

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

Dolores Cañadas Pruaño¹, Elena Izaga Torralba¹, Inmaculada Noval Morillas¹, Fernando Rivero², Josep Gómez Lara³ y Alejandro Gutiérrez Barrios¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ³Unidad 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 ≥ 15 ml/min. Nuestro objetivo fue comparar los resultados obtenidos en el FFR obtenido usando infusión SSF intracoronaria (FFRsantino) 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 µg/kg/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 indicaba 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 transcatheter (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 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 ± 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 Pruaño¹, Elena Izaga Torralba¹, Inmaculada Noval Morillas¹, Livia Gheorghe¹, Ricardo De Zayas Rueda¹, German Calle Pérez¹, Enrique Gutiérrez Ibañez² y Alejandro Gutiérrez Barrios¹

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

Introducción y objetivos: *Resting full ratio* (RFR) es un índice no hiperémico novedoso con una buena correlación con la reserva fraccional de flujo (FFR).

Métodos: Incluimos 133 pacientes con estenosis coronaria angiográficamente moderada evaluada mediante FFR, reserva de flujo coronario (CFR), índice de resistencia microvascular (IMR) y RFR. Las lesiones se clasificaron en: verdaderos positivos (FFR+ RFR+), verdaderos negativos (FFR- RFR-), falsos positivos (FFR- RFR+) y falsos negativos (FFR+ RFR-). El objetivo primario fue la influencia del CFR e IMR sobre la precisión diagnóstica del RFR. Los objetivos secundarios fueron la precisión diagnóstica del RFR y el compuesto MACE (SCA, revascularización inducida por isquemia, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular) a 2 años.

Resultados: FFR coincidió con RFR en 98 casos (73,7%), con una fuerte correlación lineal positiva ($r = 0,83$; $p < 0,001$) y un área bajo la curva (AUC) de 0,897 ($p = 0,011$). El rendimiento diagnóstico del RFR muestra sensibilidad del 85%, especificidad del 70,4%, valor predictivo positivo del 54%, valor predictivo negativo del 91,4%. El CFR fue más bajo en los casos de RFR positivas ($p = 0,002$), IMR ($p = 0,45$) y Pd/Pa ($p = 0,45$) no mostraron diferencias entre grupos. CFR < 2 muestra una concordancia diagnóstica de FFR/RFR más baja que aquellos con CFR normal (el 69 frente al 83%; $p = 0,046$) debido principalmente a RFR falsos positivos (FP 28%, FN 2%). IMR normal/anormal no influía (el 75 frente al 77%; $p = 0,78$). CFR < 2 se relaciona con mayor riesgo de MACE a 2 años ($p = 0,011$).

Conclusiones: El RFR tiene un buen rendimiento diagnóstico en comparación con la FFR. Las discordancias FFR/RFR se vieron influidas por las diferencias en el CFR, debido principalmente a un aumento de falsos positivos de RFR. Además, un CFR anormal fue un predictor independiente de MACE.

494/8. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA?

Inmaculada Sigler Vilches, Alba Abril Molina, Carlos Palacios Castelló, Julia Rodríguez Ortuño y Monica Fernandez Quero

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

Introducción y objetivos: Podría existir una relación inversa entre el índice de masa corporal (IMC) y la mortalidad tras el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) según los estudios publicados. El objetivo de nuestro estudio fue analizar si el IMC tiene un efecto pronóstico en los pacientes que se someten a TAVI.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de los pacientes con estenosis aórtica severa (EAS) tratados con TAVI entre 2010 y 2019. Los pacientes se dividieron en 3 grupos en función del IMC (kg/m^2): bajo-normopeso (< 25), sobrepeso y obesidad tipo 1 (25-34,9) y obesidad tipos 3 y 4 (≥ 35), y se compararon los resultados en cuanto a complicaciones periprocedimiento y mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo. **Resultados:** 245 pacientes (62% mujeres; edad media 79 ± 7 años) con EAS sometidos a TAVI. Un 18% tenía bajo-normopeso, un 67% sobrepeso-obesidad tipo 1 y el resto obesidad tipos 3 y 4. Las características basales de los grupos fueron similares, con una mayor prevalencia de diabetes en el grupo de obesidad 3 y 4. En el grupo de pacientes con sobrepeso y obesidad tipo 1 se observó una menor tasa de rehospitalizaciones (el 36 frente al 57% en los otros 2 grupos; $p = 0,009$) y de mortalidad total (el 23 frente al 44% en bajo-normopeso y el 42%

en obesidad tipos 3 y 4; $p = 0,006$). No se objetivaron diferencias significativas en cuanto a las complicaciones vasculares entre los 3 grupos.

Conclusiones: En nuestra muestra se objetivaron mejores resultados en rehospitalización y supervivencia en los pacientes con sobrepeso y obesidad tipo 1.

494/9. IFR EN LA EVALUACIÓN DE LESIONES NO CULPABLES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Jesús Rodríguez Nieto, Jorge Perea Armijo, Alberto Piserra López-Fernández De Heredia, Francisco José Hidalgo Lesmes, Guisela Flores Guevara, Rafael González Manzanares, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejera, Soledad Ojeda Pineda, Miguel Ángel Romero Moreno y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El objetivo fue analizar la utilidad, seguridad y eficacia de la evaluación fisiológica con el índice diastólico sin ondas (iFR) en lesiones no culpables de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) revascularizados con éxito.

Métodos: Registro multicéntrico que incluyó pacientes con SCA revascularizados con éxito y que presentaban otras lesiones analizadas fisiológicamente con iFR entre enero de 2017 y diciembre de 2019. El objetivo primario fue un compuesto de muerte cardíaca, infarto de miocardio no fatal, trombosis de stent probable o definitiva y nueva revascularización (MACE).

Resultados: Se incluyeron un total de 356 pacientes con 472 lesiones no culpables. La edad media fue de 66 ± 11 años. La presentación clínica fue síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (NSTEMI) en 235 pacientes (66%) y síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (STEMI) en 121 pacientes (34%). Tras un seguimiento de 22 ± 10 meses, el objetivo primario ocurrió en 32 pacientes (9%). No hubo diferencias en función de la presentación clínica (NSTEMI frente a STEMI, el 9,1 frente al 8,9%; $p = 0,570$) o la estrategia seguida por iFR (revascularización de todas las lesiones frente al menos una lesión diferida por presentar un iFR $> 0,89$, el 10,5 frente al 8,4%, $p = 0,476$).

Conclusiones: El uso del iFR para guiar la toma de decisiones en lesiones no culpables parece ser segura, con un aceptable porcentaje de MACE en el seguimiento. Pacientes con al menos una lesión sin significación fisiológica diferida de revascularización y aquellos con revascularización completa presentaron un riesgo similar de sufrir un MACE al seguimiento.

494/10. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS MEDIANTE TAVI

Alba Abril Molina, Julia Rodríguez Ortuño, Inmaculada Sigler Vilches, Carlos Palacios Castelló y Luis Díaz De La Llera

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

Introducción y objetivos: El impacto de la enfermedad renal crónica (ERC) en los pacientes con estenosis aórtica severa