



5001-9. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA REVASCULARIZACIÓN CORONARIA SEGÚN QFR EN ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE. REGISTRO MULTICÉNTRICO

Pablo Manuel Fernández Corredoira¹, Carlos Cortés Villar¹, Fernando Rivero Crespo², Ramón López Palop³, Alfonso Freites Esteves⁴, Octavio Jiménez⁵, Luis Renier Goncalves Ramírez⁶, Lily Liu⁷, Ainhoa Pérez Guerrero⁸, Juan Luis Gutiérrez Chico⁹, Ignacio J. Amat Santos¹⁰, M. del Rosario Ortas Nadal¹ y José A. Diarte de Miguel¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ⁴Hospital General Universitario de Ciudad Real, ⁵Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, ⁶Complejo Asistencial Universitario, León, ⁷Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, ⁸Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, ⁹Bundeswehrzentalkrankenhaus, Coblenza (Rheinland-Pfalz) y ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: Guiar la revascularización coronaria mediante FFR e iFR produce un beneficio clínico. El ratio cuantitativo de flujo (QFR por su siglas en inglés) es un índice fisiológico basado en la aplicación de la dinámica computacional sobre una reconstrucción de la angiografía coronaria. El valor pronóstico a largo plazo de guiar la necesidad de intervención por QFR es desconocido. El objetivo de este estudio fue evaluar el pronóstico a 5 años de la revascularización guiada por QFR en una cohorte multicéntrica.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a coronariografía por enfermedad coronaria estable en seis centros nacionales.

Se registraron las características basales y el seguimiento a 5 años. El evento principal estudiado (MACE) fue un combinado de muerte, infarto de miocardio o revascularización. Se realizó un análisis centralizado y ciego mediante QFR en los tres territorios coronarios y se definió como abordaje adecuado (guiado por QFR) cuando todos los territorios con QFR significativo fueron tratados y ninguno con QFR > 0,80; y abordaje inadecuado en los supuestos contrarios. Se analizó mediante modelos de regresión logística el valor pronóstico independiente de la revascularización guiada por QFR. Se analizaron mediante curvas de supervivencia el pronóstico según QFR y el manejo realizado.

Resultados: Un total de 803 pacientes fueron incluidos. La forma clínica de presentación más frecuente fue ángor estable en clase funcional II. Las características globales y de acuerdo con el abordaje están resumidas en la tabla. La mediana de seguimiento fueron 68,8 meses. Se observó el doble de eventos cardiovasculares mayores cuando se había llevado a cabo un abordaje inadecuado (RR 2,09, p = 0,002). La curva de supervivencia según el abordaje es representada en la figura (panel A). La figura (panel B) muestra incrementos significativos de eventos tanto para el grupo con revascularización sobre lesiones no significativas como el grupo con manejo no invasivo sobre lesiones isquémicas en el territorio de la descendente anterior.

Pacientes = 803	Total	QFR-guiado	No QFR-guiado	p
Edad (años)	66,55 (65,32-67,78)	65,41 (63,80-67,03)	68,17 (66,29-70,04)	0,023
Sexo (% hombre)	71,06 (66,99-75,15)	67,38 (61,85-72,92)	76,26 (70,28-82,24)	0,035
Hipertensión arterial (%)	74,42 (70,49-78,35)	72,04 (66,74-77,34)	77,78 (71,93-83,62)	0,158
Diabetes mellitus (%)	38,99 (34,60-43,39)	36,92 (31,22-42,62)	41,92 (34,99-48,85)	0,271
Dislipemia (%)	68,98 (64,81-73,14)	67,23 (61,48-72,58)	71,72 (65,39-78,05)	0,276
Tabaquismo (%)	44,03 (39,55-48,50)	43,73 (37,88-49,59)	44,44 (37,46-51,43)	0,877
Enfermedad renal crónica (%)	9,24 (6,63-11,86)	5,76 (3,00-8,51)	14,14 (9,24-19,34)	0,002
Enfermedad arterial periférica (%)	7,55 (5,17-9,93)	6,81 (3,84-9,78)	8,59 (4,66-12,52)	0,470
Enfermedad coronaria previa (%)	33,12 (28,85-37,36)	30,82 (25,37-36,28)	36,36 (29,60-43,12)	0,206
Fracción de eyección del VI (%)	57,36 (56,47-58,24)	57,49 (56,31-58,67)	57,18 (55,84-58,53)	0,738



Curvas de supervivencia.

Conclusiones: La revascularización no guiada de acuerdo a QFR incrementa al doble el riesgo de eventos cardiovasculares. No tratar estenosis significativas puede ser tan perjudicial como un abordaje invasivo sobre territorios no isquémicos.