Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 23

Revista Española de Cardiología

3. ELECCIÓN DEL ACCESO CONTRALATERAL EN EL TAVI. ¿RADIAL O FEMORAL?

Daniel Tébar Márquez[1], Guillermo Galeote García[1], Alfonso Jurado Román[1], Santiago Jiménez Valero[1], Silvio Humberto Vera Vera[1], Clara Ugueto Rodrigo[2], Juan Caro Codon[3], Emilio Arbas Redondo[3], Juan Ramón Rey Blas[2], Sandra Rosillo Rodríguez[3], Eduardo R. Armada Romero[3], Ángel García García[4], Rosa González Davia[5], Isidro Moreno Gómez-Limón[6] y José Raúl Moreno Gómez[1]

[1]Unidad de Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [2]Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [3]Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [4]Cardiología. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid), España, [5]Cardiología. Hospital Infanta Cristina, Parla Madrid, España y [6] Anestesia y reanimación cardiaca. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las complicaciones vasculares asociadas al implante transfemoral de prótesis valvulares aórticas (TAVI-TF) son frecuentes, no solo en el lugar de la inserción del introductor de la válvula, sino también en el acceso transfemoral contralateral. El objetivo fue comparar la tasa de complicaciones vasculares del acceso radial (AR) en comparación con el femoral (AF) contralateral para el control angiográfico de la TAVI-TF.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y prospectivo en un hospital de tercer nivel con amplia experiencia en implante de TAVI. Se incluyeron de manera consecutiva a los pacientes a los que se implantó una TAVI transfemoral entre enero de 2021 y diciembre de 2022. La tasa de complicaciones vasculares de los pacientes en los que se utilizó para control del procedimiento el AR se comparó con aquellos en los que el procedimiento fue controlado mediante AF contralateral.

Resultados: Se incluyeron 261 pacientes con edad media de 81 años, 52% varones. Se había diagnosticado al 12,5% de enfermedad arterial periférica (EAP). Se utilizó para el control del procedimiento el AF en 224 paciente (85,82%) y en 37 (14,18%) se utilizó la AR. La tasa de complicaciones vasculares graves fue globalmente baja (15/261; 5,74%) pero significativamente mayor en los pacientes con doble acceso femoral en comparación con los que se usó el AR. La tasa global de complicaciones vasculares mayores fue significativamente menor en pacientes con AR (2,7 vs 6,3%) en comparación con el doble acceso femoral. De las complicaciones vasculares mayores, el 28,6% ocurrieron en el acceso contralateral, sin que hubiera ninguna complicación vascular mayor en la vía radial (tasa de complicaciones vasculares mayores del acceso contralateral 0 vs 1,9% en grupos AR vs AF respectivamente, p 0,05). El diagnóstico previo de EAP fue un predictor estadísticamente significativo de complicación femoral grave (25 vs 12%, p 0,05). No hubo diferencias en cuanto al éxito del procedimiento entre ambos grupos.

Conclusiones: La AR como acceso contralateral durante el procedimiento de implante de TAVI transfemoral reduce la tasa de complicaciones vasculares mayores en comparación con el doble acceso femoral sin afectar a la tasa de éxito del procedimiento. Ello se debe fundamentalmente a la eliminación, al menos en nuestra serie, de las complicaciones asociadas al acceso femoral contralateral.