



Revista Argentina de Cardiología Argentine Journal of Cardiology

JULIO 2020 | Vol. 88 SUPL. 5

ISSN 0034-7000

www.sac.org.ar

Consenso de Síndromes Coronarios Crónicos Resumen de las Recomendaciones 2020

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA



REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

ORGANO CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

COMITÉ EDITOR

Director

RAÚL A. BORRACCI
Universidad Austral, Buenos Aires

Director Adjunto

JORGE THIERER
Instituto Universitario CEMIC, CABA

Directores Asociados

JOSÉ LUIS BARISANI
Hospital Presidente Perón, Buenos Aires
DARÍO C. DI TORO
Hospital Argerich, CABA
MARÍA AMALIA ELIZARI
Instituto Cardiovascular Buenos Aires,
CABA
CLAUDIO C. HIGA
Hospital Alemán, CABA
LUCIANO LUCAS
Instituto Universitario Hospital Italiano
de Buenos Aires, CABA
WALTER M. MASSON
Instituto Universitario Hospital Italiano
de Buenos Aires, CABA

Editor Consultor

HERNÁN C. DOVAL
Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA

Delegado por la SAC

SUSANA LAPRESA
Hospital Marie Curie, CABA

Editor de Ciencias básicas

BRUNO BUCHHOLZ
Universidad de Buenos Aires

Vocales

BIBIANA DE LA VEGA
Hospital Zenón Santillán, Tucumán
JAVIER GUETTA
Instituto Universitario CEMIC, CABA
GUILLERMO E. LINIADO
Hospital Argerich, CABA
JORGE LOWENSTEIN
Cardiodiagnóstico Investigaciones Médicas
de Buenos Aires, CABA
GASTÓN RODRÍGUEZ GRANILLO
Diagnóstico Maipú, Buenos Aires
PABLO ROURA
Instituto Argentino de Diagnóstico y
Tratamiento, CABA
JORGE C. TRAININI
Universidad de Avellaneda, Buenos Aires
MARIANO TREVISÁN
Sanatorio San Carlos, Bariloche

Consultor en Estadística, Buenos Aires

JAVIER MARIANI
Hospital El Cruce, Buenos Aires

Coordinación Editorial

PATRICIA LÓPEZ DOWLING
MARIELA ROMANO

COMITÉ HONORARIO

MARCELO V. ELIZARI (ARGENTINA)
GUILLERMO KREUTZER (ARGENTINA)
JOSÉ NAVIA (ARGENTINA)

COMITÉ EDITOR INTERNACIONAL

AMBROSIO, GIUSEPPE (ITALIA)
University of Perugia School of Medicine, Perugia
ANTZELEVITCH, CHARLES (EE.UU.)
Masonic Medical Research Laboratory
BADIMON, JUAN JOSÉ (EE.UU.)
Cardiovascular Institute, The Mount Sinai School of
Medicine
BARANCHUK, ADRIÁN (CANADÁ)
Queen's University, Kingston
BAZÁN, MANUEL (CUBA)
INCOR, La Habana
BLANKSTEIN, RON
Harvard Medical School (EEUU)
BRUGADA, RAMÓN (ESPAÑA)
Cardiology Department, The Thorax Institute, Hospital
Clinic, University of Barcelona, Barcelona
CABO SALVADOR, JAVIER
Departamento de Ciencias de la Salud de la
Universidad de Madrid UDIMA (ESPAÑA)
CAMM, JOHN (GRAN BRETAÑA)
British Heart Foundation, St. George's University of
London
CARRERAS COSTA, FRANCESC (ESPAÑA)
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat
Autònoma de Barcelona
CHACHQUES, JUAN CARLOS (FRANCIA)
Pompidou Hospital, University of Paris Descartes,
Paris
DEMARIA, ANTHONY N. (EE.UU.)
UCSD Medical Center, San Diego, California
DI CARLI, MARCELO (EE.UU.)
Harvard Medical School, Boston, MA
EVANGELISTA MASIP, ARTURO (ESPAÑA)
Instituto Cardiológico. Quirónsalud-Teknon, Barcelona
EZEKOWITZ, MICHAEL (EE.UU.)
Lankenau Medical Center, Medical Science Building,
Wynnewood, PA
FEIGENBAUM, HARVEY (EE.UU.)
Indiana University School of Medicine, Indianapolis
FERRARI, ROBERTO (CANADÁ)
University of Alberta, Edmonton, Alberta
FERRARIO, CARLOS (EE.UU.)
Wake Forest University School of Medicine, Winston-
Salem
FLATHER, MARCUS (GRAN BRETAÑA)
Royal Brompton and Harefield NHS Foundation Trust
and Imperial College London
FUSTER, VALENTIN (EE.UU.)
The Mount Sinai Medical Center, New York
GARCÍA FERNÁNDEZ, MIGUEL ÁNGEL (ESPAÑA)
Universidad Complutense de Madrid. Facultad de
Medicina
JUFFÉ STEIN, ALBERTO (ESPAÑA)
Department of Cardiology, A Coruña University
Hospital, La Coruña

KASKI, JUAN CARLOS (GRAN BRETAÑA)
St. George's University of London, Cardiovascular
Sciences Research Centre, Cranmer Terrace, London
KHANDERIA, BIJOY (EE.UU.)
Aurora Cardiovascular Services
KRUCOFF, MITCHELL W. (EE.UU.)
Duke University Medical Center, Durham
LÓPEZ SENDÓN, JOSÉ LUIS (ESPAÑA)
Hospital Universitario La Paz, Instituto de
Investigación La Paz, Madrid
LUSCHER, THOMAS (SUIZA)
European Heart Journal, Zürich Heart House, Zürich,
Switzerland
MARZILLI, MARIO (ITALIA)
Cardiothoracic Department, Division of Cardiology,
University Hospital of Pisa
MAURER, GERALD (AUSTRIA)
Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I,
Christian-Doppler-Klinik, Salzburg
MOHR, FRIEDRICH (ALEMANIA)
Herzzentrum Universität Leipzig, Leipzig
NANDA, NAVIN (EE.UU.)
University of Alabama at Birmingham, Birmingham
NEUBAUER, STEFAN
University of Oxford and John Radcliffe Hospital
(GRAN BRETAÑA)
NILSEN, DENNIS (NORUEGA)
Department of Cardiology, Stavanger University
Hospital, Stavanger
PALACIOS, IGOR (EE.UU.)
Massachusetts General Hospital
PANZA, JULIO (EE.UU.)
MedStar Washington Hospital Center, Washington, DC
PICANO, EUGENIO (ITALIA)
Institute of Clinical Physiology, CNR, Pisa
PINSKI, SERGIO (EE.UU.)
Cleveland Clinic Florida
RASTAN, ARDAWAN (ALEMANIA)
Universitäts-Herzzentrum Freiburg-Bad Krozingen
SERRUYS, PATRICK W.
Imperial College (GRAN BRETAÑA)
SICOURI, SERGE (EE.UU.)
Masonic Medical Research Laboratory, Utica
THEROUX, PIERRE (CANADÁ)
University of Toronto, Ontario
TOGNONI, GIANNI (ITALIA)
Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Chieti
VENTURA, HÉCTOR (EE.UU.)
Ochsner Clinical School-The University of
Queensland School of Medicine, New Orleans
WIELGOSZ, ANDREAS (CANADÁ)
University of Calgary, Calgary, Alberta
ZIPES, DOUGLAS (EE.UU.)
Indiana University School of Medicine, Indianapolis

