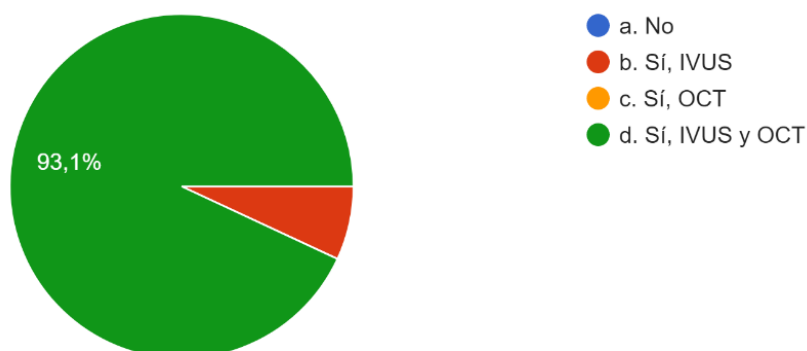


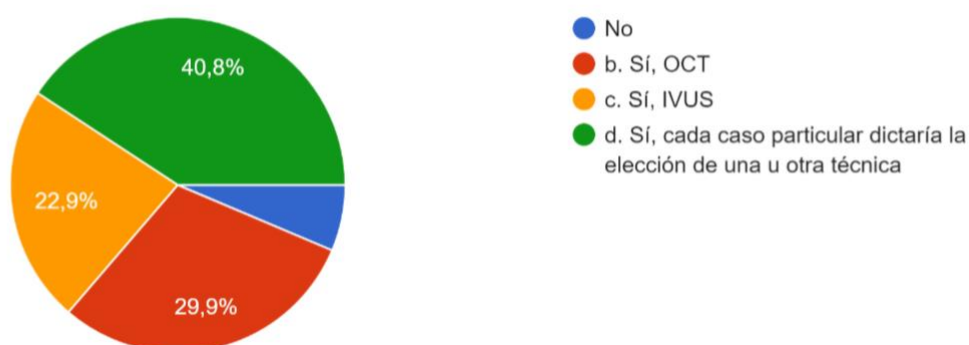
MATERIAL ADICIONAL

A continuación se presentan el resto de preguntas y respuestas de la encuesta, que complementan las presentadas en las figuras 1 y 2.

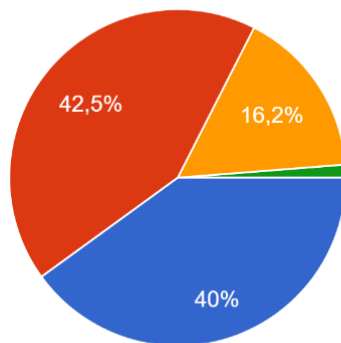
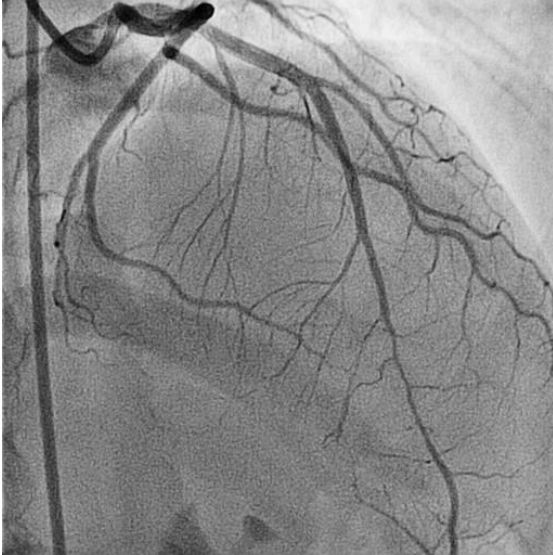
3. ¿Dispone en su centro de técnica de imagen intracoronaria?



4. En caso de disponer tanto de ecografía intravascular (IVUS) como de tomografía de coherencia óptica (OCT), ¿tiene alguna preferencia sobre alguna de las dos para el diagnóstico de disección coronaria espontánea (DCE)?

