BOLETÍN EDUCATIVO ProEducar

OCTUBRE 2005 • Volumen 1 • Fascículo N°1

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo F. Londero
Dr. Expedito Ribeiro
Dr. Alejandro Martínez
Dr. José Manuel Gabay
Dr. Fernando Cura
Dr. Dionisio Chambré
Dr. Sergio Brieva

Secretaria
Mercedes Boero

Diseño Gráfico
Florencia Álvarez

CONTENIDO

EDITORIAL:
Dr. Hugo F. Londero ..... 02 VER

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:
Intervenciones Cardíacas: Dr. J. Eduardo Sousa.
"¿En qué circunstancias los DES establecen una clara diferencia? ..... 03 VER

Intervenciones Extracardíacas: Dr. Carlos Vozzi.
"¿Cuál es la Angioplastia Carotídea de alto riesgo?" ..... 04 VER

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: ..... 06 VER

PRESENTACIÓN DE CASOS: ..... 07 VER

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS: ..... 09 VER

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS:
Entrevista al Dr. César Pardiñas.
"Intervenciones por Vía Radial" ..... 10 VER

Anterior
Siguiente
Indice

EDITORIAL: Dr. Hugo F. Londero

//
Dr. Hugo F. Londero
Sanatorio Allende
Córdoba, Argentina

América Latina está unida por razones geográficas, históricas, culturales y lenguas compresibles por todos sus habitantes.

La globalización económica mundial ha minimizado las diferencias entre los diferentes países de Latinoamérica y la globalización de las comunicaciones los ha acercado.

Dentro de este contexto, hay un gran número de Cardiólogos Intervencionistas que integran SOLACI que requieren de un Programa Educativo propio para la región.

La Visión de SOLACI es "Ser la Organización de Referencia de Latinoamérica para la Cardiología Intervencionista".

La Misión es: Integrar, Educar, Promover la investigación y Establecer normas para la Práctica de la Cardiología Intervencionista en Latinoamérica.

Cumpliendo con estos postulados, el Consejo Asesor de SOLACI ha decidido crear un Programa Educativo, ProEducar, que tiene por objeto planear y coordinar las actividades educativas de la sociedad.

Este programa es realmente ambicioso y comprende:

- Programas de entrenamiento y actualización regionales.
- Coordinación de la participación de SOLACI en Congresos, Simposios y Cursos regionales.
- Edición de un Boletín Educativo de distribución electrónica.
- Difusión de Conferencias, Foros de Discusión, etc., vía Internet.
- Programa de Publicaciones.

El Presente Boletín da comienzo a este plan educativo. Esperamos que sea de utilidad para los miembros de SOLACI y sirva como vínculo de unión permanente.

La colaboración de todos será la base de la continuidad de este emprendimiento.
Los invitamos a participar.

El Comité Editorial

Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Cardíacas

¿En qué circunstancias los DES establecen una clara diferencia?

//
Dr. J. Eduardo Sousa
Instituto Dante Pazzanese de Cardiología
São Paulo, Brasil

Los stents con liberación de medicamentos han causado un impacto excepcional en el control de la reestenosis coronaria. Está demostrado que estos dispositivos, especialmente aquellos con liberación de agentes antiproliferativos (sirolimus y paclitaxel), reducen la incidencia de reestenosis angiográfica a menos del 10% y la necesidad de nuevas revascularizaciones (RLA) por debajo del 5%. Es posible que algunos grupos especiales de pacientes puedan tener beneficios adicionales al ser tratados con estos dos stents - Cypher® y Taxus®: pacientes con lesiones en vasos pequeños, diabéticos, con reestenosis intra-stent y los que presentan lesiones largas. Como ya se sabe, en estos grupos, los resultados con el uso de los stents no recubiertos son decepcionantes: los índices de reestenosis son elevados (> 40%) y, por lo general, exhiben patrones de reestenosis difíciles de ser tratados por vía percutánea debido al carácter difuso y proliferativo de la re-obstrucción del vaso. Por tanto, la propuesta de tratamiento de estos casos con los stents farmacológicos es sumamente atractiva. La literatura contiene una gran cantidad de datos que evidencian estos beneficios, según lo demostramos a continuación.

