

**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 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ): bajo-normopeso ( $< 25$ ), sobrepeso y obesidad tipo 1 (25-34,9) y obesidad tipos 3 y 4 ( $\geq 35$ ), y se compararon los resultados en cuanto a complicaciones periprocedimiento y mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo. **Resultados:** 245 pacientes (62% mujeres; edad media  $79 \pm 7$  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, trombotosis 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  $66 \pm 11$  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  $22 \pm 10$  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

(EAs) tratados mediante implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) no está bien definido. Nuestro objetivo es determinar cuál es la influencia del filtrado glomerular basal en los pacientes con EAs tratados mediante TAVI.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes tratados mediante TAVI entre 2010 y 2019. Se divide la población en 3 grupos según su filtrado glomerular (FG) calculado por la ecuación MDRD-4: sin ERC (FG > 60 ml/min), ERC ligera-moderada (FG 31-60 ml/min) y ERC severa (FG ≤ 30 ml/min). Se analizan las diferencias en mortalidad, rehospitalizaciones y complicaciones hemorrágicas/vasculares. Se siguen las definiciones VARC-2.

**Resultados:** Se incluyen 245 pacientes (62% mujeres), con edad media 79 ± 7 años: 54,3% sin ERC, 36,3% ERC ligera-moderada y 9,4% ERC severa, siendo estos últimos significativamente más hipertensos y con mayor puntuación en el score STS. No existen diferencias significativas en complicaciones hemorrágicas/vasculares, ni en las tasas de rehospitalización, pero sí en las causas, siendo la causa cardiovascular el principal motivo de ingreso en el subgrupo de ERC severa (p = 0,016). Tampoco existen diferencias significativas en mortalidad total; sin embargo, la mortalidad por todas las causas en el primer año tras el procedimiento y la mortalidad cardiaca a largo plazo son mayores en los pacientes con FG ≤ 30 ml/min (p = 0,016 y p = 0,013, respectivamente).

**Conclusiones:** En nuestra serie, la ERC severa se asocia a mayor mortalidad total durante el primer año de seguimiento, a mayor mortalidad cardiaca a largo plazo y rehospitalizaciones de causa cardiovascular.

#### 494/11. IMPACTO DEL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS MEDIANTE IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

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

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

**Introducción y objetivos:** Según la literatura reciente, el desarrollo de fracaso renal agudo (FRA) tras el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) se ha asociado con mayor mortalidad intrahospitalaria. Nuestro objetivo es determinar la influencia del desarrollo de FRA periprocedimiento en el pronóstico a corto y largo plazo de los pacientes con estenosis aórtica severa (EAs) tratados mediante TAVI.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes tratados mediante TAVI entre 2010 y 2019. Se establecen 2 grupos de pacientes sobre la base del desarrollo de FRA con criterios AKIN (*acute kidney injury*) III, según la definición VARC-2. Se analizan las diferencias en eventos cardiovasculares, clase funcional, complicaciones hemorrágicas/vasculares y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyen 245 pacientes (62% mujeres), con edad media de 79 ± 7 años. El 3% desarrolla FRA AKIN III periprocedimiento. En esta población existe mayor tasa de infarto agudo de miocardio periprocedimiento (p = 0,021), mayor incidencia de accidente cerebrovascular en el seguimiento (p = 0,006) y peor clase funcional (83,3% en NYHA III; p < 0,001). No hay diferencias significativas en complicaciones hemorrágicas/vasculares y el éxito inmediato del TAVI es significativamente menor (p = 0,004). Por último, existe mayor mortalidad relacionada con el procedimiento (p <

0,001), mayor mortalidad cardiaca total (p = 0,006) y mayor mortalidad global a corto (p < 0,001) y largo plazo (p = 0,013). Sin embargo, en el análisis multivariante, el desarrollo FRA AKIN III periprocedimiento no fue predictor independiente de mortalidad.

**Conclusiones:** En nuestra serie, el desarrollo de FRA AKIN III periprocedimiento en pacientes tratados mediante TAVI se asocia con mayor tasa de eventos clínicos, menor éxito inmediato del procedimiento, y mayor mortalidad a corto y largo plazo.

#### 494/12. LOS ANTICOAGULANTES ORALES PUEDEN REDUCIR EL RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE. VIDA REAL

Pedro Agustín Pajaro Merino<sup>1</sup>, Santiago Jesús Camacho Freire<sup>1</sup>, Rafael Bravo Marqués<sup>2</sup>, José Manuel Andreu Cayuelas<sup>3</sup>, Sergio Raposeiras Roubin<sup>4</sup>, Abel García Del Egado<sup>5</sup>, Elena Fortuny Frau<sup>6</sup>, Julia Seller Moya<sup>7</sup>, Carolina Ortiz Cortés<sup>8</sup> y José Francisco Díaz Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. <sup>4</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. <sup>5</sup>Unidad de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León. <sup>6</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares. <sup>7</sup>Unidad de Cardiología, Hospital de Denia, Dénia, Alicante. <sup>8</sup>Unidad de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

**Introducción y objetivos:** La terapia anticoagulante oral (ACO) con antivitamina K (AVK) en pacientes con fibrilación auricular (FA) se ha relacionado con deterioro renal, sin evidencia en enfermedad renal crónica (ERC) severa. El objetivo fue describir la relación entre ACO y deterioro significativo de función renal (DSFR) en pacientes con FA recién diagnosticada y ERC grave.

**Métodos:** Análisis retrospectivo, registro multicéntrico de 296 pacientes con ERC grave (tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), sin tratamiento sustitutivo renal, al diagnóstico de FA. Se definió DSFR como disminución del 30% en TFGe, inicio de diálisis u hospitalización por insuficiencia renal aguda tras 2 años de seguimiento. Se utilizó un análisis logístico binario multivariante para identificar predictores independientes. Las variables asociadas con DSFR en los análisis univariados se incluyeron en el modelo de predicción multivariante.

**Resultados:** De 195 pacientes vivos con determinaciones de creatinina el tercer año de seguimiento (edad 79 ± 9,5 años; 57,4% mujeres; TFGe basal 23,6 ± 7,7 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; CHA2DS2-VASc 4,5 ± 1,5), 122 pacientes (62,6%) iniciaron ACO el primer mes tras diagnosticarse FA (108 AVK, 14 anticoagulantes acción directa). Tras 2 años de seguimiento, la TFGe disminuyó a 23,0 ± 10,6 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (-2,2%) y 53 pacientes (27,2%) presentaron DSFR. Fue más frecuente en pacientes sin ACO (el 37,0 frente al 21,3%; p = 0,017) y con hipertensión basal (2 [7,7%] frente a 51 [30,2%]; p = 0,010). La falta de ACO e hipertensión siguieron siendo significativas después del análisis multivariante.

**Conclusiones:** La ACO se asoció de forma independiente con menor riesgo de DSFR entre los pacientes con ERC grave y FA recién diagnosticada. Se necesitan más estudios para aclarar los mecanismos de este efecto nefroprotector.