



6001-674. VÍA TRANSRADIAL EN ANGIOPLASTIA PRIMARIA. ¿PODEMOS IDENTIFICAR EN QUÉ SUBGRUPOS NO ES FACTIBLE?

Francisco José Hernández Pérez, Ana Blasco Lobo, Leire Goicolea Güemez, Ana Muñoz Lozano, José Antonio Fernández-Díaz, José Ramón Domínguez y Francisco Javier Goicolea Ruigómez del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción: El acceso transradial (ATR) ayuda a reducir las complicaciones relacionadas con el acceso vascular tras la angioplastia primaria (ICPP). Sin embargo en determinados pacientes no es posible su utilización o podría retrasar de manera significativa la obtención de la reperusión. Nuestro objetivo es examinar la viabilidad del ATR rutinario en ICPP en un centro de alto volumen e identificar subgrupos de pacientes con especial dificultad para el mismo.

Métodos: En un centro de alta tasa radialista (> 90% del total de angioplastias), con 5 operadores expertos, se analizan los datos (recogidos prospectivamente, analizados retrospectivamente) de 1029 pacientes consecutivos con SCACEST tratados con ICPP entre el 1 enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2011.

Resultados: De los 1.029 pacientes analizados (edad media $60,9 \pm 26,4$ años, 80,3% varones) el ATR fue el acceso primario (90,2% del total; 93,1% si excluimos los Killip IV). En 35 pacientes (3,8%) fue necesario el cambio de vía de acceso vascular (crossover). El porcentaje de éxito del procedimiento (procedimiento realizado con TIMI final = II) con ATR fue de 95,2%. El 87,4% de los pacientes con ATR estaba libre de eventos a los 30 días del procedimiento y el 75,9% al año (muerte, angina, reinfarto, nueva angioplastia, cirugía cardíaca e insuficiencia cardíaca). En el análisis univariante el uso del acceso femoral se asoció a: sexo femenino, edad avanzada y menor superficie corporal, IMC y peso. En base a lo anterior se determinó el porcentaje de acceso femoral en mujeres de > 75 años, 60 kg de peso y 155 cm de talla (16 pacientes), que resultó significativamente mayor que en el resto de mujeres (31,3% vs 10,3%; $p = 0,05$). Sin embargo en aquellos pacientes de este grupo en los que se pudo utilizar la vía radial (68,7%) el tiempo aguja-guía (18,6 vs 20,4 minutos, $p = 0,627$), el volumen contraste (154,6 vs 152,1 cc, $p = 0,894$), el tiempo de escopia (12,5 vs 13,4 minutos, $p = 0,755$) y la necesidad de crossover (11,1% vs 6,7%, $p = 0,485$) fue similar al del resto de mujeres.

Conclusiones: En un centro de alta experiencia el ATR puede utilizarse de manera segura y eficaz en la inmensa mayoría de las ICPP. Aunque en mujeres de pequeño peso y talla se tenga que recurrir con mayor frecuencia a la vía femoral, el ATR, si es posible, no penaliza los tiempos de reperusión.