

O Acesso Radial Deve Ser a Abordagem Preferida em Idosos?

Victar Hsieh, Sanjit S. Jolly

Ensaios clínicos randomizados de acesso radial vs. femoral apoiam o conceito de que o acesso radial deve ser a via de acesso preferida. O ensaio clínico *Radial Vs. femoral* (RIVAL) (n = 7.021), recentemente publicado, demonstrou que o acesso radial apresentou taxas similares às do acesso femoral quanto ao desfecho primário combinado de morte, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou sangramento grave em 30 dias, mas foi associado a redução de mais de 60% de complicações vasculares graves [1,4% vs. 3,7%, razão de risco (RR) 0,37, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) 0,27-0,52; P < 0,0001). No subgrupo de centros de maior experiência em acesso radial e no subgrupo de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCST) observou-se benefício a favor do acesso radial para o desfecho primário.¹

reduzido nesses pacientes podem desencorajar os intervencionistas a utilizar a via radial nesse cenário.

CENÁRIO CLÍNICO

Em um paciente do sexo masculino, de 88 anos, com IAMCST, encaminhado para ICP primária, a abordagem padrão dos intervencionistas deve ser a utilização da via radial ou da via femoral?

No estudo publicado por Andrade et al.⁶ nesta edição da **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, é relatada a evolução de 635 pacientes, com mais de 60 anos de idade, submetidos a ICP pela via radial. Merece destaque o fato de 50% dessa população ter apresentado síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST e de 22% da população ter apresentado IAMCST.

O sucesso angiográfico foi de 96,8% e a taxa de mudança do acesso para a via femoral foi de 2,8%, sugerindo serem esses operadores altamente qualificados no acesso radial. A taxa de sangramento grave foi muito baixa (0,8%), com taxa de hematomas de 1,6%.

Deve-se ressaltar que esses autores não encontraram diferença significativa na mudança da via de acesso entre pacientes com 60-74 anos de idade e aqueles com ≥ 75 anos de idade (2,3% vs. 4,2%, respectivamente), assim como não foi observada diferença significativa na taxa de mudança do acesso entre mulheres e homens com mais de 60 anos de idade (3,9% vs. 2,1%, respectivamente). O estudo pode não ter tido poder suficiente para detectar diferenças entre as taxas de mudança de acesso entre esses grupos.

A limitação dessa análise reside na falta de um grupo controle com acesso femoral e na natureza observacional do estudo. Entretanto, um estudo randomizado realizado em 377 pacientes com mais de 80

Ver pág. 16

OS IDOSOS

A proporção de pacientes idosos que são submetidos a intervenção coronária percutânea (ICP) tem aumentado nas últimas décadas. Estudos demonstraram que a idade avançada é um preditor significativo de falha do procedimento pela via radial e está associada a maior necessidade de troca da via de acesso.² Nos pacientes idosos há maior incidência de tortuosidade da artéria radial e do tronco braquiocefálico.³ Por outro lado, a idade avançada é fator de risco significativo para sangramento grave e complicações vasculares relacionados ao procedimento.^{4,5} Embora o acesso pela artéria radial seja uma abordagem atrativa para ICP em pacientes idosos, dado seu potencial para reduzir complicações vasculares e, portanto, reduzir o sangramento, os desafios técnicos frequentemente encontrados na abordagem radial e o sucesso do procedimento potencialmente

anos de idade, comparando os acessos radial e femoral, demonstrou redução de complicações vasculares com a via radial (1,6% vs. 6,5%; $P = 0,03$), com discreto aumento do tempo de fluoroscopia ($6 \pm 4,4$ minutos vs. $4,5 \pm 3,7$ minutos). As taxas de sucesso angiográfico do procedimento foram semelhantes.⁷

Essa evidência sugere que, nos idosos, o acesso radial, comparativamente ao femoral, previne complicações vasculares mais graves, com taxas de sucesso similares, a despeito dos desafios técnicos nessa população. No caso de operadores com experiência, defendemos ser a via radial a abordagem padrão na população idosa.

CONFLITO DE INTERESSES

Sanjit S. Jolly recebeu honorários como palestrante e consultor da Sanofi Aventis, GlaxoSmithkline e Boehringer Ingelheim, e apoio financeiro da Medtronic. Victar Hsieh declara não haver conflito de interesses relacionado a este manuscrito.

REFERÊNCIAS

- 1 Jolly S, Yusuf S, Cairns J, Niemelä K, Xavier D, Widimsky P, et al. Radial versus femoral access for coronary angiography and intervention in patients with acute coronary syndromes (RIVAL): a randomised, parallel group, multicentre trial. *Lancet*. 2011;377(9775):1409-20.
2. Dehghani P, Mohammad A, Bajaj R, Hong T, Suen CM, Shariief W, et al. Mechanism and predictors of failed transradial approach for percutaneous coronary interventions. *JACC Cardiovasc Interv*. 2009;2(11):1057-64.
3. Cao Z, Zhou YJ, Zhao YX, Liu YY, Shi DM, Guo YH, et al. Transradial approach for coronary angioplasty in Chinese elderly patients. *Chin Med J (Engl)*. 2008;121(12):1126-9.
4. Mehta SK, Frutkin AD, Lindsey JB, House JA, Spertus JA, Rao SV, et al. Bleeding in patients undergoing percutaneous coronary intervention: the development of a clinical risk algorithm from the National Cardiovascular Data Registry. *Circ Cardiovasc Interv*. 2009;2(3):222-9.
5. Piper WD, Malenka DJ, Ryan TJ Jr, Shubrooks SJ Jr, O'Connor GT, Robb JF, et al. Predicting vascular complications in percutaneous coronary interventions. *Am Heart J*. 2003;145(6):1022-9.
6. Andrade PB, Tebet MA, Andrade MVA, Barbosa RA, Mattos LA, Labrunie A. Impacto da utilização do acesso radial na ocorrência de sangramento grave entre idosos submetidos a intervenção coronária percutânea. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2012;20(1):16-20.
7. Louvard Y, Benamer H, Garot P, Hildick-Smith D, Loubeyre C, Rigattieri S, et al. Comparison of transradial and transfemoral approaches for coronary angiography and angioplasty in octogenarians (the OCTOPLUS Study). *Am J Cardiol*. 2004;94(9):1177-80.