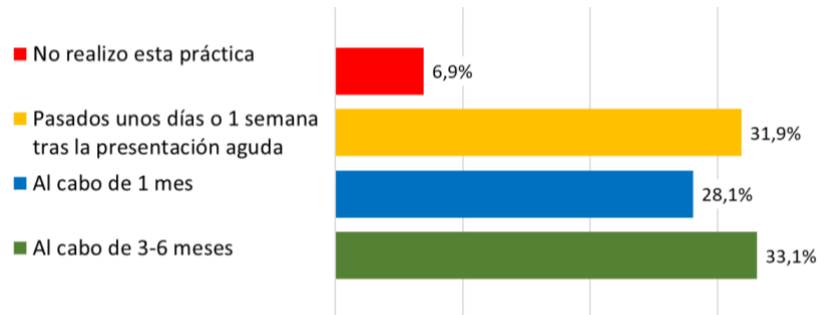


6. En caso de duda diagnóstica de una lesión en la descendente anterior media, significativa, pero no crítica, con flujo *Thrombolysis In Myocardial Infarction* (TIMI) 3 y sin otras lesiones, en un paciente con síndrome coronario agudo y un perfil clínico muy sugestivo de DCE, ¿qué actitud tomaría habitualmente?



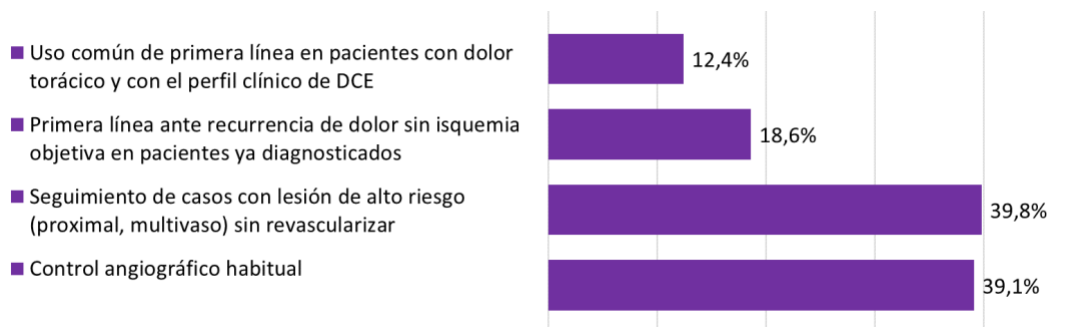
- a. Emplear imagen intracoronaria
- b. Asumir el diagnóstico como provisional, manejo conservador y programar una angiografía de seguimiento, invasiva o no (coro TC)
- c. Asumir el diagnóstico como probable, manejo conservador y seguimiento clínico
- d. Angioplastia

7. Respecto al caso anterior, en caso de decidirse por programar una coronariografía o una coronariografía por tomografía computarizada de seguimiento para valorar la evolución de la lesión, ¿cuánto tiempo esperaría para realizar el nuevo estudio?

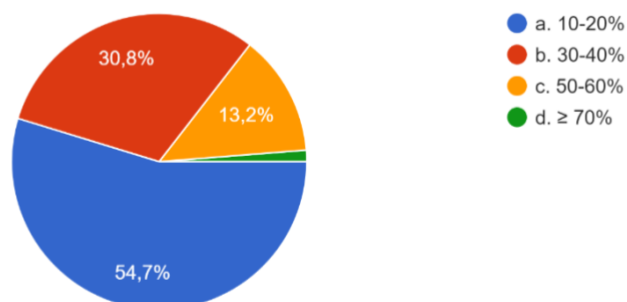


8. Respecto a la coronariografía por tomografía computarizada, elija cualesquiera de los siguientes usos que tiene esta técnica en su centro.

