



Obsesividad del operador!!!

1. En la indicación de la ATC.
2. En la selección del material.
3. En la calidad de la Angioplastia pre-stenting.
4. En la selección del stent y la técnica de implante.
5. En no generar isquemia que descompense hemodinámicamente al paciente.
6. En la optimización del resultado.



Selección de catéter guía

1. Coaxialización.
2. Soporte.
3. Diámetro interno suficiente.



Selección del Catéter Guía.

1. Preferentemente catéteres de 7 F (8F si Rotablator® previo, oliva 2.0/2.15).
2. 6 F para anatomías más simples y vía radial.
3. Adecuado soporte “sin intubar el Tronco” (Tipo EBU o VODA por lo general 3.5).
4. Considerar JL 6F en obstrucción ostial de TCI.
5. Sin agujeros laterales (menor uso de contraste).



Selección de Cuerda Guía

- ✓ Todas las cuerdas “front line” con “ soft tip” son útiles.
- ✓ Recomendamos disponer de cuerdas hidrofílicas (1,2,3 gr.) para cruzar “celdas resistentes”.
- ✓ Acordarse de cambiar la cuerda en determinadas instancias antes de implantar el primero o segundo stent (puede cortarse por “efecto tijera”).
- ✓ Buscar una cuerda de mayor soporte si el ostium es crítico (limitación de flujo por catéter guía).

Recomendación:

No deformar la cuerda de la Descendente Anterior (“loop” distal) pensar en el cruce posterior a Circunfleja.



Selección del Balón

- ✓ Preferentemente balones no complacientes.
- ✓ Luego del stent: Balones no complacientes siempre (Durastar® de Cordis o Quantum® de BC).
- ✓ Preparación de “ostium resistente”: Balón de Corte. (Ao.C/Da/Cx)
 - Cutting Balloon®.
 - Angiosculp Balloon®.
- ✓ En general, balones cortos (intrastent/evitar efectos de borde).



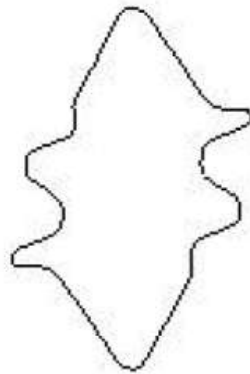
Recomendación:

La modificación de placa resistente que no se logre antes del “stenting” difícilmente se logre después.



¿Son iguales las estructuras de los diferentes stent?

✓ NO



Cypher 3.5mm

Diám. > celda 3.0mm



Taxus Liberte 3.5 mm

Diám. > celda 3.7mm



Selección del Stent

Propiedades Físicas/estructura:

- Distensibilidad del stent.
- Diámetro nominal de la celda. (área/circunferencia)
- Distensibilidad de la celda.
- Espesor/ Dureza de los struts.



Selección de la técnica

Ostium:

- No stent directo.
- Cuanto más corto el stent más probabilidad de efecto “seeding melon”.
- Considerar balón de corte.

Bifurcación:

- La mejor técnica es la simple: 70% a 80% de las bifurcaciones puede resolverse con un stent.

Recomendación:

Desaconsejamos (salvo excepciones) ir con dos stent “de movida”. Si la técnica provisional es la apropiada, siempre hay tiempo para un segundo stent.



Kissing balloon final- Cuándo? Cómo? Por qué?

Kissing balloon final?

Cuándo?: Cuando se implanten dos stent:

- Dilataciones sucesivas de ambos ostium, con balones no complacientes y luego kissing.
- Bifurcación Medina 1-1-0 (Técnica Simple) con correcta expansión y aposición de los struts: no es necesario kissing final.
- Controversial en estenosis residual del 75% con FFR normal (Circunfleja).

Cómo?: Balones cortos. De igual largo. Diámetro de referencia distal. Bien alineados. "POT" final.

Porqué?: Para corregir deformaciones, optimizar el resultado y facilitar el recruce eventual.



Selección de la técnica

- Si es necesario dos stent, seleccionar la técnica:
 - Según la anatomía. (Diámetros/ Angulo DA/Cx).

En orden de preferencia:

1. Técnica en “T”.
2. Culotte.
3. TAP.
4. “V” stenting (no kissing).
5. ¿Minicrush?