39,86 | 41,03 | 0,749 | 0,749 |
| DLP (%)          | 67,39 | 69,23 | 0,599 | 0,599 |
| ERC (%)          | 12,32 | 8,97  | 0,173 | 0,173 |
| FEVI (%)         | 58,96 | 58,37 | 0,335 | 0,335 |
| VOCE             | 15,94 | 21,79 | 0,032 | 0,032 |
| MACE             | 39,86 | 38,46 | 0,703 | 0,703 |
| Mortalidad (%)   | 7,97  | 7,69  | 8,33  | 0,890 |

ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección del VI; VOCE: muerte cardiovascular, infarto relacionado con un vaso, nueva revascularización no programada de un vaso; MACE: VOCE + nueva revascularización + ingreso por IC.



**Conclusiones:** El valor de QFR global bajo en pacientes con síndrome coronario crónico aumenta 3 veces los eventos de seguimiento. La presencia de al menos un vaso con valor QFR significativo en pacientes no revascularizados aumenta más de 10 veces los eventos a los 5 años de seguimiento.