1) Lesiones en vasos pequeños (< 2,5 mm): Recientemente, un análisis integral de siete estudios (RAVEL, SIRIUS, NEW SIRIUS, SVELTE, DIRECT, e-CYPHER, RESEARCH y SES-SMART), que incluyó alrededor de 6.000 pacientes, sometidos a un reestudio angiográfico a los 6 y 8 meses de evolución demostró resultados muy favorables de los stents con sirolimus comparados con los stents no recubiertos: pérdida tardía (0,21 mm versus 0,81 mm, $p < 0,0001$); reestenosis (6,9% versus 39,8%, $p < 0,0001$); RLA (3,5% versus 17,1%, $p < 0,0001$) y eventos clínicos mayores (6,4% versus 19,4%, $p< 0,0001$). La incidencia de trombosis de los stents con sirolimus fue comparable a la observada con los stents no recubiertos (< 1,0%). En este análisis se observó también que en el mundo real (Registro e-Cypher), los índices de eventos clínicos tardíos fueron similares a los obtenidos en los estudios realizados al azar (randomizados). Actualmente, estos datos apoyan el uso rutinario de los stents recubiertos en pacientes con vasos pequeños.

2) Pacientes diabéticos: Estos casos cuando son tratados con stents no recubiertos presentan niveles de reestenosis y de eventos clínicos muy elevados si se los compara con la población no diabética. Sin embargo, las perspectivas de estos pacientes también cambiaron con la introducción de los stents farmacológicos. Así es que en el análisis integral de seis estudios (SIRIUS, E-SIRIUS, C-SIRIUS, DIRECT, SVELTE y RAVEL) que comparó 292 pacientes diabéticos tratados por los stents con sirolimus contra 233 casos de pacientes con stents no recubiertos, se observó una significativa reducción de los índices de RLA (5,8% versus 22,3%, $p < 0,0001$) y de reestenosis (5,7% versus 50,6%, $p < 0,0001$), a favor de los stents con medicamentos, justificando la actual preferencia de los cardiólogos por su uso rutinario en el tratamiento de esta condición.

Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

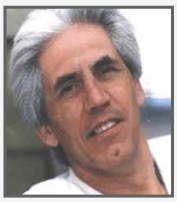
3) Reestenosis intra-stent: La reestenosis intra-stent también representa una condición de difícil tratamiento por las técnicas percutáneas. Los mejores resultados se obtuvieron con la braquiterapia, sin embargo, esta técnica presentó resultados tardíos desconcertantes. Varios estudios recientes han demostrado la ventaja de los stents recubiertos en el tratamiento de esta afección. Por ejemplo, en los 25 casos tratados en São Paulo, con estudios angiográficos seriados a tres años, la pérdida tardía fue de apenas 0,33 mm, y el 88% de los pacientes se mantuvieron libres de eventos mayores. En tres pacientes en los que fue necesaria una reintervención ésta fue debido a progresión de la enfermedad de una lesión diferente a la tratada con el stent farmacológico. Otros estudios como el de Rotterdam, el ISAR-DESIRE y el e-CYPHER Registry demostraron grandes beneficios cuando estos pacientes fueron tratados con Cypher® o Taxus®. Según los datos actuales, todas las observaciones clínicas de los últimos años indican un claro beneficio de esta nueva tecnología en el tratamiento de casos con reestenosis intra-stent.

4) Lesiones extensas: Hasta el momento no existe un gran número de estudios que analicen el papel de los stents recubiertos en el tratamiento de las lesiones extensas (> 25 mm). Recientemente, en Corea, se llevó a cabo un estudio multicéntrico que abarca a ocho centros de ese país; que incluyó 637 pacientes tratados con Cypher®, Taxus® o stents no farmacológicos. Los resultados tardíos mostraron bajos índices de RLA con los stents farmacológicos (Cypher® 2,7%, Taxus® 2,4%, stents no recubiertos 18,6%), y reducidos eventos clínicos mayores (Cypher® 3,4%, Taxus® 6,0% y stents no recubiertos 19,8%). Además, algunos subanálisis de estudios no específicos confirmaron la superioridad de estos nuevos stents sobre los no recubiertos en el tratamiento de este subgrupo de pacientes.

Por lo tanto, estos cuatro grupos constituyen, desde nuestro punto de vista, aquellos en los que los stents Cypher® y Taxus® establecen una clara diferencia en cuanto a los resultados clínicos y angiográficos cuando son comparados con los stents metálicos no recubiertos.

Intervenciones Extracardíacas

Riesgo aumentado en angioplastia carotídea



//
Dr. Carlos Vozzi
Hemodinamia Rosario
Rosario, Argentina

La expresión "angioplastia carotídea" lleva implícita una serie de procesos y una disponibilidad y accesibilidad de recursos técnicos y humanos que escapan de nuestro análisis en esta presentación, mas no podemos dejar de lado el concepto de que realizar una "angioplastia carotídea" ya implica, por el hecho del que se trata, un procedimiento de riesgo potencial.