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente

JOSÉ L. NAVARRO ESTRADA

Presidente Electo

ALEJANDRO R. HERSHSON

Vicepresidente 1°

HÉCTOR R. DESCHLE

Vicepresidente 2°

ALEJANDRO R. PEIRONO

Secretario

MIRTA DIEZ

Tesorero

JUAN J. FUSELLI

Prosecretario

RICARDO A. VILLARREAL

Protesorero

ENRIQUE FAIRMAN

Vocales Titulares

SILVIA S. MAKHOUL

JORGE L. BOCIÁN

JULIO O. IBAÑEZ

CLAUDIA M. CORTÉS

Vocal Suplentes

CRISTIAN C. CANIGGIA

SUSANA B. LAPRESA

MARIO O. CORTE

RODRIGO A. DE LA FABA

Presidente Anterior

ANA M. SALVATI

Revista Argentina de Cardiología

La Revista Argentina de Cardiología es propiedad de la Sociedad Argentina de Cardiología.

ISSN 0034-7000 ISSN 1850-3748 versión electrónica - Registro de la Propiedad Intelectual en trámite

Full English text available. Indexada en SciELO, Scopus, Embase, LILACS, Latindex, Redalyc, Dialnet y DOAJ. Incluida en el Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas del CONICET.

VOL 88 SUPLEMENTO 5 JULIO 2020

Dirección Científica y Administración

Azcuénaga 980 - (1115) Buenos Aires / Tel.: 4961-6027/89 / Fax: 4961-6020 / e-mail: revista@sac.org.ar / web site: www.sac.org.ar

Atención al público de lunes a viernes de 13 a 20 horas

Consenso de Síndromes Coronarios Crónicos Resumen de las Recomendaciones 2020

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

ÁREA DE CONSENSOS Y NORMAS 2020

Director: Dr. Maximiliano De Abreu^{MTSAC}

Sub-Director: Dr. Sebastián Peralta^{MTSAC}

Secretario: Dr. Mario Cesar Spennato^{MTSAC}

Vocales

Dra. Laura Antonietti^{MTSAC}

Dr. Fernando Garagoli

Dr. Ariel Kraselnik

Dr. Santiago Lynch

Dra. Paola Rojas

Dra. Milagros Seijo

Comité Asesor

Dr. Gustavo Giunta^{MTSAC}

Dr. Ignacio Bluro^{MTSAC}

Dr. Mariano Falconi^{MTSAC}

Las opiniones, pautas o lineamientos contenidos en los Consensos o Recomendaciones han sido diseñados y planteados en términos genéricos, a partir de la consideración de situaciones concebidas como un modelo teórico. Allí se describen distintas hipótesis alternativas para arribar a un diagnóstico, a la definición de un tratamiento y/o prevención de una determinada patología. De ningún modo puede interpretarse como un instructivo concreto ni como una indicación absoluta. La aplicación específica en el paciente individual de cualquiera de las descripciones generales obrantes en los Consensos o Recomendaciones dependerá del juicio médico del profesional interviniente y de las características y circunstancias que se presenten en torno al caso en cuestión, considerando los antecedentes personales del paciente y las condiciones específicas de la patología por tratar, los medios y recursos disponibles, la necesidad de adoptar medidas adicionales y/o complementarias, etc. La evaluación de estos antecedentes y factores quedará a criterio y responsabilidad del médico interviniente en la decisión clínica final que se adoptará.

Este consenso fue desarrollado durante el año 2019, y su contenido fue actualizado y revisado en el año 2020

Consenso de Síndromes Coronarios Crónicos Resumen de las Recomendaciones 2020

Sociedad Argentina de Cardiología

Comité Redactor

Director

Dr. Juan Gagliardi

Secretarios

Dr. Agustín Indavere Dra. Carolina Pappalettere

Coordinación ACN

Dr. Sebastián Peralta

Miembros

| | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| Dr. Andrés Ahuad Guerrero | Dr. Fabián Ferroni |
| Dr. Gustavo Allende | Dr. Francisco Leonardo Gadaleta |
| Dr. Miguel Amor | Dr. Ricardo Geronazzo |
| Dr. Arnaldo Angelino | Dr. Jorge Giordano |
| Dra. Natalia Aramayo Gerónimo | Dra. María de los Ángeles González |
| Dra. Rosina Arbucci | Dr. Fernando Guardiani |
| Dr. Gustavo Bastianelli | Dr. Agustín Indavere |
| Dr. Marcelo Bettinotti | Dra. Susana Llois |
| Dr. José Bonorino | Dr. Víctor Martire |
| Dr. Mario Boskis | Dra. Cecilia Masiello |
| Dra. Roxana Campisi | Dr. Eduardo Mele |
| Dra. Patricia Carrascosa | Dr. Alejandro Meretta |
| Dr. Germán Cestari | Dra. Micaela Mirada |
| Dr. Federico Cintora | Dra. Roxana Palacios |
| Dr. Hernán Cohen Arazi | Dra. Carolina Pappalettere |
| Dr. Ricardo Costantini | Dr. Gabriel Perea |
| Dra. Mariana Corneli | Dr. Gustavo Pedernera |
| Dr. Alberto Cozzarin | Dr. Sebastián Peralta |
| Dr. Gustavo Daquarti | Dr. Aníbal Picarel |
| Dr. Luciano Destefano | Dra. Analía Robilotte |
| Dr. Alejandro Deviggiano | Dr. Pablo Schigyel |
| | Dr. Fernando José Sogn |

