



4001-3. ABLACIÓN SIN ESCOPIA DE DISTINTOS SUSTRATOS ARRÍTMICOS EN UNA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA. VALORACIÓN DE LA EFICIENCIA Y SEGURIDAD

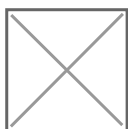
Ignacio Gil-Ortega¹, Ricio José Cortez-Salazar¹, Agustín Sánchez-Sánchez¹, Beatriz Garrido-Corro², Javier Trujillo-Santos³, David Ramos-Amores⁴, Alfredo Serna-Berná⁴ y Juan Antonio Castillo-Moreno⁵, de la ¹Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia), ³Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ⁴Servicio de Radioprotección y Radiofísica, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y ⁵Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: La irrupción de los sistemas de mapeo electroanatómico (SME) permite reducir la dosis de fluoroscopia en la ablación de distintas estructuras. El mayor coste y una mayor duración del procedimiento, han constituido tradicionalmente los verdaderos «hándicaps» para su desarrollo en las Unidades de Arritmias. El objetivo de nuestro estudio fue el de validar la seguridad, la eficacia y la eficiencia del abordaje de los objetivos (*target*) de ablación de las estructuras ablacionadas.

Métodos: Se incluyó a todos los pacientes seleccionados para ablación desde abril de 2013 hasta febrero de 2018, divididos según la intención fuera realizar la ablación con/sin escopia. Comparamos las variables relacionadas con el procedimiento (tiempo de escopia, tiempo radiofrecuencia, tiempo total procedimiento, resultado de ablación y tasa complicaciones) y otras derivadas del gasto del procedimiento (gasto total de cada procedimiento con o sin escopia).

Resultados: Se incluyó a 366 pacientes, divididos en un grupo cuya intención de tratar era con escopia (n = 104), y otro SIN escopia (n = 262) (tabla). Hubo estructuras que solo se realizaron en nuestro centro sin escopia, por lo que no se pudo compararlo con el grupo con escopia. Destaca la reducción del tiempo y de la dosis de escopia en todas las ablaciones comparadas, reducción del tiempo de radiofrecuencia en el caso del *flutter* y de la vía accesoria izquierda, sin un aumento del tiempo total del procedimiento. No hubo diferencias en resultados de la ablación o tasa de complicaciones. El coste de la ablación sin escopia del *flutter* fue significativamente más bajo que con el método tradicional, similar en la ablación de taquicardia focal derecha, y más caro en la ablación de TRIN y VAcc izquierda.



Precios según con o sin escopia y tipos de estructuras ablacionadas.

Diferencias ablación según intención de tratar con o sin escopia

	Sin	Con		Sin	Con		Sin	Con	Con	
	T. escopia	T. escopia	p	T. RF	T. RF	p	T. total	T. total	Dosis mGycm ²	p
TRIN 77/50	0,42 ± 2,5	11,7 ± 9,3	‡	198,6 ± 294	292,4 ± 910	NS	127,94 ± 54,3	119,2 ± 47,4	8.446,1 ± 9.054	0,001
<i>Flutter</i> 109/40	0,10 ± 0,5	38,0 ± 29,3	‡	1.015,6 ± 615	1.352,5 ± 949	0,04	133,9 ± 55,5	130,25 ± 49,6	14.410,2 ± 21.622,9	0,001
TAM 5/1	1,17 (R 4,46)	4,46	NS	793 (R 3.082)	793	NS	185,8 (R 4,46)	151	22.366	NS
TSVD 14/0	0,14 ± 0,5	--	--	274,2 ± 248	--	--	167,6 ± 39,2	--	--	-
TVII 4/0	15,6 ± 10,9	--	--	525,2 ± 517	--	--	132,5 ± 37,7	--	--	-
VAccD 17/0	0,01 ± 0,07	--	--	354,6 ± 322,9	--	--	135,5 ± 65,8	--	--	-
VAccI 15/11	5,42 ± 5,11	34,08 ± 5,42	‡	187,8 ± 199,4	494,54 ± 396,2	0,01	194,87 ± 53,4	183,9 ± 81,6	45.079,7 ± 39.970,7	0,02
TAFD 15/2	0,06 ± 0,24	12,28 ± 5,11	0,03	448,5 ± 475,5	490,5 ± 463,1	NS	156,31 ± 71,04	161,0 ± 57,8	7.885,8 ± 7.434,8	0,02
TAFI 4/0	3,17 ± 3,96	--	--	653,2 ± 242	--	--	160,2 ± 56,9	--	--	--

T. escopia: tiempo escopia; T.RF: tiempo radiofrecuencia; T. total: tiempo total procedimiento; TRIN: taquicardia intranodular; TAM: taquicardia macrorretrante; TSVD: tracto salida Vderecho; TVSI: tracto salida Vizquierdo V.

Conclusiones: La ablación sin escopia es una técnica tan eficaz y segura que la ablación convencional. Su uso, permite reducir la dosis de irradiación al paciente y al personal de laboratorio, sin que ello reporte un

aumento del tiempo global del procedimiento. Constituye por tanto una línea prometedora de abordaje en la ablación, siendo en algunos casos más eficiente (*flutter*, taquicardia macrorretrante y focal derecha), debiendo desarrollar estrategias que permitan reducir costes en el resto de estructuras para poder alcanzar el grado de eficiencia.