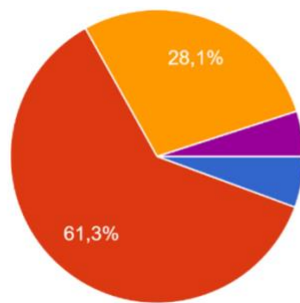
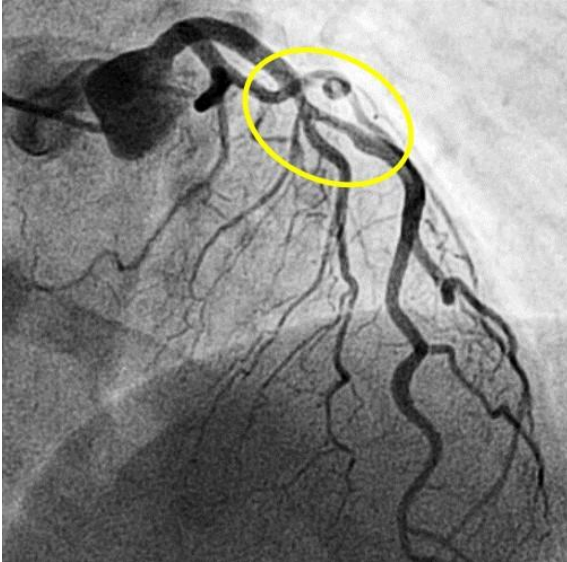
Nota: en esta pregunta pueden escogerse varias opciones



9. Respecto a la práctica en su centro, ¿qué porcentaje aproximado de casos de DCE le parece que reciben angioplastia (incluyendo cualquier tipo de intervención sobre el vaso intencionada para mejorar el flujo coronario: guía, balón, dispositivo) frente a la actitud puramente conservadora?

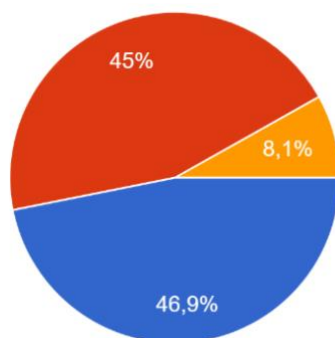


10. En un paciente con isquemia activa y oclusión de la descendente anterior media, tras restaurar parcialmente el flujo con la introducción de una guía, se sospecha una posible DCE. ¿Cuál sería su siguiente paso?



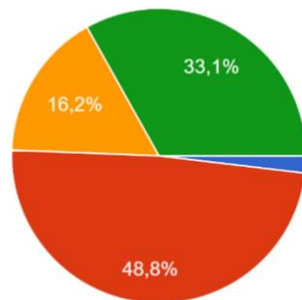
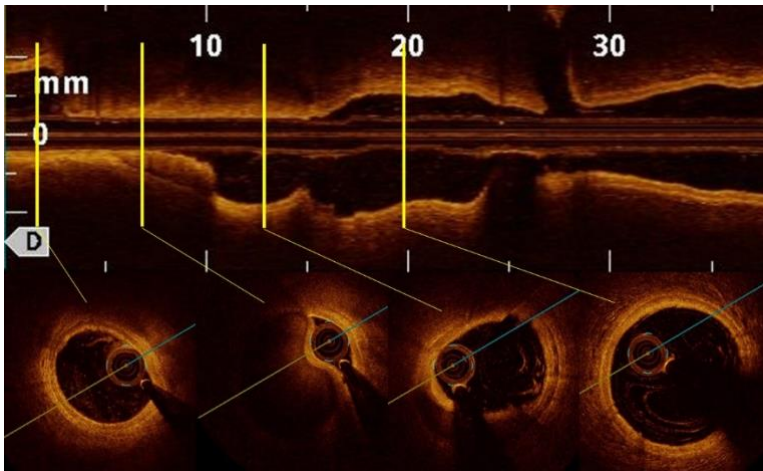
- a. Dilatación con balón
- b. Imagen intracoronaria
- c. *Stent* directo
- d. Balón de corte
- e. Fin del procedimiento

11. Respecto al uso del balón de corte para casos de hematoma intramural compresivo, ¿qué percepción o experiencia reporta?



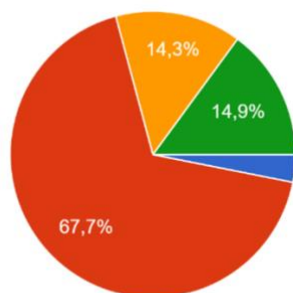
- a. No lo he empleado ni creo que lo vaya a emplear
- b. No lo he empleado, aunque parece una opción interesante
- c. Lo he empleado en casos seleccionados
- d. Lo empleo habitualmente en los casos que decido intervenir

12. En caso de optar por implantar un *stent* con ayuda de imagen intracoronaria, ¿cómo elegiría la longitud del *stent*?



