



## 6033-292. SEGURIDAD DEL FFR E IFR PARA DIFERIR LA REVASCULARIZACIÓN DE ESTENOSIS CORONARIAS EN PACIENTES DIABÉTICOS

Alejandro Travieso González, Álex Fernando Castro Mejía, Tania Sonia Luque Díaz, María José Pérez-Vizcayno, Luis Nombela Franco, Pilar Jiménez-Quevedo, Antonio Fernández-Ortiz, Javier Escaned Barbosa y Nieves Gonzalo López, del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Estudios previos apoyan la seguridad de diferir la revascularización de estenosis coronarias cuando la reserva fraccional de flujo (FFR) o el cociente de presiones en el índice diastólico instantáneo sin ondas (iFR) presentan valores no isquémicos. El objetivo de este estudio fue determinar si en los pacientes diabéticos la seguridad de diferir la revascularización es similar cuando se utiliza iFR o FFR.

**Métodos:** Se analizaron de forma retrospectiva 441 pacientes en los cuales no se realizó revascularización de al menos una estenosis coronaria según valores de iFR  $> 0,89$  o FFR  $\geq 0,80$ . Se evaluó la incidencia de mortalidad cardiaca, infarto de miocardio, e infarto o revascularización del vaso interrogado a los 4 años de seguimiento.

**Resultados:** El 36,9% de los pacientes eran diabéticos. Las características basales de la población se muestran en la tabla. La mediana de seguimiento fue de 43,3 meses. En los pacientes no diabéticos no hubo diferencias significativas en los grupos diferidos por FFR frente a iFR en lo relacionado a muerte cardiaca (1,89 frente a 2,94%,  $p = 0,570$ ), infarto de miocardio (3,3 frente a 2,9%,  $p = 0,942$ ), infarto en el vaso interrogado (0,47 frente a 2,94%,  $p = 0,070$ ) o revascularización no planificada del vaso interrogado (4,25 frente a 2,94%,  $p = 0,789$ ). Tampoco en el evento combinado muerte cardiaca, infarto o revascularización del vaso interrogado (5,19 frente a 5,88%,  $p = 0,683$ ). Sin embargo, en los pacientes diabéticos se observó mayor incidencia de revascularización no planeada del vaso interrogado cuando se utilizó el FFR en la toma de decisiones (6,56 frente a 0,0% en los grupos de FFR e iFR respectivamente,  $p = 0,043$ ). No se observaron diferencias en la incidencia de infarto (7,38 frente a 5,13%,  $p = 0,786$ ), infarto en el vaso interrogado (0,82 frente a 0,0%,  $p = 0,529$ ) o muerte cardiaca (3,28 frente a 2,56%,  $p = 0,867$ ) en los grupos de FFR e iFR, respectivamente. Tampoco se observaron diferencias significativas en el evento combinado de muerte cardiaca, infarto o revascularización no planeada del vaso interrogado (6,59 frente a 4,67% en los grupos de FFR e iFR, respectivamente,  $p = 0,183$ ).

Características de la población estudiada

Diferido por FFR

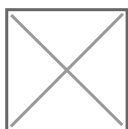
Diferido por iFR

p

|                              |                     |                     |       |
|------------------------------|---------------------|---------------------|-------|
| Número de pacientes          | 336                 | 105                 | -     |
| Diabetes                     | 123 (36,6%)         | 38 (36,2%)          | 0,988 |
| Diabetes insulín dependiente | 32 (9,5%)           | 7 (6,7%)            | 0,335 |
| Edad                         | 67,8 ( $\pm$ 0,58)  | 70,5 ( $\pm$ 1,04)  | 0,023 |
| Sexo femenino                | 84 (25,0%)          | 19 (18,1%)          | 0,19  |
| ACTP previo                  | 170 (50,6%)         | 49 (46,7%)          | 0,52  |
| CABG previo                  | 8 (2,4%)            | 5 (4,8%)            | 0,225 |
| Presentación clínica estable | 164 (48,8%)         | 43 (41,0%)          | 0,133 |
| % estenosis angiográfica     | 59,4% ( $\pm$ 0,44) | 60,8% ( $\pm$ 0,75) | 0,105 |
| Vasos interrogados (total)   | 432                 | 158                 | -     |
| Vasos por paciente           |                     |                     |       |
| 1                            | 334 (77,3%)         | 107 (67,7%)         | 0,018 |
| 2                            | 82 (18,9%)          | 39 (24,7%)          | 0,019 |
| 3                            | 15 (3,5%)           | 9 (5,7%)            | 0,226 |
| 4                            | 1 (0,2%)            | 3 (1,9%)            | 0,029 |
| Vaso interrogado             |                     |                     |       |
| Tronco coronario izquierdo   | 24 (5,6%)           | 1 (0,6%)            | 0,009 |
| Descendente anterior         | 217 (50,2%)         | 39 (24,7%)          | 0     |

|                                                                                      |                    |                    |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Circunfleja                                                                          | 112 (25,9%)        | 60 (38,0%)         | 0,004 |
| Coronaria derecha                                                                    | 79 (18,3%)         | 57 (36,1%)         | 0,004 |
| Puentes                                                                              | 0 (0%)             | 1 (0,6%)           | -     |
| Valor medio de la determinación                                                      |                    |                    |       |
| No diabéticos                                                                        | 0,87 ( $\pm$ 0,05) | 0,96 ( $\pm$ 0,03) | -     |
| Diabéticos                                                                           | 0,87 ( $\pm$ 0,04) | 0,96 ( $\pm$ 0,03) | -     |
| Presencia de enfermedad<br>multivaso (estenosis > 50% en los<br>3 vasos principales) | 79 (18,29%)        | 39 (24,68%)        | 0,09  |

Los resultados se presentan como n (%), y como media  $\pm$  desviación estándar. ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea;CABG: *coronary artery bypass grafting*.



*Curvas de supervivencia del evento muerte cardiaca, infarto o revascularización del vaso interrogado (1, 2) y de revascularización no planificada del vaso (3, 4) para no diabéticos y diabéticos.*

**Conclusiones:** Diferir la revascularización de estenosis coronarias en pacientes diabéticos con iFR se asocia, a largo plazo, con una menor tasa de revascularización no planeada en el vaso diferido respecto al FFR.