



## 5024-3. DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR Y ABLACIÓN, ¿INFLUYE EL TIEMPO ENTRE AMBOS EN CUANTO A LAS RECIDIVAS? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Marina Segur García, Leire Goñi Blanco, Óscar Alcalde Rodríguez, Gonzalo Luis Alonso Salinas, Pablo Raposo Salas, Pablo Legarra Oroquieta, Amaia Martínez León, Javier Martínez Basterra, Aitziber Munarriz Arizcuren, Javier Romero Roldán, Betel Olaizola Balboa, Marina Oliver Ledesma, Nerea Mora Ayestarán, Lorena Malagón López y Nuria Basterra Sola

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña, Navarra.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El papel de la ablación con catéter por radiofrecuencia (RF) en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) sigue evolucionando rápidamente. Su eficacia para el mantenimiento del ritmo sinusal, es superior al tratamiento con fármacos antiarrítmicos. Se desconoce el momento óptimo para realizar dicho procedimiento en relación al momento del diagnóstico de FA aunque recientes estudios sugieren que parece que es mejor cuanto más precoz se realice como tratamiento de primera línea.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes que fueron sometidos a un primer procedimiento de ablación de FA con RF en nuestro centro entre 2017-2020, comparando el tiempo desde el diagnóstico de FA a la ablación (TDA) # 1 año, evaluando el impacto que podría tener sobre las recidivas de FA, así como analizar posibles diferencias entre el perfil de pacientes y las características del procedimiento en ambos grupos.

**Resultados:** Se realizaron un total de 198 primeros procedimientos de ablación de FA de los cuales el 28,28% fueron ablacionados en # 1 año (tabla). La única variable analizada con diferencia significativa fue el tipo de FA, predominando en el grupo de TDA > 12 meses la FA paroxística (p 0,035). Se objetiva una tendencia no significativa a presentar más cardiopatía en el grupo de ablación precoz. El resto de variables no mostraron diferencias ni tendencias significativas (tabla).

Primer procedimiento de ablación de FA (N = 198)

	TDA ≤ 12 meses (N = 56)	TDA >12 meses (N = 142)	P
Sexo			
Varones	71,43%	74,65%	0,643
Mujeres	28,57%	25,35%	

Mediana edad en años (rango 25-75)	61,45 (53,85-68,67)	61,53 (54,74-69,14)	0,956
Tipo FA	Paroxística	50%	66,20%
	Persistente	50%	33,80%
	Sedación	48,21%	57,75%
Intraprocedimiento	Anestesia general	51,79%	42,25%
Hipertensión arterial	42,86%	42,96%	0,990
Diabetes mellitus	5,36%	9,86%	0,308
Mediana IMC (rango 25-75)	27,53 (24,59-30,67)	28,20 (24,91-30,94)	0,538
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc medio (± DE)	1,07 ± 1,11	1,46 ± 1,31	0,067
Cardiopatía de base	30,36%	26,06%	0,541
Diámetro medio de aurícula izquierda en L1 (mm ± DE)	40,05 ± 4,98	40,95 ± 4,79	0,119
1 o más cardioversiones eléctricas previas a la ablación de FA	41,07%	37,32%	0,625
Complicaciones del procedimiento (ninguna mayor)	12,50%	9,15%	0,482
Aislamiento agudo de venas izquierdas	96,43%	99,30%	0,137
Aislamiento agudo de venas derechas	96,43%	97,18%	0,780
Recidivas documentadas en el periodo ventana	14,29%	16,20%	0,739

Recidiva documentada en el primer año desde la ablación (de los 178 pacientes de los que disponemos de revisión al año, en 21 pacientes revisión de los 6 meses)	19,64%	23,24%	0,584
--	--------	--------	-------

FA: fibrilación auricular; N: número; IMC: índice de masa corporal; DE: desviación estándar.

**Conclusiones:** Nuestros resultados, de acuerdo con publicaciones previas, muestran cierta tendencia de que a menor TDA las tasas de recurrencia de FA son menores. Además llama la atención que en los pacientes con ablación tardía hay mayor porcentaje de FA paroxística que quizás se pueda justificar porque pase más desapercibida debido a baja carga arrítmica, menor sintomatología y comorbilidad asociada que la persistente.

Casi 3/4 de nuestra población se ablacionan tardíamente posiblemente en relación a acceso tardío a cardiología, las unidades de arritmias y, como se indica en estudios recientes, al uso previo de fármacos antiarrítmicos en lugar de priorizar la estrategia invasiva precoz.