

Anexo N° 5: 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:

Criterios	Definición operacional	Valoración y ponderación
Impacto clínico en el paciente	<p>Se refiere a las consecuencias de la implementación de la recomendación sobre los problemas de salud del paciente.</p> <p><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></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Muy alto: 5 ● Alto: 4 ● Medio: 3 ● Bajo: 2 ● Muy bajo: 1
Impacto en el proceso de atención	<p>Se refiere a qué tanto va a impactar la implementación de la recomendación en la atención del paciente.</p> <p><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></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Muy alto: 5 ● Alto: 4 ● Medio: 3 ● Bajo: 2 ● Muy bajo: 1
Costos de implementación	<p>Se refiere a la estimación de costos que generaría la implementación de la recomendación.</p> <p>Mientras más costosa sería la implementación de la recomendación, el puntaje que se asigna es menor; y viceversa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Muy bajo costo: 5 ● Bajo costo: 4 ● Medio: 3 ● Alto costo: 2 ● Muy alto costo: 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	<p>Se refiere al tipo de recomendación según lo explicitado en la GPC.</p>	<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	Puntaje promedio			Tipo de enunciado	Total
	Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
<p>Pregunta 8: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, recomendamos brindar estatinas.</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los objetivos del tratamiento son LDL colesterol (c-LDL) en ayunas < 1,4 mmol/l (< 55 mg/dl) o una reducción del c-LDL en ayunas en al menos un 50% desde el valor inicial a los 3 meses de tratamiento. <p>Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p>	5.0	4.0	4.0	4.0	17.0
<p>Pregunta 3: En pacientes con síndrome coronario crónico, sugerimos brindar tratamiento médico óptimo, y decidir agregar o no la revascularización para alivio de síntomas según el estado funcional del paciente, comorbilidades y experiencia del equipo quirúrgico o intervencionista.</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> El tratamiento médico óptimo consiste en el conjunto de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a controlar los síntomas, prevenir eventos isquémicos coronarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Incluye al menos dos fármacos antianginosos de acción prolongada (como un betabloqueador, un bloqueador de canales del calcio o nitratos de liberación prolongada), además de un antiagregante plaquetario y estatinas en la dosis máxima tolerada. Las opciones disponibles de los fármacos en EsSalud se detallan en la Tabla N° 2. Considerar la revascularización en los pacientes cuyos síntomas no se controlan satisfactoriamente con el tratamiento médico óptimo. <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p>	4.8	4.4	3.8	3.0	16.0
<p>Pregunta 5: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, sugerimos iniciar el tratamiento con un betabloqueador o un bloqueador de canales de calcio, teniendo en cuenta las comorbilidades, contraindicaciones, y preferencias del paciente.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p> <p>(BPC) En paciente que no toleren ni betabloqueadores ni bloqueadores de canales de calcio, ofrezca nitratos de acción prolongada.</p>	4.8	4.2	4.0	3.0	16.0
<p>Pregunta 6: En pacientes con síndrome coronario crónico sugerimos usar dosis bajas de ácido acetilsalicílico (75 a 100 mg/día), teniendo en cuenta el riesgo de sangrado y comorbilidades del paciente.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p> <p>(BPC) En pacientes con síndrome coronario crónico que no toleren el ácido acetilsalicílico, prescriba clopidogrel 75mg por día.</p>	4.4	3.8	4.6	3.0	15.8
<p>Pregunta 3: En pacientes con síndrome coronario crónico con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida ($\leq 35\%$), recomendamos brindar revascularización coronaria acompañada con tratamiento médico óptimo conforme a los lineamientos establecidos para esta patología para reducir mortalidad y revascularización repetida.</p> <p>Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: Moderada (⊕⊕⊕⊖)</p>	4.6	4.4	2.2	4.0	15.2

Enunciados	Puntaje promedio			Tipo de enunciado	Total
	Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
<p>Pregunta 10 (*): En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo, sugerimos brindar CABG en lugar de ICP para reducir eventos de revascularización repetida e infarto de miocardio. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)</p> <p>(BPC) En pacientes con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo y/o multivaso, considere los siguientes escenarios para elegir ICP en lugar del CABG previa evaluación del equipo cardíaco (un cirujano cardiovascular, un cardiólogo intervencionista y un cardiólogo clínico):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada, fragilidad, expectativa de vida reducida. • Comorbilidad severa. • Alto riesgo quirúrgico estimado con el STS-PROM. <p>(BPC) Considerar la ICP en lugar de la CABG como una opción en pacientes con lesión localizada en el ostium o en el segmento medio del tronco coronario izquierdo, cuando las características anatómicas permitan un abordaje técnicamente favorable.</p>	4.6	4.2	2.4	3.0	14.2
<p>Pregunta 10 (*): En pacientes con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida ($\leq 35\%$), sugerimos preferir CABG sobre ICP, tras una evaluación minuciosa, idealmente realizada por un equipo cardíaco multidisciplinario, que considere las características clínicas y anatómicas del paciente, así como sus preferencias y perspectivas. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)</p>	4.2	4.0	2.0	3.0	13.2
<p>Pregunta 3: En pacientes con síndrome coronario crónico de alto riesgo, sugerimos brindar revascularización acompañada con tratamiento médico óptimo para disminuir la persistencia de angina. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente clasificado como de alto riesgo de acuerdo con los criterios descritos en la Tabla N° 1. 	4.6	4.2	2.4	3.0	14.2
<p>Pregunta 5: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico cuyos síntomas anginosos no se controlen con un betabloqueador, sugerimos añadir un bloqueador de canales de calcio en lugar de un nitrato de acción prolongada. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al combinar un betabloqueador con un bloqueador de canales de calcio, use un dihidropiridínico (nifedipino de liberación prolongada o amlodipino). 	3.8	3.4	4.0	3.0	14.2
<p>Pregunta 7: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con hipertensión y/o diabetes, sugerimos brindar un IECA. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El objetivo del tratamiento en los hipertensos es lograr valores de presión arterial sistólica de <130 mmHg siempre que el tratamiento antihipertensivo es bien tolerado. <p>(BPC) En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con</p>	3.8	3.0	4.2	3.0	14.0

Enunciados	Puntaje promedio			Tipo de enunciado	Total
	Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
hipertensión y/o diabetes y no toleran los IECA, brinde un ARA-II considerando las características del paciente.					
Pregunta 10: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, diabetes y enfermedad multivaso, sugerimos brindar CABG en lugar de ICP. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)	4.6	4.2	2.0	3.0	13.8
Pregunta 10: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX severo (≥ 33 puntos), sugerimos brindar CABG en lugar de ICP. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊕⊕)	4.6	4.2	2.0	3.0	13.8
Pregunta 4: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, sugerimos brindar nitratos de acción corta para el alivio inmediato de la angina y antes de realizar ejercicio físico. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊕⊕)	3.2	3.2	4.4	3.0	13.8
Pregunta 2: En pacientes con síndrome coronario crónico, determinar la estratificación del riesgo: riesgo bajo (<1%), riesgo intermedio (1-3%) y alto riesgo (>3%) de muerte o infarto de miocardio, considerando la información disponible individualizada de cada paciente y el resultado validado de alguna de las siguientes pruebas funcionales y/o anatómicas no invasivas según la experiencia y la disponibilidad de uso local: <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de esfuerzo con electrocardiograma (ECG). • Ecocardiografía por estrés. • Perfusión miocárdica mediante la tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT). • Resonancia magnética cardíaca de estrés. • Angiotomografía coronaria. (BPC) Considere determinar la estratificación del alto riesgo de muerte o infarto de miocardio por pruebas funcionales o anatómicas no invasivas según los criterios de la Tabla N° 1.	4.6	4.2	2.6	2.0	13.4
Pregunta 10: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX leve (≤ 22 puntos), sugerimos brindar ICP en lugar de CABG. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊕⊕)	4.0	3.8	2.6	3.0	13.4
Pregunta 10: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad monovaso de la arteria descendente anterior proximal, sugerimos brindar ICP en lugar de CABG. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)	3.8	3.8	2.6	3.0	13.2
Pregunta 10: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX moderado (23-32 puntos), sugerimos brindar CABG en lugar de ICP para reducir eventos de revascularización repetida e infarto de miocardio. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊕⊕)	4.0	3.6	2.2	3.0	12.8
Pregunta 9: En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, sugerimos no brindar las cápsulas de aceite de pescado (suplementación de omega 3). Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊕⊕)	2.2	1.6	4.4	3.0	11.2

(*): Se incorporó como recomendación trazadora tras la validación realizada con el Líder de la guía – Especialista Clínico