

Anexo N° 4: Selección de recomendaciones trazadoras para evaluar la adherencia a la GPC

Para la priorización de recomendaciones trazadoras, el GEG valoró las recomendaciones de la GPC, por cada criterio: impacto clínico en el paciente, impacto en el proceso de atención y costos de implementación, asignándose puntajes a cada una de las recomendaciones del 1 al 5, como se detalla:

Criterio	Definición operacional	Valoración y Ponderación
Impacto clínico en el paciente	Se refiere a las consecuencias de la implementación de la recomendación sobre los problemas de salud del paciente. <i>Por ejemplo, si la implementación de un enunciado mejorará de forma importante la supervivencia de los pacientes, este enunciado tendrá un impacto muy alto.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto: 5 • Alto: 4 • Medio: 3 • Bajo: 2 • Muy bajo: 1
Impacto en el proceso de atención	Se refiere a qué tanto va a impactar la implementación de la recomendación en la atención del paciente. <i>Por ejemplo: Si la intervención tiene un alcance mayor, es decir que podría implementarse en una gran cantidad de establecimientos de salud y favorecer a una gran cantidad de pacientes, el puntaje es mayor.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto: 5 • Alto: 4 • Medio: 3 • Bajo: 2 • Muy bajo: 1
Costos de implementación	Se refiere a la estimación de costos que generaría la implementación de la recomendación. Mientras más costosa sería la implementación de la recomendación, el puntaje que se asigna es menor; y viceversa.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto: 5 • Alto: 4 • Medio: 3 • Bajo: 2 • Muy bajo: 1

Se promediaron los puntajes asignados por cada criterio, se sumaron, y se adicionó el puntaje correspondiente, en función al tipo de enunciado:

Tipo de enunciado	Se refiere al tipo de recomendación según lo explicitado en la GPC.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de Tecnología Sanitaria: 5 • Recomendación fuerte: 4 • Recomendación condicional: 3 • Buena práctica clínica: 2
--------------------------	---	---

Posterior a la valoración, se ordenaron las recomendaciones de mayor a menor puntaje, identificándose las recomendaciones trazadoras, las cuales están resaltadas en color celeste:

Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
	Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
Pregunta 4.1: En menores de 18 años con diagnóstico de CIV perimembranosa con indicación de cierre, sugerimos brindar el cierre percutáneo, según criterios de elegibilidad, en lugar de cierre quirúrgico. <i>Consideración:</i> Los criterios de elegibilidad para el cierre percutáneo de pacientes menores de 18 años con CIV perimembranoso son los siguientes: Cumplir con ambos criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Peso > 10 kg 	4.8	4.4	3.2	3	15.4

Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total										
	Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación												
<ul style="list-style-type: none"> • Cortocircuito de izquierda a derecha Y con al menos uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Valor Qp/Qs > 1.5 • Cardiomegalia o dilatación de cavidades izquierdas • Ganancia ponderal inadecuada • Progresión de clase funcional según la clasificación de Ross • Infecciones respiratorias recurrentes • Antecedente de endocarditis infecciosa <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Clasificación modificada de Ross para ICC en niños</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Clase I</td> <td>Asintomático</td> </tr> <tr> <td>Clase II</td> <td>Ligera taquipnea o diaforesis a la alimentación en lactantes Disnea de esfuerzo en niños mayores</td> </tr> <tr> <td>Clase III</td> <td>Marcada taquipnea o diaforesis a la alimentación en lactantes Marcada disnea de esfuerzo Tiempo prolongado en la toma del biberón Retraso en el crecimiento</td> </tr> <tr> <td>Clase IV</td> <td>Taquipnea, aumento del trabajo respiratorio, gruñidos o diaforesis en reposo</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Ross RD, Bollinger RO, Pinsky WW. Grading the severity of congestive heart failure in infants. <i>Pediatr Cardiol.</i> 1992;13(2):72-5.</p> <p>Recomendación condicional a favor de la intervención. Certeza: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)</p>	Clasificación modificada de Ross para ICC en niños		Clase I	Asintomático	Clase II	Ligera taquipnea o diaforesis a la alimentación en lactantes Disnea de esfuerzo en niños mayores	Clase III	Marcada taquipnea o diaforesis a la alimentación en lactantes Marcada disnea de esfuerzo Tiempo prolongado en la toma del biberón Retraso en el crecimiento	Clase IV	Taquipnea, aumento del trabajo respiratorio, gruñidos o diaforesis en reposo					
Clasificación modificada de Ross para ICC en niños															
Clase I	Asintomático														
Clase II	Ligera taquipnea o diaforesis a la alimentación en lactantes Disnea de esfuerzo en niños mayores														
Clase III	Marcada taquipnea o diaforesis a la alimentación en lactantes Marcada disnea de esfuerzo Tiempo prolongado en la toma del biberón Retraso en el crecimiento														
Clase IV	Taquipnea, aumento del trabajo respiratorio, gruñidos o diaforesis en reposo														
<p>Pregunta 4.2: En pacientes menores de 18 años con diagnóstico de CIV muscular con indicación de cierre se puede elegir el cierre percutáneo, según criterios de elegibilidad, en lugar de cierre quirúrgico.</p> <p><i>Consideración:</i> Los criterios de elegibilidad para el cierre percutáneo en pacientes con CIV muscular son los siguientes: Cumplir con ambos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso > 8 kg • Cortocircuito de izquierda a derecha Y con al menos uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Valor Qp/Qs > 1.5 • Cardiomegalia o dilatación de cavidades izquierdas • Ganancia ponderal inadecuada • Progresión de clase funcional según la clasificación de Ross • Infecciones respiratorias recurrentes • Antecedente de endocarditis infecciosa BPC	4.8	4.4	3.2	2	14.4										
<p>Pregunta 3: En pacientes menores de 18 años con una CIV grande (tamaño mayor a 2/3 del tamaño del anillo aórtico) realizar el cierre del defecto en base a la evolución clínica y grado de hipertensión pulmonar, preferiblemente antes del año de vida.</p> BPC	4.8	4.4	3.0	2	14.2										
<p>Pregunta 3: En pacientes menores de 18 años con una CIV grande con insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento médico y/o ganancia ponderal inadecuada indicar el cierre del defecto a la brevedad.</p> <p><i>Consideración:</i> Se define como ganancia ponderal inadecuada a aquella en la que se vea una caída en el percentil peso/edad, peso/talla o talla/edad, según los patrones de referencia establecidos en el Documento Técnico Orientador: Control del</p>	4.8	4.4	3.0	2	14.2										

Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
	Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
<p>crecimiento y desarrollo del niño en el Seguro Social de Salud – EsSalud.</p> <p>BPC</p> <p>Pregunta 6: En pacientes menores de 18 años con CIV, hipertensión arterial pulmonar y una prueba de vasorreactividad pulmonar positiva, considerarlos como elegibles para el cierre del defecto si adicionalmente cumplen con las siguientes condiciones: - Saturación de oxígeno > 95% - Qp/Qs > 1.5 - Clínica de insuficiencia cardíaca - Cortocircuito de izquierda a derecha - RVP < 8UW/m² De no cumplir con las condiciones para indicación de cierre del defecto, considerar como si hubiese sido una prueba de vasorreactividad pulmonar negativa y continuar manejo según indicaciones de la GPC.</p> <p><i>Consideración:</i> Se define que una prueba de vasorreactividad pulmonar en pacientes con CIV menores de 18 años es positiva si la RVP disminuye a menos de 6UW/m² y la relación RVP/RVS es menor a 0.3.</p> <p>BPC</p>	4.6	4.4	3.0	2	14.0
<p>Pregunta 1: En pacientes menores de 18 años con CIV pequeña (tamaño menor a 1/3 del tamaño del anillo aórtico), considerar el cierre del defecto cuando el paciente presente cualquiera de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endocarditis infecciosa activa o antecedente de endocarditis infecciosa • Prolapso de velo aórtico con regurgitación progresiva • CIV asociada a otra patología cardíaca que requiera intervención quirúrgica • CIV de salida (supracristal, subpulmonar o doblemente relacionado) • Valor de Qp/Qs > 1.5, repercusión hemodinámica, cardiomegalia en radiografía de tórax o clínica de ICC <p><i>Consideración:</i> En pacientes menores de 18 años con CIV pequeña, realizar reevaluaciones que busquen la presencia de indicaciones de cierre del defecto e incluyan una evaluación ecocardiográfica, según el siguiente detalle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A las 3 a 4 semanas de edad • A los 6 meses de edad • A los 12 meses de edad • Posteriormente, cada 2 años <p>BPC</p>	4.6	4.2	3.2	2	14.0
<p>Pregunta 2: En pacientes con una CIV moderada (tamaño entre 1/3 a 2/3 del tamaño del anillo aórtico), considerar las siguientes indicaciones para cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de síntomas a pesar de un tratamiento médico adecuado • Aumento de la presión pulmonar o signos indirectos de aumento de la presión pulmonar (considerar para este caso un cierre preferiblemente dentro del primer año de vida) • Defectos sub pulmonares y membranosos, con prolapso de válvula aórtica y regurgitación aórtica asociada • Repercusión hemodinámica (Qp/Qs>2, dilatación de cavidades cardíacas, cardiomegalia en radiografía de tórax y/o signos de ICC) • CIV asociado a otra patología cardíaca que requiera intervención quirúrgica 	4.6	4.0	3.4	2	14.0

Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
	Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
<p><i>Consideración:</i> En pacientes menores de 18 años con CIV moderada, la reevaluación por Cardiología debe realizarse al menos tres veces durante el primer año de vida, buscando indicios para cierre.</p> <p>BPC</p>					
<p>Pregunta 5: En pacientes menores de 18 años con CIV y sospecha de HTP por ecocardiografía, radiografía y/o EKG, realizar cateterismo cardíaco para obtener la RVP cuando se cumpla con alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qp/Qs <1.5 • Sat Oxígeno <95% • Cortocircuito bidireccional • Edad > 2 años • Presencia de síndrome genético • Incompatibilidad de signos de ICC con relación al tamaño de la CIV. <p>De lo contrario, considerar el cierre del defecto de acuerdo con lo establecido en la presente GPC.</p> <p>BPC</p>	4.8	4.2	2.8	2	13.8
<p>Pregunta 7: En pacientes menores de 18 años con CIV e hipertensión arterial pulmonar con una primera prueba de vasorreactividad pulmonar negativa, considerar realizar una segunda prueba de vasorreactividad pulmonar luego de un tratamiento previo con vasodilatadores pulmonares durante 6 meses.</p> <p><i>Consideración:</i> En pacientes menores de 18 años con CIV, hipertensión arterial pulmonar y con una segunda prueba de vasorreactividad pulmonar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativa: considerarlos no elegibles para cierre del defecto. • Positiva: Se les puede considerar como elegibles para cierre parcial o total del defecto (esta cirugía debe considerarse de alto riesgo) si presentan adicionalmente otras condiciones como: <ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oxígeno > 95% • Qp/Qs > 1.5 • Clínica de insuficiencia cardíaca • Cortocircuito de izquierda a derecha • RVP < 8UW/m² <p>BPC</p>	4.6	4.2	2.4	2	13.2