Comité Revisor

Dr. Hernán C. Doval Dr. Jorge Lerman
Dr. Jorge Trongé Dr. Domingo Turri



Índice

Contenido

| | |
|---|----|
| Interrogatorio | 1 |
| Exámenes complementarios | 1 |
| Electrocardiograma en reposo | 1 |
| Laboratorio | 1 |
| Radiografía de tórax | 2 |
| Holter electrocardiográfico 24 horas | 2 |
| Ecocardiograma en reposo | 2 |
| Pruebas funcionales con imágenes | 2 |
| Pacientes asintomáticos | 2 |
| Pacientes sintomáticos | 3 |
| Pacientes con enfermedad coronaria establecida | 3 |
| Valoración del mecanismo fisiopatológico | 4 |
| Tipo de estrés | 4 |
| Prueba ergométrica graduada | 4 |
| Angiografía coronaria por tomografía computarizada multidetector | 5 |
| Cinecoronariografía y técnicas relacionadas | 5 |
| Cinecoronariografía | 5 |
| Dispositivos para la detección de isquemia en forma invasiva | 6 |
| Estratificación de riesgo | 6 |
| Tratamiento médico | 7 |
| Tratamiento médico no farmacológico | 7 |
| Rehabilitación cardiovascular | 7 |
| Tratamiento farmacológico para prevención de eventos | 7 |
| Antiagregantes plaquetarios | 7 |
| Doble antiagregación | 7 |
| Puntajes de riesgo | 7 |
| Doble antiagregación posangioplastia coronaria | 8 |
| Hipolipemiantes. Estatinas | 8 |
| Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina | 8 |
| Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona | 8 |
| Tratamiento farmacológico para el alivio sintomático | 9 |
| Recomendaciones para la indicación de revascularización | 9 |
| Recomendación sobre el tipo de revascularización | 10 |
| Seguimiento | 10 |
| Reestratificación pronóstica y diagnóstica complementaria | 11 |
| Eco Doppler cardíaco para valoración de función ventricular y función valvular | 11 |
| Pacientes con condición física para realizar ejercicio | 11 |
| Prueba ergométrica graduada (ergometría) | 11 |
| Pruebas funcionales con imágenes | 12 |
| Pacientes con incapacidad física para realizar una prueba de ejercicio adecuado | 12 |
| Angiografía coronaria por tomografía computarizada multidetector | 13 |
| Resonancia nuclear magnética cardíaca | 13 |
| Cinecoronariografía invasiva | 13 |
| Cesación tabáquica | 14 |

CONSENSO DE SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

2020

Interrogatorio

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|-------|--------------------|
| – Interrogatorio para el diagnóstico y detección de la presencia de enfermedad coronaria crónica estable, así como también evaluar el perfil clínico de riesgo mediante la identificación de factores de riesgo cardiovascular. | I | C |
| – Los pacientes con dolor torácico deben ser evaluados a través de la historia clínica y el examen físico para establecer el diagnóstico probable de angina crónica estable. | I | C |
| – Los pacientes que presenten episodio agudo de angina deben ser categorizados en angina estable o angina inestable; aquellos que presenten angina inestable deben ser evaluados según el riesgo. | I | C |

Exámenes complementarios

Electrocardiograma en reposo

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|-------|--------------------|
| – Se recomienda realizar un ECG de 12 derivaciones en reposo en el momento de la presentación inicial. | I | C |
| – Se recomienda realizar a todos los pacientes un ECG de 12 derivaciones durante o inmediatamente después de un episodio de dolor torácico que indique inestabilidad clínica de la cardiopatía isquémica. | I | C |
| – Se recomienda realizar un ECG de 12 derivaciones en reposo en aquellos pacientes que no tengan una causa obvia de dolor torácico no cardíaco. | I | B |

Laboratorio

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|-------|--------------------|
| – Se recomienda la realización de hemograma, perfil lipídico, glucemia y creatininemia en pacientes con enfermedad coronaria crónica estable. | I | B |
| – Se recomienda dosaje de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en pacientes diabéticos. | I | B |
| – Evaluar el perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y TAG) para determinar el perfil de riesgo y adecuar el tratamiento. | I | C |
| – No hay evidencia sobre la frecuencia de realización del perfil lipídico y el estado de glucemia; este Consenso propone realizarla anualmente. | I | C |
| – Se debe evaluar la función renal, pues puede estar asociada a hipertensión arterial, diabetes o enfermedad renovascular y tener impacto negativo en el pronóstico. | I | B |
| – Se deben realizar marcadores de daño miocárdico en pacientes con sospecha de inestabilidad; si en este caso se obtienen resultados elevados se debe continuar según las guías de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST). | I | A |
| – No se recomienda la evaluación sistemática de los niveles de troponina en pacientes con angina crónica estable. | III | |
| – No hay suficiente evidencia para recomendar la determinación sistemática de BNP, marcadores de hemostasia o pruebas genéticas. | III | |

Radiografía de tórax

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|-------|--------------------|
| – Se recomienda realizar radiografía de tórax en pacientes con angina atípica o sospecha de enfermedad pulmonar. | I | C |
| – Se recomienda realizar radiografía de tórax en pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca. | I | B |

Holter electrocardiográfico 24 horas

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|-------|--------------------|
| – Debe realizarse un Holter de 24 horas en pacientes con enfermedad coronaria estable y sospecha de arritmia. | I | C |
| – Se recomienda realizar un Holter de 24 horas en pacientes con sospecha de angina por vasoespasmio coronario. | I | C |
| – Este estudio puede ser útil en pacientes en los que se sospecha arritmia o angina vasoespástica (se requiere un equipo con monitorización del segmento ST). | IIb | C |
| – No hay evidencia suficiente para su utilización sistemática para evaluar el pronóstico. | III | |

Ecocardiograma en reposo

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|-------|--------------------|
| – Se recomienda realizar un ecocardiograma en reposo para: <ol style="list-style-type: none"> 1) Excluir otras causas de dolor torácico. 2) Identificar trastornos de la motilidad parietal regional que sugieren compromiso isquémico. 3) Determinar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo para estratificación de riesgo. 4) Evaluar la función diastólica. | I | B |
| – Se puede considerar realizar una resonancia cardíaca en aquellos pacientes que presenten un ecocardiograma inconcluso. | IIb | C |