Veamos ahora con más detenimiento qué entendemos por riesgo y cuáles son los factores que determinan que el riesgo de este tipo de procedimiento se incremente.
El Diccionario de Epidemiología (John M. Last, Oxford University Press, New York - Oxford - Toronto

Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

1988) define el riesgo como "la probabilidad de que ocurra un evento, por ejemplo, que un individuo se enferme o muera dentro de un período de tiempo o a una edad establecida. También es un término que incluye una variedad de medidas sobre la probabilidad de un resultado desfavorable." Si adicionalmente tomamos (de la misma fuente) el concepto de factor de riesgo, surge un término usado de las siguientes maneras:

A- Como un atributo o exposición que se asocia a un incremento en la probabilidad de un resultado específico. Es un marcador de riesgo.

B- Un determinante que puede ser modificado por intervención, de esa forma reduciendo la probabilidad de ocurrencia de enfermedad u otro resultado específico. Para evitar confusiones se lo puede llamar factor de riesgo modificable.

De esto último se trata, el tener presente no sólo los factores que aumentan el riesgo, en nuestro análisis el riesgo de un procedimiento endovascular, sino también que podamos modificarlos, lo cual implica en la práctica de angioplastia carotídea el requerimiento (previo a efectuar el procedimiento) de identificar los factores que aumentan el riesgo y luego tratar de modificarlos o eliminarlos. Tal cual nos dice el aforismo: "la mejor manera de tratar una enfermedad es no tenerla".

También creemos necesario recordar que el concepto de medicina basada en la evidencia implica integrar la habilidad clínica individual de un experto con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática, y es por eso que nuestra clasificación de los factores que aumentan el riesgo de una angioplastia carotídea nos hace agruparlos en aquellos relacionados a las evidencias clínicas externas (que derivan de la investigación sistemática) y aquellos vinculados a la experiencia /expertise de nuestro grupo de trabajo, tal cual detallamos en las Tablas I y II.

Es evidente que lo que hemos listado en estas tablas compendia una serie de situaciones que van más allá de esta breve introducción al tema.

Independientemente de esto, reiteramos nuestra posición de que el conocer las situaciones o factores que aumentan el riesgo de una angioplastia carotídea nos ayuda a prepararnos para tratar de evitar que el riesgo ocurra.

Tanto las evidencias clínicas externas como la experiencia de diferentes equipos de trabajo no eliminan la necesidad de efectuar mediciones objetivas de los resultados de todas y cada una de las angioplastias carotídeas que efectúa el operador que lleva adelante un programa en este campo.

TABLA I: Evidencia clínica externa de riesgo aumentado

A. FACTORES ANATÓMICO-ANGIOGRÁFICOS	B . FACTORES CO-MÓRBIDOS
• Estenosis de acceso dificultoso	• Insuficiencia Cardíaca Congestiva Clase Funcional III-IV
• Lesiones severas intracraneales	• Angina Inestable
• Lesiones blandas (ecolúcidas)	• EPOC severo
• Lesiones severamente calcificadas	• Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo <30%
• Lesiones ulceradas, trombos, polipoides	• Cirugía de Revascularización Miocárdica o
• Ateromatosis y calcificación de arco aórtico	• Reemplazo Valvular Programado
• Oclusión contralateral	• Edad avanzada (mayor de 80 años)
• Lesiones en tándem	• Infarto Agudo de Miocardio entre 3 y 30 días
	• Enfermedad coronaria severa de 2 ó más vasos

Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

TABLA II: Evidencia · Experiencia del Grupo de Trabajo

A . FACTORES ANATÓMICO-ANGIOGRÁFICOS	B . FACTORES CO-MÓRBIDOS	C . FACTORES ORGANIZACIONALES Y DE RECURSOS
• Arco aórtico tortuoso • Estenosis difusas • Estenosis asociadas aorto-ostiales • Tortuosidad de arterias carótidas • Lesiones de bifurcación • Oclusión carótida externa • Lesiones suboclusivas • Polígono de Willis no funcionante • Ateromatosis difusa de otros territorios (enf. aortoilíaca)	• Pacientes sintomáticos. • Accidente Isquémico Transitorio a repetición. • Insuficiencia renal (creatinina > 2 mg/dl). • Disfunción severa de ventrículo izquierdo.	• Ausencia de equipo multidisciplinario. • Bajo volumen de casos anuales. • Ausencia de Programa de Calidad. • Ausencia de Programa de Revisión de Resultados por pares o comité local de Bioética. • Limitaciones de recursos económicos. • Equipo técnico de baja calidad.

