

**Pregunta 10. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con indicación de revascularización ¿se debería brindar intervención coronaria percutánea (ICP) o cirugía de bypass aorto coronario (CABG)?**

**Introducción**

La revascularización comprende dos técnicas: la intervención coronaria percutánea (ICP) y la cirugía de bypass aorto coronario (CABG). La ICP es una técnica de revascularización menos invasiva en comparación del CABG, que ha venido evolucionando durante los últimos años (actualmente se utiliza los stent liberadores de fármacos en lugar de los stent metálicos), y tiene como objetivo terapéutico la colocación de un stent en las arterias coronarias ocluidas o lesionadas, previo estudio de la anatomía del árbol coronario (110). Por otro lado, la CABG es un procedimiento quirúrgico que desvía el flujo sanguíneo alrededor de la arteria bloqueada con la creación una nueva vía hacia el corazón que mejora el flujo sanguíneo hacia el músculo cardiaco (111). Tanto ICP como CABG en el tratamiento del síndrome coronario crónico tienen como objetivo aliviar los síntomas de los pacientes con síndrome coronario crónico que no han respondido al tratamiento médico.

La elección entre la IPC y la CABG depende de múltiples factores, como la extensión de la enfermedad coronaria, el perfil de riesgo del paciente y características anatómicas específicas (112). Diversos escenarios clínicos requieren atención al momento de decidir la estrategia de revascularización en adultos con síndrome coronario crónico ya que podría existir variabilidad en los resultados de cada estrategia de revascularización según los subgrupos de pacientes.

**Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
10.1	Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad monovaso de descendente anterior proximal	Intervención coronaria percutánea / Cirugía de bypass coronario	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul> <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revascularización repetida</li> </ul>
10.2	Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo no protegido	Intervención coronaria percutánea / Cirugía de bypass coronario	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul> <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revascularización repetida</li> </ul>

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
10.3	Adultos con síndrome coronario crónico, diabéticos y con enfermedad multivaso	Intervención coronaria percutánea / Cirugía de bypass coronario	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul> <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revascularización repetida</li> </ul>
10.4	Adultos con síndrome coronario crónico con enfermedad multivaso con score SYNTAX leve, moderado o severo	Intervención coronaria percutánea / Cirugía de bypass coronario	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul> <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revascularización repetida</li> </ul>
10.5	Adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular reducida	Intervención coronaria percutánea / Cirugía de bypass coronario	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul> <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revascularización repetida</li> </ul>

### Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se realizó la actualización de la evidencia para las PICO 1, 2, 3, 4 mediante la búsqueda de RS publicadas desde el 2017. Al no encontrarse ninguna RS para la PICO 4, se realizó una actualización de búsqueda de ECA publicadas desde el 2017 (**Anexo N° 2**).

Para la PICO 5, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido publicadas en los últimos 5 años (desde 2019 en adelante). Al no encontrarse ninguna RS, se realizó una búsqueda de *novo* de ECA (**Anexo N° 2**).

Se encontraron 11 RS publicadas como artículos científicos: Zhang 2023 (12), Hennessy 2023 (13), Gallo 2022 (14), D'Ascenzo 2021 (15), Akintoye 2021 (16), Cui 2018 (17), Sá 2017 (18), Qian

2017 (19), Gao 2017 (20), Xie 2021 (21) y Zhai 2019 (22). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
<b>PICO N° 10.1</b>			
Zhang 2023	7/10	2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (2 ECA)</li> <li>• Mortalidad cardiaca (1 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (2 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (2 ECA)</li> </ul>
<b>PICO N° 10.2</b>			
Hennessy 2023	8/10	Agosto 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (5 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (6 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (6 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (5 ECA)</li> </ul>
Gallo 2022	9/10	Enero 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (5 ECA)</li> <li>• Mortalidad cardiaca (4 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (5 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (5 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (4 ECA)</li> </ul>
D'Ascenzo 2021	7/10	2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (4 ECA)</li> <li>• Mortalidad cardiaca (4 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (4 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (4 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (4 ECA)</li> </ul>
Akintoye 2021	5/10	Octubre 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (4 ECA)</li> <li>• Mortalidad cardiaca (4 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (4 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (4 ECA)</li> </ul>
Cui 2018	6/10	Diciembre 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (4 ECA)</li> <li>• Mortalidad cardiaca (4 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (4 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (4 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (4 ECA)</li> </ul>
Sá 2017	8/10	Diciembre 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (5 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (5 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (5 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (5 ECA)</li> </ul>
Qjan 2017	6/10	Octubre 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (5 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (5 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (4 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (5 ECA)</li> </ul>
Gao 2017	6/10	Diciembre 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (4 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (4 ECA)</li> </ul>

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revascularización repetida (4 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (3 ECA)</li> </ul>
<b>PICO N° 10.3</b>			
Xie 2021	6/10	Setiembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (5 ECA)</li> <li>• Mortalidad cardiaca (4 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (5 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (5 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (5 ECA)</li> </ul>
Zhai 2019	7/10	Abril 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas (6 ECA)</li> <li>• Mortalidad cardiaca (4 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (5 ECA)</li> <li>• Revascularización repetida (5 ECA)</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular (6 ECA)</li> </ul>
<b>PICO N° 10.4:</b> No se encontraron RS para esta PICO.			
<b>PICO N° 10.5:</b> No se encontraron RS para esta PICO.			

\*El puntaje del AMSTAR-2 modificado se detalla en el **Anexo N° 3**

Se decidió realizar una búsqueda de ECA para la PICO 4 y 5. En esta búsqueda, se encontraron 2 ECA:

ECA	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por el estudio	Riesgo de sesgo*						
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
<b>PICO N° 10.4</b>								
Thuijs 2019 SYNTAX	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> </ul>	+	+	-	-	+	+	+
<b>PICO N° 10.5</b>								
Thuijs 2020 EXCEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiaca</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Revascularización repetida</li> </ul>	+	-	-	-	+	+	+

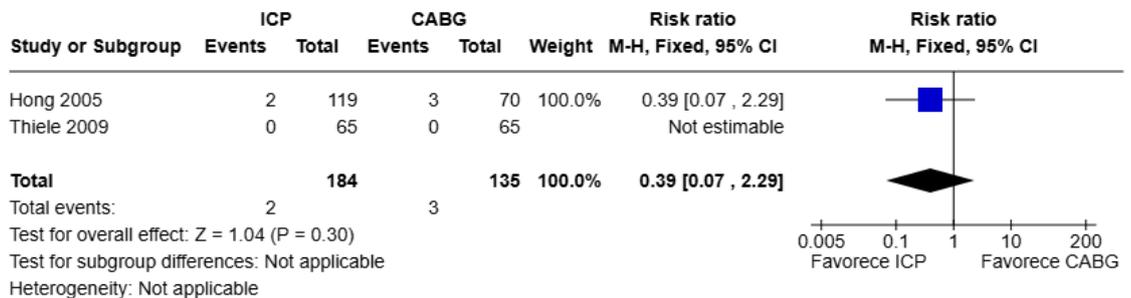
\*El riesgo de sesgo de cada estudio se detalla en el **Anexo N° 3**

### Evidencia por cada desenlace:

PICO 10.1: Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad monovaso de descendente anterior proximal

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad por todas las causas:
  - Para este desenlace se contó con la RS de Zhang 2023 (12) que realizó un MA de 2 ECA (n=319). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con estenosis aislada (>50%) de la arteria descendente anterior proximal.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la cirugía mínimamente invasiva de revascularización coronaria directa (MIDCAB) con injerto de arteria mamaria interna izquierda (LIMA)
    - **El comparador** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents o paclitaxel-elutin stents).
    - **El desenlace** de mortalidad por todas las causas fue definido como el número de muertes por cualquier causa.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Zhang 2023 debido a que su búsqueda fue reciente (2022). Sin embargo, sí consideró necesario metanalizar los ensayos clínicos aleatorizados por separado: Thiele 2009 (113), Blazek 2015 (114) que son 2 publicaciones de un mismo ECA (resultados al año y 7 años de seguimiento, respectivamente), y Hong 2005 (115), cuyos resultados se presentan a continuación:

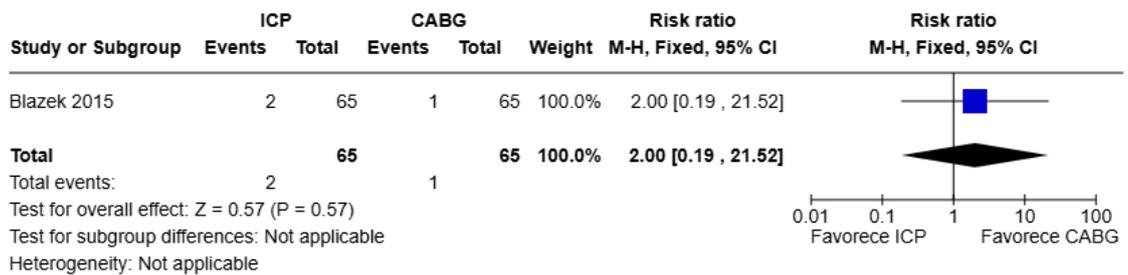


- Periodo de seguimiento de 7 años:

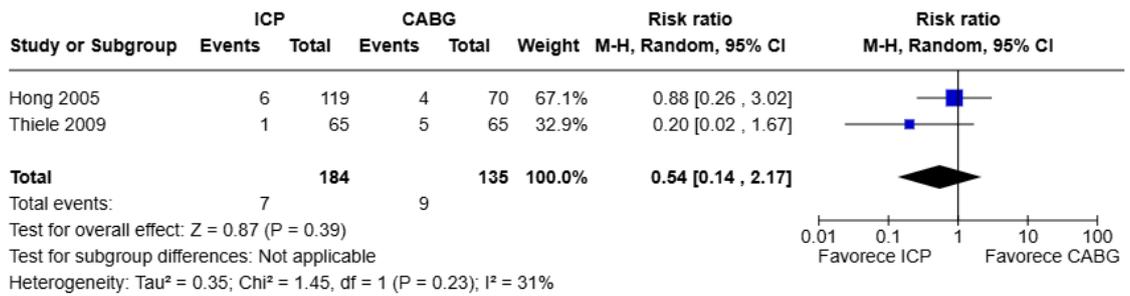


- Mortalidad cardiaca:
  - Para este desenlace se contó con la RS de Zhang 2023 (12) que realizó un MA de 1 ECA (n=130). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con estenosis aislada (>50%) de la arteria descendente anterior proximal.

- **El escenario clínico** fue hospitalario.
- **La intervención** fue la cirugía mínimamente invasiva de revascularización coronaria directa (MIDCAB) con injerto de arteria mamaria interna izquierda (LIMA)
- **El comparador** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents o paclitaxel-eluting stents).
- **El desenlace** de mortalidad cardiaca fue definido como el número de muertes por causa cardiovascular.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Zhang 2023 debido a que su búsqueda fue reciente (2022). Sin embargo, sí consideró necesario separar el resultado del ECA Blazek 2015 que se presenta a continuación:
  - Periodo de seguimiento de 7 años:



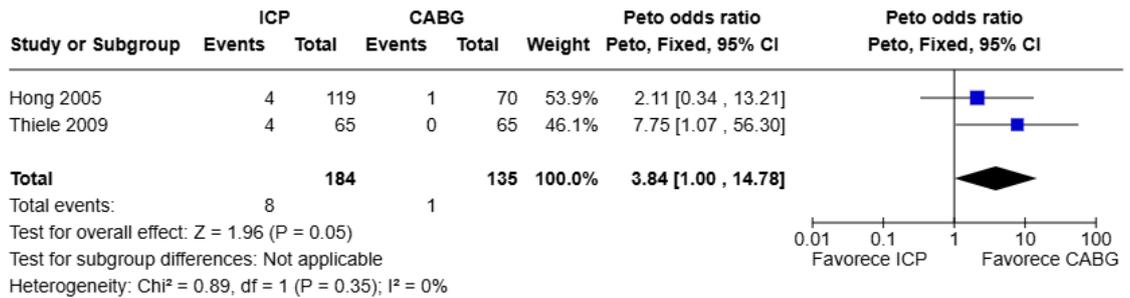
- Infarto de miocardio:
  - Para este desenlace se contó con la RS de Zhang 2023 (12) que realizó un MA de 2 ECA (n=319). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con estenosis aislada (>50%) de la arteria descendente anterior proximal.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la cirugía mínimamente invasiva de revascularización coronaria directa (MIDCAB) con injerto de arteria mamaria interna izquierda (LIMA)
    - **El comparador** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents o paclitaxel-eluting stents).
    - **El desenlace** de infarto de miocardio fue definido según características clínicas que incluyen hallazgos electrocardiográficos (ECG) y valores elevados de marcadores bioquímicos de necrosis miocárdica (creatininasa 3 veces el límite superior de la normalidad después de la colocación de un stent y 5 veces después de la cirugía).
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Zhang 2023 debido a que su búsqueda fue reciente (2022). Sin embargo, sí consideró necesario metanalizar los ensayos clínicos aleatorizados por separado: Thiele 2009 (113), Blazek 2015 (114) que son 2 publicaciones de un mismo ECA (resultados al año y 7 años de seguimiento, respectivamente), y Hong 2005 (115), cuyos resultados se presentan a continuación:
    - Periodo de seguimiento de 1 año:



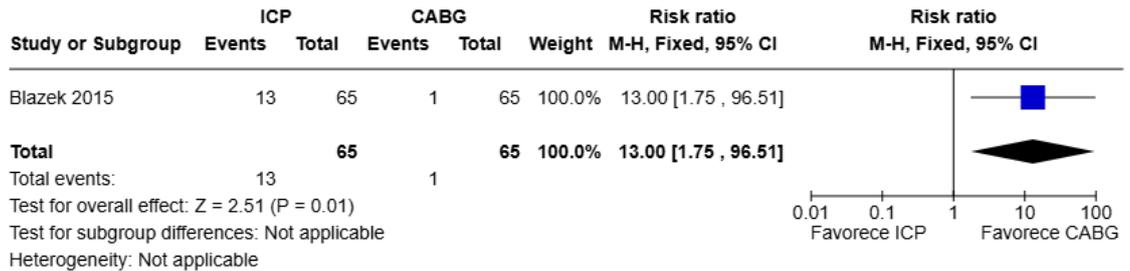
- Periodo de seguimiento de 7 años:



- Revascularización repetida:
  - Para este desenlace se contó con la RS de Zhang 2023 (12) que realizó un MA de 2 ECA (n=319). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con estenosis aislada (>50%) de la arteria descendente anterior proximal.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la cirugía mínimamente invasiva de revascularización coronaria directa (MIDCAB) con injerto de arteria mamaria interna izquierda (LIMA)
    - **El comparador** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents o paclitaxel-eluting stents).
    - **El desenlace** de revascularización repetida fue definido como la revascularización de la arteria descendente anterior proximal mediante cirugía o intervención coronaria percutánea dentro del periodo de seguimiento.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Zhang 2023 debido a que su búsqueda fue reciente (2022). Sin embargo, sí consideró necesario metanalizar los ensayos clínicos aleatorizados por separado: Thiele 2009 (113), Blazek 2015 (114) que son 2 publicaciones de un mismo ECA (resultados al año y 7 años de seguimiento, respectivamente), y Hong 2005 (115), cuyos resultados se presentan a continuación:
    - Periodo de seguimiento de 1 año:



- Periodo de seguimiento de 7 años:



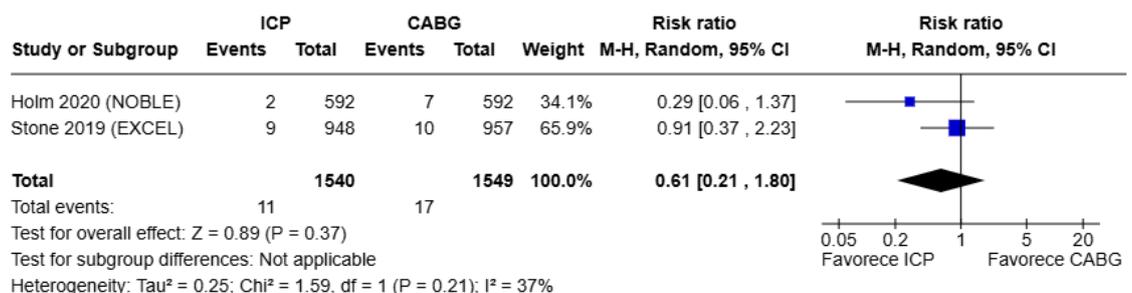
- Enfermedad cerebrovascular:
  - Ninguna RS incluyó este desenlace.

PICO 10.2: Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo no protegido

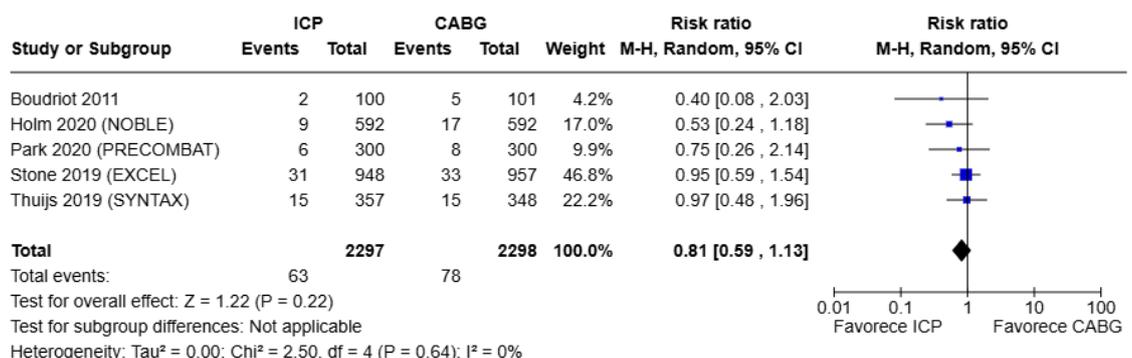
- Mortalidad por todas las causas:
  - Para este desenlace se contó con ocho RS: Hennessy 2023, Gallo 2022, D’Ascenzo 2021, Akintoye 2021, Cui 2018, Sá 2017, Qian 2017, y Gao 2017.
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Gallo 2022 (14) (para los periodos de seguimiento a los 30 días, al año, y a los 5 años) y la RS de Hennessy 2023 (13) (a los 10 años) debido a que fue la de mayor calidad y la que realizó su búsqueda más recientemente, respectivamente.
  - Para este desenlace, la RS de Gallo 2022 realizó tres MA: a los 30 días (2 ECA, n=3089), al año (5 ECA, n= 4595), y a los 5 años (4 ECA, n=4394). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de arteria coronaria en el tronco coronario izquierdo no protegido (estenosis ≥ 50%)
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, everolimus-eluting stents, biolimus-elutings stents, o paclitaxel-elutin stents).
    - **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria.