Pruebas funcionales con imágenes

Pacientes asintomáticos

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|-------|--------------------|
| – Se recomienda realizar una prueba funcional con imágenes para identificar la presencia de isquemia miocárdica en pacientes asintomáticos ante la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> – Alto riesgo cardiovascular determinado por los puntajes (scores) de riesgo tradicional. – Disfunción sistólica del ventrículo izquierdo sin etiología aclarada (FEVI < 50%). – Paciente con score de calcio coronario > 400 Unidades Agatston. – Paciente con nuevo BCRI. – Prueba ergométrica anormal o inconclusa. | IIa | B |

Pacientes sintomáticos

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|------------|--------------------|
| – Se recomienda realizar una prueba funcional con imágenes para identificar el desarrollo de isquemia en pacientes que presentan ángor, dolor torácico atípico o disnea con probabilidad intermedia-alta de EC que no hayan presentado síntomas en las últimas 48 horas previas al examen. | I | B |
| – Pacientes con angina crónica estable que refieran progresión de sus síntomas y en quienes la localización y extensión de la isquemia miocárdica pueda modificar el tratamiento. | I | B |
| – En pacientes con baja probabilidad clínica pre-test de EC por su alto valor predictivo negativo se recomienda realizar una angiotomografía coronaria invasiva. | IIa | B |
| – En caso de que existan factores que determinen la presencia de artefactos en la angiotomografía coronaria (p. ej., arritmias, alergia al yodo) es recomendable llevar a cabo una prueba funcional para confirmar o descartar la EC. | IIa | B |

Pacientes con enfermedad coronaria establecida

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|------------|--------------------|
| – La PEG será de utilidad para la evaluación de la tolerancia al ejercicio, desarrollo de síntomas y arritmias, respuesta de la presión arterial (PA) y riesgo de un evento en pacientes seleccionados. | I | C |
| – Se recomienda realizar una prueba evocadora de isquemia asociada con imágenes en pacientes con EC establecida en las siguientes situaciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. EC establecida por angiografía no invasiva (angiografía coronaria por tomografía computarizada multidetector) o angiografía invasiva para determinar su repercusión hemodinámica/funcional, fundamentalmente en presencia de lesiones intermedias. 2. Pacientes que recibieron tratamiento trombolítico sin CCG previo al alta o infarto sin tratamiento de reperfusión, para la determinar el tamaño del infarto y miocardio en riesgo de isquemia residual. 3. Pacientes con IAM sin elevación del segmento ST, sin CCG, para identificar isquemia inducible y localización de la lesión culpable o en áreas remotas. 4. Pacientes con revascularización completa por angioplastia luego de 2 años posintervención. 5. Pacientes con revascularización completa por cirugía de revascularización miocárdica luego de 3 años posterior al procedimiento. | IIa | B |
| – Se recomienda la reevaluación para determinar el pronóstico de la EC mediante pruebas funcionales en pacientes asintomáticos luego de que haya expirado el período de garantía de las pruebas anteriores. | IIb | C |
| – Se puede considerar realizar una prueba funcional luego de los 6 meses de la revascularización para detectar reestenosis poscolocación de stent u oclusión de un by-pass coronario independientemente de los síntomas. | IIb | C |
| – Eventualmente se podría considerar realizar una PEG para confirmar o descartar EC cuando no se encuentre disponible ninguna prueba funcional asociada a imagen cardíaca. | IIb | B |

Valoración del mecanismo fisiopatológico

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|------------|--------------------|
| – Se recomienda realizar una prueba que valúe la enfermedad microvascular en pacientes con angina donde se sospecha compromiso microvascular. | Ila | C |
| – Se recomienda evaluar vasoespasmos y enfermedad microvascular en pacientes con angina sin obstrucciones coronarias significativas en la CCG. | Ila | C |

Tipo de estrés

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|------------|--------------------|
| – Se recomienda realizar ejercicio en primer lugar, ya que este proveerá un estrés más fisiológico y tendrá una mejor correlación con los síntomas y capacidad funcional del paciente. | I | C |
| – En caso de pacientes que presenten bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) o ritmo de marcapasos a quienes se les realice un EPMN*, se recomienda que el estrés sea farmacológico con un vasodilatador para disminuir la chance de un resultado falso positivo, dada la presencia de defectos de perfusión a nivel septal asociados. | Ila | B |

* Estudio de perfusión miocárdica de medicina nuclear

Prueba ergométrica graduada

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|------------|--------------------|
| – Puede considerarse su indicación en un grupo seleccionado de pacientes con el objetivo de evaluar el desarrollo de síntomas, cambios en el segmento ST, tolerancia al ejercicio, arritmias, respuesta de la PA y riesgo de eventos. | I | C |
| – Se puede considerar realizar una PEG en pacientes bajo tratamiento antiisquémico para evaluar el control de síntomas y desarrollo de cambios ECG sugestivos de isquemia miocárdica. | Ilb | C |
| – Ante paciente con enfermedad coronaria crónica estable, con o sin dolor anginoso crónico sin nuevos episodios, control con PEG anual. | Ilb | B |
| – Ante sospecha de dolor anginoso nuevo podría considerarse realizar una PEG. | Ilb | C |
| – Ante sospecha de dolor anginoso nuevo con evento inestable reciente suele recomendarse el agregado de imagen. | I | A |