Esto permite saber el riesgo propio de cada equipo y no pretender trasladar como propios los resultados generados en la bibliografía o presentados en otros equipos y, de esa manera, poder identificarlos y actuar en consecuencia.

Recordemos que la mejor manera de enfrentarse con un problema es conociendo a fondo de qué se trata y el conocimiento profundo de lo "que se trata" implica disponer de una actitud y aptitud mental que no se limite a los paradigmas clásicos de análisis de riesgo sino que también considere que estos procedimientos endovasculares son efectuados por individuos y equipos de trabajo en diferentes circunstancias tecnológicas y en diferentes entornos.

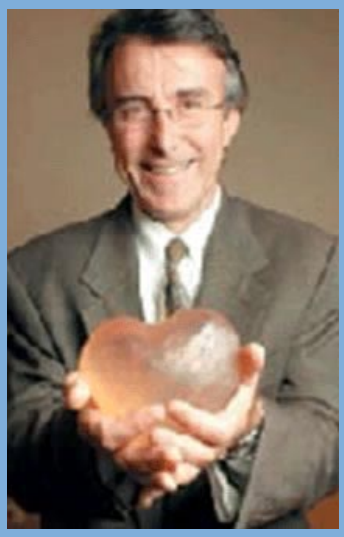
Por último, volviendo nuevamente a las fuentes, citamos al Diccionario de la Lengua Española, que define al arriesgado como "aventurado, peligroso, osado, imprudente, temerario". Una manera adicional de evitar que las angioplastias carotídeas sean de alto riesgo es precisamente no ser arriesgados.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

¡Último Momento!

Un médico argentino, llamado Julio Palmaz, se pasó años investigando un dispositivo llamado "Stent". Parece que el aparatito sirve para evitar que las arterias se vuelvan a estenosar después de la angioplastia. Una importante compañía habría adquirido los derechos y, en breve, comenzaría su lanzamiento en el mercado. ¿Servirá para algo?



Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

PRESENTACIÓN DE CASOS

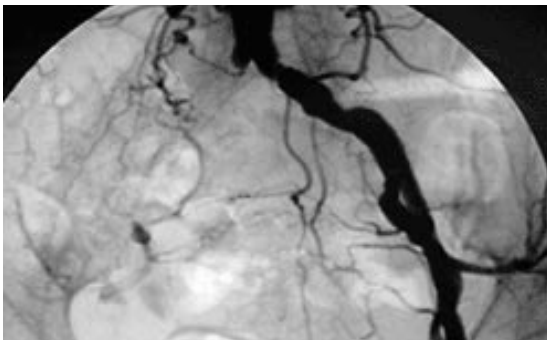
Caso 1

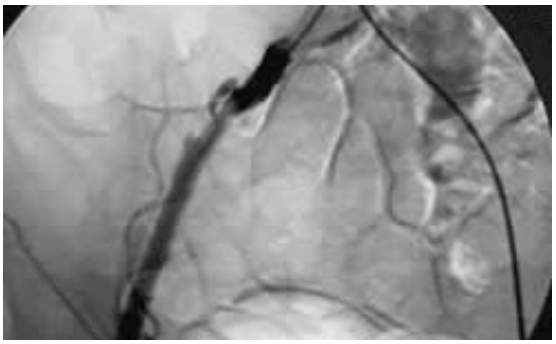
Stenting The Stent en Intervenciones Vasculares

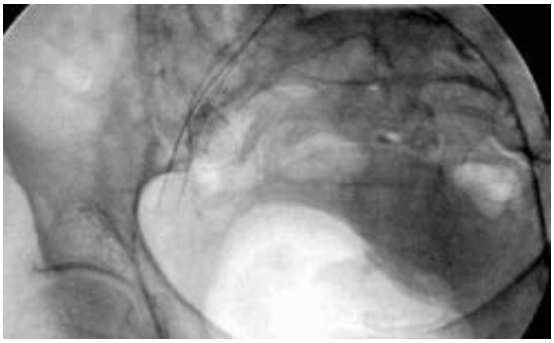
//
Dr. Felipe Nasser
Hospital Santa Marcelina
São Paulo, Brasil

