

**Juan Karlo Urrea Zapata, MD\***

***“Diagnóstico no invasivo en la mujer con sospecha de enfermedad isquémica cardiaca: una actualización de las guías 2005”***

***ROLE OF NONINVASIVE TESTING IN THE CLINICAL EVALUATION OF WOMEN WITH SUSPECTED ISCHEMIC HEART DISEASE: A CONSENSUS STATEMENT FROM THE AMERICAN HEART ASSOCIATION***

Mieres JH, Gulati M, Merz NB; Berman DS, Gerber TC, Hayes SN, Kramer CM, Min JK, Newby LK, Nixon JV, Srichai MB, Pellikka PA, Redberg RF, Wenger NK, Shaw LJ; on behalf of the American Heart Association Cardiac Imaging Committee of the Council on Clinical Cardiology and the Cardiovascular Imaging and Intervention Committee of the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention. Role of noninvasive testing in the clinical evaluation of women with suspected ischemic heart disease: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;130:••–•• published online June 16, 2014.

Esta publicación de consenso se basa en el papel de los estudios diagnósticos para la identificación de la mujer con síntomas de enfermedad coronaria obstructiva, no obstructiva o aún sin enfermedad y aquellas con un alto riesgo de enfermedad isquémica cardiaca, para definir un manejo médico basado en guías. En esto se resumen los siguientes aspectos relevantes:

1. Es particularmente importante que las mujeres tienden a presentar mayores eventos cardiovasculares después de encontrar que presentan enfermedad coronaria no obstructiva con lesiones angiográficas entre 1% y 49%, esto principalmente en < 75 años. El punto clave son la presencia de lesiones coronarias con remodelación positiva (crecimiento de la placa extrínseco) y mayor disfunción endotelial que favorece la inestabilidad de la placa.
2. Se recomienda que las mujeres con síntomas sospechosos de enfermedad coronaria que van a un test diagnóstico no invasivo, y su resultado en anormal, no debe interpretarse como un falso positivo si el angiograma no demuestra enfermedad significativa (mayor al 70% en un vaso epicárdico).
3. Las mujeres premenopáusicas excepto las diabéticas, son consideradas de bajo riesgo para enfermedad coronaria obstructiva, y con algunas excepciones, no son candidatas para estudios de demostración de isquemia. Cuando el juicio clínico indique llevar a pruebas de provocación de isquemia en estas pacientes de bajo riesgo, si no hay contraindicación, la prueba de esfuerzo es suficiente para su evaluación (por su valor predictivo negativo).
4. Las mujeres a partir de los cincuenta años de vida con síntomas típicos o atípicos de dolor torácico o equivalentes (disnea), deben considerarse de riesgo intermedio-bajo si son capaces de realizar actividades físicas y ordinarias, si no son capaces de realizar

actividad física (mala capacidad funcional definida por menos de 5 METS) debe considerarse en la categoría de riesgo intermedio.

5. Las mujeres sintomáticas a partir de los 60 años de vida con consideradas de riesgo intermedio mientras que las mayores de 70 años con síntomas isquémicos son consideradas de alto riesgo.
6. Son considerados equivalentes de alto riesgo la enfermedad arterial periférica, las mayores de 40 años con diabetes mellitus de larga duración o pobremente controlada, antecedente de ACV o AIT, enfermedad renal crónica (dep. menor de 60mL/min), enfermedad pulmonar crónica avanzada, incapacidad funcional (menor de 5 METS).
7. En la prueba de esfuerzo, debe realizarse los ajustes de la Fc máxima para la edad en mujeres que es:  $206 - (0,88 \times \text{Edad})$  y es considerada máxima por encima del 85% del predicho. De la misma forma, a pesar de llegar al 85% solo debe suspenderse la prueba solo cuando se presente fatiga o síntomas isquémicos. Es considerada una prueba de esfuerzo de alto riesgo cuando haya una disminución del ST  $\geq 2$ mm en 3 latidos consecutivos, en 2 o más derivaciones de una misma pared a una carga de ejercicio menor de 5METs y que persista por más de 5 min en la recuperación. Las mujeres con una escala de DUKE (protocolo de BRUCE solamente)  $< 5$  y asintomáticas, deben ser referidas a una prueba de estratificación de estrés por imágenes. De la misma forma debe quedar en el informe de la prueba el desempeño cardiorrespiratorio medido por alcanzar más del 85% del predicho en METS con la fórmula:  $\text{METS predicho} = 14,7 - (0,13 \times \text{Edad})$ , la incapacidad para llegar al 85% del predicho, aumenta el riesgo de muerte en 2 veces.
8. En las mujeres con riesgo moderado a alto, incapacidad para el ejercicio, electrocardiograma no interpretable para la prueba de esfuerzo, o con un resultado no conclusivo en la ergometría, deben ser estratificarse con alguna modalidad de imagen que incluye ECO de estrés, medicina nuclear, PET-SCAN o angiotomografía coronaria. En general la aproximación más costoefectiva y de menor impacto en radiación es la ecocardiografía de estrés.

En general, esta guía de recomendación se fundamenta en el algoritmo propuesto por la estratificación de angina en enfermedad coronaria estable, y ya tenemos una actualización de esta que será publicada en un próximo boletín.

**Referencia:**

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/06/16/CIR.0000000000000061.citation>

---