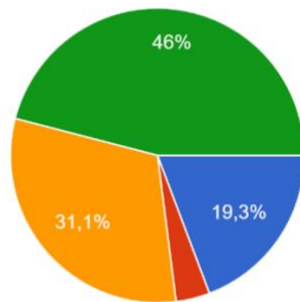
- a. Como en cualquier otra lesión coronaria
- b. Tomaría unos márgenes de 5-10 mm más allá de la *landing zone* convencional
- c. Más de 10 mm de ampliación de la *landing zone* convencional
- d. Tomaría aquella longitud adecuada para cubrir la estenosis más crítica y más proximal incluyendo la rotura intimal si la hubiese

13. En caso de precisar angioplastia, ¿qué dispositivo emplearía para una paciente con DCE de 50 años de edad, posmenopáusica, hipertensa y sin otros antecedentes?



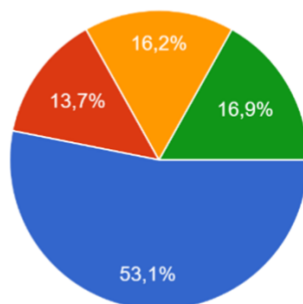
- a. *Stent* metálico sin fármaco
- b. *Stent* metálico liberador de fármaco
- c. *Stent* bioabsorbible
- d. Intentaría no implantar un *stent*

14. Según su experiencia, ¿qué criterio indicaría la cirugía de revascularización para un paciente con DCE?



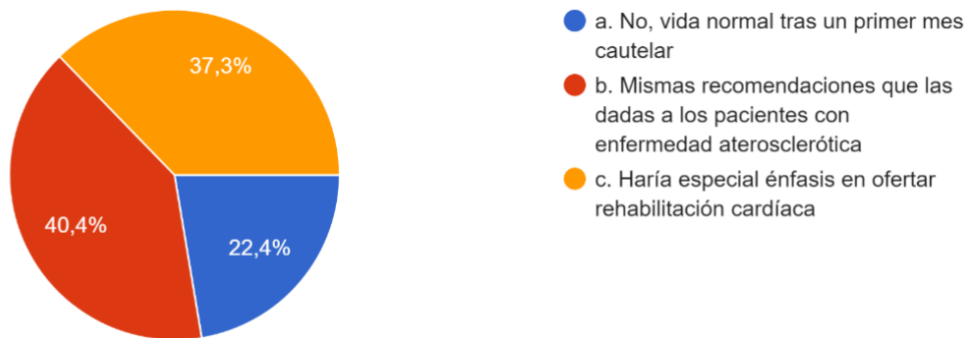
- a. Solamente para casos de angioplastia fallida o complicada
- b. Opción a. + revascularización primaria para casos con afectación de tronco
- c. Opción a. + revascularización primaria para casos con afectación de tronco o multivazo grave
- d. Nunca la he indicado

17. En un paciente con síndrome coronario agudo y una DCE de arteria descendente anterior media-distal con flujo TIMI 3 manejada de forma conservadora que se presenta en consulta tras 1 mes desde el alta y sin nuevos eventos, ¿consideraría dejar al paciente sin ningún antiagregante?

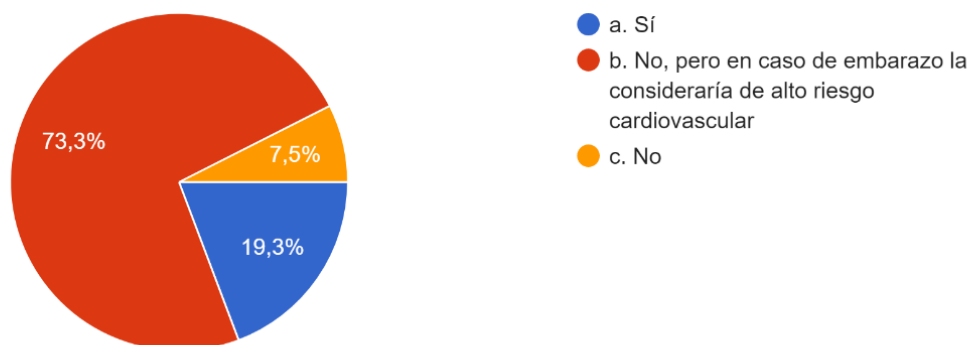


- a. No, dejaría ácido acetilsalicílico indefinidamente en prevención secundaria de acuerdo con las guías de síndrome coronario agudo
- b. Sí, en caso de intolerancia o efecto adverso
- c. Sí, en la mayoría de los casos
- d. Esperaría a los hallazgos de una coronariografía de control