Angiografía coronaria por tomografía computarizada multidetector

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|------------|--------------------|
| Diagnóstico inicial de la enfermedad coronaria. | | |
| Sin estudios funcionales previos | | |
| – Pacientes con probabilidad pre-test de enfermedad coronaria baja o intermedia, que no puedan realizar pruebas de apremio. | Ila | B |
| – ECG interpretable y posibilidad de realizar ejercicio con probabilidad pre-test intermedia de enfermedad coronaria. | Ilb | B |
| Con estudios funcionales previos | | |
| – Estudios de imágenes de estrés miocárdico discordante. | I | B |
| – Prueba ergométrica previa normal con persistencia de los síntomas. | Ila | B |
| – Estudios de imágenes de estrés miocárdico previo normal con nuevos síntomas o persistencia de los síntomas. | Ila | B |
| – Isquemia leve en estudio de imágenes de estrés miocárdico. | Ilb | B |
| – Isquemia moderada a severa en estudio de imágenes de estrés miocárdico. | III | B |
| Pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria crónica estable. | | |
| – Pacientes con enfermedad coronaria crónica estable que no pueden ejercer una carga de trabajo adecuada independientemente de la interpretabilidad del ECG. | Ila | C |
| – Pacientes con enfermedad coronaria crónica estable con resultado indeterminado de pruebas funcionales. | Ila | C |
| – Pacientes con enfermedad coronaria crónica estable que pueden ejercer una carga de trabajo adecuada independientemente de la interpretabilidad del ECG. | Ilb | B |
| Evaluación de permeabilidad de stent y puente coronario. | | |
| – Paciente con antecedente de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) para evaluación de permeabilidad de puente. | Ila | B |
| – Paciente con antecedente de angioplastia (ATC) de tronco de coronaria izquierda asintomáticos, para evaluación de permeabilidad del stent. | Ila | B |
| – Paciente con antecedente de ATC con stent ≥ 3 mm, para evaluación de su permeabilidad. | Ilb | B |
| – Paciente con antecedente de ATC con stent < 3 mm o de calibre desconocido. | III | B |

Cinecoronariografía y técnicas relacionadas Cinecoronariografía

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|------------|--------------------|
| – Pacientes que permanecen sintomáticos o con hallazgos de alto riesgo en estudios complementarios pese a un tratamiento médico óptimo. | I | B |
| – Pacientes que, en su evaluación inicial no invasiva, presentan elementos de alto riesgo que hacen presumir la presencia de lesiones coronarias extensas y graves. | I | B |
| – Pacientes con enfermedad coronaria que se presentan con insuficiencia cardíaca. | I | C |
| – Pacientes que por tener ocupaciones de riesgo para sí o para terceros requieren una certeza diagnóstica. | I | C |
| – Paciente con enfermedad coronaria conocida con disfunción ventricular o con disfunción ventricular de etiología desconocida y factores de riesgo cardiovascular o alta probabilidad pre-test de poseer patología coronaria. | Ila | B |
| – Pacientes con angina o alta probabilidad pre-test de enfermedad coronaria y estudios no invasivos no concluyentes o con imposibilidad de efectuar pruebas provocadoras de isquemia. | Ila | C |
| – Pacientes asintomáticos con criterios de bajo riesgo. | III | B |
| – Pacientes que no serán candidatos a revascularización por comorbilidades, expectativa de vida limitada u otras razones. | III | C |

Dispositivos para la detección de isquemia en forma invasiva

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|-------|--------------------|
| – Pacientes que han llegado a la instancia de cinecoronariografía y la evidencia de isquemia no está disponible y presentan una estenosis de grado intermedio, el FFR o iFR permiten evaluar la relevancia hemodinámica, dando seguridad en la decisión de revascularizar o no, cuando el valor sea igual a 0,80 o menor. | I | A |
| – En paciente con enfermedad coronaria de múltiples vasos, el uso de FFR debería ser considerado como guía, si se decidiera el tratamiento percutáneo con angioplastia. | Ila | B |
| – El uso de IVUS (ultrasonido intravascular) debería ser considerado para evaluar la severidad de la enfermedad del tronco de coronaria izquierda, en casos de estenosis de grado intermedio durante la cinecoronariografía. | Ila | B |
| – Pacientes fuera de las indicaciones clase I y Ila | III | |

Estratificación de riesgo

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|-------|--------------------|
| – La búsqueda de factores de riesgo, la historia de eventos cardiovasculares y la sintomatología constituyen una herramienta fundamental de la estratificación de riesgo para la toma de decisiones. | I | A |
| – Dado que la función ventricular izquierda se asocia con el pronóstico en pacientes con lesiones coronarias significativas o sin ellas e independientemente de la detección de isquemia miocárdica, se sugiere la evaluación por un método sencillo y económico como el ecocardiograma. | I | C |
| – Estratificación de riesgo clínica y con prueba de isquemia en SCC. | I | B |
| – Prueba de isquemia con imágenes si PEG es no concluyente. | I | B |
| – Prueba farmacológica cuando no puede realizarse ejercicio físico. | I | B |
| – Pruebas funcionales con imágenes en pacientes con marcapasos y BCRI. | I | B |
| – TC multicorte para descartar enfermedad coronaria en bajo pre-test y síntomas típicos o isquemia demostrada. | Ila | C |
| – En pacientes con SCCE se recomienda realizar estratificación de riesgo basada en evaluación clínica y estudios evocadores de isquemia. | I | B |
| – El ecocardiograma es útil para evaluar la función sistólica como determinante de riesgo. | I | B |
| – La ergometría puede ser el primer método para estratificar riesgo en pacientes con ECG evaluable y capacidad de realizar esfuerzo físico (cuando no se encuentre disponible una prueba funcional con imágenes). | I | B |
| – En pacientes con incapacidad de realizar actividad física o alteraciones del ECG que dificultan la evaluación de cambios isquémicos se deben preferir estudios con imágenes con esfuerzo (si fuera posible) o fármacos como adenosina, dipiridamol o dobutamina. | I | A |
| – La TC multicorte puede ser el primer método para estratificar en pacientes que no pueden ser sometidos a estudios evocadores de isquemia o con resultados dudosos. | Ila | B |
| – La TC multicorte con FFR debe ser preferida a la evaluación anatómica aislada. | Ila | B |
| – La CCG con FFR debe utilizarse para estratificar riesgo solamente cuando existen dudas o resulta imposible realizar métodos evocadores de isquemia. | Ila | C |

Tratamiento médico
Tratamiento médico no farmacológico
Rehabilitación cardiovascular

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|------------|--------------------|
| – En los pacientes con enfermedad coronaria crónica estable ya diagnosticada e iniciado el tratamiento médico con revascularización o sin ella, siempre está indicado completarlo con una derivación a un Programa de Rehabilitación Cardiovascular (PRHCV). | I | A |
| – Se recomienda la RC con ejercicios de moderada a alta intensidad, como opción segura para pacientes con ACE para mejorar la capacidad funcional, el control de los factores de riesgos cardiovasculares (FRC) y la disminución de los episodios de ángor y su duración. | I | B |
| – La RC podría ser beneficiosa pos-ATC con enfermedad coronaria estable para reducir morbilidad. | Ila | B |
| – Se recomienda la implementación de programas de RC para pacientes pos-CRM, para mejorar el retorno laboral, la calidad de vida, la capacidad funcional y la tasa de eventos cardiovasculares. | I | A |
| – La implementación de programas de RHCV para pacientes pos-CRM podría ser beneficiosa para mejorar la mortalidad total y cardiovascular. | Ila | B |