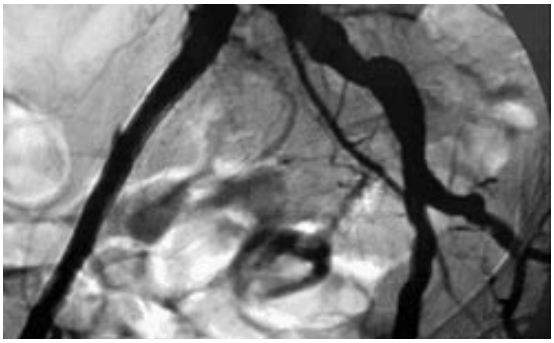
Se trata de un paciente de sexo femenino, de 58 años de edad, tabaquista, con antecedente de claudicación progresiva de miembro inferior derecho, que presenta cianosis y lesión trófica de miembro inferior derecho. Se realiza angiografía y se decide proceder a angioplastia con implante de stent a arteria Ilíaca derecha. A los 15 días, presenta dolor y frialdad de miembro inferior derecho. Se realiza nueva angiografía donde se constata oclusión subaaguda del stent implantado.

Por vía contralateral se punza la arteria femoral y se procede a avanzar cuerda hidrofílica y fibrinolísis (10 mgr de rt-PA, en bolo), recuperándose flujo en la arteria Ilíaca. Se completa rt-PA hasta completar 40 mgr en 24 hs. A continuación, se realiza angiografía donde se constata obstrucción residual en la proximal de la arteria, con gradiente translesional de 25 mmHg. Se decide realizar angioplastia con balón e implante de stent. Se implantó un stent tipo balón expandible (Peiron de 8mm x 36mm), sin registrarse gradiente translesional, sin alteración del flujo y sin obstrucción angiográfica residual. La paciente es dada de alta a las 48 hs, con tratamiento antitrombótico completo, con pulsos periféricos conservados.









Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

PRESENTACIÓN DE CASOS

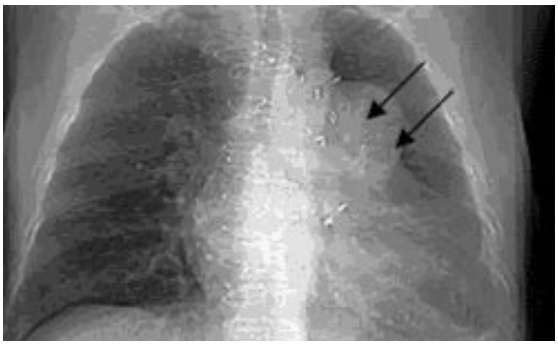
Caso 2

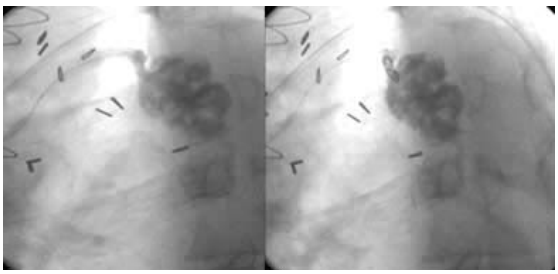
Malformación de Puente de Vena Safena

//
Dr. Marco Antonio Perin
Hospital Israelita Albert Einstein
São Paulo, Brasil

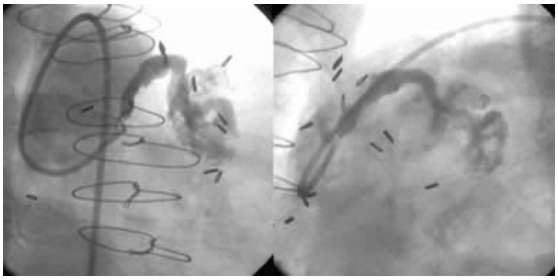
Se trata de un paciente de 56 años con antecedente de 2 CRM (1984 e 1989), que presenta cuadros de tos seca y dolor toráxico. Rx tórax: formación nodular localizada junto al hilio pulmonar izquierdo de 6cm.

