



## A debate: Abordaje radial distal. ¿Aporta valor adicional respecto al abordaje radial convencional? No



*Debate: Does the distal radial approach offer added value over the conventional radial approach? No, it does not*

José Ramón Rumoroso Cuevas\*

Unidad de Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:  
<https://doi.org/10.24875/RECIC.M25000540>

**PREGUNTA:** ¿Existen motivos anatómicos para proponer el acceso radial distal frente al convencional?

**RESPUESTA:** La respuesta es sí. En la mano hay dos arcos arteriales, uno superficial, formado por la arteria cubital y la arteria radial distal que nos ocupa, y otro profundo, formado por la arteria radial y la arteria cubital. No se puede negar que el acceso por la arteria radial superficial es útil, debido a su localización en la tabaquera anatómica, encima de huesos como el escafoide y el trapecio, que lo hacen fácilmente compresible, con lo que hay un 49% menos de hemorragias tras su utilización y un 49% menos de trombosis<sup>1</sup> en comparación con el acceso radial convencional. Además, si hubiese una oclusión de la arteria radial superficial, se podría utilizar cualquiera de las otras arterias radial o cubital en un segundo tiempo.

Sin embargo, he de decir que, en mi opinión, es un acceso más difícil de realizar, con una curva de aprendizaje más larga y con mayor tasa de fracaso en la punción, lo que motiva un mayor número de casos en los que es necesario cambiar a otro tipo de acceso (*cross-over*). Por otra parte, el acceso radial convencional está disponible en ambas manos y tenemos dos arterias cubitales que son igualmente factibles para el acceso vascular, y que presentan menos tortuosidad.

**P:** ¿Qué evidencias existen a favor del abordaje radial distal?

**R:** En el metanálisis realizado por el grupo de la Universidad de Kentucky<sup>2</sup>, que recoge datos de 18 ensayos clínicos aleatorizados con 8.205 pacientes, se encontró una significativa menor tasa de oclusión de la arteria radial ( $p < 0,001$ ), así como un tiempo de hemostasia significativamente más corto ( $p < 0,001$ ). Aunque las cifras sean estadísticamente significativas, la tasa de oclusión de la arteria radial en el acceso convencional oscila entre el 4 y el 10%, y entre el 0,3 y el 2,8% en el acceso distal<sup>2</sup>. Cuando se implementan las mejores prácticas clínicas en el acceso convencional, como es la oclusión controlada con flujo sin sangrado, la tasa de oclusión es del 0,91%<sup>3</sup>. Son tasas bajísimas, más próximas a las que nos

encontramos en la práctica clínica habitual, con lo que pierde relevancia ese teórico beneficio.

**P:** ¿Qué complicaciones específicas puede asociar este acceso vascular?

**R:** La ejecución del acceso radial distal es más complicada y difícil, probablemente porque aprendimos a hacer el acceso radial de manera convencional y cualquier cambio nos resulta incómodo. Los resultados de los estudios nos dicen varias cosas interesantes:

- Se tarda más tiempo en canalizar la arteria, se emplea más tiempo en pinchar y se realizan más intentos de punción<sup>4</sup>.
- La curva de aprendizaje es más larga, pues se requieren más de 200 pacientes para tener un éxito en  $> 94\%$  de los casos<sup>5</sup>.
- El *cross-over* es 3 veces más frecuente, teniendo que ir a otra vía para poder realizar el procedimiento con éxito<sup>4</sup>. No hay complicaciones graves, pero se producen retrasos en la gestión de los pacientes de las unidades de cardiología intervencionista.

**P:** ¿Existe alguna situación en la que pudiera estar especialmente indicado este acceso?

**R:** Sí, siempre que se necesite preservar la permeabilidad de la arteria radial, hay que tener en cuenta que el riesgo de oclusión es menor; por ejemplo, pacientes en los que sea necesario realizar una fístula arteriovenosa para hemodiálisis o cuando se planee un posible uso de la arteria radial para un injerto arterial en una cirugía de revascularización coronaria. Por otra parte, en los casos en que ha habido complicaciones hemorrágicas previas con accesos vasculares convencionales, e incluso en pacientes con gran obesidad, en los que sea más difícil hacer una compresión eficaz de la arteria radial, podríamos plantearnos el acceso radial distal por ser más fácilmente comprimible y tener menor tasa de hemorragias<sup>1</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rumo@secardiologia.es](mailto:rumo@secardiologia.es) (J.R. Rumoroso Cuevas).

X @RumoJose

Online el 12 de agosto de 2025.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2025 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

## FINANCIACIÓN

Sin financiación.

## DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se ha utilizado.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Corcos T. Distal radial access for coronary angiography and percutaneous coronary intervention: A state-of-the-art review. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2019;93:639-644.
2. Mufarrih SH, Haider S, Qureshi NQ, et al. Distal Versus Proximal Radial Arterial Access for Percutaneous Coronary Angiography and Intervention: Updated Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Cardiol.* 2024;218:34-42.
3. Aminian A, Sgueglia GA, Wiemer M, et al. Distal Versus Conventional Radial Access for Coronary Angiography and Intervention: The DISCO RADIAL Trial. *JACC Cardiovasc Interv.* 2022;15:1191-1201.
4. Ferrante G, Condello F, Rao SV, et al. Distal vs Conventional Radial Access for Coronary Angiography and/or Intervention: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *JACC Cardiovasc Interv.* 2022;15:2297-2311.
5. Roh JW, Kim Y, Lee OH, et al. The learning curve of the distal radial access for coronary intervention. *Sci Rep.* 2021;11:13217.