Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 55

Revista Española de Cardiología

3. APLICACIÓN DE RADIOFRECUENCIA DE ALTA POTENCIA Y CORTA DURACIÓN PARA ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES MÁS RÁPIDA Y MÁS SEGURA. RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO POWER FAST III

Sergio Castrejón Castrejón[1], Marcel Martínez Cossiani[1], Miguel Jáuregui Abularach[1], Nuria Basterra Sola[2], José Luis Ibáñez Criado[3], Joaquín Osca Asensi[4], Ivo Roca Luque[5], Ángel Moya I Mitjáns[6], Aurelio Quesada Dorador[7], Víctor Manuel Hidalgo Olivares[8], Nicasio Pérez Castellano[9], Rosa Macías Ruíz[10], Juan Manuel Fernández Gómez[11], Bruno Bochard Villanueva[12] y José Luis Merino Lloréns[1]

[1]Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España,[2] Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra), España,[3]Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España,[4]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España,[5] Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, España,[6]Unidad de Arritmias. Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, España, [7]Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario, Valencia, España,[8]Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España,[9]Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España,[10]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España,[11]Servicio de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España y [12]Servicio de Cardiología. Hospital de la Ribera, Alzira Valencia, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El objetivo del ensayo clínico POWER FAST III es comparar la eficacia y seguridad del aislamiento de venas pulmonares (AVP) con una técnica de alta potencia y corta duración (APCD: 70 W/9-10 s) frente a la técnica convencional de baja potencia y larga duración (BPLD: 25-40 W guiada por marcadores numéricos de lesión) en pacientes (p.) con fibrilación auricular (FA).

Métodos: Se incluyeron p. con FA paroxística o persistente en 12 centros. Criterios de exclusión: ablación previa de FA; cirugía cardiaca o intervención coronaria o ictus reciente (30 s) detectada mediante ECG diario durante 1 año de seguimiento (3 meses de *blanking*). El objetivo primario de seguridad es la incidencia de lesiones térmicas del esófago detectadas mediante endoscopia digestiva. Objetivos secundarios: aislamiento de todas las VP, aislamiento al primer paso, tiempos de procedimiento y otras complicaciones.

Resultados: Se inscribió a 304 pacientes, se aleatorizaron 301 y recibieron la ablación 295 (APCD n = 144, BPLD n = 151). Los grupos no difieren en características basales (edad 61 [RIC 53-69] años, 72% varones), 39% FA persistente. Todas las VP se pudieron aislar excepto 2 VPID en cada grupo. El aislamiento al primer paso de TODAS las VP fue superior con aRF convencional: 83% p. grupo BPLD y 71% p. grupo APCD (p = 0,02). El objetivo primario de eficacia fue similar en ambos grupos: 100/143 (70%) vs 100/147 (75%) p. sin recurrencias en los grupos APCD y BPLD respectivamente (p = 0,36) [figura]. El objetivo primario de seguridad fue también similar: 5 (3,6%) vs 4 (2,8%) p. presentaron lesión esofágica en los grupos APCD y BPLD respectivamente (p = 0,11). Hubo una tendencia (p = 0,04) a mayor riesgo de embolias en el grupo APCD (2 ictus, 1 AIT y 1 infarto esplénico), ninguna en BPLD. Los tiempos de procedimiento y RX no difirieron pero el tiempo total de RF se redujo en el grupo APCD (12 [9-14] min vs 32 [26-44] min, p 0,001).

Conclusiones: El empleo de aRF de APCD y de BPLD tiene una eficacia clínica y seguridad esofágica similar. Sin embargo, el riesgo de embolia de las técnicas APCD debe evaluarse en mayor profundidad antes de establecerse su uso clínico habitual.