Tratamiento farmacológico para prevención de eventos
Antiagregantes plaquetarios

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|------------|--------------------|
| – En pacientes portadores de ECCE se recomienda tratamiento con aspirina en dosis de 75 a 162 mg/día en forma crónica. | I | A |
| – En caso de contraindicación o intolerancia a la aspirina, se puede indicar clopidogrel 75 mg/día. | I | B |
| – En casos seleccionados de pacientes portadores de ECCE y alto riesgo isquémico se puede indicar doble antiagregación con aspirina y clopidogrel evaluando riesgo/beneficio dada la mayor probabilidad de sangrado. | Iib | B |

Doble antiagregación
Puntajes de riesgo

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|------------|--------------------|
| – Puede considerarse el uso de puntajes de riesgo hemorrágico (PRECISE-DAPT) o de riesgo isquémico/hemorrágico (DAPT) | Iib | A |

Doble antiagregación posangioplastia coronaria

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|------------|--------------------|
| – El uso de DAPT en pacientes con angioplastia y uso de <i>stents</i> metálicos o farmacológicos de nueva generación debe considerarse por 6 meses. | Ila | B |
| – El uso de DAPT en pacientes con angioplastia y riesgo hemorrágico elevado (PRECISE-DAPT > 25) debe considerarse por 3 meses. | Ila | B |
| – El uso de DAPT en pacientes con angioplastia y uso de <i>stents</i> metálicos o farmacológicos de nueva generación y anatomía compleja puede considerarse hasta el año. | Ilb | B |
| – El uso de DAPT (clopidogrel o ticagrelor) no se recomienda en los pacientes tratados en forma conservadora. | III | B |

Hipolipemiantes. Estatinas

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|---|----------|--------------------|
| – Hipolipemiantes en pacientes con enfermedad coronaria (objetivo: colesterol LDL < 100 mg/dL). | I | A |
| – Objetivo LDL < 70 o altas dosis de estatinas. | I | A |

**Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina
Antagonistas de los receptores AT-II**

| Situación clínica | Clase de recomendación | Nivel de evidencia |
|---|------------------------|--------------------|
| – Pacientes con enfermedad coronaria, más diabetes, hipertensión, disfunción ventricular o renal. | I | A |
| – Es razonable usar antagonistas de los receptores AT-II si estos pacientes tienen intolerancia a IECA. | I | A |
| – Pacientes con enfermedad coronaria y otra enfermedad vascular. | Ila | B |
| – Es razonable usar antagonistas de los receptores AT-II si estos pacientes tienen intolerancia a IECA. | Ila | C |

Tratamiento farmacológico para el alivio sintomático

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|-------|--------------------|
| – En pacientes sintomáticos, el tratamiento médico requiere uno o más fármacos antianginosos/antisquémicos asociados con fármacos para prevención de eventos. | I | C |
| – Se recomienda que los pacientes sean instruidos o educados con respecto a su enfermedad, los factores de riesgo y la estrategia terapéutica. | I | C |
| – Se recomienda control de la respuesta terapéutica a 2-4 semanas del inicio del tratamiento. | I | C |
| – Nitratos de acción corta para el alivio sintomático inmediato. | I | B |
| – β-bloqueantes en pacientes con infarto previo, Fey baja y/o IC (carvedilol, metoprolol, bisoprolol). | I | A |
| – β-bloqueantes o antagonistas cálcicos en pacientes sin infarto previo, ni baja Fey y/o IC. | I | A |
| – β-bloqueantes con antagonistas cálcicos dihidropiridínicos en pacientes que continúan sintomáticos con monodroga. | Ila | B |
| – β-bloqueantes + antagonistas cálcicos dihidropiridínicos como tratamiento inicial de 1.a línea. | Ila | B |
| – Nitratos de acción prolongada como fármacos de segunda línea, cuando los β-bloqueantes o los antagonistas cálcicos no dihidropiridínicos estén contraindicados, no sean tolerados o haya un inadecuado control de los síntomas. | Ila | B |
| – Cuando se indiquen nitratos, debe dejarse intervalo libre de medicación para evitar tolerancia. | Ila | B |
| – Trimetazidina o ivabradina deben considerarse como tratamiento de 2.a línea en pacientes que no toleren o tengan contraindicaciones o mal control sintomático con β-bloqueantes o antagonistas cálcicos o nitratos de acción prolongada. | Ila | B |
| – En pacientes seleccionados se puede considerar la asociación de un β-bloqueante o antagonista cálcico con fármacos de 2.a línea como trimetazidina o ivabradina basándose en la FC, PA y tolerancia. | Ilb | B |
| – Los nitratos no deben indicarse en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva o tratados con inhibidores de la fosfodiesterasa. | III | B |
| – Para pacientes con angina vasoespástica considerar antagonistas cálcicos y/o nitratos y evitar β-bloqueantes. | I | B |

Recomendaciones para la indicación de revascularización

| Extensión de la enfermedad anatómica o funcional | Clase | Nivel de evidencia |
|--|-------|--------------------|
| Por pronóstico | | |
| Enfermedad de tronco ≥ 50% [#] | I | A |
| Estenosis de DA ≥70% [#] | I | A |
| Enfermedad 2-3 vasos con estenosis ≥ 50% y con deterioro de la función VI (FEy ≤35%) [#] | I | A |
| Área de isquemia > 10% o FFR alterado [‡] | I | B |
| Solo una arteria ≥70% [#] | I | C |
| Por síntomas | | |
| Estenosis significativa [#] , en presencia de angina limitante o equivalente con respuesta insuficiente al tratamiento médico óptimo [†] | I | A |

[#]Con isquemia documentada o estenosis hemodinámicamente relevante definida por un FFR < 0,80 o iFR < 0,89 o estenosis >90% en un vaso coronario importante.

[‡]Con base en un FFR <0,75 que indica la importancia pronóstica de la lesión.

[†]Teniendo en cuenta la adherencia al tratamiento y el deseo del paciente sobre la intensidad del tratamiento antianginoso.

