**PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA SOBRE LA DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA: ENCUESTA A CARDIÓLOGOS INTERVENCIONISTAS DE ESPAÑA**

**El cuestionario presentado a continuación es una simple encuesta de opinión cuya última finalidad es la descriptiva de la práctica real y percepción sobre esta entidad. Con esto queremos transmitir que no tratamos de hacer un control de conocimientos.**

1. ¿Cuál de los siguientes le encaja mejor con el perfil de paciente más frecuente en la disección coronaria espontánea (DCE)?
	1. Mujer entre 30 y 40 años sin factores de riesgo cardiovascular
	2. Mujer embarazada o en postparto
	3. Mujer perimenopáusica con algún factor de riesgo cardiovascular
	4. Mujer de 60-70 años
2. En base a su experiencia, ¿cuál es el patrón angiográfico más frecuentemente identificado en la DCE?
	1. Tipo 1: *Flap* / defecto lineal de llenado de la luz, doble lumen o retención/aclarado tardío de la pared del vaso.
	2. Tipo 2: Afilamiento del calibre del vaso afectando a un segmento relativamente largo.
	3. Tipo 3: Estenosis relativamente focal o discreta, no distinguible angiográficamente de una lesión aterosclerótica convencional.
	4. Diferentes patrones característicos sin haber ninguno claramente predominante
3. ¿Dispone en su centro de técnica de imagen intracoronaria?
	1. No
	2. Sí, IVUS
	3. Sí, OCT
	4. Sí, IVUS y OCT
4. En caso de disponer tanto de IVUS como de OCT, ¿tiene alguna preferencia sobre alguna de las dos para el diagnóstico de DCE?
	1. No
	2. Sí, OCT
	3. Sí, IVUS
	4. Sí, cada caso particular dictaría la elección de una u otra técnica
5. ¿Qué porcentaje aproximado de casos de DCE son diagnosticados mediante imagen intracoronaria en su centro?
	1. ~10%
	2. ~ 30%
	3. ~ 50-60%
	4. > 60%
6. En caso de duda diagnóstica de una lesión en descendente anterior media, significativa pero no crítica, con 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?
	1. Emplear imagen intracoronaria
	2. Asumir el diagnóstico como provisional, manejo conservador y programar una angiografía de seguimiento, invasiva o no (coro TC)
	3. Asumir el diagnóstico como probable, manejo conservador y seguimiento clínico
	4. Angioplastia
7. Respecto al caso anterior, en caso de decidirse por programar una coronariografía (o coro TC) de seguimiento para valorar la evolución de la lesión, ¿cuánto tiempo esperaría para realizar el nuevo estudio?
	1. No realizo esta práctica
	2. Pasados unos días/1 semana tras la presentación aguda
	3. Al cabo de 1 mes
	4. Al cabo de 3-6 meses
8. Respecto a la coronariografía por tomografía computerizada, elija cualesquiera de los siguientes usos que tiene esta técnica en su centro. **Nota: en esta pregunta se pueden escoger varias opciones**
	1. Se emplea ampliamente como investigación de primera línea precisamente en pacientes con dolor torácico y con el perfil clínico de DCE
	2. Una vez diagnosticada la DCE, se emplea como técnica de imagen de primera línea ante recurrencia de dolor sin isquemia objetiva (*gatekeeper* de coronariografía)
	3. Se emplea como seguimiento de casos con lesión de alto riesgo: proximal, severa, multivaso
	4. Se emplea para control angiográfico rutinario (como se hacía referencia en la pregunta anterior)
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?
	1. 10-20%
	2. 30-40%
	3. 50-60%
	4. ≥ 70%
10. En un paciente con isquemia activa y oclusión de descendente anterior media, tras restaurar parcialmente el flujo con la introducción de una guía, se sospecha posible DCE ¿cuál sería su siguiente paso?
	1. Dilatación con balón
	2. Imagen intracoronaria
	3. Stent directo
	4. Balón de corte
11. Respecto al uso del balón de corte para casos de hematoma intramural compresivo, ¿qué percepción o experiencia reporta?
	1. No lo he empleado ni creo que lo vaya a emplear.
	2. No lo he empleado, aunque parece una opción interesante
	3. Lo he empleado en casos seleccionados
	4. 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 mismo?
