

#### 494/4. FFR SALINO: CUANDO LA MEJOR ALTERNATIVA ES LA MÁS SIMPLE

Dolores Cañadas Pruaño<sup>1</sup>, Elena Izaga Torralba<sup>1</sup>, Inmaculada Noval Morillas<sup>1</sup>, Fernando Rivero<sup>2</sup>, Josep Gómez Lara<sup>3</sup> y Alejandro Gutiérrez Barrios<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Recientemente se ha validado un nuevo método para cuantificar el flujo coronario absoluto (FCA) según el principio de termodilución. Requiere la infusión continua intracoronaria de solución salina (SSF) a temperatura ambiente a través de un catéter específico (RayFlow), que induce hiperemia máxima a una velocidad de flujo  $\geq 15$  ml/min. Nuestro objetivo fue comparar los resultados obtenidos en el FFR obtenido usando infusión SSF intracoronaria (FFRsalino) frente al FFR convencional con adenosina (FFRadenosina).

**Métodos:** Incluimos 118 pacientes con sospecha de enfermedad coronaria y se midieron FFRsalino y FFRadenosina. La infusión intracoronaria de SSF se ajustó a una velocidad de flujo media de  $18,9 \pm 1$  [18-20 ml/min] y la infusión endovenosa de adenosina se ajustó a una velocidad media de 165 [150-180  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ].

**Resultados:** Los valores medios de FFRsalino fueron  $0,89 \pm 0,07$  y de FFRadenosina  $0,90 \pm 0,05$ , y la diferencia media entre ambos métodos fue  $0,03 \pm 0,03$ , que puede atribuirse al efecto del catéter RayFlow™. FFRadenosina y FFRsalino fueron dicorrelacionados (punto de corte 0,8) y fueron concordantes. Usando el punto de corte de 0,75, la concordancia era más alta e indica isquemia con alta fiabilidad. Observamos una tendencia a mayor concordancia en la arteria descendente anterior y en vasos sin enfermedad.

**Conclusiones:** En conclusión, la técnica de termodilución mediante infusión continua de SSF es un método seguro y factible para cuantificar el FFR evitando los efectos secundarios de la adenosina, por lo que podría ser una herramienta útil en el estudio fisiológico invasivo de circulación coronaria.

#### 494/5. PAPEL DE LA FEVI EN LA PREDICCIÓN DE EVENTOS TRAS IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA.

Carlos Palacios Castelló, Inmaculada Sigler Vilches, Alba Abril Molina, Julia Rodríguez Ortuño y Agustín Guisado Rasco

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida que se someten a implante de prótesis valvular aórtica transcáteter (TAVI) podrían tener mayor incidencia de complicaciones y peor supervivencia. Nuestro objetivo es valorar el pronóstico y las posibles complicaciones en función de la FEVI.

**Métodos:** Estudio analítico retrospectivo de pacientes de nuestro centro sometidos a TAVI entre 2010 y 2019 divididos en 2 grupos: FEVI  $< 50\%$  y FEVI  $\geq 50\%$ . Se analizó la incidencia de eventos según las definiciones VARC-2.

**Resultados:** 245 pacientes (62% mujeres) con una edad media de  $79,53 \pm 6,66$  años fueron analizados. Ambos grupos presentaron una incidencia similar de complicaciones vasculares, femorales, hemorragias e implante de marcapasos con similares tasas de reingreso y mortalidad a los 30 días y al año. En el grupo de menor FEVI, el 80,65% presentó mejoría de la FEVI,

con un incremento del  $15 \pm 10,26\%$  en el seguimiento. Este grupo presentó una mayor mortalidad cardiaca en el seguimiento ( $p = 0,034$ ), con una tendencia no significativa en el análisis de supervivencia ( $\log \text{rank}: 0,07$ ). No hubo diferencias en la mortalidad por todas las causas.

**Conclusiones:** Nuestros resultados manifiestan que el TAVI en pacientes con FEVI  $< 50\%$  no implica una mayor tasa de complicaciones, con una supervivencia tanto a los 30 días como al año comparable a la de pacientes sin disfunción ventricular. Aunque la mayoría de pacientes con FEVI reducida mejoraron la función tras el implante, se observó mayor mortalidad cardiaca en el seguimiento, aunque no significativa en el análisis de supervivencia.

#### 494/6. LAS PLAQUETAS Y SU IMPLICACIÓN EN EL PRONÓSTICO TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

Julia Rodríguez Ortuño, Alba Abril Molina, Inmaculada Sigler Vilches, Carlos Palacios Castelló y José María Cubero Gómez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El desarrollo de trombocitopenia (TP) tras implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) se ha relacionado con los eventos adversos en el seguimiento. Nuestro objetivo es valorar la relación existente entre este parámetro y los eventos en nuestra serie.

**Métodos:** Estudio unicéntrico retrospectivo de pacientes con estenosis aórtica severa (EAs) sometidos a TAVI entre 2010 y 2019. Se analizó el recuento plaquetario (RCP) antes y después del procedimiento y se analizó su relación con las complicaciones y la mortalidad global. Para la evaluación de las variables se emplearon las definiciones VARC-2.

**Resultados:** Se incluyeron 245 pacientes (62% mujeres; edad media  $79 \pm 7$  años) sometidos a TAVI, quedando excluidos los pacientes que fallecieron en el procedimiento. Tras el implante, se observó un aumento del RCP en un 28% de los casos, mientras que un 7,8% presentaron TP moderada-severa ( $< 100.000$ ). En aquellos con aumento del RCP, se objetivó un aumento significativo de las tasas de complicaciones vasculares ( $p = 0,005$ ) y hemorragias ( $p < 0,001$ ), sin diferencias en la mortalidad global. Sin embargo, aquellos con TP moderada-severa post-TAVI, no presentaron mayor tasa de complicaciones vasculares, hemorragias y mortalidad  $< 30$  días, si bien sí se objetivó un incremento significativo en la mortalidad global (el 56 frente al 24%;  $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** Esta relación entre la mayor tasa de complicaciones vasculares y hemorragias y el aumento del RCP post-TAVI, se podría explicar como una respuesta reactiva al estrés. En nuestra serie, la presencia de TP moderada-severa post-TAVI no se relacionó con un aumento de eventos periprocedimiento, aunque sí se objetivó mayor mortalidad global.

#### 494/7. INFLUENCIA DEL FLUJO CORONARIO Y LAS RESISTENCIAS SOBRE EL RESTING FULL RATIO (RFR)

Dolores Cañadas Pruaño<sup>1</sup>, Elena Izaga Torralba<sup>1</sup>, Inmaculada Noval Morillas<sup>1</sup>, Livia Gheorghe<sup>1</sup>, Ricardo De Zayas Rueda<sup>1</sup>, German Calle Pérez<sup>1</sup>, Enrique Gutiérrez Ibañez<sup>2</sup> y Alejandro Gutiérrez Barrios<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.