

UN PROTOCOLO ESTANDARIZADO PARA LA ATERECTOMÍA ROTACIONAL ACTUAL
DESDE EL DEBULKING HASTA LA MODIFICACIÓN DE LA PLACA

Operadores europeos altamente experimentados en ROTABLATOR®

Desarrollaron un protocolo estandarizado sobre el papel de la AR en una era de ICP más complejas y en arterias calcificadas, que hace que ROTABLATOR® pase del debulking del vaso a la modificación de la placa.



RECOMENDACIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN

1

SELECCIÓN DE CATÉTER GUÍA

- La mayoría de los procedimientos se pueden realizar con un **CATÉTER GUÍA DE 6 FR** que admite olivas de hasta 1,5 mm
- Se recomienda una curva única que proporcione un alto soporte

2

SELECCIÓN DE GUÍA

- La mayoría de los procedimientos pueden realizarse con la guía **ROTAWIRE Floppy**
- Es importante moldear la punta de la **ROTAWIRE** suavemente, para evitar la formación de bucles o el posicionamiento profundo en pequeñas ramas distales laterales que podrían aumentar el riesgo de fractura de la guía o perforación del vaso

3

SELECCIÓN DE OLIVA

- Una única y pequeña oliva (de 1,25 o 1,50 mm) funciona para la mayoría de las lesiones
- Suponer una relación oliva/arteria de 0,6
- El uso de una oliva sencilla es suficiente para:
 - crear un canal para facilitar la liberación del dispositivo
 - que la AR facilite la expansión del stent
- Reducir el tamaño de la oliva si no se consigue cruzar la lesión

4

CONSIDERACIONES SOBRE LA ESTIMULACIÓN

- Se ha de considerar la colocación de un marcapasos temporal al tratar la arteria coronaria derecha o arteria circunfleja dominante



RECOMENDACIONES PARA EL PROCEDIMIENTO

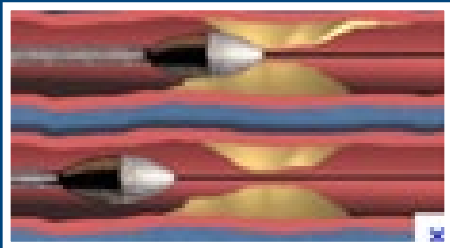


VELOCIDAD DE ABLACIÓN

Entre **135 000 y 180 000 RPM** para reducir el riesgo de complicaciones

TÉCNICA PARA LA OLIVA

Para minimizar la desaceleración, se debe utilizar un movimiento en varias secuencias, rápido y suave, de avance y retroceso de la oliva



IRRIGACIÓN DE LA ROTABLACIÓN

La irrigación es importante para enfriar el Rotablator y eliminar los residuos de la circulación

Cocktail de irrigación con verapamilo, nitratos y heparina en una solución salina (5 mg/5 mg/5000 U en 500 ml de solución salina)



TIEMPO DE LAS PARADAS

Duración corta: las pasadas individuales no deben superar los **30 segundos**



DESACELERACIÓN

debe ser **< 5000 RPMc**



REDUCCIÓN DE LA OLIVA

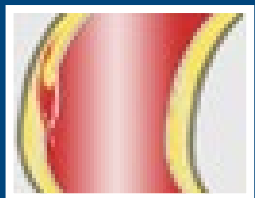
Si la lesión no se puede cruzar después de varias pasadas, se recomienda la reducción del tamaño de la oliva



¿CUÁNDO PARAR?

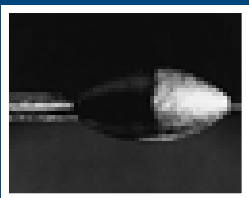
La **aterectomía rotacional debe detenerse cuando** la modificación de la placa sea suficiente para **permitir** una dilatación óptima con balón y la implantación de stent

TÉCNICAS PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES



DISECCIONES

Detener la AR si se identifica una disección grave



ATRAPAMIENTO DE LA OLIVA

- Empuje y tire de forma controlada en el eje de rotación
- Colocar una 2a guía para permitir la colocación del balón
- Valorar el uso de un GuíaZilla para liberar la oliva



PERFORACIÓN

La punta distal de la RotaWire debe estar en la parte distal del vaso principal, evitando las pequeñas ramas laterales



FLUJO LENTO

- Optimizar la presión arterial si está baja y utilizar un cocktail de irrigación
- Tener paciencia entre las pasadas de una ablación
- Usar olivas pequeñas y velocidades más bajas

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
PARA LA ATEROCTOMÍA ROTACIONAL

LESIONES OSTIALES

- Realizar una modificación más extensa de la placa y mantener la coaxialidad y un catéter guía más grande

ESTENOSIS DEL TRONCO CORONARIO
IZQUIERDO SIN PROTECCIÓN

- Comenzar con una oliva de 1,25 mm y valorar soporte hemodinámico

STENTS POCO EXPANDIDOS

- La rotablación es un procedimiento de alto riesgo para los stents poco expandidos
- Se debe valorar la disponibilidad de respaldo quirúrgico durante el aprendizaje

CONCLUSIONES:
ATEROCTOMÍA ROTACIONAL ACTUAL

El objetivo contemporáneo de la aterectomía rotacional es la modificación de la placa.

Tradicionalmente, era una herramienta de debulking de vasos, ahora modifica la placa y una simple pasada de una única oliva: es suficiente para suavizar el lumen del vaso y permitir la dilatación del balón y la implantación del stent.

La técnica de un ratio oliva/arteria menor y una velocidad entre 135 000 y 180 000 rpm ha mejorado los resultados