



SERVICIO DE CARDIOLOGÍA-CHDr.A.A.M
Protocolo- Estratificación de riesgo y manejo de
pacientes con cardiopatía isquémica estable

Dr. José M. Aguirre – Jefe de Docencia C.H.Dr.A.A.M.
 Residentes Cardiología
 Dra. Gloria O'Neill - Dr. José Concepción - Dr. Ernesto Allen - Dr. Miguel Valdés
 Dr. José Rafael Solís T. - Dr. Robbin Urieta

Nombre:	Cédula:	Edad:	Sexo:
Servicio:	Cama:	Fecha:	

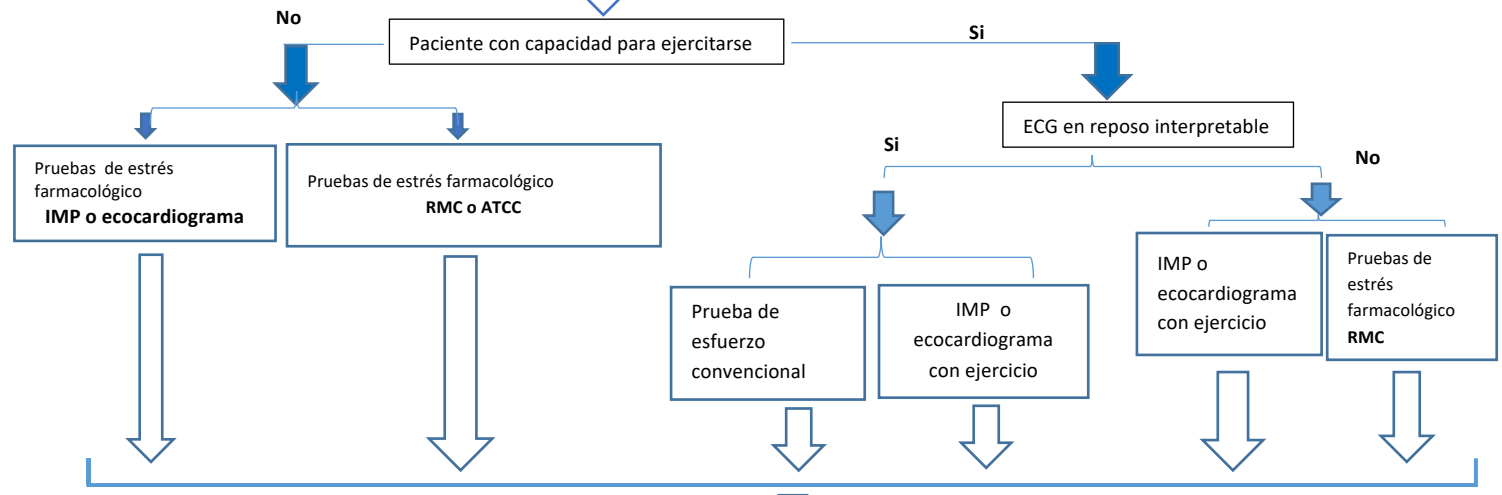
Estratificación de riesgo y manejo de pacientes con cardiopatía isquémica estable

Las comorbilidades y la calidad de vida hacen la revascularización poco probable

Tratamiento médico
 Ver recomendaciones para tratamiento médico óptimo

Evaluación del riesgo de eventos cardiovasculares
 (Muerte Cardiovascular e Infarto al Miocardio)

La elección del estudio diagnóstico va a depender de las limitaciones, costos, experiencia local, disponibilidad de cada centro



-Puntuación de bajo riesgo en la cinta sin fin (puntuación ≥ 5) o ausencia de cambios nuevos en el segmento ST o de dolor torácico inducido por el esfuerzo. Ver: (<http://www.cardiology.org/tools/medcalc/> Duke/).
 -Ecografía en reposo: FEVI $\geq 50\%$
 - Perfusión miocárdica normal o con pequeño defecto en reposo o durante el esfuerzo.
 - Respuesta normal al esfuerzo o ausencia de cambios en las alteraciones limitadas de la pared en reposo mediante ecocardiograma con estrés
 - ausencia de estenosis $> 50\%$ mediante ATCC

-Puntuación de riesgo intermedio (-11 a 4 en protocolo de Duke) en prueba de esfuerzo inducido por ejercicio
 -Disfunción ventricular izquierda leve a moderada (FEVI 45-50%)
 - Alteraciones de la perfusión inducidas por el esfuerzo que afectan 5-9,9 % del miocardio o puntuaciones segmentarias de esfuerzo que indican que existe un territorio vascular alterado, sin dilatación del VI.
 - anomalías de la pared a altas dosis de dobutamina que involucra menos de 2 segmentos en ecocardiografía de esfuerzo