	1. Como en cualquier otra lesión coronaria
	2. Tomaría unos márgenes de 5-10 mm más allá de la *landing zone* convencional
	3. Más de 10 mm de ampliación de la *landing zone* convencional
	4. Tomaría aquella longitud adecuada para cubrir la estenosis más crítica y más proximal, incluyendo la ruptura intimal si la hubiese.
13. En caso de precisar angioplastia, ¿qué dispositivo emplearía para una paciente de 45 años, postmenopáusica, hipertensa y sin otros antecedentes con DCE?
	1. Stent metálico sin fármaco
	2. Stent metálico liberador de fármaco
	3. Stent bioabsorbible
	4. Intentaría no implantar un stent
14. En base a su experiencia, ¿qué criterio indicaría la cirugía de revascularización para un paciente con DCE?
	1. Solamente para casos de angioplastia fallida o complicada
	2. Opción a. + revascularización primaria para casos con afectación de tronco
	3. Opción a. + revascularización primaria para casos con afectación de tronco o multivaso severo
	4. Nunca la he indicado
15. En caso de un paciente con una DCE de **descendente anterior** con flujo TIMI 3 **manejada de forma conservadora**, ¿cuántos días a priori desearía que permaneciese monitorizado antes del alta?
	1. 2-3 días
	2. 4-5 días
	3. 6-7 días
	4. Más de 7 días
16. En caso de un paciente que se presentó como un SCA con DCE **manejada de forma conservadora** y que ha seguido una evolución favorable, ¿cuánto prolongaría la doble antiagregación?
	1. Suspendería el inhibidor de P2Y12 al diagnóstico o al alta
	2. 1 mes
	3. 3-6 meses
	4. 12 meses
	5. Dependería de la lesión coronaria (morfología, vaso, extensión, severidad)
	6. La mantendría hasta realizar una coronariografía de control
17. En caso del paciente anterior que se presenta en consulta tras un mes desde el alta y sin nuevos eventos, ¿consideraría dejar al paciente sin ningún antiagregante?
	1. No, dejaría aspirina indefinidamente en prevención secundaria acorde a las guías de SCA
	2. Sí, en caso de intolerancia o efecto adverso
	3. Sí, en la mayoría de los casos
	4. Dependería de la lesión coronaria (tipo, vaso, extensión, severidad)
	5. Esperaría a los hallazgos de una coronariografía de control
18. En caso de un paciente con DCE de descendente anterior media con manejo conservador, **función ventricular conservada** y evolución clínica favorable, aparte de la antiagregación ¿seleccione los fármacos que prescribiría al alta? **Nota: en esta pregunta se pueden escoger varias opciones**
	1. Betabloqueante
	2. Antagonistas del calcio.
	3. iECA/ARA2
	4. Estatina
	5. Nitratos
19. Respecto a la actividad física recomendada para pacientes supervivientes de DCE, ¿tendría alguna consideración especial?
	1. No, vida normal tras un primer mes cautelar
	2. Mismas recomendaciones que las dadas a los pacientes con enfermedad aterosclerótica
	3. Haría especial énfasis en ofertar rehabilitación cardíaca
20. ¿Desalentaría el embarazo para pacientes jóvenes sobrevivientes a un episodio de DCE?
	1. Sí
	2. No, pero en caso de embarazo la consideraría de alto riesgo cardiovascular
	3. No
21. En base a su experiencia y la de su centro, ¿son investigados rutinariamente los pacientes con DCE con alguna modalidad de imagen para despistaje de arteriopatía no coronaria: displasia fibromuscular, aneurismas, etc?
	1. Sí, desde hace tiempo
	2. Sí, recientemente
	3. No de forma sistemática
	4. No
22. En caso de sí practicar este despistaje, ocasional o rutinario, ¿qué modalidad(es) de imagen se ha(n) empleado? **Nota: en esta pregunta se pueden escoger varias opciones**
	1. Angiografía invasiva (inyección selectiva) en territorios no coronarios: arterias renales, femorales…
	2. Angiografía no invasiva con tomografía computarizada
	3. Angiografía no invasiva con resonancia magnética
23. Desde su percepción y conocimiento, ¿cuál cree que es el riesgo de recurrencia de eventos cardiacos mayores a los 3 años de seguimiento en los pacientes supervivientes?
	1. ~ 5%
	2. 10-15%
	3. 20-25%
	4. ≥ 30%
24. En base a su percepción, ¿cree necesaria la disponibilidad de algoritmos de manejo y recomendaciones prácticas?
	1. Sí
	2. No