Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 141

Revista Española de Cardiología

5002-6. VARIABILIDAD EN LA MEDICIÓN DE LA RESERVA FRACCIONA DE FLUJO (FFR) E ÍNDICE DE REPOSO (DPR) CON GUÍA DE PRESIÓN DE SENSOR ÓPTICO

Mario Sádaba Sagredo[1], Sebastián Romani Méndez[2], Daniel Valcarcel Paz[3], Rocío Angulo Llanos[4], Carlos Lara García[5], Oriol Rodríguez Leor[6], Erika Muñoz García[7], Ángel Sánchez Recalde[8], Javier Robles Alonso[9], José Abellán Huerta[10], Francisco Javier Irazusta Cordoba[11], Alfredo Redondo Diéguez[12], Rosa Alba Abellas Sequeiros[13] y Asier Subinas Elorriaga[1]

[1]Hospital de Galdakao. [2]Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. [3]Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona. [4]Hospital General Universitario de Guadalajara. [5]Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. [6]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. [7]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. [8]Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid. [9] Hospital Universitario de Burgos. [10]Hospital General Universitario de Ciudad Real. [11]Policlínica Guipúzcoa, Donostia-San Sebastián. [12]Hospital Clínico Universitario de Valladolid. [13]Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio de estenosis coronarias con guía de presión de sensor piezo-eléctrico ha mostrado una reproducibilidad del diagnóstico en torno al 80% cuando se obtienen valores de FFR entre 0,77-0,83 (zona gris) en mediciones consecutivas. La guía de sensor óptico es menos sensible a cambios de humedad y temperatura, lo que implicaría mayor reproducibilidad en sus mediciones y por tanto en el diagnóstico de la isquemia. El objetivo del estudio es evaluar la reproducibilidad diagnóstica de las mediciones con la guía de sensor óptico.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico en pacientes con estenosis angiográficas intermedias (estenosis mayores del 50%), a las que se realiza una valoración con guía de presión de sensor óptico. Se realizaron dos mediciones consecutivas de DPR (índice de reposo con punto de corte 0,89) y FFR (reserva fraccional de flujo con adenosina i.v. o intracoronaria, con punto de corte 0,80) en cada lesión analizada. Se calculó el grado de correlación entre las medidas repetidas de DPR y FFR la desviación estándar de la diferencia. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 20.0.

Resultados: Se incluyeron 340 lesiones en un total de 290 pacientes. El grado de correlación entre la primera y segunda medida de FFR fue significativa (coeficiente de correlación 0,942; p 0,0001) así como entre la primera y segunda medida de DPR (coeficiente de correlación 0,972; p 0,001). La desviación estándar de la diferencia entre la primera y la segunda medición de FFR y DPR y las diferencias máximas y mínimas se detallan a continuación: FFR (máx 0,14 mín. -0,18 DE 0,029) DPR (máx 0,12 mín. -0,17 DE 0,019). La reproducibilidad del resultado en aquellos pacientes que mostraron FFR entre 0,77-0,83 fue del 86,3% y en aquellos con un DPR entre 0,86-0,92 del 89,5%. Se objetivó un *drift* ? ± 0,02 en el catéter guía en un 6,1% de los casos, el cual no se relacionó de forma significativa con la no reproducibilidad del resultado ni en el DPR y ni FFR (para el DPR 0 vs 6,4% p = NS y para el FFR 12,5 vs 5,8% p = NS).

Conclusiones: Las mediciones de FFR y DPR con guía de presión de sensor óptico presentan un alto grado de correlación y excelente reproductividad y baja aparición de *drift*, lo que debiera favorecer su uso en la práctica habitual de los laboratorios de hemodinámica.