

PROCEDIMIENTO EN EVALUACIÓN:

Ablación cardíaca

1. DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La ablación por catéter de la fibrilación auricular (FA) consiste en la creación de cicatrices en el tejido auricular con un dispositivo de aplicación de energía (radiofrecuencia, microondas, crioterapia, láser o ultrasonidos) colocado en el extremo distal de un catéter. El propósito es aislar la zona de contracción aberrante para evitar los fenómenos de reentrada que inician y perpetúan la arritmia, permitiendo la reconducción del estímulo normal desde el nodo sinusal hasta el nodo aurículo-ventricular (1).

La ablación quirúrgica de la FA utiliza técnicas de “cortar y suturar” que se extienden hasta el anillo mitral, las orejuelas izquierda y derecha y el seno coronario. Se las conoce como «procedimiento laberinto», en referencia al paso ramificado y complejo a través del cual el impulso del nodo sinoauricular encuentra el camino hacia el nodo auriculoventricular (2).

Definición del indicador: Altas de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de fibrilación y flutter auricular (códigos CIE-9: 427.3) y procedimiento de ablación cardíaca (códigos CIE-9: 37.33, 37.34, 37.36, 37.37). Se excluyen aquellos episodios en los que haya otros procedimientos de cirugía cardíaca concomitantes (códigos CIE-9: 35, 37.32, 37.35, 37.4)

2. DEFINICIÓN DE LA INDICACIÓN NO ADECUADA PARA EL PROCEDIMIENTO

Tratamiento de primera línea para pacientes con fibrilación auricular.

Fibrilación auricular (término MeSH): ritmo cardíaco anormal que se caracteriza por una descarga rápida y descoordinada de los impulsos eléctricos en las aurículas. Está causada por una generación anormal de impulsos.

Clínicamente, es posible distinguir cinco tipos de FA (2): FA diagnosticada por primera vez, paroxística, persistente, persistente de larga duración y permanente.

3. TIPO DE PROCEDIMIENTO

Procedimiento efectivo pero con alternativa más coste-efectiva que debería realizarse antes.

4. PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO (EN CASO DE QUE LO HAYA)

Fármacos antiarrítmicos como primera línea de tratamiento.

5. INICIATIVAS/LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE APOYAN LA INADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Croydon list lo considera un procedimiento con alternativa más coste-efectiva (3).

6. EVIDENCIA QUE APOYA LA NO RECOMENDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE FORMA TOTAL O EN INDICACIONES CONCRETAS

6.1. RAZONES DE EFICACIA/EFFECTIVIDAD

Tanto la guía de práctica clínica (GPC) de 2014 sobre el manejo de la FA elaborada por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (4) como la GPC de FA de la European Heart Rhythm Association (EHRA) (2), esta última con la clase de recomendación más alta (Clase I), recomiendan la

ablación con catéter en la FA paroxística y la FA persistente en pacientes que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento médico. La guía del NICE propone la ablación quirúrgica como otra opción posible en pacientes con FA persistente sintomática refractaria al tratamiento médico⁴. Según la GPC de la EHRA, se puede considerar la ablación como tratamiento inicial en pacientes jóvenes sintomáticos con FA paroxística y cardiopatía mínima o inexistente, siempre que se minimicen los riesgos inherentes a la técnica (clase de recomendación baja, Clase IIb) (2).

Aunque la evidencia muestra que el ritmo sinusal se preserva mejor que con los fármacos antiarrítmicos (2,4), las recurrencias sintomáticas tardías con la ablación no son infrecuentes. Una revisión sistemática y metanálisis que incluye 19 estudios (6.167 pacientes) sobre los resultados a largo plazo de la ablación por catéter de la FA muestra los siguientes resultados transcurridos entre 28 y 71 meses desde la primera intervención: la tasa global de pacientes libres de síntomas fue de 53,1% (IC95% 46,2% a 60%); el caso de la FA paroxística la tasa fue de 54,1% (IC95% 44,4% a 63,4%) y de 41,8% (IC95% 25,2% a 60,5%) para la FA no paroxística. Después de múltiples procedimientos de ablación, la tasa de éxito a largo plazo fue de 79,8% (IC95% 75% a 83,8%). La media de procedimientos realizados por paciente fue de 1,51 (IC95% 1,36 a 1,67) (5).

6.2. RAZONES DE SEGURIDAD

Según la GPC de la EHRA, para el paciente individual con FA sintomática tiene que haber un beneficio potencial suficiente para justificar un procedimiento complejo de ablación que puede tener complicaciones graves (2).

Una revisión sistemática y metanálisis de 192 estudios que incluyeron a 83.236 pacientes con FA a los que se practicó ablación con catéter entre el 2000 y el 2012, encuentra una incidencia global de complicaciones graves relacionadas con el procedimiento del 2,9% (IC95% 2,6% a 3,2%). La tasa de complicaciones en 2000 a 2006 fue significativamente superior a la de 2007 a 2012 (4,0% frente a 2,6%; $p=0,003$). Las complicaciones vasculares fueron las más frecuentes (1,4%), seguidas del taponamiento (1,0%), derrame pericárdico (0,7%), accidente cerebrovascular o isquémico transitorio (0,6%), y estenosis u oclusión de la vena pulmonar (0,5%). La incidencia de muertes relacionadas con la ablación fue de 0,06%. La formación de una fístula aurículo-esofágica ocurrió en el 0,1% y el 0,4% de los pacientes sufrieron una lesión en el nervio frénico (6).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez-Estefania R, Martin-Trenor A, Prashker BL, Rabago G. Cirugía de la fibrilación auricular. An Sist Sanit Navar. 2011;34(1):83-95.
2. Camm AJ, Lip GY, De CR, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012;33(21):2719-47.
3. Croydon List: Reducing spending on low clinical value treatments. Audit Commission. Health briefing, April 2011. <http://archive.auditcommission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/Downloads/20110414reducingexpenditure.pdf>
4. National Clinical Guideline Centre. Atrial fibrillation: the management of atrial fibrillation. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014 Jun. 49 p. (Clinical guideline; no. 180).
5. Ganesan AN, Shipp NJ, Brooks AG, Kuklik P, Lau DH, Lim HS, et al. Long-term outcomes of catheter ablation of atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. J Am Heart Assoc. 2013;2(2):e004549.
6. Gupta A, Perera T, Ganesan A, Sullivan T, Lau DH, Roberts-Thomson KC, et al. Complications of catheter ablation of atrial fibrillation: a systematic review. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2013;6(6):1082-