Recomendación sobre el tipo de revascularización

| Extensión de la enfermedad [#] | CMR | | ATC | |
|--|-------|--------------------|-------|--------------------|
| | Clase | Nivel de evidencia | Clase | Nivel de evidencia |
| Enfermedad coronaria de 1 vaso | | | | |
| – Sin estenosis en DA proximal | IIb | C | I | C |
| – Con estenosis en DA proximal | I | A | I | A |
| Enfermedad coronaria de 2 vasos | | | | |
| – Sin estenosis en DA proximal | IIb | C | I | C |
| – Con estenosis en DA proximal | I | B | I | C |
| Enfermedad coronaria de tronco de coronaria izquierda | | | | |
| – Con puntuación de Syntax bajo (0-22) | I | A | I | A |
| – Con puntuación de Syntax intermedio (23-32) | I | A | IIa | A |
| – Con puntuación de Syntax alto $\geq 23^{\dagger}$ | I | A | III | B |
| Enfermedad coronaria de 3 vasos sin diabetes | | | | |
| – Con puntuación de Syntax bajo (0-22) | I | A | I | A |
| – Con puntuación de Syntax intermedio/alto (≥ 22) | I | A | III | B |
| Enfermedad coronaria de 3 vasos con diabetes | | | | |
| – Con puntuación de Syntax bajo (0-22) | I | A | IIb | A |
| – Con puntuación de Syntax intermedio/alto (≥ 22) | I | A | III | A |

[#]Ausencia de cirugía cardíaca previa, morbilidad grave, fragilidad o inmovilidad que impide una CRM

DA: Descendente anterior.

[†]Se debe considerar la ATC si el heart team tiene dudas sobre el riesgo quirúrgico del paciente o si este rechaza el tratamiento con CRM después de recibir un asesoramiento adecuado.

Seguimiento

| Recomendación | Clase | Nivel de evidencia |
|--|-------|--------------------|
| – El control de los factores de riesgo cardiovascular debe hacerse sobre la base de metas de prevención con un grupo de manejo multidisciplinario. | I | A |
| – Terapia antitrombótica simple y doble según las guías. | I | A |
| – La terapia hipolipemiente con estatinas en dosis altas debe mantenerse indefinidamente. | I | A |
| – El tratamiento sintomático debe instituirse con β -bloqueantes para mejoría de los síntomas y tolerancia al ejercicio. | I | A |
| – La decisión de revascularización miocárdica debe ser realizada por <i>heart team</i> . | I | A |
| – La decisión de revascularización miocárdica debe ser realizada atendiendo, además, las expectativas y preferencias del paciente. | I | C |
| – Los objetivos de prevención en seguimiento deben adecuarse en poblaciones con necesidades económicas y socioambientales desfavorables (etnia, bajo nivel de educación, difícil acceso a médicos, violencia ambiental y/o intrafamiliar). | IIb | C |
| – El seguimiento debe involucrar la evaluación de la adherencia en el cumplimiento de metas de calidad de vida, dieta y medicamentos. | IIa | C |

Recomendación Clase I

- 1) Todos los pacientes con ECCE deben recibir seguimiento, al menos uno por año (*Nivel de evidencia C*). En todos los casos debe incluir:
 - a) Historia clínica con especial énfasis en la recurrencia anginosa y la presencia o desarrollo de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular.
 - b) Revaluación de todos los factores de riesgo cardiovascular con especial énfasis en dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus (*Nivel de evidencia A*).
 - c) Revaluación del hábito tabáquico y cesación (*Nivel de evidencia A*).

- 2) Electrocardiograma de reposo anual (*Nivel de evidencia C*).
- 3) Reevaluación de función ventricular izquierda en aquellos pacientes con insuficiencia cardíaca incidente o disnea o arritmias (*Nivel de evidencia C*).

Recomendación Clase II

- 1) Reevaluación de cumplimiento de adherencia medicamentosa y causas eventuales de no cumplimiento (*Nivel de evidencia B*).
- 2) Reevaluación de comorbilidades prevalentes y/o la aparición de diabetes mellitus, deterioro de la función renal, deterioro cognitivo y depresión (*Nivel de evidencia C*).
- 3) Participación en grupos de salud y autoayuda para cesación tabáquica (*Recomendación Clase IIb, Nivel de evidencia C*).

Reestratificación pronóstica y diagnóstica complementaria

Eco Doppler cardíaco para valoración de función ventricular y función valvular

| Situación clínica | Clase de recomendación | Nivel de evidencia |
|---|------------------------|--------------------|
| – Valoración de función ventricular y función valvular en pacientes con signos o síntomas de insuficiencia cardíaca, soplos en la auscultación, ECG anormal o infarto previo. | I | A |
| – Valoración de función ventricular en pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria estable asintomática, sin soplos ni infarto previo y con ECG normal. | IIb | C |
| – Reevaluación periódica de rutina de función ventricular en pacientes sin cambios clínicos ni nuevas alteraciones ECG. | III | |

Pacientes con condición física para realizar ejercicio

Prueba ergométrica graduada (ergometría)

| Situación clínica | Clase de recomendación | Nivel de evidencia |
|--|------------------------|--------------------|
| – Pacientes con algún cambio en su situación clínica por aparición de nuevos síntomas en pacientes asintomáticos, empeoramiento de su clase funcional de angina o disnea, o aumento de la frecuencia de los episodios siempre que tengan un ECG basal interpretable y puedan realizar ejercicio. | I | C |
| – Pacientes con síntomas ambiguos de difícil interpretación, en quienes existen dudas de su relación con la enfermedad coronaria, que tengan un ECG basal interpretable y puedan realizar ejercicio. | I | C |
| – Para evaluar respuesta al tratamiento o definir umbral isquémico previo al ejercicio que tengan un ECG basal interpretable y puedan realizar ejercicio. | IIa | C |
| – Pacientes con enfermedad coronaria diagnosticada asintomáticos o sin cambios en su patrón de síntomas que tengan un ECG basal interpretable y puedan realizar ejercicio para reestratificación de riesgo periódica. | IIb | B |
| – Pacientes asintomáticos o sintomáticos con alteraciones significativas en el ECG basal (infradesnivel del ST, hipertrofia, sobrecarga de VI) que dificultan la interpretación de los resultados. | III | |
| – Pacientes asintomáticos o sintomáticos con ECG con BCRI o ritmo de marcapasos. | III | |
| – Pacientes con antecedentes de ergometría previa anormal por infradesnivel del ST que fue interpretada como falso positivo luego de haber realizado estudios con imágenes no invasivos de mayor especificidad o CCG. | III | |
| – Pacientes que no pueden hacer ejercicio. | III | |