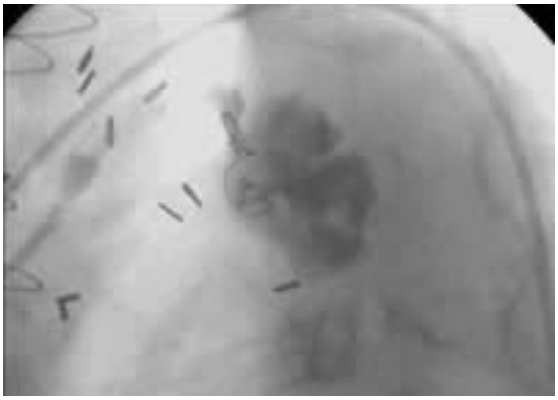
El paciente es sometido a Toracotomía Exploradora a través de una incisión antero-lateral en el 3° espacio intercostal izquierdo, siendo visualizada una tumoración hipervascularizada, con sangrado activo y hemopericardio. Se realiza CCG, visualizándose puente de Vena Safena con gran aneurisma en su tercio distal, con flujo sanguíneo en su interior.





Se procede a embolización del aneurisma, cateterizando el PV con catéter-guía AL1 (7F), colocando microcatéter Rapid Transit por dentro del puente hasta el aneurisma, liberando 2 coils Vort-X (6x23 mm). Se puede visualizar el puente sin flujo.





Si usted tiene un caso interesante para compartir en este espacio, lo invitamos a enviarlo por correo electrónico a: ***mboero@solaci.org***

Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Artículo 1

Indicadores de Riesgo en Angioplastia Carotídea

(Giorgio M. Biasi y col. Carotid Plaque Echolucency Increases the Risk of Stroke in Carotid Stenting: The Imaging in Carotid Angioplasty and Risk of Stroke (ICAROS) Study. Circulation, Aug 2004; 110: 756–762)

"La angioplastia carotídea está surgiendo como una alternativa a la endarterectomía en el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular. Sin embargo, la embolización cerebral es uno de los riesgos potenciales más graves. El registro Imaging in Carotid Angioplasty and Risk of Stroke (ICAROS), que incluyó más de 400 pacientes sometidos a stenting carotídeo con o sin protección distal, observó 3,6% de complicaciones neurológicas. El riesgo de accidente cerebrovascular estuvo íntimamente relacionado a dos factores fácilmente identificables previo al procedimiento: el grado de ecolucencia de la placa evaluada mediante duplex carotídeo y a mayores grados de severidad de la obstrucción carotídea".

Artículo 2

DES en lesiones de grado moderado

(Effectiveness of sirolimus-Eluting stent implantation for coronary narrowings <50% in diameter. Hoye y col. Journal of Cardiology 2004; vol 94, issue 1, pages 112-114).

Recientemente se ha publicado un reporte acerca de la factibilidad y eficacia del tratamiento de lesiones de grado moderado (<50%) con el empleo de stents liberadores de sirolimus. Este concepto controvertido abre el horizonte a un nuevo espectro de tecnologías que permitan pronosticar el comportamiento futuro de placas de grado moderado midiendo diferentes parámetros funcionales como la actividad metabólica, imágenes intracoronarias, temperatura local o mediante elastografía intracoronaria. Existe un 10% de pacientes sometidos a angioplastia de lesiones severas que requieren nuevos procedimientos por progresión de lesiones asociadas de grado leve a moderado. Hoy contamos con terapéuticas percutáneas de elevada eficacia y seguridad, pero para poder extender este concepto necesitamos también métodos diagnósticos que nos permitan identificar este considerable grupo de pacientes de alto riesgo.

Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Siguiente
Indice

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Entrevista al Dr. César Pardiñas

Intervenciones por Vía Radial

//
Dr. César Pardiñas
Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca
Montevideo, Uruguay.

1.Trucos y Secretos de los Procedimientos Diagnósticos (Cinecoronariografía) por vía radial:

a. ¿Cómo seda al enfermo previo al procedimiento?
Una sedación suave previa es fundamental ya que tiene por finalidad relajar al paciente, disminuir el dolor y, por consiguiente, prevenir la génesis de espasmo, principal limitante de este acceso. De rutina, realizamos sedo-analgesia con Fentanilo 50-100 micro-grs más Midazolam 2 mgrs, como preacondicionamiento a la punción.

b. ¿Qué pacientes son los más beneficiados por este acceso?
1- Grandes obesos con arteria femoral de difícil compresión.
2- AÑOSOS con arterias femorales rígidas e inelásticas.
3- Valvulares en general: insuficiencia aórtica en particular.
4- AÑOSOS y VALVULARES.
5- Aquellos en anticoagulación oral crónica con Warfarina (FA, TEP, Prótesis Valvulares, etc.)
6- Diátesis hemorrágica.
7- Síndromes isquémicos agudos con/sin supradesnivel ST.
8-Angioplastia de rescate post fibrinolíticos.
9- SHOCK cardiogénico.
10- Arteriopatía de miembros inferiores, aneurismas de aorta disecantes o no en todos sus sectores.

c. ¿Utiliza algún "cocktail" de vasodilatadores intraarterial?
Utilizamos Dilución de NTG 200 migrogramos intra arterial en forma preventiva; en caso de generarse espasmo utilizamos por el brazo lateral del introductor Diltiazem 2-3 mgrs o Verapamil 2,5mgrs o Lidocaína 40mgrs.
Las 5000 u de Heparina Sódica se administran por el catéter guía una vez ganada la porción ascendente de la aorta.

d. ¿Qué calibre y longitud del sistema introductor utiliza?
El introductor de elección y menos espasmogénico es el corto de 13 cm. Fue reportado que aquellos con cubierta hidrofílica son mejor tolerados, facilitan la introducción y su retiro posterior.

e. ¿Qué alambre guía utiliza para avanzar el catéter por el brazo?
En pacientes con arterias radiales finas, flexuosas y, en particular, mujeres pequeñas, el alambre guía de elección son las Hidrofílicas Terumo Glidewire 0,035 con punta "J" de 180-260 cm; en el resto puede intentarse con alambres guías teflonados 0,035-0,038 con punta "J"de 260 cm, también utilizadas para realizar los intercambios de catéteres.
En algunas situaciones de arterias subclavias y aortas muy tortuosas y alongadas son de ayuda las guías con más soporte del tipo Wholey 0,035 de 260 cm.

Anterior
Siguiente
Indice

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

f. ¿Qué catéteres preformados utiliza en la coronariografía?

Son los mismos que todos los hemodinamistas utilizamos por Acceso Femoral, teniendo la precaución de elegir curvas Judkins de Izquierda 0,5 menos que las que hubiéramos seleccionado por este último.

En aortas NO dilatadas nuestra primera intención son las curvas Judkins de Derecha (JR 4) y de Izquierda (JL 3.5). Estas son efectivas en más del 90% de los pacientes.

Frente a dificultades para la cateterización selectiva, debe de seguirse el orden racional y respetar el gusto personal del operador en la elección de CURVAS PREFORMADAS, de la misma manera que si se lo estuviera realizando por Acceso Femoral. Este razonamiento es también válido cuando se abordan pacientes revascularizados.

La ventriculografía se realiza con catéter Pig tail.

g. ¿Cómo intercambia los catéteres?

Los intercambios de catéteres siempre se realizan con control Radioscópico y sobre Guía 0,035-0,038 Teflonada punta 'J'de 260 cm, dejándola en el plano supra-valvular aórtico tratando de no perder la posesión de la aorta ascendente que, de producirse, demoraría innecesariamente el procedimiento.

h. En caso de repetición del procedimiento ¿cómo se procede?

La vía de acceso puede ser utilizada en dos circunstancias: una precoz dentro de las 24-48 horas del procedimiento anterior, en la cual se reingresa por el mismo brazo, teniendo la precaución de puncionar algo más proximal; de no ser posible, ir a la radial contralateral.

- La propia vaina realiza la hemostasis del sitio de punción previo (distal).
- Post procedimiento se deben de colocar vendajes compresivos en ambos sitios.
- Para los casos de repetición tardía, si conserva un pulso adecuado: se debe puncionar más proximal tratando de evitar la fibrosis remanente.
- El 90% de lo fracasos se deben a estrechamientos u oclusiones secuelares.
- Un tercer procedimiento, según fue reportado, aún puede ser posible en el 90% de los hombres y en el 80% mujeres.
- El diámetro de la AR es menor post procedimiento por la Hiperplasia Intimal, el índice de fracasos es algo mayor y las oclusiones son más frecuentes.

i. En la práctica, ¿la oclusión de la arteria radial es un evento frecuente?

La pérdida del pulso radial, según reportes, oscila del 3 al 5%; en nuestro centro fue observada en el 3,5% y en ningún caso tuvo traducción clínica.

2. Trucos y Secretos de los Procedimientos Intervencionistas:

a. ¿Qué porcentajes de PCI realiza por vía radial?

En nuestra práctica el acceso radial es utilizado en más del 90% de las Cineangicoronariografías diagnósticas, totalizando a la fecha más de 15.000 procedimientos diagnósticos.

En las PCI, (a la fecha 5.931 angioplastias) al realizarse a continuación del diagnóstico, es aún menos probable la necesidad de conversión a acceso arteria femoral para completar con éxito la APTC.

