

Anticoagulación periprocedimiento en pacientes sometidos a ablación de fibrilación auricular. Resultados del registro nacional sobre el manejo del tratamiento anticoagulante en ablación de fibrilación auricular (registro NAIROBI)

María Alcalá Belmonte(1), Amaya Garcia Fernández(1), David Calvo Cuervo(2), María Eladia Salar Alcaraz(3), Josep Navarro Manchón(4), Diego Pérez Díaz(5), Luis Álvarez Acosta(6), Rocío Cózar León(7), Javier Cantalapiedra Romero(8), Enrique García Cuenca(9), Juliana Elices Teja(10), Raquel Ajo Ferrer(1), Jesmar Ramonis(1), María Asunción Esteve Pastor(3) y Francisco Marín Ortuño(3) de (1)Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante, Instituto de investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante - España, (2)Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (3)Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia - España, (4)Hospital Universitario La Fe, Valencia - España, (5)Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España, (6)Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife - España, (7)Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - España, (8)Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida - España, (9)Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España y (10)Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo - España

Introducción: El correcto manejo de la anticoagulación (AC) en pacientes sometidos a ablación de fibrilación auricular (FA) es fundamental para prevenir complicaciones, sin embargo, existe variabilidad en cuanto a su uso peri y post-procedimiento. El objetivo del Registro NAIROBI es conocer la práctica clínica real en España en cuanto al uso de AC en este contexto, así como analizar los resultados clínicos de las diferentes estrategias de AC.

Métodos: Registro prospectivo, observacional y multicéntrico promovido por la Asociación del Ritmo y el Grupo de Trombosis de la SEC, en el que se invitó a participar a todos los centros que realizan ablación de FA. El periodo de inclusión fue de 6 meses, comenzando en abril de 2024, y el seguimiento, de 1 año. Se recogieron variables clínicas, datos sobre el procedimiento, manejo de la AC, complicaciones y recidivas. En este primer análisis se presentan los datos del procedimiento de ablación.

Resultados: Se incluyeron 921 pacientes consecutivos de 14 centros (62 (55-68) años; 66,9%, varones). 82,5% recibían AC antes de la ablación (92,8% anticoagulantes directos (ACOD)). La mediana de tiempo de interrupción de AC previo fue de 23,6 horas (14,8-28,0) y solo en un 7,7% la AC no se interrumpió. En el 85.6% se realizó una prueba de imagen previa para descartar la presencia de trombos. La mayoría de los centros administraron el primer bolo de heparina tras la punción transeptal (75,2%) y heparina en forma de bolos durante el procedimiento (75.0%). En 84,2% se utilizó sutura en 8 para la hemostasia del acceso vascular. El éxito del procedimiento fue del 98,6%. El tiempo a la reintroducción de AC fue de 6.3 horas (3,7-10,1). Los AC más usados para el reinicio fueron los ACOD (82,6%) y en un 12,3% se utilizó terapia puente con heparina. Hubo un 4,8% de complicaciones: 23 hemorrágicas (solo 1 sangrado mayor), 1 ictus, 3 taponamientos y 2 parálisis frénicas. Al alta, al 97,7% de los pacientes se les indicó AC, la mayoría con ACOD (94,2%).

Conclusiones: Existe bastante homogeneidad en el manejo de la AC en pacientes sometidos a ablación de FA en nuestro país. La mayor parte de los centros interrumpen la AC previamente y la reintroducen a las pocas horas. Los ACOD son los AC más usados para el reinicio, aunque en un porcentaje no despreciable se utiliza terapia puente. La incidencia de complicaciones hemorrágicas mayores e ictus en estos procedimientos es muy baja.

Características basales y manejo de anticoagulación en procedimientos de ablación de FA (registro NAIROBI)

	Mediana (P25-P75)/ Porcentaje
Edad	62 (55-68)
Sexo (Hombre)	66,9
FA paroxistica	61,1
CHA2DS2-VASc	1 (1-3)
HAS-BLED	1 (0-2)
Energia:	
Electroporación	42,2
Radiofrecuencia	32,0
Crioablación	25,7
Tiempo a última dosis de AC (horas)	23,6 (14,8-28)
Prueba de imagen previa:	85,6
Eco transesofágico	48,7
TAC	47,3
Eco intracardiaco	3,8
Bolo heparina previo:	97,5
Antes de punción transeptal	24,8
Tras punción transeptal	75,2
Modo de administración de heparina:	
Bolos	75,0
Infusión continua	25,0
Hemostasia para acceso vascular:	
Sutura en 8	84,2
Compresión manual	14,1
Dispositivo vascular	1,6
Éxito	98,6
Tiempo a reintroducción AC	6,3 (3,7-10,1) horas
Anticoagulación para reinicio:	
ACOD	82,6
AVK	5,0
HBPM	12,1
Heparina sódica	0,2
Complicaciones:	4,8
Hemorragias menores	2,4
Hemorragias mayores	0,001
Ictus	0,001
Taponamiento	0,003
Parálisis frénica	0,002
Mortalidad	0,0
Otras	1,6
Anticoagulación al alta:	97,7
ACOD	94,2
AVK	5,8
Tiempo al alta:	
<24 horas	18,6
24 horas	75,3
>24 horas	6,1

FA: fibrilación auricular; AC: anticoagulación; ACOD: anticoagulantes directos; AVK: anti- vitamina K; HBPM: heparina bajo peso molecular