Pruebas funcionales con imágenes

| Situación clínica | Clase de recomendación | Nivel de evidencia |
|---|------------------------|--------------------|
| – Pacientes con algún cambio en su situación clínica por aparición de nuevos síntomas en pacientes asintomáticos, empeoramiento de su clase funcional de angina o disnea, o aumento de la frecuencia de los episodios que puedan realizar ejercicio. | I | A |
| – Pacientes con síntomas ambiguos de difícil interpretación en quienes existen dudas de su relación con la enfermedad coronaria y puedan realizar ejercicio. | I | A |
| – Pacientes con empeoramiento de la función de VI asintomática detectada en estudios de reposo o acompañada de síntomas y signos de insuficiencia cardíaca. | I | C |
| – Pacientes con ergometría previa anormal por infradesnivel del ST con baja o intermedia probabilidad pre-test sin criterios clínico-electrocardiográficos de alto riesgo en quienes se pretende descartar o confirmar isquemia para estratificación de riesgo. | Ila | C |
| – Pacientes con antecedentes de ergometría previa anormal por infradesnivel del ST que fue interpretada como falso positivo luego de haber realizado estudios con imágenes no invasivos de mayor especificidad o CCG. | Ila | C |
| – Pacientes con enfermedad coronaria diagnosticada asintomáticos o sin cambios en su patrón de síntomas y puedan realizar ejercicio para reestratificación de riesgo periódica. | Ila | B |
| – Pacientes con enfermedad coronaria diagnosticada por CCG en los que se plantea una revascularización para ayudar a definir el significado funcional de las lesiones coronarias y dirigir la estrategia de tratamiento. | Ila | C |
| – Pacientes que no pueden hacer ejercicio. | III | |

Pacientes con incapacidad física para realizar una prueba de ejercicio adecuado

| Situación clínica | Clase de recomendación | Nivel de evidencia |
|---|------------------------|--------------------|
| – Pacientes comprendidos dentro de las indicaciones clase I para los estudios de ejercicio: podrán realizar una prueba funcional asociada a imagen con apremios farmacológicos. | I | B |
| – Pacientes con algún cambio en su situación clínica por aparición de nuevos síntomas en pacientes asintomáticos, empeoramiento de su clase funcional de angina o disnea, o aumento de la frecuencia de los episodios podrán realizar angiotomografía coronaria siempre que se pueda esperar una imagen técnicamente adecuada de ella (véase Indicaciones de angio-TC). | Ila | B |
| – En pacientes con resultados no coincidentes de los diferentes estudios no invasivos y que pueden ser candidatos a revascularización: CCG invasiva. | I | A |

Angiografía coronaria por tomografía computarizada multidetector

| Situación clínica | Clase de recomendación | Nivel de evidencia |
|---|------------------------|--------------------|
| – Pacientes con enfermedad coronaria con cambios en su situación clínica por aparición de síntomas o empeoramiento de la función VI en los que otros estudios no invasivos dan resultados contradictorios o de difícil interpretación en el contexto clínico del paciente, cuando se den los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de contraindicaciones para el contraste endovenoso • Condiciones de anatomía coronaria que permitan una adecuada interpretación de las imágenes (ausencia de excesiva calcificación coronaria o stents, calibre arterial ≥ 3 mm). | IIb | C |
| – Pacientes contemplados en el apartado anterior que no puedan realizar ejercicio. | IIa | C |
| – Pacientes con alto riesgo de nefrotoxicidad por contraste. | III | |
| – Paciente con extensa calcificación coronaria o stents, calibre arterial < 3 mm. | III | |
| – Pacientes que tienen programada cirugía de revascularización miocárdica. | III | |

Resonancia nuclear magnética cardíaca

| Situación clínica | Clase de recomendación | Nivel de evidencia |
|--|------------------------|--------------------|
| – Pacientes con enfermedad coronaria en los que se plantea la posibilidad de una estrategia de revascularización y se desea una adecuada valoración de la función ventricular y presencia de viabilidad. | I | B |
| – Pacientes con enfermedad coronaria en los que se precisa conocer la función ventricular con dificultades técnicas para valorar función ventricular por otros estudios no invasivos o con resultados contradictorios de estos o reñidos con el contexto clínico del paciente. | IIa | B |
| – Pacientes en los que la información necesaria para el manejo clínico ya está respondida por otros estudios de más fácil disponibilidad y menor costo. | III | |

Cinecoronariografía invasiva

| Situación clínica | Clase de recomendación | Nivel de evidencia |
|---|------------------------|--------------------|
| – Pacientes con aparición de nuevos síntomas o empeoramiento de su clase funcional de angina o disnea, o aumento de la frecuencia de los episodios que son resistentes al tratamiento farmacológico o limitan significativamente la calidad de vida y que son candidatos a revascularización. | I | C |
| – Pacientes con síntomas en baja clase funcional o limitantes para su calidad de vida con resultados ambiguos o de difícil interpretación de otros estudios no invasivos y que son candidatos a revascularización. | I | A |
| – Pacientes con empeoramiento de la función de VI acompañado de evidencia de isquemia/viabilidad en otros estudios no invasivos y que son candidatos a revascularización. | I | B |
| – Pacientes estables clínicamente sin criterios clínicos o de estudios no invasivos que se correlacionen con una mala evolución clínica. | III | |
| – Pacientes que por su estado vital físico y mental (edad, comorbilidades, fragilidad) no son candidatos a ser revascularizados. | III | |

Cesación tabáquica

Clase I

- Indicar cesación tabáquica en los pacientes fumadores (*Nivel de evidencia A*).
- Consejo médico y entrevista motivacional (*Nivel de evidencia A*).
- Terapia de reemplazo nicotínico (*Nivel de evidencia A*).

Clase IIa

- Bupropión (*Nivel de evidencia B*).
- Vareniclina (*Nivel de evidencia B*).
- Uso de biomarcadores de consumo de tabaco. (*Nivel de evidencia B*).

Clase IIb

- Actividad grupal (*Nivel de evidencia C*).

Clase III

- No indicar la cesación tabáquica en los pacientes fumadores.