Anterior
Siguiente
Indice

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Los criterios de exclusión se reducen a:

1- Test de Allen negativo bilateral. Síndrome de Raynaud.
2- Pacientes con Insuficiencia Renal en plan de diálisis crónica, por el brazo homolateral.

Revascularizados con arteria mamaria izquierda pediculada en los que además se utilizó la arteria radial izquierda o con Test de Allen negativo a izquierda o pérdida de pulso por procedimiento anterior.
En algunos casos se puede ingresar a la arteria subclavia izquierda desde la arteria radial derecha.
Es útil la colocación de un manguito de presión a nivel braquial izquierdo inflándolo 20-30 mmHg por encima del registro de presión sistólica para luego inyectar en forma no selectiva la arteria mamaria izquierda; en general se consiguen imágenes de buena calidad.
Frente a la circunstancia de perder el acceso radial por inducción de espasmo, utilizamos, de ser viable, la arteria radial contralateral, antes de pensar en convertir a Femoral.

b. ¿Qué catéteres guía utiliza?
La gran mayoría de los procedimientos Intervencionistas en nuestro Centro se realizan "ad hoc".

• El catéter diagnóstico se intercambia sobre la guía 0,035 de 2,60 mts por otro 6F de 0,064 de luz interna.

•La curva seleccionada para la canulación selectiva de la coronaria deberá conseguir un óptimo soporte y alineación coaxial, siguiendo el mismo objetivo que en el acceso transfemoral.

• Por el acceso transradial izquierdo se cateteriza fácilmente el ostium de la arteria mamaria izquierda como también los puentes Venosos, siendo una excelente alternativa para los revascularizados.

CORONARIA DERECHA:
• Nacimiento Horizontal: Hockey-Stick /CAS 1-2/ JR4/AR1/ Multipropósito...

• Nacimiento Ascendente: Hockey-Stick /Bypass de Izquierda/LIMA/AL1/ART3/XB de derecha/AL1-2....

• Nacimiento Descendente: CAS1-2 / Multiporpose /AR1-2...

CORONARIA IZQUIERDA:
• En la mayoría de los casos se consigue buen soporte con el XB 3(EBU3) en aortas normales, pero para las dilatadas usar XB o EBU 3,5/4.

• En Aortas pequeñas y nacimientos ascendentes el JL3 o el Voda 3 son de ayuda.

• Si se usan curvas Judkins por ATR se debe elegir 0,5 menos; por ejemplo, si pensamos una curva 4 por ATF intentar con 3,5 por ATR, el 3,5 es la curva a utilizar en la mayoría de los casos con aortas dentro de lo normal.

c. Cuando necesita una vía venosa (ejemplo catéter-marcapasos), ¿qué vía venosa utiliza?
Estas situaciones las llamamos procedimientos combinados. La vía venosa utilizada es la vena femoral, mientras el tiempo arterial se realiza desde la arteria radial. Idéntica situación se presenta cuando es necesario colocar Balón de Contrapulsación Aórtico, éste se implanta desde una arteria femoral y el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico se aborda por acceso radial.
Creemos que esta estrategia es siempre beneficiosa al preservar de realizar un acceso arterial Femoral, evitando potenciales complicaciones de sangrado locorregionales.

Anterior
Siguiente
Indice

Anterior
Indice

d. ¿Cuánto tiempo permanece internado el paciente después de una PCI por vía radial?

Se permite la deambulación a las 2 horas, los procedimientos diagnósticos pueden ser dados de alta en el día, también Angioplastias no complicadas. En nuestro país, por razones de cobertura del sistema de Salud, la estadía en general es de 24 horas para ambos; en casos de IAM sin shock cardiogénico la estadía promedio es de dos días de Unidad Cardiológica para luego ser referidos al Centro de origen o sala de cuidados convencionales para continuar evolución.

e. A su entender ¿cuál es el rol de este acceso y su futuro?

La vía Transradial impresiona ser el acceso hipotético "IDEAL" deseable, aún en situaciones críticas: IAM y Shock Cardiogénico.

Resta aún por determinar si representa la próxima revolución como Vía de acceso para el Intervencionismo Coronario.

Nuestro Centro al igual que muchos otros la han adoptado de rutina como el primer acceso estándar de elección, en todos los pacientes sin exclusión que NO presenten contraindicaciones para su uso.

Nos gustaría compartir su opinión sobre los artículos comentados en este número.

Puede escribirnos a: **mboero@solaci.org**

Anterior
Indice