- **El desenlace** de mortalidad por todas las causas fue definido como el número de muertes por cualquier causa durante el periodo de seguimiento.
- Para este desenlace, la RS de Hennessy 2023 realizó un MA: a los 10 años (3 ECA, n=1410). El GEG consideró necesario metanalizar los ECA que hayan evaluado stent liberador de fármacos por separado: PRECOMBAT 2020 (116) y SYNTAX 2019 (23) (2 ECA, n= 1305) debido a que, en la práctica médica actual, los stents metálicos ya no se utilizan. Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de arteria coronaria en el tronco coronario izquierdo no protegido (estenosis > 50%), angina estable, angina inestable, isquemia silente o infarto de miocardio sin elevación del segmento ST.
  - **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents o paclitaxel-eluting stents)
  - **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria (la mayoría a través de la arteria mamaria interna).
  - **El desenlace** de mortalidad por todas las causas fue definido como el número de muertes por cualquier causa durante el periodo de seguimiento.
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Gallo 2022 ni de Hennessy 2023 debido a que sus búsquedas fueron recientes (enero 2020 y agosto 2022). Sin embargo, sí se consideró necesario reportar los resultados en riesgos relativos (RR) en lugar de los odds ratio (OR) presentados ya que es más fácil de aplicar en el contexto clínico y menos susceptible a malinterpretaciones (sobreestimación o sub-estimación). Los resultados se presentan a continuación:

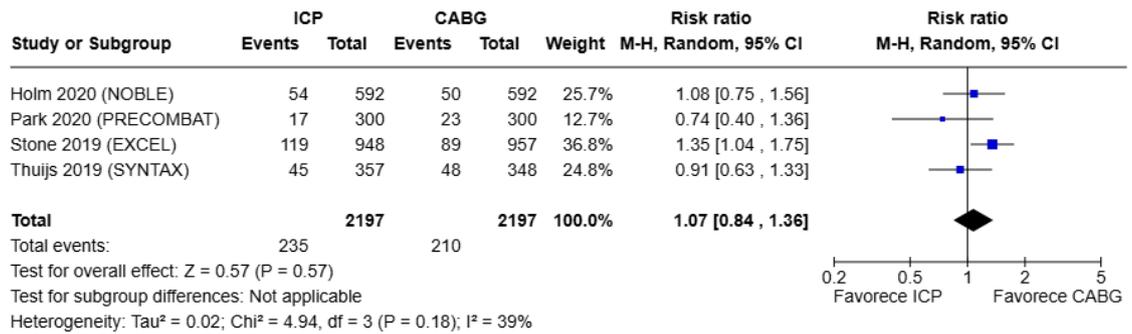
- Periodo de seguimiento de 30 días:



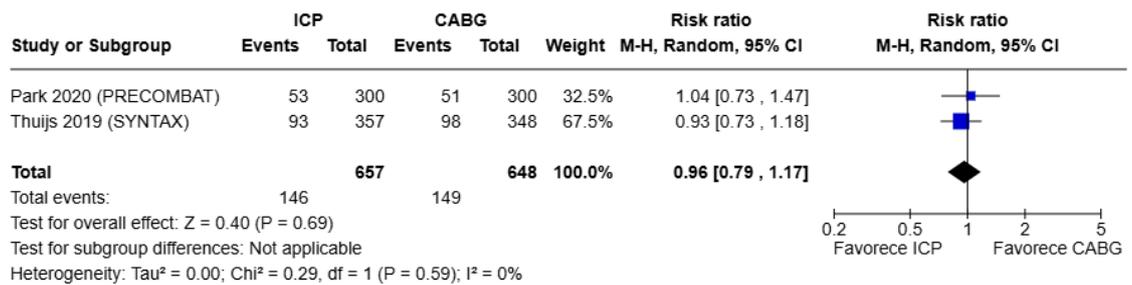
- Periodo de seguimiento de 1 año:



▪ Periodo de seguimiento de 5 años:



▪ Periodo de seguimiento de 10 años:

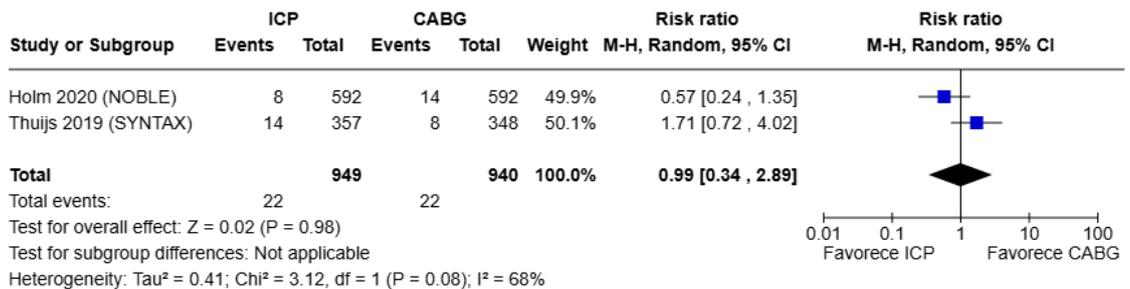


• Mortalidad cardiaca:

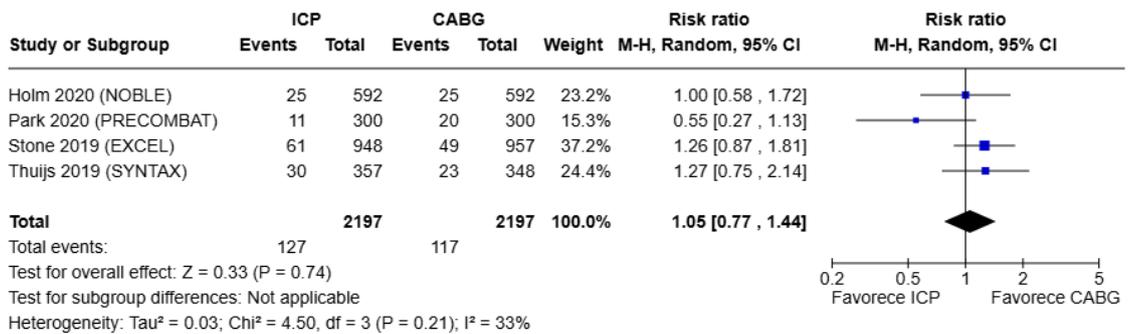
- Para este desenlace se contó con cuatro RS: Gallo 2022, D'Ascenzo 2021, Akintoye 2021, Cui 2018.
- Se decidió tomar como referencia la RS de Gallo 2022 (14) debido a que fue la de mayor calidad.
- Para este desenlace, la RS de Gallo 2022 realizó tres MA: a los 30 días (1 ECA,  $n=1184$ ), al año (2 ECA,  $n= 1889$ ), y a los 5 años (4 ECA,  $n=4394$ ). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de arteria coronaria en el tronco coronario izquierdo no protegido (estenosis  $\geq 50\%$ )
  - **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, everolimus-eluting stents, biolimus-eluting stents, o paclitaxel-eluting stents).
  - **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria.
  - **El desenlace** de mortalidad cardiaca fue definido como el número de muertes por causa cardiovascular durante el periodo de seguimiento.
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Gallo 2022 debido a que sus búsquedas fueron recientes (enero 2020). Sin embargo, sí se consideró necesario reportar los resultados en riesgos relativos (RR) en lugar de los odds ratio (OR) presentados ya que es más fácil de aplicar en el contexto clínico y menos susceptible a malinterpretaciones (sobre-estimación o sub-estimación). Los resultados se presentan a continuación:
  - Periodo de seguimiento de 30 días:



▪ Periodo de seguimiento de 1 año:



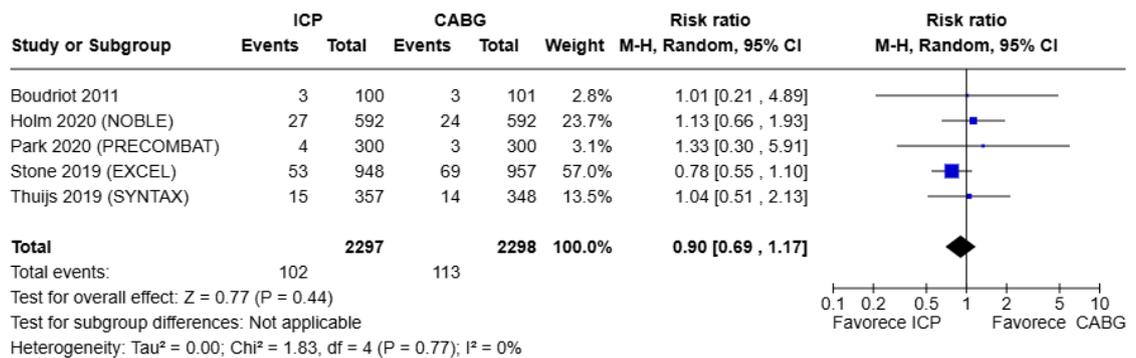
▪ Periodo de seguimiento de 5 años:



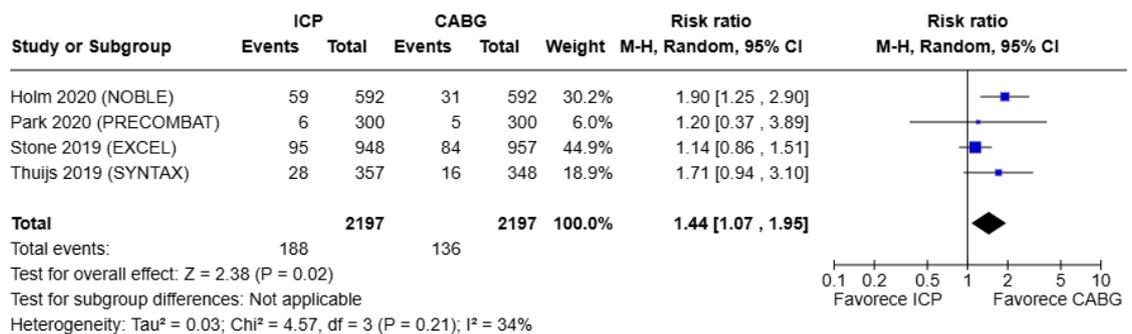
• Infarto de miocardio:

- Para este desenlace se contó con ocho RS: Hennessy 2023, Gallo 2022, D’Ascenzo 2021, Akintoye 2021, Cui 2018, Sá 2017, Qian 2017, y Gao 2017.
- Se decidió tomar como referencia la RS de Gallo 2022 (14) (para los periodos de seguimiento a los 30 días, al año, y a los 5 años) y la RS de Hennessy 2023 (13) (a los 10 años) debido a que fue la de mayor calidad y la que realizó su búsqueda más recientemente, respectivamente.
- Para este desenlace, la RS de Gallo 2022 realizó tres MA: a los 30 días (3 ECA, n=3290), al año (5 ECA, n= 4595), y a los 5 años (4 ECA, n=4394). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de arteria coronaria en el tronco coronario izquierdo no protegido (estenosis  $\geq 50\%$ )
  - **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, everolimus-eluting stents, biolimus-eluting stents, o paclitaxel-eluting stents).
  - **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria.

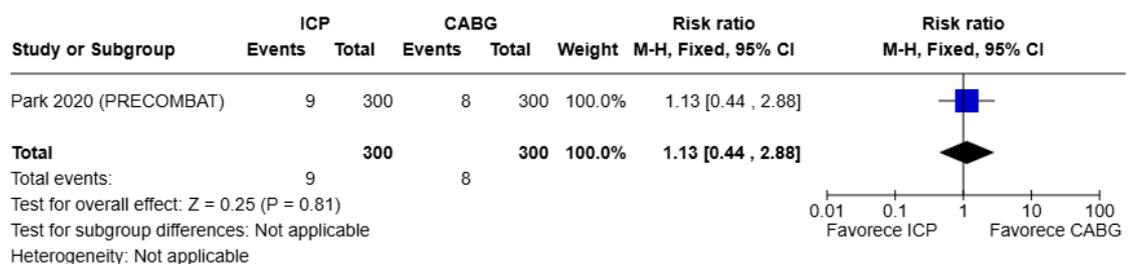




▪ Periodo de seguimiento de 5 años:



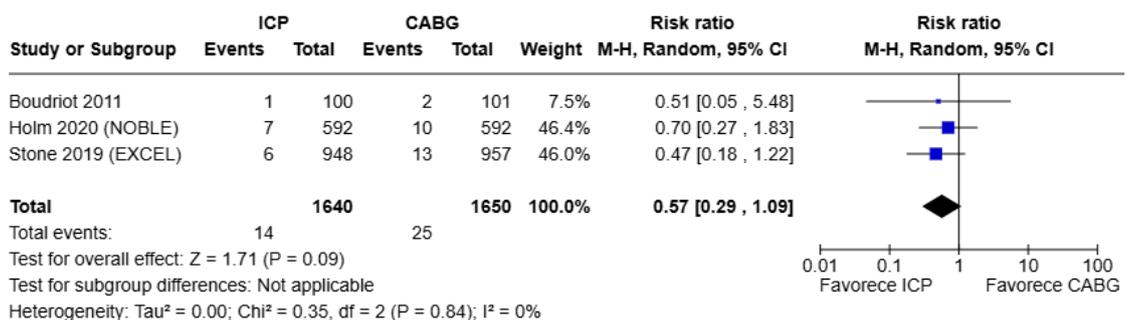
▪ Periodo de seguimiento de 10 años:



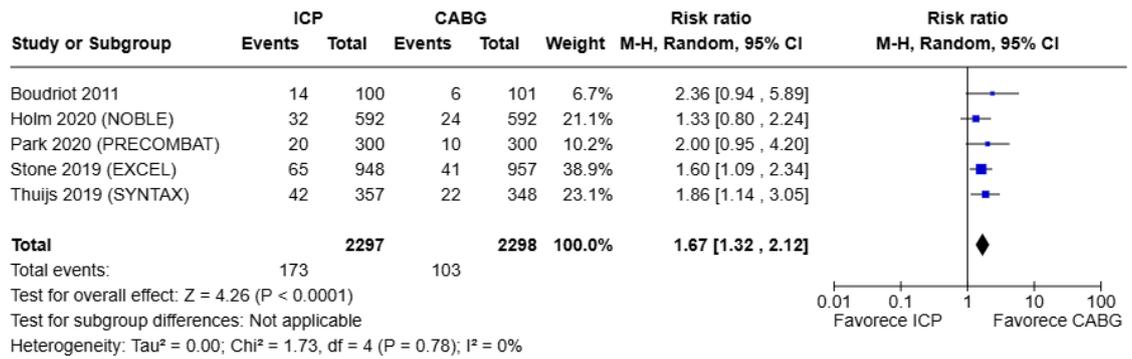
• Revascularización repetida:

- Para este desenlace se contó con siete RS: Hennessy 2023, Gallo 2022, D'Ascenzo 2021, Cui 2018, Sá 2017, Qian 2017, y Gao 2017.
- Se decidió tomar como referencia la RS de Gallo 2022 (14) (para los periodos de seguimiento a los 30 días, al año, y a los 5 años) y la RS de Hennessy 2023 (13) (a los 10 años) debido a que fue la de mayor calidad y la que realizó su búsqueda más recientemente, respectivamente.
- Para este desenlace, la RS de Gallo 2022 realizó tres MA: a los 30 días (3 ECA,  $n=3290$ ), al año (5 ECA,  $n=4595$ ), y a los 5 años (4 ECA,  $n=4394$ ). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de arteria coronaria en el tronco coronario izquierdo no protegido (estenosis  $\geq 50\%$ )
  - **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, everolimus-eluting stents, biolimus-eluting stents, o paclitaxel-eluting stents).

