



5019-8. ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR COMO PROCEDIMIENTO AMBULATORIO: EXPERIENCIA CON UN DISPOSITIVO DE CIERRE CON SUTURA

Antonio Portolés Hernández, Melodie Segura Domínguez, Víctor Castro Urda, Sara Lozano Jiménez, Diego Jiménez Sánchez, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Darwin Veloza Urrea, Ignacio Fernández Lozano y Jorge Toquero Ramos

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Las complicaciones más frecuentes relacionadas con los procedimientos de ablación de fibrilación auricular (FA) se derivan del acceso vascular. Nuestro objetivo es evaluar la viabilidad y seguridad del cierre del acceso venoso femoral con un dispositivo de cierre con sutura (DCS) tras ablación de FA en favor de un alta hospitalaria precoz.

Métodos: Se recogen de manera consecutiva todos los pacientes sometidos a ablación de FA en los que se empleó un DCS para la obtención de hemostasia (dos accesos venosos, 7 y 12-French respectivamente, con empleo de un dispositivo en cada uno). Todos recibieron anticoagulación durante el procedimiento con heparina sódica, sin emplearse protamina para revertir al finalizar. Se realizó ecografía Doppler tras el procedimiento así como seguimiento clínico tras el alta.

Resultados: De mayo-2019 a mayo-2020 se realizaron 43 procedimientos de ablación de FA con empleo de DCS como método de cierre del acceso venoso, de los cuales 7 procedimientos se combinaron con ablación de flutter ístmico. El 74% eran varones, edad de 61 [54-70] años (tabla). El cierre vascular mediante sutura se realizó de manera satisfactoria en 80 del total de accesos (91%), obteniéndose hemostasia de manera inmediata en todos. En el 9% restante se realizó hemostasia convencional. En los 10 primeros pacientes se comprobó con ecografía Doppler la ausencia de complicaciones a nivel vascular, siendo excluidos por tanto de la opción de alta precoz (tiempo medio entre procedimiento y ecografía: 1 día; complicaciones vasculares: 0%). 18 pacientes posteriores (42% del total) con implante satisfactorio fueron dados de alta el mismo día tras mantener reposo durante 2 horas, sin necesidad de ecografía de control. El resto de pacientes, a pesar de implante exitoso, fueron ingresados durante 24 horas por motivos ajenos al acceso (vigilancia hemodinámica o monitorización tras inicio de fármacos antiarrítmicos), permitiéndose la deambulación precoz (tras 2 horas). El seguimiento clínico medio fue de 179 (62-306) días, sin registrarse eventos adversos a nivel del acceso vascular.

Características basales (n = 43)

IMC (kg/m²)

27,5 (24,2-31,6)

Hipertensión arterial	18/43 (42%)
Diabetes mellitus	3/43 (7%)
Dislipemia	16/43 (37%)
Historia de tabaquismo	23/43 (53%)
Cardiopatía isquémica	10/43 (23%)
Enfermedad renal crónica	3/43 (7%)
Plaquetas (plaquetas/?L)	238.000 (196.000-266.000)
Anticoagulación y antiagregación	
Sintrom	10/43 (23%)
ACOD	17/43 (40%)
Doble terapia	3/43 (7%)

IMC, índice de masa corporal; ACOD, anticoagulante de acción directa.

Conclusiones: Según nuestra serie, el empleo de DCS como método de cierre de acceso vascular tras ablación de FA o FA y flutter ístmico es seguro y eficaz a la hora de obtener una hemostasia rápida y adecuada, permitiendo en casos seleccionados el alta hospitalaria el mismo día.