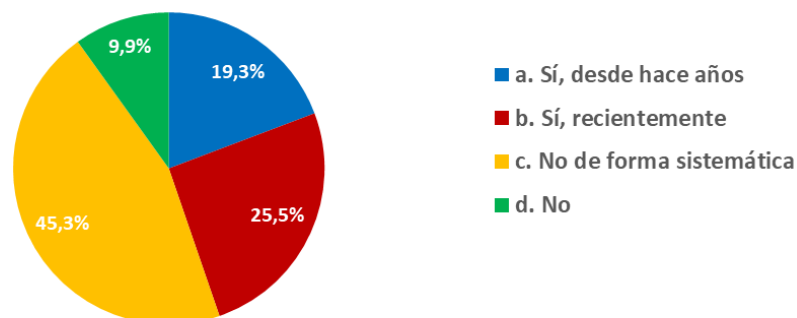
19. Respecto a la actividad física recomendada para pacientes supervivientes de DCE, ¿tendría alguna consideración especial?



20. ¿Desalentaría el embarazo para pacientes jóvenes sobrevivientes a un episodio de DCE?

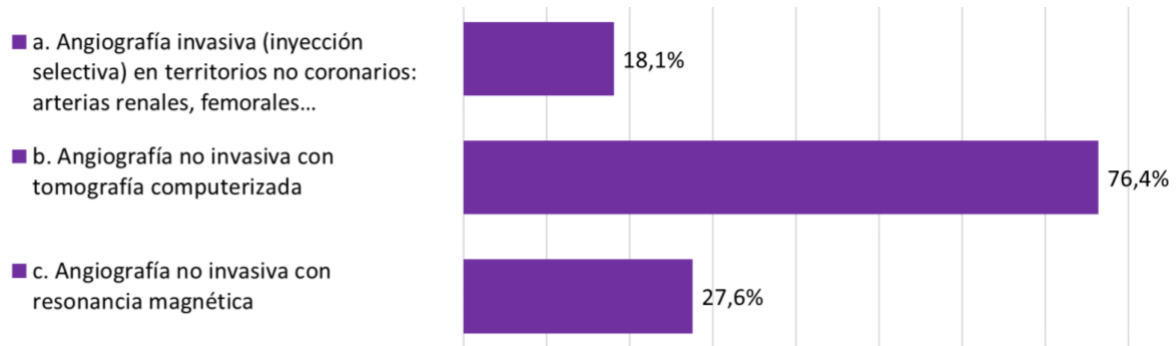


21. Según su experiencia y la de su centro, ¿son investigados sistemáticamente los pacientes con DCE con alguna modalidad de imagen para cribado de arteriopatía no coronaria: displasia fibromuscular, aneurismas, etc.?

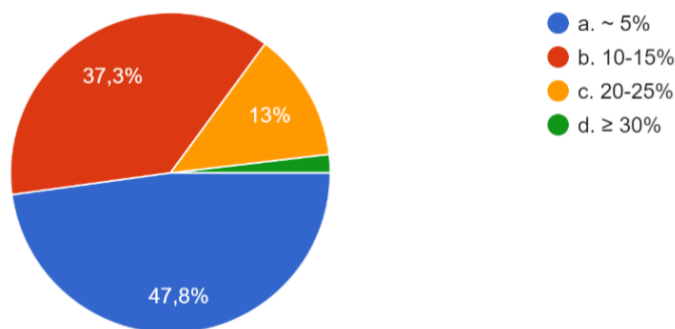


22. En caso de sí practicar este cribado, ocasional o sistemático, ¿qué modalidad/es de imagen se ha(n) empleado?

Nota: en esta pregunta pueden escogerse varias opciones.



23. Desde su percepción y conocimiento, ¿cuál cree que es el riesgo global de recurrencia de eventos cardíacos mayores a los 3 años de seguimiento en los pacientes supervivientes?



24. Desde su percepción, ¿cree necesaria la disponibilidad de algoritmos de manejo y recomendaciones prácticas?

