



4000-4. ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR CON PROTOCOLO DE MÍNIMA ESCOPIA

Ricardo Salgado Aranda, Francisco Javier Martín González, Francisco Javier García Fernández, María Asunción Mateos Pérez, Virginia Pascual Tejerina, Ana Merino Merino, Diego Zambrano Yela y Pablo Ruiz Pérez del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La ablación de fibrilación auricular (FA) es actualmente uno de los sustratos más frecuentes en las salas de electrofisiología. Aunque el uso de navegadores no fluoroscópicos ha permitido reducir la dosis de radiación durante este procedimiento, según la literatura, el tiempo medio de escopia en centros con mucha experiencia es de aproximadamente 16 min en la ablación punto a punto, que puede llegar a ser significativamente mayor en centros con poca experiencia (algunas series hasta 50 min) o si se utilizan algunas tecnologías *single-shot* que se soportan más en el uso de la imagen radiológica. El objetivo de este estudio es demostrar que se puede reducir de forma significativa el nivel de exposición a rayos X durante la ablación punto a punto de FA mediante el uso más estricto de la fluoroscopia, sin aumentar el riesgo de complicaciones ni el tiempo de procedimiento.

Métodos: Serie de casos consecutivos de ablación de FA punto a punto a lo largo del año 2016 con protocolo de mínima escopia. Para conocer la anatomía específica todos los pacientes contaron con un TAC torácico previo a la ablación. No se utilizó ecocardiografía intracardiaca ni transesofágica durante la intervención. Para la colocación de los catéteres diagnósticos, la reconstrucción anatómica y la ablación se utilizó únicamente el Sistema de Navegación Ensite (Velocity y Precision). Durante el procedimiento los Rx solo se utilizaron en aquellos momentos que se consideró imprescindible (punción transeptal o ante la sospecha de complicaciones).

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 26 ablaciones punto a punto con protocolo de mínima escopia en nuestro centro. Las características poblacionales y de los procedimientos se muestran en la tabla. El tiempo medio de escopia fue de $3,28 \pm 1,99$ min (29 seg-8,53 min) con una exposición media de $1.725,16 \pm 1.392,61$ mGycm².

Características poblacionales

Edad	$57,5 \pm 7,3$ a	FEVI	$63,28 \pm 5,9\%$
Sexo (varón/mujer)	76,9/23,1 %	Diámetro aurícula izquierda	$41,6 \pm 6,9$ mm

IMC	27 ± 5	Tratamiento antiarrítmico	
CHADS-VASc		No	4 (15,4%)
0	10 (38,4%)	Flecainida	12 (46,2%)
1	9 (34,6%)	Amiodarona	7 (26,9%)
2	6 (23,1%)	Dronedarona	3 (11,5%)
≥ 3	1 (3,8%)	Anticoagulación	
Tipo de FA		Acenocumarol	7 (26,9%)
Paroxística	17 (65,4%)	Dabigatrán	8 (30,8%)
Persistente	4 (15,4%)	Rivaroxabán	3 (11,5%)
Long-standing	5 (19,2%)	Apixabán	7 (26,9%)
		Edoxabán	1 (3,8%)
Procedimiento			
1er procedimiento	20 (76,9%)	Cardioversión eléctrica	6 (23,1%)
Anestesia general	22 (84,6%)	Ablación del istmo cavo tricuspídeo	4 (15,4%)
Punción transeptal	26 (100%)	Complicaciones	0
Vaina deflectable	5 (19,2%)	Desconexión completa de las venas pulmonares	26 (100%)
Sustrato fuera de las venas pulmonares			
		Tiempo de procedimiento	130,11 ± 37,15 min
Líneas de ablación 3 (11,5%)			

Vena cava superior 3 (11,5%)

IMC: índice de masa corporal, CHADS-VASc FA: fibrilación auricular, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo

Conclusiones: Utilizando un protocolo estricto de mínima escopia en la ablación de FA punto a punto es posible una reducción significativa de hasta al menos una quinta parte de la media publicada en las series más recientes, siendo en algunos de nuestros casos incluso inferior a 1 min. La reducción en la exposición a rayos X no se asoció a un aumento en el riesgo de complicaciones ni del tiempo de procedimiento.