



6001-691. CAMBIO DE VÍA DE ACCESO EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA. DEL ACCESO RADIAL AL FEMORAL. FRECUENCIA, MOTIVOS E IMPLICACIONES CLÍNICAS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO RADIALISTA

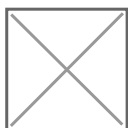
Ángela López Sainz, Gonzalo Barge Caballero, Marcos Manuel García Guimaraes, Xacobe Flores Ríos, Pablo Piñón Estebán, Jorge Salgado Fernández, Nicolás Vázquez González y Alfonso Castro Beiras del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La vía de acceso radial ha demostrado, en comparación con la vía femoral, reducir el sangrado y las complicaciones vasculares. Sin embargo, la necesidad de cambio a vía femoral representa uno de los posibles inconvenientes de cara a su empleo en la angioplastia primaria. Nos planteamos analizar su frecuencia, motivos y posibles implicaciones en cuanto a la reperfusión en nuestro centro, en el cual el acceso radial es la vía de elección para procedimientos electivos y para la angioplastia primaria.

Métodos: Estudiamos una cohorte compuesta por todos aquellos pacientes sometidos consecutivamente a angioplastia primaria en nuestro centro entre 2005 y 2010. Determinamos la vía de acceso inicial y cuantificamos la necesidad de cambio de vía radial a femoral (CVRF), así como los principales motivos para ésta (fallo de canulación, alteraciones anatómicas, tortuosidad subclavia, espasmo radial, dificultad para canulación coronaria y cambio de vía para realizar intervencionismo coronario). Valoramos las implicaciones del CVRF en términos de duración del procedimiento, tiempo de fluoroscopia y cantidad de contraste administrada, así como en cuanto al éxito de la angioplastia primaria y retraso en tiempos síntomas-balón y puerta-balón.

Resultados: Entre los 2.593 pacientes estudiados, se empleó acceso radial de primera intención en 2.028 (78%). En 67 de ellos (3,3%), fue necesario el CVRF. Los motivos más frecuentes fueron el fallo en la canulación radial, la alteración anatómica (loop radial, radial de origen humeral, etc.) y la tortuosidad grave subclavia (tabla). Si bien la duración del procedimiento, el tiempo de fluoroscopia y la cantidad de contraste fueron superiores, no hubo diferencias significativas en cuanto al éxito del procedimiento. El CVRF produjo un ligero retraso en los tiempos de reperfusión (tiempo síntomas-balón y tiempo puerta-balón), pero sin que alcanzase la significación estadísticas (tabla).



Conclusiones: En un centro con amplia experiencia, la necesidad de CVRF es muy poco frecuente en el ámbito de la angioplastia primaria. A pesar de prolongar la duración del procedimiento, no afecta de forma significativa a sus resultados clínicos.