Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 1370

Revista Española de Cardiología

6057-717. VÍA DE ELECCIÓN PARA CANALIZACIÓN DEL SENO CORONARIO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE ELECTROFISIOLOGÍA: ACCESO PERIFÉRICO SUPERIOR FRENTE A VÍA FEMORAL

Natalia de Casas Herrando, Ángel Ramón Terrén Portolés, Teresa Olóriz Sanjuán, Laura Macías Marín, Begoña Furriel Aranda, Virginia Ariño Trasobares, Naiara Calvo Galiano, Francisco de Asís Díaz Cortegana y Antonio Asso Abadía, del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: El catéter alojado en el seno coronario (SC) es de relevante importancia para los procedimientos de electrofisiología. El acceso vascular superior es su vía de canalización natural, lo cual es útil cuando se requieren múltiples catéteres.

Métodos: Estudio prospectivo que compara acceso braquial frente a femoral para la canalización de SC con inclusión consecutiva de casos entre julio de 2015 y octubre de 2017. La elección de la vía de acceso fue a criterio del operador. El acceso braquial se realizó por el equipo de enfermería. El análisis de tiempo y radiación en la canalización del SC se realizó de manera independiente en los casos de varios operadores por procedimiento.

Resultados: Se incluyeron 254 procedimientos realizados en 245 pacientes, 62% varones, mediana de edad 57 años (45-66) e IMC de 26,4 (23,5-28,9). Se realizaron un total de 18 EEF (7%), 154 TPSV (61%) y 82 FA/TA/TV (32%). En 125 de 148 (84%) se consiguió acceso braquial como vía de elección, 80 por vena mediana-cubital o basílica y 45 mediana-antebrazo o cefálica (figura); de estos 125, en 118 (94%) se posicionó el catéter en SC. De los 23 sin acceso braquial, 18 se posicionó vía femoral. En 106 se optó por acceso femoral, 68 femoral izquierda y 38 derecha. En el 91% (97/106) se emplazó el catéter de manera apropiada y en 3/9 restantes se canalizó por acceso braquial. La mediana de tiempo de escopia en la canalización de SC desde acceso braquial en pacientes sin cardiopatía fue significativamente inferior al del acceso femoral (1,4 min (0,7-2,5) frente a 2,0 (0,9-3,6), p = 0,035) y la dosis de radiación menor (0,18 $mGym^2$ (0,7-0,49) frente a 0,23 (0,11-0,72), p = 0,046). En pacientes con cardiopatía estructural (10%) hubo tendencia no significativa a mayor tiempo de escopia y radiación desde el acceso braquial 1,8 min (0,85-3,85) y 0,61 $mGym^2$ (0,24-0,79) que desde femoral, 1,2 min (0,6-2,9) y 0,18 $mGym^2$ (0,04-0,54), p = 0,057 y p = 0,12. No hubo diferencias en la estabilidad del catéter (necesidad recolocación durante el procedimiento (11% braquial frente a 9% femoral, p = 0,69). No se produjeron complicaciones en el acceso vascular que requirieran intervención o ingreso en ninguno de los casos.

Panel superior izquierdo, introductores 5F en venas mediana-cubital y mediana-antebrazo, panel derecho venografía que muestra venas axilar y cefálica; panel inferior izquierdo, catéter decapolar alojado en seno

coronario desde acceso braquial.

Conclusiones: El acceso braquial para canalizar el SC en pacientes sin cardiopatía estructural agiliza el procedimiento con la participación de enfermería, reduce el número de punciones femorales y la radiación absorbida por el paciente.