-Hallazgos de alto riesgo en el ECG de esfuerzo, que incluyen:
 Depresión del ST ≥ 2 mm con poca carga de trabajo, o que persiste después de la recuperación
 Elevación del ST inducido por el esfuerzo
 TV/FV inducidas por el esfuerzo
 Riesgo alto en el protocolo de Duke (≤ 11)
 -Disfunción severa del ventrículo izquierdo en reposo (FEVI $\leq 35\%$)
 -Disfunción VI severa inducida por ejercicio (FEVI $\leq 35\%$)
 - Alteraciones de la perfusión inducida por el esfuerzo que comprometen más del 10% del miocardio
 -Múltiples defectos de perfusión inducidos por estrés (particularmente pared anterior)
 - Anormalidades en la movilidad de la pared en más de dos segmentos a dosis bajas de dobutamina o a Fc bajas (< 120 lpm)
 Evidencia de isquemia extensa.
 -EAC de múltiples vasos (estenosis $\geq 70\%$) o estenosis TCI $\geq 50\%$ en ATCC

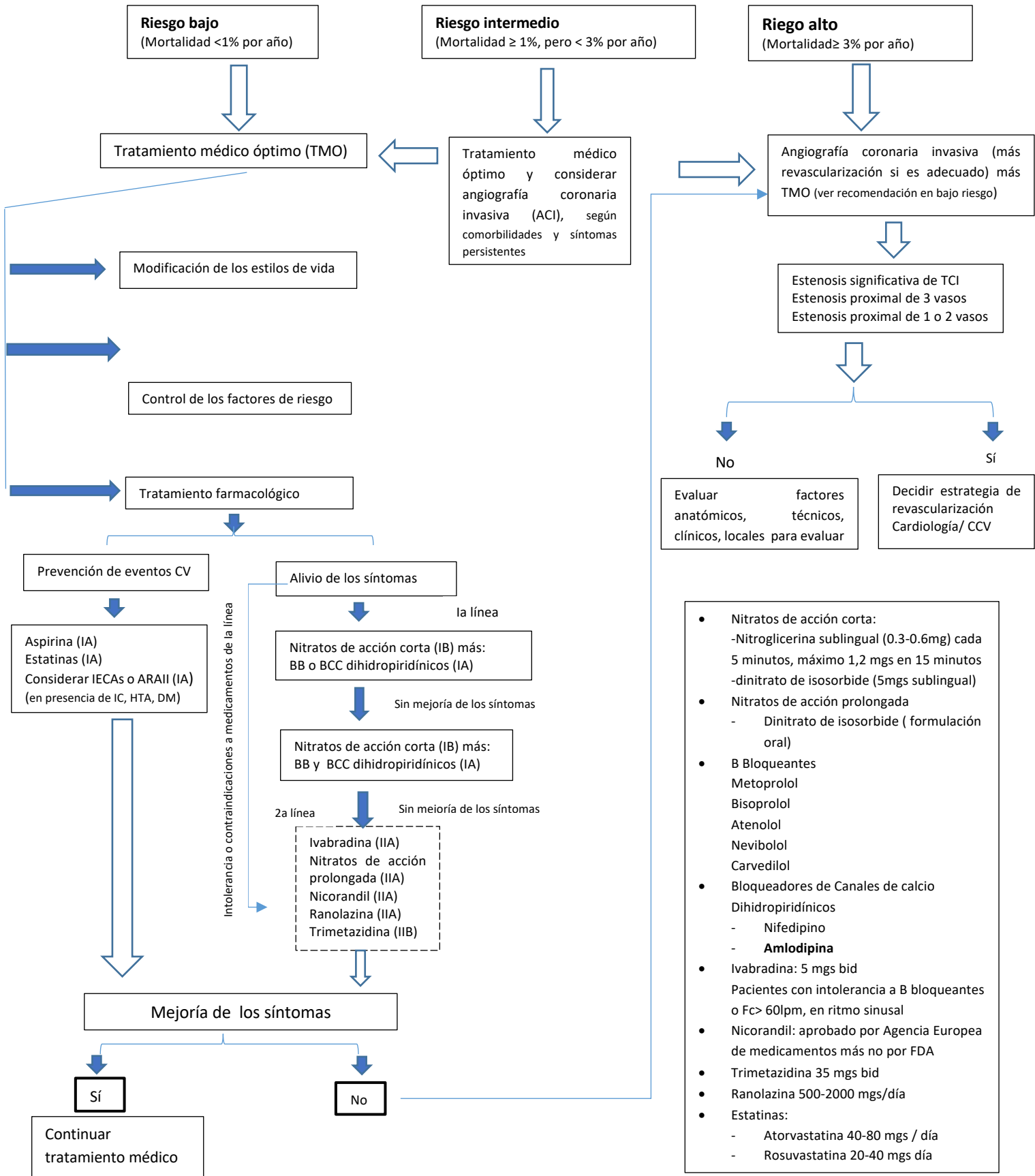
Riesgo bajo
 (Mortalidad $< 1\%$ por año)

Riesgo intermedio
 (Mortalidad $\geq 1\%$, pero $< 3\%$ por año)

Riesgo alto
 (Mortalidad $\geq 3\%$ por año)

IPM: imágenes de perfusión miocárdica, RMC: resonancia magnética cardíaca, ATCC: angiografía por tomografía computarizada coronaria

Continuación del protocolo estratificación de riesgo y manejo de pacientes con cardiopatía isquémica estable



Bibliografía:

2013. European Society of cardiology. Guidelines on the management of the stable coronary artery disease.

2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease