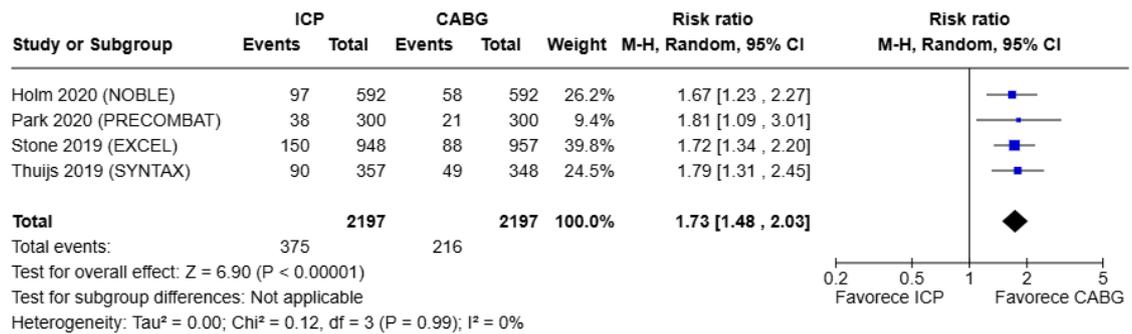
- **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria.
  - **El desenlace** de revascularización repetida fue definido como cualquier incidencia de revascularización repetida por cualquier método posterior a la intervención inicial.
- Para este desenlace, la RS de Hennessy 2023 realizó un MA: a los 10 años (2 ECA, n=704). El GEG consideró necesario metanalizar los ECA que hayan evaluado stent liberador de fármacos por separado: PRECOMBAT 2020 (116) (n= 600) debido a que, en la práctica médica actual, los stents metálicos ya no se utilizan. Estos tuvieron las siguientes características:
- **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de arteria coronaria en el tronco coronario izquierdo no protegido (estenosis > 50%), angina estable, angina inestable, isquemia silente o infarto de miocardio sin elevación del segmento ST.
  - **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents).
  - **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria (100% a través de la arteria mamaria interna).
  - **El desenlace** de revascularización repetida fue definido como cualquier incidencia de revascularización repetida por cualquier método posterior a la intervención inicial.
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Gallo 2022 ni de Hennessy 2023 debido a que sus búsquedas fueron recientes (enero 2020 y agosto 2022). Sin embargo, sí se consideró necesario reportar los resultados en riesgos relativos (RR) en lugar de los odds ratio (OR) presentados ya que es más fácil de aplicar en el contexto clínico y menos susceptible a malinterpretaciones (sobre-estimación o sub-estimación). Los resultados se presentan a continuación:



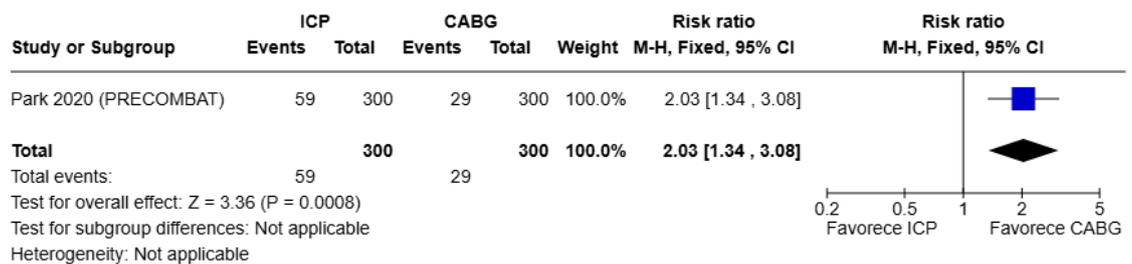
- Período de seguimiento de 1 año:



▪ Período de seguimiento de 5 años:



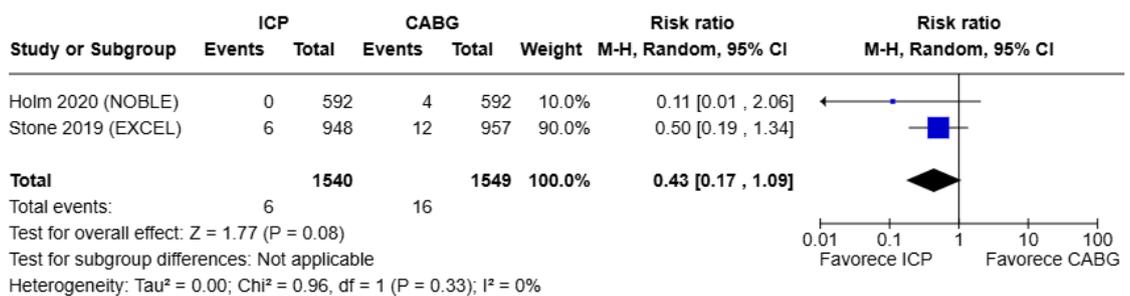
▪ Período de seguimiento de 10 años:



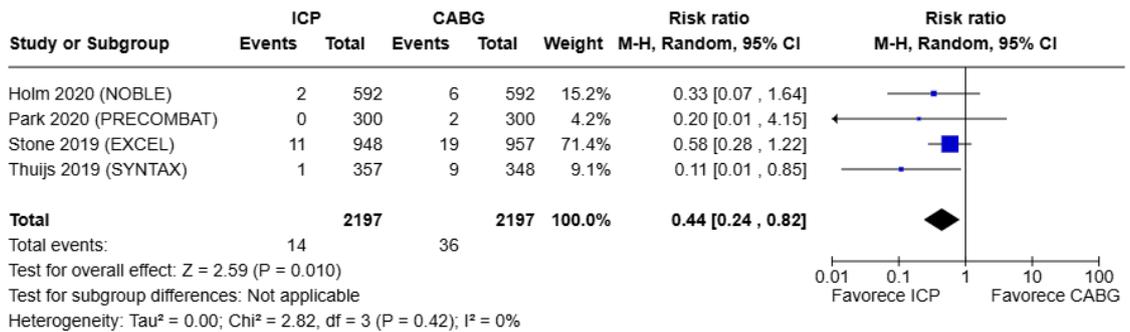
• Enfermedad cerebrovascular:

- Para este desenlace se contó con ocho RS: Hennessy 2023, Gallo 2022, D'Ascenzo 2021, Akintoye 2021, Cui 2018, Sá 2017, Qian 2017, y Gao 2017.
- Se decidió tomar como referencia la RS de Gallo 2022 (14) (para los periodos de seguimiento a los 30 días, al año, y a los 5 años) y la RS de Hennessy 2023 (13) (a los 10 años) debido a que fue la de mayor calidad y la que realizó su búsqueda más recientemente, respectivamente.
- Para este desenlace, la RS de Gallo 2022 realizó tres MA: a los 30 días (3 ECA,  $n=3289$ ), al año (5 ECA,  $n=4595$ ), y a los 5 años (4 ECA,  $n=4394$ ). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de arteria coronaria en el tronco coronario izquierdo no protegido (estenosis  $\geq 50\%$ )
  - **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, everolimus-eluting stents, biolimus-eluting stents, o paclitaxel-eluting stents).

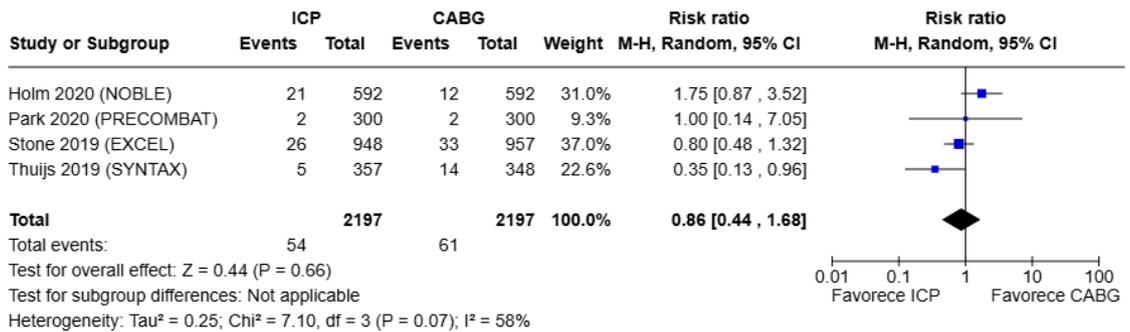
- **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria.
  - **El desenlace** de enfermedad cerebrovascular fue definido como cualquier evento cerebrovascular que cause deterioro neurológico por más de 24 horas en el periodo posterior a la intervención inicial.
- Para este desenlace, la RS de Hennessy 2023 realizó un MA: a los 10 años (2 ECA, n=705). El GEG consideró necesario metanalizar los ECA que hayan evaluado stent liberador de fármacos por separado: PRECOMBAT 2020 (116) (n= 600) debido a que, en la práctica médica actual, los stents metálicos ya no se utilizan. Estos tuvieron las siguientes características:
- **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de arteria coronaria en el tronco coronario izquierdo no protegido (estenosis > 50%), angina estable, angina inestable, isquemia silente o infarto de miocardio sin elevación del segmento ST.
  - **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents).
  - **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria (100% a través de la arteria mamaria interna).
  - **El desenlace** de enfermedad cerebrovascular fue definido como cualquier evento cerebrovascular que cause deterioro neurológico por más de 24 horas en el periodo posterior a la intervención inicial.
- El GEG no consideró necesario actualizar la RS de Gallo 2022 ni de Hennessy 2023 debido a que sus búsquedas fueron recientes (enero 2020 y agosto 2022). Sin embargo, sí se consideró necesario reportar los resultados en riesgos relativos (RR) en lugar de los odds ratio (OR) presentados ya que es más fácil de aplicar en el contexto clínico y menos susceptible a malinterpretaciones (sobre-estimación o sub-estimación). Los resultados se presentan a continuación:



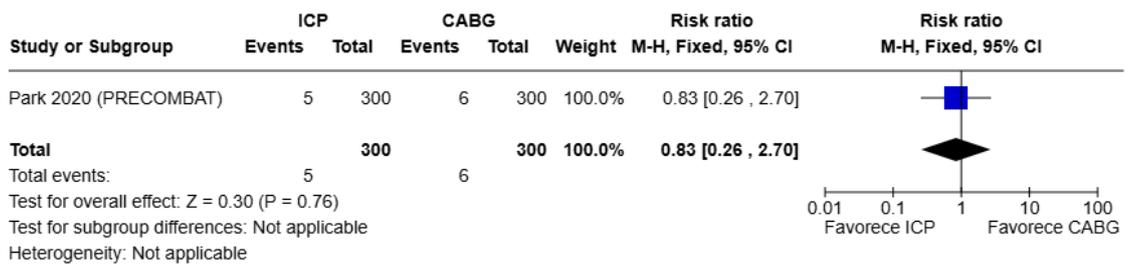
- Periodo de seguimiento de 1 año:



▪ **Periodo de seguimiento de 5 años:**



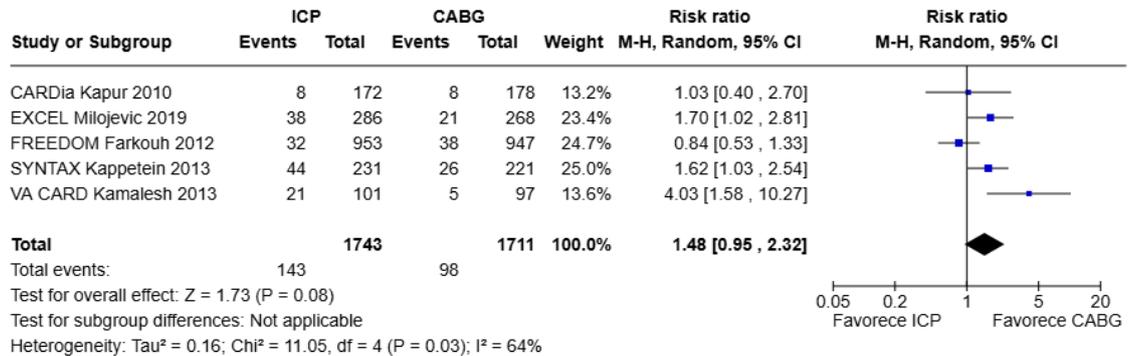
▪ **Periodo de seguimiento de 10 años:**



**PICO 10.3: Adultos con síndrome coronario crónico, diabéticos y con enfermedad multivaso**

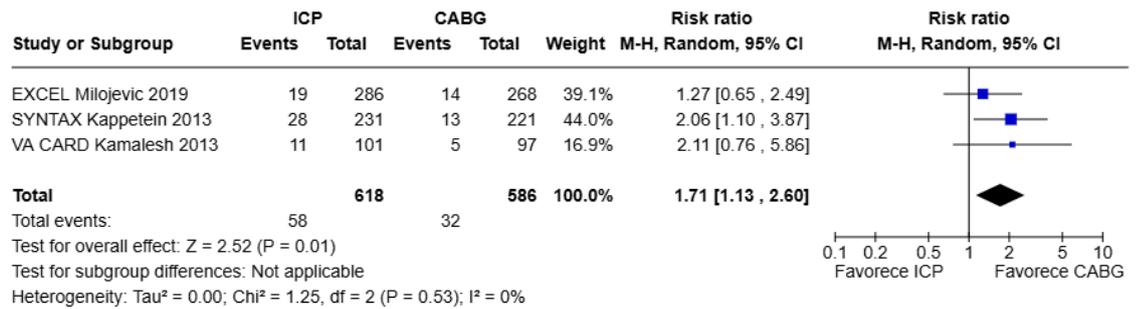
- **Mortalidad por todas las causas:**
  - Para este desenlace se contó con dos RS: Xie 2021 y Zhai 2019.
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Zhai 2019 (22) debido a que la de mayo calidad e incluyó la mayor cantidad de estudios.
  - Para este desenlace, la RS de Zhai 2019 realizó un MA de 6 ECA (n=5226). El GEG consideró necesario metanalizar los ECA que hayan evaluado a pacientes con enfermedad multivaso por separado: CARDia 2010 (117), EXCEL 2019 (118), FREEDOM 2012 (119), SYNTAX 2013 (120), VA CARD 2013 (121) (5 ECA, n= 3454). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con diabetes tipo 1 o 2 y diagnosticados con enfermedad multivaso.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, paclitaxel-eluting stents o everolimus-eluting stents).

- **El comparador** fue la cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria.
- **El desenlace** de mortalidad por todas las causas fue definido como el número de muertes por cualquier causa.
- Para este desenlace, el GEG no consideró necesario actualizar la RS de Zhai 2019 debido a su búsqueda reciente (abril 2019). Los resultados se presentan a continuación:



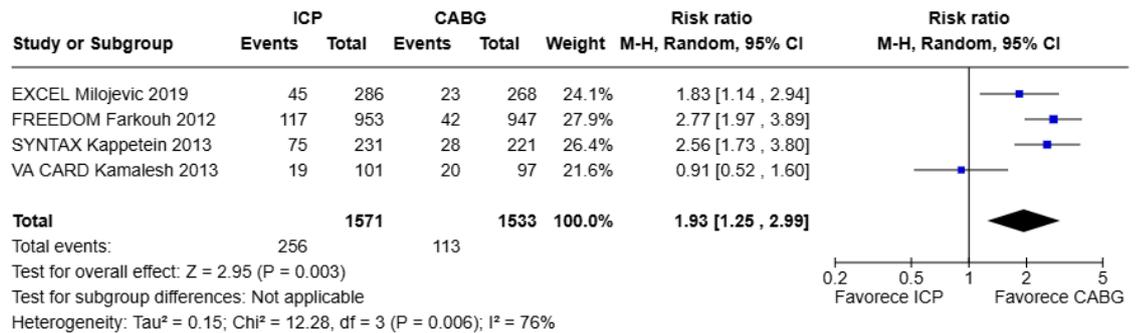
- **Mortalidad cardiaca:**

- Para este desenlace se contó con dos RS: Xie 2021 y Zhai 2019.
- Se decidió tomar como referencia la RS de Zhai 2019 (22) debido a que la de mayo calidad e incluyó la mayor cantidad de estudios.
- Para este desenlace, la RS de Zhai 2019 realizó un MA de 4 ECA (n=2976). El GEG consideró necesario metanalizar los ECA que hayan evaluado a pacientes con enfermedad multivaso por separado: EXCEL 2019 (118), SYNTAX 2013 (120), VA CARD 2013 (121) (3 ECA, n= 1204). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes adultos con diabetes tipo 1 o 2 y diagnosticados con enfermedad multivaso.
  - **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, paclitaxel-eluting stents o everolimus-eluting stents).
  - **El comparador** fue la cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria.
  - **El desenlace** de mortalidad cardiaca fue definido como el número de muertes por causa cardiovascular.
- Para este desenlace, el GEG no consideró necesario actualizar la RS de Zhai 2019 debido a su búsqueda reciente (abril 2019). Los resultados se presentan a continuación:

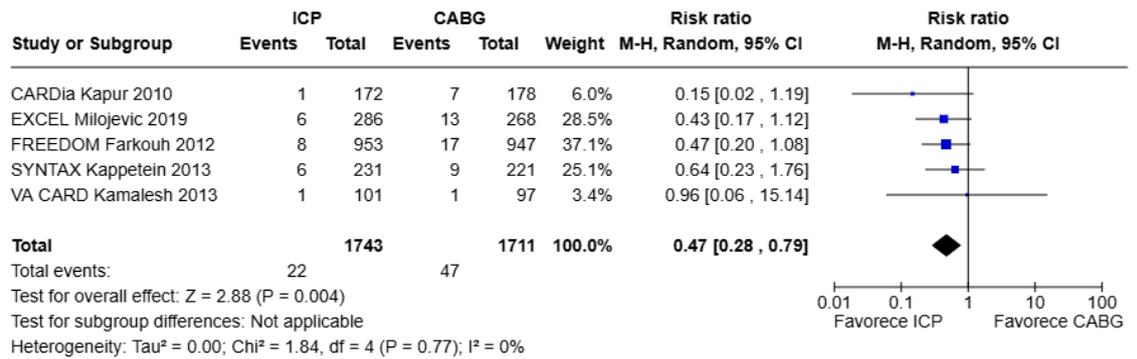


- Infarto de miocardio:
  - Para este desenlace se contó con dos RS: Xie 2021 y Zhai 2019.
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Zhai 2019 (22) debido a que la de mayo calidad e incluyó la mayor cantidad de estudios.
  - Para este desenlace, la RS de Zhai 2019 realizó un MA de 5 ECA (n=3454). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con diabetes tipo 1 o 2 y diagnosticados con enfermedad multivaso.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, paclitaxel-eluting stents o everolimus-eluting stents).
    - **El comparador** fue la cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria.
    - **El desenlace** de infarto de miocardio fue definido según características clínicas que incluyen hallazgos electrocardiográficos (ECG) y valores elevados de marcadores bioquímicos de necrosis miocárdica (creatininasa 3 veces el límite superior de la normalidad después de la colocación de un stent y 5 veces después de la cirugía).
  - Para este desenlace, el GEG no consideró necesario actualizar la RS de Zhai 2019 debido a su búsqueda reciente (abril 2019).
  
- Revascularización repetida:
  - Para este desenlace se contó con dos RS: Xie 2021 y Zhai 2019.
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Zhai 2019 (22) debido a que la de mayo calidad e incluyó la mayor cantidad de estudios.
  - Para este desenlace, la RS de Zhai 2019 realizó un MA de 6 ECA (n=5226). El GEG consideró necesario metanalizar los ECA que hayan evaluado a pacientes con enfermedad multivaso por separado: CARDia 2010 (117), EXCEL 2019 (118), FREEDOM 2012 (119), SYNTAX 2013 (120), VA CARD 2013 (121) (5 ECA, n=3454). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con diabetes tipo 1 o 2 y diagnosticados con enfermedad multivaso.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.

- **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, paclitaxel-eluting stents o everolimus-eluting stents).
  - **El comparador** fue la cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria.
  - **El desenlace** de revascularización repetida fue definido como la revascularización de la arteria descendente anterior proximal mediante cirugía o intervención coronaria percutánea dentro del periodo de seguimiento.
- Para este desenlace, el GEG no consideró necesario actualizar la RS de Zhai 2019 debido a su búsqueda reciente (abril 2019). Los resultados se presentan a continuación:



- **Enfermedad cerebrovascular:**
  - Para este desenlace se contó con dos RS: Xie 2021 y Zhai 2019.
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Zhai 2019 (22) debido a que la de mayo calidad e incluyó la mayor cantidad de estudios.
  - Para este desenlace, la RS de Zhai 2019 realizó un MA de 5 ECA (n=4876). El GEG consideró necesario metanalizar los ECA que hayan evaluado a pacientes con enfermedad multivaso por separado: EXCEL 2019 (118), FREEDOM 2012 (119), SYNTAX 2013 (120), VA CARD 2013 (121) (5 ECA, n= 3104). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con diabetes tipo 1 o 2 y diagnosticados con enfermedad multivaso.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (sirolimus-eluting stents, paclitaxel-eluting stents o everolimus-eluting stents).
    - **El comparador** fue la cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria.
    - **El desenlace** de enfermedad cerebrovascular fue definido como cualquier evento cerebrovascular que cause deterioro neurológico por más de 24 horas en el periodo posterior a la intervención inicial.
  - Para este desenlace, el GEG no consideró necesario actualizar la RS de Zhai 2019 debido a su búsqueda reciente (abril 2019). Los resultados se presentan a continuación:



**PICO 10.4: Adultos con síndrome coronario crónico con enfermedad multivaso con score SYNTAX leve, moderado o severo**

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad por todas las causas
  - Para este desenlace se contó con el ECA SYNTAX evaluado en dos estudios: Mohr 2013 (122) a los 5 años y Thujis 2019 (23) a los 10 años (n=1800). Este ECA tuvo las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de tres vasos de novo, enfermedad del tronco principal de la arteria coronaria o ambas. Se excluyeron los pacientes que previamente se habían sometido a ICP o CABG, tenían un infarto agudo de miocardio persistente o requerían cirugía cardíaca concomitante. Los pacientes fueron evaluados por la complejidad anatómica utilizando el puntaje SYNTAX para evaluar y estandarizar la complejidad de las lesiones y predecir los resultados tras la revascularización: leve (0-22 puntos), moderado (23-32 puntos), (≥33 puntos). Los pacientes con multivaso fueron 66.4% del ECA.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (paclitaxel-eluting stents) de primera generación
    - **El comparador** fue la cirugía de bypass coronario con o sin circulación extracorpórea, y se fomentaba el uso de injertos arteriales. No se permitió el CABG directo mínimamente invasivo.
    - **El desenlace** de mortalidad por todas las causas fue definido como el número de muertes por cualquier causa.
- Mortalidad cardíaca
  - Para este desenlace se contó con el ECA SYNTAX Mohr 2013 (122) a los 5 años. Este ECA tuvo las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de tres vasos de novo, enfermedad del tronco principal de la arteria coronaria o ambas. Se excluyeron los pacientes que previamente se habían sometido a ICP o CABG, tenían un infarto agudo de miocardio persistente o requerían cirugía cardíaca concomitante. Los pacientes fueron evaluados por la complejidad anatómica utilizando el puntaje SYNTAX para evaluar y estandarizar la

- complejidad de las lesiones y predecir los resultados tras la revascularización: leve (0-22 puntos), moderado (23-32 puntos), ( $\geq 33$  puntos). Los pacientes con multivaso fueron 66.4% del ECA.
- **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (paclitaxel-eluting stents) de primera generación
  - **El comparador** fue la cirugía de bypass coronario con o sin circulación extracorpórea, y se fomentaba el uso de injertos arteriales. No se permitió el CABG directo mínimamente invasivo.
  - **El desenlace** de mortalidad cardíaca fue definido como el número de muertes que no tengan una causa no cardíaca inequívoca.
- Infarto de miocardio
    - Para este desenlace se contó con el ECA SYNTAX Mohr 2013 (122) a los 5 años. Este ECA tuvo las siguientes características:
      - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de tres vasos de novo, enfermedad del tronco principal de la arteria coronaria o ambas. Se excluyeron los pacientes que previamente se habían sometido a ICP o CABG, tenían un infarto agudo de miocardio persistente o requerían cirugía cardíaca concomitante. Los pacientes fueron evaluados por la complejidad anatómica utilizando el puntaje SYNTAX para evaluar y estandarizar la complejidad de las lesiones y predecir los resultados tras la revascularización: leve (0-22 puntos), moderado (23-32 puntos), ( $\geq 33$  puntos). Los pacientes con multivaso fueron 66.4% del ECA.
      - **El escenario clínico** fue hospitalario.
      - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (paclitaxel-eluting stents) de primera generación
      - **El comparador** fue la cirugía de bypass coronario con o sin circulación extracorpórea, y se fomentaba el uso de injertos arteriales. No se permitió el CABG directo mínimamente invasivo.
      - **El desenlace** de infarto de miocardio fue definido como 1) un infarto de miocardio con onda Q, 2) infarto de miocardio sin onda Q (elevación de los niveles de CK  $> 2$  veces el límite superior de lo normal [ULN] con CK-MB positivo o elevación de los niveles de CK a  $> 2$  veces ULN sin nuevas ondas Q si no había CK-MB basal disponible); 3)  $< 7$  días después de la intervención: nuevas ondas Q y ya sea CK-MB pico/CK total  $> 10\%$  o nivel plasmático de CK-MB 5x ULN; 4)  $\geq 7$  días después de la intervención: nuevas ondas Q o CK-MB pico/CK total  $> 10\%$  o nivel plasmático de CK-MB 5x ULN o nivel plasmático de CK 5x ULN.
  - Revascularización repetida:
    - Para este desenlace se contó con el ECA SYNTAX Mohr 2013 (122) a los 5 años. Este ECA tuvo las siguientes características:
      - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de tres vasos de novo, enfermedad del tronco principal de la arteria coronaria o ambas. Se excluyeron los pacientes que previamente

se habían sometido a ICP o CABG, tenían un infarto agudo de miocardio persistente o requerían cirugía cardíaca concomitante. Los pacientes fueron evaluados por la complejidad anatómica utilizando el puntaje SYNTAX para evaluar y estandarizar la complejidad de las lesiones y predecir los resultados tras la revascularización: leve (0-22 puntos), moderado (23-32 puntos), ( $\geq 33$  puntos). Los pacientes con multivaso fueron 66.4% del ECA.

- **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (paclitaxel-eluting stents) de primera generación
  - **El comparador** fue la cirugía de bypass coronario con o sin circulación extracorpórea, y se fomentaba el uso de injertos arteriales. No se permitió el CABG directo mínimamente invasivo.
  - **El desenlace** de revascularización repetida fue definido con cualquier revascularización repetida luego de una revascularización completa (tratamiento exitoso de todas las lesiones elegibles identificadas).
- Enfermedad cerebrovascular:
    - Para este desenlace se contó con el ECA SYNTAX Mohr 2013 (122) a los 5 años. Este ECA tuvo las siguientes características:
      - **La población** fueron pacientes adultos con enfermedad de tres vasos de novo, enfermedad del tronco principal de la arteria coronaria o ambas. Se excluyeron los pacientes que previamente se habían sometido a ICP o CABG, tenían un infarto agudo de miocardio persistente o requerían cirugía cardíaca concomitante. Los pacientes fueron evaluados por la complejidad anatómica utilizando el puntaje SYNTAX para evaluar y estandarizar la complejidad de las lesiones y predecir los resultados tras la revascularización: leve (0-22 puntos), moderado (23-32 puntos), ( $\geq 33$  puntos). Los pacientes con multivaso fueron 66.4% del ECA.
      - **El escenario clínico** fue hospitalario.
      - **La intervención** fue la intervención coronaria percutánea con stent liberador de fármacos (paclitaxel-eluting stents) de primera generación
      - **El comparador** fue la cirugía de bypass coronario con o sin circulación extracorpórea, y se fomentaba el uso de injertos arteriales. No se permitió el CABG directo mínimamente invasivo.
      - **El desenlace** de enfermedad cerebrovascular fue definido como un déficit neurológico focal y central que duró más de 72 horas, que resultó en daño cerebral irreversible o discapacidad corporal.

PICO 10.5: Adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular reducida:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad por todas las causas

- Para este desenlace se contó con el ECA de Thuijs 2020 (24). Este tuvo las siguientes características:
  - **La población** fue pacientes con estenosis de la arteria coronaria principal izquierda del 70% o más (estimada visualmente) o una estenosis del 50% al 70% (estimada mediante pruebas invasivas o no invasivas) con fracción de eyección reducida (<40%).
  - **La intervención** fueron stents liberadores de everolims basados en cobalto-cromo con recubrimiento de fluoropolímero (XIENCE, Abbott Vascular) que buscaban la revascularización completa de todas las áreas isquémicas.
  - **El comparador** fue la cirugía de revascularización coronaria con o sin uso de circulación extracorpórea.
  - **El desenlace** mortalidad por todas las causas fue definido como cualquier muerte (por causas cardiovasculares, causas no cardiovasculares o causas indeterminadas) los 3 años.
  
- Mortalidad cardiovascular
  - Para este desenlace se contó con el ECA de Thuijs 2020 (24). Este tuvo las siguientes características:
    - **La población** fue pacientes con estenosis de la arteria coronaria principal izquierda del 70% o más (estimada visualmente) o una estenosis del 50% al 70% (estimada mediante pruebas invasivas o no invasivas)
    - **La intervención** fueron stents liberadores de everolims basados en cobalto-cromo con recubrimiento de fluoropolímero (XIENCE, Abbott Vascular) que buscaban la revascularización completa de todas las áreas isquémicas.
    - **El comparador** cirugía de revascularización coronaria con o sin uso de circulación extracorpórea.
    - **El desenlace** mortalidad cardiovascular fue definido como muerte súbita cardíaca, muerte por infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, enfermedad cerebrovascular, otras causas cardiovasculares o sangrado a los 3 años.
  
- Infarto de miocardio
  - Para este desenlace se contó con el ECA de Thuijs 2020 (24). Este tuvo las siguientes características:
    - **La población** fue pacientes con estenosis de la arteria coronaria principal izquierda del 70% o más (estimada visualmente) o una estenosis del 50% al 70% (estimada mediante pruebas invasivas o no invasivas)
    - **La intervención** fueron stents liberadores de everolims basados en cobalto-cromo con recubrimiento de fluoropolímero (XIENCE, Abbott Vascular) que buscaban la revascularización completa de todas las áreas isquémicas.
    - **El comparador** cirugía de revascularización coronaria con o sin uso de circulación extracorpórea.
    - **El desenlace** infarto de miocardio fue definido infarto de miocardio posterior al procedimiento (ocurrencia dentro de las 72 horas posteriores a la revascularización: aumento de CK-MB) o infarto de miocardio espontáneo (ocurrencia >72 horas)

después de cualquier revascularización de aumento y/o disminución de biomarcadores cardiacos CK-MB o troponina más cambios en el ECG indicativos de nueva isquemia, imagen de nueva pérdida de miocardio, etc) como a los 3 años.

- Revascularización repetida
  - Para este desenlace se contó con el ECA de Thuijs 2020 (24). Este tuvo las siguientes características:
    - **La población** fue pacientes con estenosis de la arteria coronaria principal izquierda del 70% o más (estimada visualmente) o una estenosis del 50% al 70% (estimada mediante pruebas invasivas o no invasivas)
    - **La intervención** fueron stents liberadores de everolims basados en cobalto-cromo con recubrimiento de fluoropolímero (XIENCE, Abbott Vascular) que buscaban la revascularización completa de todas las áreas isquémicas.
    - **El comparador** cirugía de revascularización coronaria con o sin uso de circulación extracorpórea.
    - **El desenlace** fue revascularizaciones repetidas fue definido como un procedimiento de revascularización coronaria (IPC o CABG) que se vuelve a realizar luego de la intervención inicial a los 3 años.
  
- Enfermedad cerebrovascular:
  - Para este desenlace se contó con el ECA de Thuijs 2020 (24). Este tuvo las siguientes características:
    - **La población** fue pacientes con estenosis de la arteria coronaria principal izquierda del 70% o más (estimada visualmente) o una estenosis del 50% al 70% (estimada mediante pruebas invasivas o no invasivas)
    - **La intervención** fueron stents liberadores de everolims basados en cobalto-cromo con recubrimiento de fluoropolímero (XIENCE, Abbott Vascular) que buscaban la revascularización completa de todas las áreas isquémicas.
    - **El comparador** cirugía de revascularización coronaria con o sin uso de circulación extracorpórea.
    - **El desenlace** fue enfermedad cerebrovascular definido como la aparición de un nuevo déficit neurológico persistente por obstrucción en el flujo sanguíneo cerebral y/o hemorragia cerebral no vascular a los 3 años.

## Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings - SoF*)

### PICO 10.1: Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad monovaso de descendente anterior proximal

<b>Población:</b> Adultos con enfermedad coronaria estable y enfermedad de la arteria descendente anterior proximal aislada <b>Intervención:</b> Intervención coronaria percutánea con stents liberadores de fármaco <b>Comparador:</b> Cirugía de bypass aorto coronario <b>Autores:</b> Ana Brañez Condorena <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por todas las causas:</b> elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhang 2023 (12)</li> <li>• <b>Mortalidad cardiaca:</b> elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhang 2023 (12)</li> <li>• <b>Infarto de miocardio:</b> elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhang 2023 (12)</li> <li>• <b>Revascularización repetida:</b> elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhang 2023 (12)</li> <li>• <b>Enfermedad cerebrovascular :</b> No se encontró información sobre el efecto en este desenlace.</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por todas las causas (1 año)	CRÍTICO	2 ECA (n=319)	2/184 (1.1 %)	3/135 (2.2 %)	RR: 0.39 (0.07 a 2.29)	14 menos por 1000 (21 menos a 29 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la mortalidad por todas las causas de 1 año de seguimiento.
Mortalidad por todas las causas (7 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=130)	9/65 (13.8%)	11/65 (16.9 %)	RR: 0.82 (0.36 a 1.84)	30 menos por 1000 (108 menos a 142 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	Al brindar el ICP en lugar de CABG, <b>podría ser que no modifiquemos</b> la mortalidad por todas las causas de 7 años de seguimiento
Mortalidad cardiaca (7 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=130)	2/65 (3.1 %)	1/65 (1.5 %)	RR: 2.00 (0.19 a 21.52)	15 más por 1000 (12 menos a 316 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	Al brindar el ICP en lugar de CABG, <b>podría ser que no modifiquemos</b> la mortalidad cardiaca de 7 años de seguimiento.
Infarto al miocardio (1 año)	CRÍTICO	2 ECA (n=319)	7/184 (3.8 %)	9/135 (6.7 %)	RR: 0.54 (0.14 a 2.17)	31 menos por 1000 (57 menos a 78 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para el infarto de miocardio de 1 año de seguimiento.
Infarto al miocardio (7 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=130)	4/65 (6.2 %)	6/65 (9.2 %)	RR: 0.67 (0.20 a 2.25)	30 menos por 1000 (74 menos a 115 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	Al brindar el ICP en lugar de CABG, <b>podría ser que no modifiquemos</b> la incidencia de infarto de miocardio de 7 años de seguimiento.
Revascularización repetida (1 año)	IMPORTANTE	2 ECA (n=319)	8/184 (4.3 %)	1/135 (0.7 %)	Peto OR: 3.84 (1.00 a 14.78)	20 más por 1000 (0 menos a 92 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la revascularización repetida de 1 año de seguimiento.
Revascularización repetida (7 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n=130)	13/65 (20.0%)	1/65 (1.5%)	RR: 13.00 (1.75 a 96.51)	185 más por 1000 (12 más a 1000 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de CABG, <b>podría ser que aumentemos 185 casos (+12 a +1000) de revascularización repetida</b> en 7 años de seguimiento.
Enfermedad cerebrovascular	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						

**Población:** Adultos con enfermedad coronaria estable y enfermedad de la arteria descendente anterior proximal aislada

**Intervención:** Intervención coronaria percutánea con stents liberadores de fármaco

**Comparador:** Cirugía de bypass aorto coronario

**Autores:** Ana Brañez Condorena

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por todas las causas:** elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhang 2023 (12)
- **Mortalidad cardíaca:** elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhang 2023 (12)
- **Infarto de miocardio:** elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhang 2023 (12)
- **Revascularización repetida:** elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhang 2023 (12)
- **Enfermedad cerebrovascular :** No se encontró información sobre el efecto en este desenlace.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	<u>Intervención:</u> Intervención coronaria percutánea	<u>Comparación:</u> Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
--	-------------	---------------------------------	---	--	--------------------------------	------------------------	---------	-----------------

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

a. Se disminuyó 2 niveles de certeza por imprecisión por presentar <50 eventos (casos).

b. Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo: Hong 2005. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.

## PICO 10.2: Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo no protegido

<b>Población:</b> Adultos con enfermedad coronaria de tronco coronario izquierdo <b>Intervención:</b> Intervención coronaria percutánea con stents liberadores de fármacos <b>Comparador:</b> Cirugía de bypass aorto coronario <b>Autores:</b> Ana Brañez Condorena <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por todas las causas:</b> RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)</li> <li>• <b>Mortalidad cardiaca:</b> RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)</li> <li>• <b>Infarto de miocardio:</b> RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)</li> <li>• <b>Revascularización repetida:</b> RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)</li> <li>• <b>Enfermedad cerebrovascular :</b> RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	2 ECA (n= 3089)	11/1540 (0.7 %)	17/1549 (1.1 %)	RR: 0.61 (0.21 a 1.80)	4 menos por 1000 (9 menos a 9 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la mortalidad por todas las causas de 30 días de seguimiento.
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 1 año)	CRÍTICO	5 ECA (n= 4595)	63/2297 (2.7%)	78/2298 (3.4 %)	RR: 0.81 (0.59 a 1.13)	6 menos por 1000 (14 menos a 4 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	Al brindar el PCI en lugar de la CABG, posiblemente no modifiquemos la mortalidad por todas las causas al año.
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	4 ECA (n= 4394)	235/2197 (10.7 %)	210/2197 (9.6%)	RR: 1.07 (0.84 a 1.36)	7 más por 1000 (15 menos a 34 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	Al brindar el PCI en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la mortalidad por todas las causas a los 5 años.
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	2 ECA (n=1305)	146/657 (22.2%)	149/648 (23.0%)	RR: 0.96 (0.79 a 1.17)	9 menos por 1000 (48 menos a 39 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	Al brindar el PCI en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la mortalidad por todas las causas a los 10 años.
Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	1 ECA (n= 1184)	2/592 (0.3 %)	7/592 (1.2 %)	RR: 0.29 (0.06 a 1.37)	8 menos por 1000 (11 menos a 4 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la mortalidad cardiaca a los 30 días.
Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 1 año)	CRÍTICO	2 ECA (n= 1889)	22/949 (2.3%)	22/940 (2.3 %)	RR: 0.99 (0.54 a 1.80)	0 menos por 1000 (11 menos a 19 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,d</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la mortalidad cardiaca al año.
Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	4 ECA (n= 4394)	127/2197 (5.8 %)	117/2197 (5.3 %)	RR: 1.05 (0.77 a 1.44)	3 más por 1000 (12 menos a 23 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la mortalidad cardiaca a los 5 años.
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	3 ECA (n= 3290)	59/1640 (3.6 %)	78/1650 (4.7 %)	RR: 0.88 (0.40 a 1.95)	6 menos por 1000 (28 menos a 45 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,d</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para el infarto de miocardio a los 30 días.
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 1 año)	CRÍTICO	5 ECA (n= 4595)	102/2297 (4.4 %)	113/2298 (4.9 %)	RR: 0.90 (0.69 a 1.17)	5 menos por 1000 (15 menos a 8 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	Al brindar el PCI en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos el infarto de miocardio al año.

**Población:** Adultos con enfermedad coronaria de tronco coronario izquierdo  
**Intervención:** Intervención coronaria percutánea con stents liberadores de fármacos  
**Comparador:** Cirugía de bypass aorto coronario  
**Autores:** Ana Brañez Condorena

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por todas las causas:** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)
- **Mortalidad cardiaca:** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)
- **Infarto de miocardio:** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)
- **Revascularización repetida:** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)
- **Enfermedad cerebrovascular :** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	4 ECA (n= 4394)	188/2197 (8.9 %)	136/2197 (6.2 %)	RR: 1.44 (1.07 a 1.95)	27 más por 1000 (4 más a 59 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos el IPC en lugar de la CABG, probablemente aumentemos 27 infartos de miocardio (+4 a +59) a los 5 años.
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	1 ECA (n= 600)	9/300 (3.0%)	8/300 (2.7%)	RR: 1.13 (0.44 a 2.88)	3 más por 1000 (15 menos a 50 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para el infarto de miocardio a los 10 años.
Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	2 ECA (n=3089)	6/1540 (0.4 %)	16/1549 (1.0 %)	RR: 0.43 (0.17 a 1.09)	6 menos por 1000 (9 menos a 1 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la enfermedad cerebrovascular a los 30 días.
Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 1 año)	CRÍTICO	4 ECA (n=4394)	14/2197 (0.6 %)	36/2197 (1.6 %)	RR: 0.44 (0.24 a 0.82)	9 menos por 1000 (12 menos a 3 menos)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos el ICP en lugar de la CABG, probablemente disminuyamos 12 casos de enfermedad cerebrovascular (-12 a -3) al año
Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	4 ECA (n=2426)	54/2197 (2.5 %)	61/2197 (2.8 %)	RR: 0.88 (0.67 a 1.28)	3 menos por 1000 (9 menos a 8 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	Al brindar el PCI en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la enfermedad cerebrovascular a los 5 años.
Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=600)	5/300 (1.7%)	6/300 (2.0%)	RR: 0.83 (0.26 a 2.70)	3 menos por 1000 (15 menos a 50 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la enfermedad cerebrovascular a los 10 años.
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 30 días)	IMPORTANTE	3 ECA (n= 3290)	14/1640 (0.9 %)	25/1650 (1.5 %)	RR: 0.57 (0.29 a 1.09)	7 menos por 1000 (11 menos a 4 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la revascularización repetida a los 30 días.
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 1 año)	IMPORTANTE	5 ECA (n= 4595)	173/2297 (7.5 %)	103/2298 (4.5 %)	RR: 1.67 (1.32 a 2.12)	30 más por 1000 (14 más a 50 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos el PCI en lugar de la CABG, probablemente aumentemos 31 casos de revascularización repetida (+15 a +50) al año

**Población:** Adultos con enfermedad coronaria de tronco coronario izquierdo  
**Intervención:** Intervención coronaria percutánea con stents liberadores de fármacos  
**Comparador:** Cirugía de bypass aorto coronario  
**Autores:** Ana Brañez Condorena  
**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por todas las causas:** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)
- **Mortalidad cardíaca:** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)
- **Infarto de miocardio:** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)
- **Revascularización repetida:** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)
- **Enfermedad cerebrovascular :** RS de Gallo 2022 (14), RS de Hennesy (13)

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	IMPORTANTE	4 ECA (n= 4394)	375/2197 (17.1 %)	216/2197 (9.8 %)	RR: 1.73 (1.48 a 2.03)	72 más por 1000 (47 más a 101 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos el PCI en lugar de la CABG, probablemente aumentemos 49 casos de revascularización repetida (+49 a +99) a los 5 años
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 10 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n=600)	59/300 (19.7%)	29/300 (9.7%)	RR: 2.03 (1.34 a 3.08)	100 más por 1000 (33 más a 201 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos el PCI en lugar de la CABG, probablemente aumentemos 100 casos de revascularización repetida (+33 a +201) a los 10 años

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó dos niveles de certeza por imprecisión.
- Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en el ocultamiento de asignación y cegamiento de la evaluación del desenlace. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.
- Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión.
- Se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia.

### PICO 10.3: Adultos con síndrome coronario crónico, diabéticos y con enfermedad multiviso

<b>Población:</b> adultos con diabetes tipo 1 o 2 y diagnosticados con enfermedad multiviso <b>Intervención:</b> Intervención coronaria percutánea con stents liberadores de fármacos <b>Comparador:</b> Cirugía de bypass aorto coronario <b>Autores:</b> Ana Brañez Condorena <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por todas las causas:</b> elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhai 2019 (22)</li> <li>• <b>Mortalidad cardiaca:</b> elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhai 2019 (22)</li> <li>• <b>Infarto de miocardio:</b> RS de Zhai 2019 (22)</li> <li>• <b>Revascularización repetida:</b> elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhai 2019 (22)</li> <li>• <b>Enfermedad cerebrovascular :</b> elaboración propia meta-analizando los ECA de la RS de Zhai 2019 (22)</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	CRÍTICO	5 ECA (n= 3454)	143/1743 (8.2 %)	98/1711 (5.7 %)	RR: 1.48 (0.95 a 2.32)	27 más por 1000 (3 menos a 76 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para la mortalidad por todas las causas.
Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	CRÍTICO	3 ECA (n= 1204)	58/618 (9.4 %)	32/586 (5.5 %)	RR: 1.71 (1.13 a 2.60)	39 más por 1000 (7 más a 87 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,d</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de CABG, <b>podría ser que aumentemos 39 casos de mortalidad cardiaca.</b>
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	CRÍTICO	5 ECA (n= 3454)	145/1743 (8.3 %)	103/1711 (6.0 %)	RR: 1.35 (0.97 a 1.86)	21 más por 1000 (2 menos a 52 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG para el infarto de miocardio.
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	IMPORTANTE	4 ECA (n= 3104)	256/1571 (16.3 %)	113/1533 (7.4 %)	RR: 1.93 (1.25 a 2.99)	69 más por 1000 (18 más a 147 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,c</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de CABG, <b>podría ser que aumentemos 69 casos de revascularización repetida.</b>
Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	CRÍTICO	5 ECA (n=3454)	22/1743 (1.3%)	47/1711 (2.7%)	RR: 0.47 (0.28 a 0.79)	15 menos por 1000 (20 menos a 6 menos)	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,d</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de CABG, <b>podría ser que evitemos 15 (-20 a -6) casos de enfermedad cerebrovascular en 5 años.</b>

**IC:** Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo, **DM:** Diferencia de medias  
 \*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión.
- Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en la evaluación de otros sesgos. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.
- Se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia.
- Se disminuye un nivel por evidencia indirecta: incluye también estudios que evaluaron tronco coronario izquierdo.

**PICO 10.4: Adultos con síndrome coronario crónico con enfermedad multivazo con score SYNTAX leve, moderado o severo**

<b>Población:</b> Adultos con enfermedad multivazo con score SYNTAX leve ( $\leq 22$ ) <b>Intervención:</b> Intervención coronaria percutánea <b>Comparador:</b> Cirugía de bypass aorto coronario <b>Autores:</b> Ana Brañez Condorena <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por todas las causas:</b> ECA SYNTAX Mohr 2013, Thujis 2019.</li> <li>• <b>Mortalidad cardiaca:</b> ECA SYNTAX Mohr 2013</li> <li>• <b>Infarto de miocardio:</b> ECA SYNTAX Mohr 2013</li> <li>• <b>Revascularización repetida:</b> ECA SYNTAX Mohr 2013</li> <li>• <b>Enfermedad cerebrovascular :</b> ECA SYNTAX Mohr 2013</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=574)	26/299 (8.7 %)	26/275 (9.5 %)	HR: <b>0.88</b> (0.51 a 1.51)	<b>11 menos por 1000</b> (45 menos a 45 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la mortalidad por todas las causas a los 5 años.
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=574)	66/299 (22.1%)	53/275 (19.3 %)	HR: <b>1.13</b> (0.79 a 1.62)	<b>22 más por 1000</b> (37 menos a 100 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la mortalidad por todas las causas a los 10 años.
Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=574)	14/299 (4.7 %)	10/275 (3.6%)	HR: <b>1.24</b> (0.55 a 2.80)	<b>9 más por 1000</b> (16 menos a 62 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la mortalidad cardiaca a los 5 años.
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=574)	22/299 (7.4 %)	11/275 (4.0%)	HR: <b>1.79</b> (0.87 a 3.70)	<b>30 más por 1000</b> (5 menos a 100 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos el infarto de miocardio a los 5 años.
Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=574)	5/299 (1.8 %)	10/275 (4.0%)	HR: <b>0.43</b> (0.15 a 1.26)	<b>21 menos por 1000</b> (31 menos a 9 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos el stroke a los 5 años.
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n=574)	70/299 (23.4 %)	34/275 (12.4%)	HR: <b>1.46</b> (0.99 a 2.16)	<b>52 más por 1000</b> (1 menos a 124 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la revascularización repetida a los 5 años.

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias  
 \*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**  
 a. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión.  
 b. Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en el cegamiento del evaluador del desenlace. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.

**Población:** Adultos con enfermedad multivascular con score SYNTAX moderado (23-32 puntos)

**Intervención:** Intervención coronaria percutánea

**Comparador:** Cirugía de bypass aorto coronario

**Autores:** Ana Brañez Condorena

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por todas las causas:** ECA SYNTAX Mohr 2013, Thujis 2019.
- **Mortalidad cardiaca:** ECA SYNTAX Mohr 2013
- **Infarto de miocardio:** ECA SYNTAX Mohr 2013
- **Revascularización repetida:** ECA SYNTAX Mohr 2013
- **Enfermedad cerebrovascular :** ECA SYNTAX Mohr 2013

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=410)	42/310 (13.5%)	35/300 (11.7%)	HR: 1.10 (0.70 a 1.72)	12 más por 1000 (36 menos a 81 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la mortalidad por todas las causas a los 5 años.
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=410)	80/310 (25.8%)	72/300 (24.0%)	HR: 1.07 (0.78 a 1.47)	12 más por 1000 (49 menos a 91 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la mortalidad por todas las causas a los 10 años.
Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=410)	26/310 (8.4%)	19/300 (6.3%)	HR: 1.25 (0.69 a 2.26)	15 más por 1000 (19 menos a 74 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la mortalidad cardiaca a los 5 años.
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=410)	33/310 (10.6%)	10/300 (3.3%)	HR: 3.11 (1.53 a 6.31)	67 más por 1000 (17 más a 159 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que aumentemos 67 (+17 a +159) casos de infarto de miocardio a los 5 años.
Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=410)	6/310 (1.9%)	10/300 (3.3%)	HR: 0.55 (0.20 a 1.53)	15 menos por 1000 (27 menos a 17 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la enfermedad cerebrovascular los 5 años.
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n=410)	70/310 (22.6%)	34/300 (11.3%)	HR: 2.03 (1.35 a 3.06)	103 más por 1000 (37 más a 195 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, podría ser que aumentemos 103 (+37 a +195) casos de revascularización repetida a los 5 años.

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión.
- Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en el cegamiento del evaluador del desenlace. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.

**Población:** Adultos con enfermedad multivaso con score SYNTAX severo ( $\geq 33$  puntos)

**Intervención:** Intervención coronaria percutánea

**Comparador:** Cirugía de bypass aorto coronario

**Autores:** Ana Brañez Condorena

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por todas las causas:** ECA SYNTAX Mohr 2013, Thujis 2019.
- **Mortalidad cardiaca:** ECA SYNTAX Mohr 2013
- **Infarto de miocardio:** ECA SYNTAX Mohr 2013
- **Revascularización repetida:** ECA SYNTAX Mohr 2013
- **Enfermedad cerebrovascular :** ECA SYNTAX Mohr 2013

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n= 605)	55/290 (19.0%)	33/315 (10.5%)	HR: <b>1.84</b> (1.19 a 2.83)	<b>79 más por 1000</b> (19 más a 164 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, <b>probablemente aumentemos 79 (+19 a +164) muertes por todas las causas</b> a los 5 años.
Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	1 ECA (n= 605)	98/290 (22.1%)	82/315 (19.3%)	HR: <b>1.41</b> (1.05 a 1.89)	<b>86 más por 1000</b> (11 más a 174 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, <b>probablemente aumentemos 86 (+11 a +174) muertes por todas las causas</b> a los 10 años.
Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n= 605)	38/290 (13.1%)	14/315 (4.4%)	HR: <b>2.99</b> (1.62 a 5.52)	<b>83 más por 1000</b> (27 más a 177 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, <b>probablemente aumentemos 83 (+27 a +177) muertes cardiacas</b> a los 5 años.
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n= 605)	28/290 (9.7%)	12/315 (3.8%)	HR: <b>2.57</b> (1.31 a 5.06)	<b>57 más por 1000</b> (12 más a 140 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, <b>probablemente aumentemos 57 (+12 a +140) casos de infarto de miocardio</b> a los 5 años.
Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n= 605)	9/290 (3.5%)	11/315 (3.7%)	HR: <b>0.89</b> (0.37 a 2.16)	<b>4 menos por 1000</b> (22 menos a 39 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar el PCI en lugar de la CABG, podría ser que no modifiquemos la enfermedad cerebrovascular a los 5 años.
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n= 605)	83/290 (28.6%)	35/275 (12.7%)	HR: <b>2.86</b> (1.93 a 4.25)	<b>195 más por 1000</b> (104 más a 312 más)	⊕⊕⊕○ MODERAD O <sup>b</sup>	Al brindar el ICP en lugar de la CABG, <b>probablemente aumentemos 195 (+104 a +312) casos de revascularización repetida</b> a los 5 años.

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión.
- Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en el cegamiento del evaluador del desenlace. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.

**PICO 10.5: Adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular reducida:**

<b>Población:</b> Pacientes adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida <b>Intervención:</b> Intervención coronaria percutánea <b>Comparador:</b> Cirugía de bypass aorto coronario <b>Autores:</b> Mario Enrique Díaz Barrera <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por todas las causas:</b> ECA de Thuijs 2020 (EXCEL trial)</li> <li>• <b>Mortalidad cardíaca:</b> ECA de Thuijs 2020 (EXCEL trial)</li> <li>• <b>Infarto de miocardio:</b> ECA de Thuijs 2020 (EXCEL trial)</li> <li>• <b>Revascularización repetida:</b> ECA de Thuijs 2020 (EXCEL trial)</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervención coronaria percutánea	Comparación: Cirugía de bypass coronario	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por todas las causas (3 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=74)	7/43 (16.3%)	6/31 (19.4%)	HR 0.53 (0.16 a 1.81)	86 menos por 1000 (160 menos a 129 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sub>a,b</sub>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG.
Mortalidad cardíaca (3 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=74)	5/43 (11.6%)	5/31 (16.1%)	HR 0.15 (0.02-1.28)	135 menos por 1000 (158 menos a 40 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sub>a,b</sub>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG.
Infarto al miocardio (3 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=74)	3/43 (7.0%)	3/31 (9.7%)	HR 0.95 (0.29-3.19)	5 menos por 1000 (68 menos a 180 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sub>a,b</sub>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG.
Revascularización repetida (3 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n=74)	4/43 (9.3%)	2/31 (6.5%)	HR 1.91 (0.45 - 8.10)	55 más por 1000 (35 menos a 353 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sub>a,b</sub>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG.
Enfermedad cerebrovascular	CRÍTICO	1 ECA (n=74)	2/43 (4.7%)	1/31 (3.2%)	HR 1.43 (0.19-10.69)	14 más por 1000 (26 menos a 263 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sub>a,b</sub>	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar ICP en lugar de CABG.

**IC:** Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo, **DM:** Diferencia de medias  
 \*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**  
 a. Se disminuyó un nivel por alto riesgo de sesgo.  
 b. Se disminuyó dos niveles por imprecisión ya que el tamaño de muestra es menor a 300.

**Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):**

<b>Pregunta clínica 10.1. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de la arteria descendente anterior proximal, ¿se debería realizar intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass aorto coronario?</b>	
<b>Población:</b>	Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de la arteria descendente anterior proximal
<b>Intervención:</b>	Intervención coronaria percutánea
<b>Comparador:</b>	Cirugía de bypass aorto coronario
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiaca</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Revascularización repetida</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

**Evaluación:**

<b>Beneficios:</b>						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Grande</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	<p>En adultos con enfermedad monovaso de descendente anterior proximal, los <b>beneficios</b> de brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>triviales</b> (puesto que el tamaño del efecto es incierto para mortalidad e infarto de miocardio) ya que no hay diferencias en los desenlaces evaluados.</p>
	Mortalidad por todas las causas (1 año)	2 ECA (n=319)	<b>RR: 0.39</b> (0.07 a 2.29)	<b>14 menos por 1000</b> (21 menos a 29 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad por todas las causas (7 años)	1 ECA (n=130)	<b>RR: 0.82</b> (0.36 a 1.84)	<b>30 menos por 1000</b> (108 menos a 142 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
	Mortalidad cardiaca (7 años)	1 ECA (n=130)	<b>RR: 2.00</b> (0.19 a 21.52)	<b>15 más por 1000</b> (12 menos a 316 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
	Infarto al miocardio (1 año)	2 ECA (n=319)	<b>RR: 0.54</b> (0.14 a 2.17)	<b>31 menos por 1000</b> (57 menos a 78 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Infarto al miocardio (7 años)	<b>RR: 0.29</b> (0.06 a 1.37)	<b>RR: 0.67</b> (0.20 a 2.25)	<b>30 más por 1000</b> (74 menos a 115 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
Enfermedad cerebrovascular	No se encontró evidencia sobre este desenlace.					
<p>En resumen, en adultos con enfermedad monovaso de descendente anterior proximal, por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que no modifiquemos la mortalidad por todas las causas, la mortalidad cardiaca, y el infarto de miocardio a los 7 años.</li> <li>• La evidencia es muy incierta para la mortalidad por todas las causas y el infarto de miocardio al año.</li> <li>• En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de enfermedad cerebrovascular.</li> </ul>						
<b>Daños:</b>						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales

<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Trivial  <input checked="" type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	En adultos con enfermedad monovaso de descendente anterior proximal, los <b>daños</b> de brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario <b>varían</b> porque la incidencia de casos de revascularización repetida puede ser pocos como muchos. No se sabe a detalle cuántos casos más serían ya que la evidencia es imprecisa (podría <b>variar considerablemente</b> ).
	Revascularización repetida (1 año)	2 ECA (n=319)	Peto OR: <b>3.84</b> (1.00 a 14.78)	<b>20 más por 1000</b> (0 menos a 92 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Revascularización repetida (7 años)	1 ECA (n=130)	RR: <b>13.00</b> (1.75 a 96.51)	<b>185 más por 1000</b> (12 más a 1000 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular	No se encontró evidencia para este desenlace.				

En resumen, en adultos con enfermedad monovaso de descendente anterior proximal, por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:

- Podría ser que aumentemos 185 casos (+12 a +1000) de revascularización repetida a los 7 años.
- La evidencia es muy incierta para la revascularización repetida al año.
- En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de enfermedad cerebrovascular.

**Certeza de la evidencia:**  
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	
<input checked="" type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta  <input type="radio"/> Ningún estudio incluido	Mortalidad por todas las causas (1 año)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Entre los desenlaces críticos (mortalidad e infarto de miocardio), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).
	Mortalidad por todas las causas (7 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
	Mortalidad cardiaca (7 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
	Infarto al miocardio (1 año)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Infarto al miocardio (7 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
	Revascularización repetida (1 año)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Revascularización repetida (7 años)	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
<b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b> a. Se disminuyó 2 niveles de certeza por imprecisión por presentar <50 eventos (casos). b. Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo: Hong 2005. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.				
Entre los desenlaces críticos (mortalidad e infarto de miocardio), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).				

**Desenlaces importantes para los pacientes:**  
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí	Se contó con evidencia para la mayoría de los desenlaces críticos considerados. No se encontró evidencia sobre enfermedad cerebrovascular.	El GEG indicó que la evidencia era adecuada para tomar decisiones informadas sobre el ICP en lugar del CABG, pero reconoció la limitación

		de no contar con datos sobre enfermedad cerebrovascular.									
<b>Balance de los efectos:</b>											
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input checked="" type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces críticos e importantes, el balance no resulta claro si está a favor de la intervención o del comparador.									
<b>Uso de recursos:</b>											
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Costos extensos <input type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input checked="" type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Intervención: Intervención Coronaria Percutánea</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Comparador: Cirugía bypass coronario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;"><b>Costo total por persona:</b></td> <td style="text-align: center;">S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup></td> <td style="text-align: center;">S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 75000 <sup>c</sup></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>a Tarifario EsSalud 2018            b Observatorio de precios MINSa            c Estimado aproximado en el sector privado</p>		Intervención: Intervención Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario	<b>Costo total por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 75000 <sup>c</sup>	<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>		El GEG consideró que, a pesar de la variabilidad en los precios observados, la ICP suele implicar menores costos directos que la cirugía de bypass en los pacientes con enfermedad monovaso de la arteria descendente anterior proximal, ya que requiere menos tiempo en el quirófano, no implica necesariamente hospitalización prolongada y generalmente demanda menos recursos materiales, como el uso de quirófanos especializados y equipos de soporte extracorpóreo. Esto no solo disminuye el costo total de hospitalización, sino que también reduce la ocupación de camas, optimizando la capacidad de atención en el sistema de salud.
	Intervención: Intervención Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario									
<b>Costo total por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 75000 <sup>c</sup>									
<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>										
<b>Equidad:</b>											
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?											
<u>Definiciones</u>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</li> <li>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</li> </ul>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto en la equidad <input checked="" type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El ICP facilita un acceso más equitativo al tratamiento para pacientes con enfermedad monovaso de la arteria descendente anterior proximal, ya que puede realizarse en una mayor cantidad de centros de salud que disponen de salas de hemodinamia, reduciendo las barreras geográficas y financieras. No se requerirían traslados a centros especializados para cirugía de bypass coronario. Además, el menor tiempo de hospitalización y recuperación rápida permiten que pacientes con menos recursos puedan acceder al tratamiento sin enfrentar largas ausencias laborales o altos costos indirectos.									
<b>Aceptabilidad:</b>											

¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El personal de salud está dispuesto a realizar el ICP en pacientes con enfermedad monovaso de la arteria descendente anterior proximal, ya que se considera una intervención menos invasiva. Los profesionales valoran la menor carga quirúrgica y el corto tiempo de recuperación del ICP, lo que les permite tratar a más pacientes de manera eficiente sin comprometer la seguridad</li> </ul> <p><b>Pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El ICP es una opción altamente aceptable en casos de enfermedad monovaso de la arteria descendente anterior proximal, dado que implica un procedimiento menos invasivo y una recuperación más rápida en comparación con el CABG. La posibilidad de reducir el tiempo de hospitalización y los riesgos asociados con una cirugía mayor hace que los pacientes prefieran el ICP, especialmente si pueden regresar a sus actividades diarias en menor tiempo.</li> </ul>
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Disponibilidad real:</b> existen más salas de hemodinamia en comparación con quirófanos especializados para CABG.</p> <p><b>Personal e infraestructura:</b> La ICP demanda un equipo de intervención más reducido y específico que el CABG. Mientras que el bypass coronario requiere un equipo quirúrgico altamente especializado (cirujano cardiotorácico, equipo de anestesia y soporte de cuidados intensivos), la ICP puede ser llevada a cabo por cardiólogos intervencionistas con un equipo de apoyo menos numeroso.</p> <p>Considerando todo ello, el GEG estableció que implementar el ICP sí sea factible.</p>

**Pregunta clínica 10.2. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo, ¿se debería realizar intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass aorto coronario?**

<b>Población:</b>	Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo
<b>Intervención:</b>	Intervención coronaria percutánea
<b>Comparador:</b>	Cirugía de bypass aorto coronario
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiaca</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Revascularización repetida</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

**Evaluación:**

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande  ○ Varía ○ Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 30 días)	RR: 0.61 (0.21 a 1.80)	4 menos por 1000 (9 menos a 9 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	RR: 0.61 (0.21 a 1.80)	En adultos con enfermedad monovaso de tronco coronario izquierdo, los <b>beneficios</b> de brindar la intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>pequeños</b> (puesto que el tamaño del efecto para enfermedad cerebrovascular al año se consideró pequeño) y los resultados del resto de los desenlaces no fueron estadísticamente significativos.
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 1 año)	RR: 0.81 (0.59 a 1.13)	6 menos por 1000 (14 menos a 4 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	RR: 0.81 (0.59 a 1.13)	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	RR: 1.07 (0.84 a 1.36)	7 más por 1000 (15 menos a 34 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	RR: 1.07 (0.84 a 1.36)	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	RR: 0.96 (0.79 a 1.17)	9 menos por 1000 (48 menos a 39 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	RR: 0.96 (0.79 a 1.17)	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 30 días)	RR: 0.29 (0.06 a 1.37)	8 menos por 1000 (11 menos a 4 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	RR: 0.29 (0.06 a 1.37)	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 1 año)	RR: 0.99 (0.54 a 1.80)	0 menos por 1000 (11 menos a 19 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,d</sup>	RR: 0.99 (0.54 a 1.80)	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	RR: 1.05 (0.77 a 1.44)	3 más por 1000 (12 menos a 23 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	RR: 1.05 (0.77 a 1.44)	

	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 30 días)	<b>RR: 0.43</b> (0.17 a 1.09)	<b>6 menos por 1000</b> (9 menos a 1 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	<b>RR: 0.43</b> (0.17 a 1.09)
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 1 año)	<b>RR: 0.44</b> (0.24 a 0.82)	<b>9 menos por 1000</b> (12 menos a 3 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	<b>RR: 0.44</b> (0.24 a 0.82)
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	<b>RR: 0.88</b> (0.67 a 1.28)	<b>3 menos por 1000</b> (9 menos a 8 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	<b>RR: 0.88</b> (0.67 a 1.28)
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 10 años)	<b>RR: 0.83</b> (0.26 a 2.70)	<b>3 menos por 1000</b> (15 menos a 50 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	<b>RR: 0.83</b> (0.26 a 2.70)
<p>En resumen, en adultos con enfermedad de tronco coronario izquierdo, por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probablemente disminuyamos 12 casos de enfermedad cerebrovascular (-12 a -3) al año.</li> <li>• Podría ser que no modifiquemos la mortalidad por todas las causas al año, 5 años, y 10 años, y la mortalidad cardiaca al año y 5 años.</li> <li>• La evidencia es muy incierta para la mortalidad por todas las causas a los 30 días, mortalidad cardiaca a los 30 días, y enfermedad cerebrovascular a los 30 días, 5 años y 10 años.</li> </ul>					
<b>Daños:</b>					
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grande</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 30 días)	3 ECA (n= 3290)	<b>RR: 0.88</b> (0.40 a 1.95)	<b>6 menos por 1000</b> (28 menos a 45 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,d</sup>
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 1 año)	5 ECA (n= 4595)	<b>RR: 0.90</b> (0.69 a 1.17)	<b>5 menos por 1000</b> (15 menos a 8 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	4 ECA (n= 4394)	<b>RR: 1.44</b> (1.07 a 1.95)	<b>27 más por 1000</b> (4 más a 59 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 10 años)	1 ECA (n= 600)	<b>RR: 1.13</b> (0.44 a 2.88)	<b>3 más por 1000</b> (15 menos a 50 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 30 días)	3 ECA (n= 3290)	<b>RR: 0.57</b> (0.29 a 1.09)	<b>7 menos por 1000</b> (11 menos a 4 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>
<p>En adultos con enfermedad de tronco coronario izquierdo, los <b>daños</b> de brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>grandes</b> (puesto que el tamaño del efecto evidencia que probablemente aumenta significativamente la tasa de eventos adversos como el infarto de miocardio y la necesidad de revascularización repetida).</p>					

Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 1 año)	5 ECA (n= 4595)	RR: 1.67 (1.32 a 2.12)	30 más por 1000 (14 más a 50 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	4 ECA (n= 4394)	RR: 1.73 (1.48 a 2.03)	72 más por 1000 (47 más a 101 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 10 años)	3 ECA (n= 3290)	RR: 2.03 (1.34 a 3.08)	100 más por 1000 (33 más a 201 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>
<p>En resumen, en adultos con enfermedad de tronco coronario izquierdo, por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probablemente aumentemos 27 infartos de miocardio (+4 a +59) a los 5 años, aumentemos 31 casos de revascularización repetida (+15 a +50) al año, aumentemos 49 casos de revascularización repetida (+49 a +99) a los 5 años, aumentemos 100 casos de revascularización repetida (+33 a +201) a los 10 años.</li> <li>• Podría ser que no modifiquemos el infarto de miocardio al año.</li> <li>• La evidencia es muy incierta para el infarto de miocardio a los 5 y 10 años, y la revascularización repetida a los 30 días.</li> </ul>				

**Certeza de la evidencia:**  
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
	Desenlaces ( <i>tiempo de seguimiento</i> )	Importancia	Certeza	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Muy baja</li> <li>○ Baja</li> <li>○ Moderada</li> <li>○ Alta</li> </ul>				Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).
○ Ningún estudio incluido	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 1 año)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,b</sup>	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 1 año)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,d</sup>	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	

	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 1 año)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,d</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,d</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 1 año)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,d</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 30 días)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 1 año)	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 10 años)	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	
	<p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó dos niveles de certeza por imprecisión.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en el ocultamiento de asignación y cegamiento de la evaluación del desenlace. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.</p> <p>c. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión.</p> <p>d. Se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia.</p>			
	Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).			
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b>				
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos considerados.		El GEG indicó que la evidencia era adecuada para tomar decisiones informadas sobre el ICP en lugar del CABG.	
<b>Balance de los efectos:</b>				
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador?				

(Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece al comparador</li> <li>● Probablemente favorece al comparador</li> <li>○ No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece a la intervención</li> <li>○ Favorece a la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces críticos e importantes, el balance probablemente favorece al CABG.</p>									
<b>Uso de recursos:</b>											
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Costos extensos</li> <li>● Costos moderados</li> <li>○ Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños</li> <li>○ Ahorros moderados</li> <li>○ Ahorros extensos</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%; text-align: center;"><b>Intervención: Coronaria Percutánea</b></th> <th style="width: 35%; text-align: center;"><b>Comparador: Cirugía bypass coronario</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Costo total tratamiento por persona:</b></td> <td style="text-align: center;">S/ 2892 – 3249<sup>a</sup> S/ 8578<sup>b</sup> S/ 25000<sup>c</sup></td> <td style="text-align: center;">S/ 10797 – 12132<sup>a</sup> S/ 75000<sup>c</sup></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>a Tarifario EsSalud 2018 b Observatorio de precios MINSa c Estimado aproximado en el sector privado</p>		<b>Intervención: Coronaria Percutánea</b>	<b>Comparador: Cirugía bypass coronario</b>	<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 75000 <sup>c</sup>	<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>		<p>El GEG consideró que, a pesar de la variabilidad en los precios observados, la CABG generalmente tiene un costo inicial más alto debido a la complejidad del procedimiento y la estancia hospitalaria prolongada requerida postoperatoriamente. La ICP, al ser menos invasiva, tiene un costo inicial menor en términos de hospitalización y recursos utilizados en el procedimiento. La ICP tiene una alta probabilidad de requerir revascularización repetida en el tiempo lo cual aumenta los costos acumulados de manera significativa en el largo plazo.</p> <p>La CABG suele ofrecer una mayor durabilidad, reduciendo la necesidad de procedimientos adicionales, lo que en términos de costos a largo plazo puede resultar más eficiente.</p> <p>Aunque la ICP puede tener un menor costo inicial, los costos asociados a la mayor frecuencia de revascularización repetida pueden hacer que a largo plazo esta opción sea más costosa que la CABG. En un contexto de enfermedad crónica, estos costos acumulados a lo largo de los años son importantes y sugieren un mayor requerimiento de recursos para la ICP.</p>
	<b>Intervención: Coronaria Percutánea</b>	<b>Comparador: Cirugía bypass coronario</b>									
<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 75000 <sup>c</sup>									
<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>										
<b>Equidad:</b>											
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?											
<p><b>Definiciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</i></li> <li>● <i>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</i></li> </ul>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reduce la equidad</li> <li>● Probablemente reduce la equidad</li> <li>○ Probablemente no tenga impacto en la equidad</li> <li>○ Probablemente incrementa la equidad</li> <li>○ Incrementa la equidad</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p>La ICP suele estar más disponible que la CABG en áreas con menos recursos, ya que es menos invasiva, requiere menos tiempo de hospitalización y menos infraestructura especializada. Aunque la ICP podría mejorar el acceso inicial al tratamiento en áreas con recursos limitados, su potencial necesidad de reintervenciones y los costos adicionales pueden reducir la equidad al afectar a los pacientes con menos recursos económicos. Esto podría hacer que los pacientes de</p>									

		bajos ingresos enfrenten mayores desafíos en mantener el tratamiento necesario a lo largo del tiempo.
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los médicos podrían considerar la ICP aceptable en pacientes seleccionados, particularmente si no hay otras comorbilidades que requieran una intervención más duradera. Sin embargo, el personal de salud también podría tener preocupaciones sobre la mayor necesidad de reintervenciones y los posibles riesgos a largo plazo en comparación con la CABG, especialmente en pacientes de alto riesgo.</li> </ul> <p><b>Pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La ICP suele ser más aceptable para los pacientes porque es un procedimiento menos invasivo, con tiempos de recuperación más cortos y menores riesgos inmediatos de complicaciones quirúrgicas en comparación con la CABG. Sin embargo, tendrían esta perspectiva inicial, sin tener plena conciencia de los riesgos a largo plazo, como la posibilidad de requerir revascularizaciones repetidas. Los pacientes podrían sentirse decepcionados o frustrados si necesitan futuros procedimientos, y si la comunicación sobre estos riesgos no es clara desde el principio, podría afectar la relación entre el personal de salud y los pacientes.</li> </ul>
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Disponibilidad real:</b> existen más salas de hemodinamia en comparación con quirófanos especializados para CABG.</p> <p><b>Personal e infraestructura:</b> La ICP demanda un equipo de intervención más reducido y específico que el CABG. Mientras que el bypass coronario requiere un equipo quirúrgico altamente especializado (cirujano cardiorácico, equipo de anestesia y soporte de cuidados intensivos), la ICP puede ser llevada a cabo por cardiólogos intervencionistas con un equipo de apoyo menos numeroso.</p> <p>Considerando todo ello, el GEG estableció que implementar el ICP sí sea factible.</p>

**Pregunta clínica 10.3. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, diabetes y enfermedad multivaso, ¿se debería realizar intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass aorto coronario?**

<b>Población:</b>	Adultos con síndrome coronario crónico, enfermedad multivaso y diabéticos
<b>Intervención:</b>	Intervención coronaria percutánea
<b>Comparador:</b>	Cirugía de bypass aorto coronario
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiaca</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Revascularización repetida</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

**Evaluación:**

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input checked="" type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En adultos con enfermedad multivaso y diabéticos, los <b>beneficios</b> de brindar la intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>pequeños</b> (puesto que el tamaño del efecto para enfermedad cerebrovascular al año se consideró pequeño) y los resultados del resto de los desenlaces no fueron estadísticamente significativos.
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	5 ECA (n= 3454)	RR: 1.48 (0.95 a 2.32)	27 más por 1000 (3 menos a 76 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	5 ECA (n=3454)	RR: 0.47 (0.28 a 0.79)	15 menos por 1000 (20 menos a 6 menos)	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,d</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	5 ECA (n= 3454)	RR: 1.35 (0.97 a 1.86)	21 más por 1000 (2 menos a 52 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
En resumen, en adultos con enfermedad multivaso y diabetes, por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que evitemos 15 casos de enfermedad cerebrovascular (-20 a -6).</li> <li>• La evidencia es muy incierta para la mortalidad y el infarto de miocardio.</li> </ul>						
Daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grande</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Trivial</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	<p>En adultos con enfermedad multivaso y diabéticos, los <b>daños</b> de brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>grandes</b>, puesto que el tamaño del efecto de la evidencia posiblemente aumente las muertes cardíacas y la necesidad de revascularización repetida. Además, el GEG consideró importante enfatizar que, aunque la certeza es muy baja para la mortalidad por todas las causas y el infarto de miocardio, se visualiza una tendencia a mayores riesgos potenciales en estos desenlaces que es relevante considerar en esta población de alto riesgo.</p>
	Mortalidad por todas las causas  (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	5 ECA (n= 3454)	<b>RR: 1.48</b> (0.95 a 2.32)	<b>27 más por 1000</b>  (3 menos a 76 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
	Mortalidad cardíaca  (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	3 ECA (n= 1204)	<b>RR: 1.71</b> (1.13 a 2.60)	<b>39 más por 1000</b>  (7 más a 87 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,d</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	5 ECA (n= 3454)	<b>RR: 1.35</b> (0.97 a 1.86)	<b>21 más por 1000</b>  (2 menos a 52 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	4 ECA (n= 3104)	<b>RR: 1.93</b> (1.25 a 2.99)	<b>69 más por 1000</b>  (18 más a 147 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,c</sup>	
<p>En resumen, en adultos con enfermedad monovasos de descendente anterior proximal, por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Podría ser que aumentemos 39 muertes cardíacas (+7 a +87) y 69 casos (+18 a +147) de revascularizaciones repetidas.</li> <li>● La evidencia es muy incierta para la mortalidad y el infarto de miocardio.</li> </ul>						

**Certeza de la evidencia:**  
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Muy baja</li> <li>○ Baja</li> <li>○ Moderada</li> <li>○ Alta</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>	<p>Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).</p>
	Mortalidad por todas las causas  (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
	Mortalidad cardíaca  (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,d</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,c</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 1-5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>b,d</sup>	

<p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en la evaluación de otros sesgos. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.</p> <p>c. Se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia</p> <p>d. Se disminuye un nivel por evidencia indirecta: incluye también estudios que evaluaron tronco coronario izquierdo.</p>											
<p>Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).</p>											
<p><b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b></p> <p>¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?</p>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos considerados.	El GEG indicó que la evidencia era adecuada para tomar decisiones informadas sobre el ICP en lugar del CABG.									
<p><b>Balace de los efectos:</b></p> <p>¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador?          (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)</p>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input checked="" type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces críticos e importantes, el balance resulta a favor del comparador.									
<p><b>Uso de recursos:</b></p> <p>¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?</p>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Costos extensos <input checked="" type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Intervención: Intervención Coronaria Percutánea</th> <th>Comparador: Cirugía bypass coronario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Costo total por persona:</b></td> <td>S/ 2892 – 3249<sup>a</sup> S/ 8578<sup>b</sup> S/ 25000<sup>c</sup></td> <td>S/ 10797 – 12132<sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000<sup>c</sup></td> </tr> <tr> <td><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>a Tarifario EsSalud 2018            b Observatorio de precios MINSa            c Estimado aproximado en el sector privado</p>		Intervención: Intervención Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario	<b>Costo total por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000 <sup>c</sup>	<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>		Dado que los pacientes con diabetes y enfermedad multivasa pueden enfrentar un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, la reducción en la necesidad de revascularizaciones adicionales y eventos adversos a largo plazo puede hacer que la CABG resulte más rentable en comparación con la ICP cuando se considera el costo total del cuidado a lo largo del tiempo.
	Intervención: Intervención Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario									
<b>Costo total por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000 <sup>c</sup>									
<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>										
<p><b>Equidad:</b></p> <p>Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?</p>											
<p><u>Definiciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</li> <li>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</li> </ul>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Reduce la equidad <input checked="" type="radio"/> Probablemente reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto en la equidad		La ICP, aunque inicialmente podría ser más accesible, podría llevar a una mayor carga de reintervenciones y complicaciones, afectando desproporcionadamente									

<input type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		a aquellos en situaciones socioeconómicas más vulnerables que pueden no tener acceso a cuidados de salud continuos y de calidad.
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Evidencia	Consideraciones adicionales <b>Personal de salud:</b> - El personal de salud puede tener sus propias preferencias basadas en la experiencia con cada procedimiento y la percepción de los resultados a largo plazo. Si la CABG es considerada más efectiva en términos de reducir la mortalidad y la necesidad de reintervenciones, el personal podría estar más inclinado a recomendar este enfoque, lo que podría afectar su aceptación de la ICP. <b>Pacientes:</b> - La ICP suele ser vista como un procedimiento menos invasivo, con un tiempo de recuperación más rápido, lo que la hace más aceptable para muchos pacientes. Sin embargo, si los pacientes son informados sobre el riesgo potencial de necesitar reintervenciones adicionales, la aceptabilidad de la ICP podría disminuir, ya que podrían preferir un tratamiento más definitivo como la CABG.
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Evidencia	Consideraciones adicionales La ICP, generalmente, es más factible de realizar en muchos entornos clínicos debido a su menor complejidad y a los requerimientos de recursos reducidos en comparación con la CABG. Esto significa que es más probable que esté disponible en una variedad de instalaciones, incluyendo aquellas con menos recursos.

**Pregunta clínica 10.4. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y con enfermedad multivaso con score SYNTAX leve ( $\leq 22$  puntos), ¿se debería realizar intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass aorto coronario?**

<b>Población:</b>	Adultos con síndrome coronario crónico y con enfermedad multivaso con score SYNTAX leve ( $\leq 22$ )
<b>Intervención:</b>	Intervención coronaria percutánea
<b>Comparador:</b>	Cirugía de bypass aorto coronario
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiaca</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Revascularización repetida</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

**Evaluación:**

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Grande</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: 0.88 (0.51 a 1.51)	11 menos por 1000 (45 menos a 45 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	En adultos con enfermedad multivaso y SYNTAX leve, los <b>beneficios</b> de brindar la intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>triviales</b> (puesto que los resultados de los desenlaces no fueron estadísticamente significativos).
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	1 ECA (n=574)	HR: 1.13 (0.79 a 1.62)	22 más por 1000 (37 menos a 100 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: 1.24 (0.55 a 2.80)	9 más por 1000 (16 menos a 62 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: 1.79 (0.87 a 3.70)	30 más por 1000 (5 menos a 100 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: 0.43 (0.15 a 1.26)	21 menos por 1000 (31 menos a 9 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: 1.46 (0.99 a 2.16)	52 más por 1000 (1 menos a 124 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
<p>En resumen, en adultos con enfermedad multivaso y SYNTAX leve (<math>\leq 22</math>), por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que no modifiquemos la mortalidad, el infarto de miocardio, la enfermedad cerebrovascular y la revascularización repetida.</li> </ul>						
Daños:						

¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Grande</li>   <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	<p>En adultos con enfermedad multivasa y SYNTAX leve, los <b>daños</b> de brindar la intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>triviales</b> (puesto que los resultados de los desenlaces no fueron estadísticamente significativos).</p>
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: <b>0.88</b> (0.51 a 1.51)	<b>11 menos por 1000</b> (45 menos a 45 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	1 ECA (n=574)	HR: <b>1.13</b> (0.79 a 1.62)	<b>22 más por 1000</b> (37 menos a 100 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: <b>1.24</b> (0.55 a 2.80)	<b>9 más por 1000</b> (16 menos a 62 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: <b>1.79</b> (0.87 a 3.70)	<b>30 más por 1000</b> (5 menos a 100 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: <b>0.43</b> (0.15 a 1.26)	<b>21 menos por 1000</b> (31 menos a 9 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=574)	HR: <b>1.46</b> (0.99 a 2.16)	<b>52 más por 1000</b> (1 menos a 124 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
<p>En resumen, en adultos con enfermedad multivasa y SYNTAX leve (≤22), por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Podría ser que no modifiquemos la mortalidad, el infarto de miocardio, la enfermedad cerebrovascular y la revascularización repetida.</li> </ul>						
Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muy baja</li> <li>● Baja</li> <li>○ Moderada</li> <li>○ Alta</li>   <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>	<p>Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).</p>		
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>			
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>			
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>			

	<p>Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)</p> <p>CRÍTICO</p> <p>⊕⊕○○ BAJA<sup>a,b</sup></p>										
	<p>Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)</p> <p>CRÍTICO</p> <p>⊕⊕○○ BAJA<sup>a,b</sup></p>										
	<p>Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕○○ BAJA<sup>a,b</sup></p>										
<p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en el cegamiento del evaluador del desenlace. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.</p>											
<p>Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).</p>											
<p><b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b></p> <p>¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?</p>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos considerados.	El GEG indicó que la evidencia era adecuada para tomar decisiones informadas sobre el ICP en lugar del CABG.									
<p><b>Balance de los efectos:</b></p> <p>¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)</p>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input checked="" type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces críticos e importantes, el balance no favorece a la intervención ni al comparador.									
<p><b>Uso de recursos:</b></p> <p>¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?</p>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Costos extensos <input type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input checked="" type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Intervención: Coronaria Percutánea</th> <th style="text-align: center;">Comparador: Cirugía bypass coronario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Costo total tratamiento por persona:</b></td> <td>S/ 2892 – 3249<sup>a</sup> S/ 8578<sup>b</sup> S/ 25000<sup>c</sup></td> <td>S/ 10797 – 12132<sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000<sup>c</sup></td> </tr> <tr> <td><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>a Tarifario EsSalud 2018  b Observatorio de precios MINSa  c Estimado aproximado en el sector privado</p>		Intervención: Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario	<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000 <sup>c</sup>	<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>		La ICP generalmente tiene costos directos más bajos en comparación con la CABG. Esto incluye gastos asociados al procedimiento en sí, como el tiempo en quirófano y los costos de hospitalización. La duración de la estancia hospitalaria tras una ICP suele ser más corta (a menudo un día o dos) en comparación con la CABG, que puede requerir varios días de recuperación. Además, en estos pacientes con enfermedad multiviso y SYNTAX leve, la ICP tendría menor tasa de complicaciones postoperatorias en comparación con la CABG por lo que también tendría menores costos.
	Intervención: Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario									
<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000 <sup>c</sup>									
<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>										
<p><b>Equidad:</b></p>											

Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?

**Definiciones**

- *Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)*
- *Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)*

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto en la equidad <input checked="" type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Los pacientes con un puntaje SYNTAX leve presentan una menor complejidad en las lesiones coronarias, lo que significa que el procedimiento de ICP es técnicamente más sencillo. Esto hace que la ICP sea una opción terapéutica en estos pacientes, permitiendo que más instituciones con recursos limitados ofrezcan la ICP como una alternativa viable a la CABG.</p> <p>En aquellos con SYNTAX leve, donde la ICP puede ser tan efectiva como la CABG, este enfoque se alinea con la equidad al ofrecer un tratamiento seguro y accesible sin que el paciente enfrente las barreras asociadas con una cirugía mayor.</p>

**Aceptabilidad:**

¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El personal de salud tiende a aceptar la ICP como una alternativa viable en pacientes con SYNTAX leve, ya que los riesgos y beneficios están balanceados en este grupo. Además, el equipo de salud podría preferir la ICP en estos pacientes, ya que es menos demandante en términos de recursos y tiempo quirúrgico comparado con la CABG.</li> </ul> <p><b>Pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La ICP suele ser vista como un procedimiento menos invasivo, con un tiempo de recuperación más rápido, lo que la hace más aceptable para muchos pacientes.</li> </ul>

**Factibilidad:**

¿La intervención es factible de implementar?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>La ICP, generalmente, es más factible de realizar en muchos entornos clínicos debido a su menor complejidad y a los requerimientos de recursos reducidos en comparación con la CABG. Esto significa que es más probable que esté disponible en una variedad de instalaciones, incluyendo aquellas con menos recursos.</p>

**Pregunta clínica 10.4. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y con enfermedad multivaso con score SYNTAX moderado (23-32 puntos), ¿se debería realizar intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass aorto coronario?**

<b>Población:</b>	Adultos con síndrome coronario crónico y con enfermedad multivaso con score SYNTAX moderado (23-32)
<b>Intervención:</b>	Intervención coronaria percutánea
<b>Comparador:</b>	Cirugía de bypass aorto coronario
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardíaca</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Revascularización repetida</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

**Evaluación:**

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Grande</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	En adultos con enfermedad multivaso y SYNTAX moderado, los <b>beneficios</b> de brindar la intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>triviales</b> (puesto que los resultados de los desenlaces no fueron estadísticamente significativos).
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=410)	HR: 1.10 (0.70 a 1.72)	12 más por 1000 (36 menos a 81 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	1 ECA (n=410)	HR: 1.07 (0.78 a 1.47)	12 más por 1000 (49 menos a 91 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad cardíaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=410)	HR: 1.25 (0.69 a 2.26)	15 más por 1000 (19 menos a 74 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=410)	HR: 0.55 (0.20 a 1.53)	15 menos por 1000 (27 menos a 17 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
En resumen, en adultos con enfermedad multivaso y SYNTAX moderado (23-32), por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que no modifiquemos la mortalidad y la enfermedad cerebrovascular.</li> </ul>						
Daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales

<input type="radio"/> Trivial <input checked="" type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En adultos con enfermedad multivasa y SYNTAX moderado, los <b>daños</b> de brindar la intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>pequeños</b> (puesto que los resultados de infarto de miocardio y revascularización repetida no necesariamente implica un impacto severo inmediato o irreversible).
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=410)	HR: 3.11 (1.53 a 6.31)	67 más por 1000 (17 más a 159 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n=410)	HR: 2.03 (1.35 a 3.06)	103 más por 1000 (37 más a 195 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
En resumen, en adultos con enfermedad multivasa y SYNTAX moderado (23-32), por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Podría ser que aumentemos 67 (+17 a +159) casos de infarto de miocardio a los 5 años y 103 (+37 a +195) casos de revascularización repetida a los 5 años.</li> </ul>						

**Certeza de la evidencia:**  
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	
<input type="radio"/> Muy baja <input checked="" type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta  <input type="radio"/> Ningún estudio incluido	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	
	<b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b> c. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión. d. Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en el cegamiento del evaluador del desenlace. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.			
Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).				

**Desenlaces importantes para los pacientes:**  
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
--------	-----------	-----------------------------

<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos considerados.	El GEG indicó que la evidencia era adecuada para tomar decisiones informadas sobre el ICP en lugar del CABG.									
<b>Balance de los efectos:</b>											
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input checked="" type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces críticos e importantes, el balance probablemente favorece al comparador.									
<b>Uso de recursos:</b>											
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Costos extensos <input type="radio"/> Costos moderados <input checked="" type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Intervención: Coronaria Percutánea</th> <th>Comparador: Cirugía bypass coronario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Costo total tratamiento por persona:</b></td> <td>S/ 2892 – 3249<sup>a</sup> S/ 8578<sup>b</sup> S/ 25000<sup>c</sup></td> <td>S/ 10797 – 12132<sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000<sup>c</sup></td> </tr> <tr> <td><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>a Tarifario EsSalud 2018 b Observatorio de precios MINSa c Estimado aproximado en el sector privado</p>		Intervención: Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario	<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000 <sup>c</sup>	<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>		La ICP generalmente tiene costos directos más bajos en comparación con la CABG. Esto incluye gastos asociados al procedimiento en sí, como el tiempo en quirófano y los costos de hospitalización. Las reintervenciones representan costos adicionales que podrían acumularse a largo plazo, aunque generalmente siguen siendo más bajos que el costo inicial de una CABG.
	Intervención: Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario									
<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000 <sup>c</sup>									
<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>										
<b>Equidad:</b>											
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?											
<i>Definiciones</i>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</li> <li>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</li> </ul>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Reduce la equidad <input checked="" type="radio"/> Probablemente reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto en la equidad <input type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		La ICP en pacientes con SYNTAX moderado requiere seguimiento más frecuente y acceso a especialistas para gestionar posibles complicaciones, como el riesgo de infarto de miocardio y la revascularización repetida. En áreas rurales o en sistemas de salud con recursos limitados, la disponibilidad de especialistas y la capacidad para brindar seguimiento adecuado puede ser baja, lo cual pone en desventaja a los pacientes que no pueden viajar o acceder a estos servicios con facilidad.									
<b>Aceptabilidad:</b>											
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí		<b>Personal de salud:</b> - Algunos clínicos pueden preferir la ICP, especialmente si se encuentran en entornos									

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p>donde la infraestructura para CABG es limitada. Otros pueden optar por la CABG, considerando su efectividad a largo plazo y su menor riesgo de reintervenciones, lo que podría generar variabilidad en la recomendación y en la aceptación de cada enfoque.</p> <p><b>Pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La percepción de los beneficios y riesgos de la ICP frente a la CABG puede variar considerablemente entre los pacientes. Algunos pacientes prefieren la ICP debido a la menor invasividad y recuperación más rápida, mientras que otros pueden preferir la CABG al percibirla como una solución más duradera y definitiva, especialmente si están informados de la necesidad potencial de reintervenciones con la ICP.</li> </ul>
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>● Sí</li>   <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p>La ICP, generalmente, es más factible de realizar en muchos entornos clínicos debido a su menor complejidad y a los requerimientos de recursos reducidos en comparación con la CABG. Esto significa que es más probable que esté disponible en una variedad de instalaciones, incluyendo aquellas con menos recursos.</p>

**Pregunta clínica 10.4. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y con enfermedad multivaso con score SYNTAX severo ( $\geq 33$  puntos), ¿se debería realizar intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass aorto coronario?**

<b>Población:</b>	Adultos con síndrome coronario crónico y con enfermedad multivaso con score SYNTAX severo ( $\geq 33$ )
<b>Intervención:</b>	Intervención coronaria percutánea
<b>Comparador:</b>	Cirugía de bypass aorto coronario
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Mortalidad cardiaca</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Revascularización repetida</li> <li>• Enfermedad cerebrovascular</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

**Evaluación:**

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<input checked="" type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n= 605)	HR: 0.89 (0.37 a 2.16)	4 menos por 1000 (22 menos a 39 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	En adultos con enfermedad multivaso y SYNTAX severo, los <b>beneficios</b> de brindar la intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>triviales</b> (puesto que los resultados de enfermedad cerebrovascular no fueron estadísticamente significativos).
<p>En resumen, en adultos con enfermedad multivaso y SYNTAX severo, por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que no modifiquemos la enfermedad cerebrovascular.</li> </ul>						
Daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n= 605)	HR: 1.84 (1.19 a 2.83)	79 más por 1000 (19 más a 164 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	En adultos con enfermedad multivaso y SYNTAX moderado, los <b>daños</b> de brindar la intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron <b>grandes</b> (puesto que hay un aumento considerable de mortalidad, infarto de miocardio y revascularización repetida).
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	1 ECA (n= 605)	HR: 1.41 (1.05 a 1.89)	86 más por 1000 (11 más a 174 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n= 605)	HR: 2.99 (1.62 a 5.52)	83 más por 1000 (27 más a 177 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	

	<table border="1"> <tr> <td>Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)</td> <td>1 ECA (n= 605)</td> <td>HR: 2.57 (1.31 a 5.06)</td> <td>57 más por 1000 (12 más a 140 más)</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADO<sup>b</sup></td> </tr> <tr> <td>Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)</td> <td>1 ECA (n= 605)</td> <td>HR: 2.86 (1.93 a 4.25)</td> <td>195 más por 1000 (104 más a 312 más)</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADO<sup>b</sup></td> </tr> </table> <p>En resumen, en adultos con enfermedad multivaso y SYNTAX severo, por cada 1000 personas a las que brindemos ICP en lugar de brindar CABG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Probablemente aumentemos 79 (+19 a +164) muertes por todas las causas a los 5 años, 86 (+11 a +174) muertes por todas las causas a los 10 años, 83 (+27 a +177) muertes cardiacas a los 5 años, 57 (+12 a +140) casos de infarto de miocardio a los 5 años y 195 (+104 a +312) casos de revascularización repetida a los 5 años.</li> </ul>	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n= 605)	HR: 2.57 (1.31 a 5.06)	57 más por 1000 (12 más a 140 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n= 605)	HR: 2.86 (1.93 a 4.25)	195 más por 1000 (104 más a 312 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>	
Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n= 605)	HR: 2.57 (1.31 a 5.06)	57 más por 1000 (12 más a 140 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>								
Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	1 ECA (n= 605)	HR: 2.86 (1.93 a 4.25)	195 más por 1000 (104 más a 312 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>								
<b>Certeza de la evidencia:</b> ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?												
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales								
<input type="radio"/> Muy baja <input checked="" type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta  <input type="radio"/> Ningún estudio incluido	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>	Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).								
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>									
	Mortalidad por todas las causas (tiempo de seguimiento: 10 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>									
	Mortalidad cardiaca (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>									
	Infarto de miocardio (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO <sup>b</sup>									
	Enfermedad cerebrovascular (tiempo de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>									
	Revascularización repetida (tiempo de seguimiento: 5 años)	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>									
	<b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b> e. Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión. f. Se disminuyó un nivel de certeza por riesgo de sesgo debido al riesgo no claro en el cegamiento del evaluador del desenlace. No se está penalizando por cegamiento de participantes y personal debido a la naturaleza de las intervenciones que es inevitable en este contexto.											
	Entre los desenlaces críticos (mortalidad, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).											
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b> ¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?												
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales								
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos considerados.			El GEG indicó que la evidencia era adecuada para tomar decisiones								

<input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí		informadas sobre el ICP en lugar del CABG.									
<b>Balance de los efectos:</b>											
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input checked="" type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces críticos e importantes, el balance favorece al comparador.									
<b>Uso de recursos:</b>											
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> Costos extensos <input checked="" type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Intervención: Intervención Coronaria Percutánea</th> <th style="text-align: center;">Comparador: Cirugía bypass coronario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Costo total tratamiento por persona:</b></td> <td style="text-align: center;">S/ 2892 – 3249<sup>a</sup> S/ 8578<sup>b</sup> S/ 25000<sup>c</sup></td> <td style="text-align: center;">S/ 10797 – 12132<sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000<sup>c</sup></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>a Tarifario EsSalud 2018 b Observatorio de precios MINSA c Estimado aproximado en el sector privado</small></p>		Intervención: Intervención Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario	<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000 <sup>c</sup>	<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>		La ICP generalmente tiene costos directos más bajos en comparación con la CABG. Esto incluye gastos asociados al procedimiento en sí, como el tiempo en quirófano y los costos de hospitalización. Sin embargo, habría costos asociados sobre las reintervenciones, el manejo de complicaciones y la atención a largo plazo. Por lo tanto, no se puede asumir que la ICP sea significativamente más económica que la CABG en este contexto específico.
	Intervención: Intervención Coronaria Percutánea	Comparador: Cirugía bypass coronario									
<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 12000 S/ 75000 <sup>c</sup>									
<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>										
<b>Equidad:</b>											
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?											
<u>Definiciones</u>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</li> <li>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</li> </ul>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input checked="" type="radio"/> Reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto en la equidad <input type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		La ICP en pacientes con SYNTAX severo requiere seguimiento más frecuente y acceso a especialistas para gestionar posibles complicaciones. En áreas rurales o en sistemas de salud con recursos limitados, la disponibilidad de especialistas y la capacidad para brindar seguimiento adecuado puede ser baja, lo cual pone en desventaja a los pacientes que no pueden viajar o acceder a estos servicios con facilidad.									
<b>Aceptabilidad:</b>											
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<b>Personal de salud:</b> - El personal de salud puede tener más experiencia y confianza en realizar CABG en comparación con ICP en ciertos contextos clínicos. Si los médicos consideran que la CABG ofrece mejores									

		<p>resultados y menores riesgos, podrían ser reacios a recomendar la ICP, lo que impactaría la aceptabilidad de esta opción.</p> <p><b>Pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchos pacientes prefieren procedimientos que ofrecen una solución más permanente y menos riesgo de complicaciones a largo plazo. La CABG, a pesar de ser más invasiva inicialmente, puede ser vista como una opción más confiable y menos propensa a requerir tratamientos adicionales.</li> </ul>
<b>Factibilidad:</b>		
¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Existen guías y protocolos clínicos que pueden favorecer la CABG sobre la ICP en este contexto. Si las políticas institucionales o los protocolos clínicos no respaldan la ICP, esto puede limitar su implementación y uso en la práctica clínica.</p> <p>Además, si no hay beneficios del ICP en lugar del CABG en pacientes con SYNTAX severo, esto puede generar una falta de motivación entre los profesionales de la salud para adoptar y promover la intervención, afectando su factibilidad en la práctica clínica.</p>

Presentación:

<b>Pregunta clínica 10.5. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida, ¿se debería realizar intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass aorto coronario?</b>	
<b>Población:</b>	Adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida
<b>Intervención:</b>	Intervención coronaria percutánea
<b>Comparador:</b>	Cirugía de bypass aorto coronario
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Mortalidad cardiaca</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Revascularizaciones repetidas</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

<b>Beneficios:</b>						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida los <b>beneficios</b> de brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron desconocidos ya que la certeza de la evidencia para todos, fue muy baja.
	Mortalidad por todas las causas (3 años)	1 ECA	RR 0.84 (0.31 a 2.26)	31 menor por 1000 (134 menos a 244 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Mortalidad cardiaca (3 años)	1 ECA	RR 0.72 (0.23 a 2.28)	54 menor por 1000 (149 menos a 248 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Infarto al miocardio (3 años)	1 ECA	RR 0.72 (0.16 a 3.34)	54 menor por 1000 (163 menos a 453 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Revascularización repetida (3 años)	1 ECA	RR 1.44 (0.28 a 7.38)	85 más por 1000 (139 menos a 1000 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
En resumen, al brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario para mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiaca, infarto al miocardio o revascularización repetida a 3 años</li> </ul>						
<b>Daños:</b>						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales

<input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Trivial  <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> Se desconoce	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b> Mortalidad por todas las causas (3 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b> 1 ECA	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b> RR 0.84 (0.31 a 2.26)	<b>Diferencia (IC 95%)</b> 31 menor por 1000 (134 menos a 244 más)	<b>Certeza</b> ⊕○○○ MUY BAJA	En adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida los <b>daños</b> de brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario se consideraron desconocidos ya que la certeza de la evidencia para todos, fue muy baja.
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b> Mortalidad cardiaca (3 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b> 1 ECA	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b> RR 0.72 (0.23 a 2.28)	<b>Diferencia (IC 95%)</b> 54 menor por 1000 (149 menos a 248 más)	<b>Certeza</b> ⊕○○○ MUY BAJA	
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b> Infarto al miocardio (3 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b> 1 ECA	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b> RR 0.72 (0.16 a 3.34)	<b>Diferencia (IC 95%)</b> 54 menor por 1000 (163 menos a 453 más)	<b>Certeza</b> ⊕○○○ MUY BAJA	
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b> Revascularización repetida (3 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b> 1 ECA	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b> RR 1.44 (0.28 a 7.38)	<b>Diferencia (IC 95%)</b> 85 más por 1000 (139 menos a 1000 más)	<b>Certeza</b> ⊕○○○ MUY BAJA	
	En resumen, al brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario: <ul style="list-style-type: none"> <li>La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar intervención percutánea coronaria en lugar de cirugía de bypass coronario para mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiaca, infarto al miocardio o revascularización repetida a 3 años</li> </ul>					
<b>Certeza de la evidencia:</b> ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
<b>Juicio</b> <input checked="" type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta  <input type="radio"/> Ningún estudio incluido	<b>Evidencia</b>				<b>Consideraciones adicionales</b>	
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b> Mortalidad por todas las causas (3 años)	<b>Importancia</b> CRÍTICO	<b>Certeza</b> MUY BAJA ⊕○○○			
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b> Mortalidad cardiaca (3 años)	<b>Importancia</b> CRÍTICO	<b>Certeza</b> MUY BAJA ⊕○○○			
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b> Infarto al miocardio (3 años)	<b>Importancia</b> CRÍTICO	<b>Certeza</b> MUY BAJA ⊕○○○			
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b> Revascularización repetida (3 años)	<b>Importancia</b> IMPORTANTE	<b>Certeza</b> MUY BAJA ⊕○○○			
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b> ¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?						
<b>Juicio</b> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí	<b>Evidencia</b> Se contó con evidencia para todos los desenlaces críticos considerados.				<b>Consideraciones adicionales</b>	
<b>Balance de los efectos:</b> ¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)						
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>				<b>Consideraciones adicionales</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece al comparador</li> <li>● No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece a la intervención</li> <li>○ Favorece a la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces críticos e importantes, el balance no resulta claro si está a favor de la intervención o del comparador.</p>									
<b>Uso de recursos:</b> ¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?											
<b>Juicio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Costos extensos</li> <li>○ Costos moderados</li> <li>○ Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños</li> <li>○ Ahorros moderados</li> <li>○ Ahorros extensos</li> <li>○ Varía</li> <li>● Se desconoce</li> </ul>	<b>Evidencia</b> <table border="1" data-bbox="451 645 1066 963"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>Intervención: Intervención Coronaria Percutánea</b></th> <th><b>Comparador: Cirugía bypass coronario</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Costo total tratamiento por persona:</b></td> <td>S/ 2892 – 3249<sup>a</sup> S/ 8578<sup>b</sup> S/ 25000<sup>c</sup></td> <td>S/ 10797 – 12132<sup>a</sup> S/ 75000<sup>c</sup></td> </tr> <tr> <td><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>a Tarifario EsSalud 2018  b Observatorio de precios MINSA  c Estimado aproximado en el sector privado</p>		<b>Intervención: Intervención Coronaria Percutánea</b>	<b>Comparador: Cirugía bypass coronario</b>	<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 75000 <sup>c</sup>	<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>		<b>Consideraciones adicionales</b> <p>A pesar de los precios referenciales observados; el GEG consideró que debido a la marcada variabilidad que hay en los precios de una fuente a otra, así como los costos adicionales no estimados producto de tratar con una población especial (posible mayor estancia hospitalaria, posible mayor riesgo de requerir UCI) el precio de cada intervención debería ser considerado como desconocido.</p>
	<b>Intervención: Intervención Coronaria Percutánea</b>	<b>Comparador: Cirugía bypass coronario</b>									
<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 2892 – 3249 <sup>a</sup> S/ 8578 <sup>b</sup> S/ 25000 <sup>c</sup>	S/ 10797 – 12132 <sup>a</sup> S/ 75000 <sup>c</sup>									
<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por persona tratada, la intervención costaría de S/ 7905 a S/ 8883 menos según el tarifario de EsSalud en el 2018 y S/ 50 000 menos según un estimado aproximado en el sector privado</li> </ul>										
<b>Equidad:</b> Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?											
<b>Definiciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</i></li> <li>● <i>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</i></li> </ul>											
<b>Juicio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reduce la equidad</li> <li>○ Probablemente reduce la equidad</li> <li>○ Probablemente no tenga impacto en la equidad</li> <li>○ Probablemente incrementa la equidad</li> <li>○ Incrementa la equidad</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Evidencia</b>	<b>Consideraciones adicionales</b> <p>Teniendo en cuenta que los pacientes con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda son pacientes con alto riesgo de muerte o infarto de miocardio (explicado en anteriores preguntas de la presente GPC):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aunque no se tenga evidencia concluyente de que la cirugía de bypass es más beneficiosa que la ICP, sí existen datos que sugieren que el bypass puede tener ventajas en ciertos pacientes con alto riesgo, especialmente aquellos con enfermedad multivasa, tronco coronario izquierdo o SYNTAX ≥33. Desde una perspectiva de equidad, podría considerarse preferible priorizar un procedimiento que, aunque no probado directamente como superior en estos pacientes, tiene indicios de brindar un beneficio más sostenible a largo plazo para quienes más lo necesitan.</li> <li>○ Destinar recursos a procedimientos como la</li> </ul>									

		<p>intervención coronaria percutánea sin un beneficio clínico claro podría impactar negativamente la equidad. Esto se debe a que podría disminuir los fondos disponibles para la cirugía de bypass. Podría ser prudente priorizar el bypass dado que en los subgrupos de pacientes de alto riesgo (enfermedad multivaso, tronco coronario izquierdo o SYNTAX <math>\geq 33</math>) se reduciría la necesidad de reintervenciones y, por ende, en una menor demanda de recursos a largo plazo. Así, se garantizaría que los recursos estén alineados con intervenciones de mejor rendimiento clínico para pacientes de alto riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si se destinaran al bypass, asegurarían un acceso más equitativo a tratamientos duraderos, especialmente para los pacientes con una peor condición inicial o con menor acceso a seguimientos frecuentes. La cirugía de bypass, al ofrecer un tratamiento más prolongado, podría entonces actuar como una medida equitativa para estos pacientes.</li> </ul>
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>● Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>○ Sí</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p><b>Personal de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El personal de salud muestra una alta disposición a realizar el CABG en comparación con el ICP, ya que la cirugía de bypass es una práctica habitual en el manejo de pacientes con enfermedad coronaria avanzada especialmente en pacientes de alto riesgo. Aunque el ICP es menos invasivo y más fácil de ejecutar, muchos profesionales consideran que el CABG ofrece una solución más definitiva, lo que incrementa su aceptación y disposición para continuar empleándolo en los casos donde se espera un mayor beneficio a largo plazo.</li> </ul> <p><b>Pacientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La recuperación del paciente posterior al ICP es mucho más rápida que con el comparador, sin embargo, podría tener menor durabilidad y mayor necesidad de reintervenciones. Muchos pacientes pueden ver el CABG como una solución más "permanente" lo que aumentaría su disposición a</li> </ul>

		aceptarla si se les explica su potencial de evitar futuras intervenciones. Los pacientes suelen aceptar el CABG cuando entienden sus ventajas en términos de durabilidad.
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Disponibilidad real:</b> El GEG consideró que existen muchos más lugares en los que se podría llevar a cabo la ICP (salas de hemodinamia) que quirófanos en los que se pueda realizar el comparador.</p> <p><b>Personal e infraestructura:</b> El GEG consideró que la intervención es mucho más fácil de conducir que el comparador. Sin embargo, para centros que cuentan con la infraestructura adecuada, el CABG es factible y presenta beneficios potenciales en términos de durabilidad del tratamiento y reducir la necesidad de futuras reintervenciones y hospitalizaciones, especialmente en pacientes de alto riesgo.</p> <p>Considerando todo ello, el GEG estableció que implementar la intervención <b>probablemente sí</b> es factible.</p>

**PICO 10.1: Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad monovaso de descendente anterior proximal**

**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

**PICO 10.2: Adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo no protegido**

**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

**PICO 10.3: Adultos con síndrome coronario crónico, diabéticos y con enfermedad multivaso**
**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

PICO 10.4: Adultos con síndrome coronario crónico con enfermedad multivaso con score SYNTAX leve

**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

PICO 10.4: Adultos con síndrome coronario crónico con enfermedad multivaso con score SYNTAX moderado

**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

PICO 10.4: Adultos con síndrome coronario crónico con enfermedad multivaso con score SYNTAX severo

**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

**PICO 10.5: Adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular reducida:**
**Resumen de los juicios:**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

**Recomendaciones y justificación:**

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>Dirección:</b> En adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad monovaso de la arteria descendente anterior proximal, el balance de beneficios y daños no favorece a ninguna técnica de revascularización (puesto que el <b>tamaño de los efectos</b> para mortalidad e infarto de miocardio fueron <b>inciertos</b> y para la revascularización repetida <b>varían considerablemente</b>). Sin embargo, el GEG consideró que el ICP permite menores costos directos (menos tiempo en el quirófano, menor estancia hospitalaria, menos recursos materiales), un acceso más amplio y equitativo al tratamiento, sería aceptable y factible de implementar en una mayor cantidad de centros debido a su menor complejidad.</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor</b> del uso de la intervención.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad monovaso de la arteria descendente anterior proximal, <b>sugerimos</b> brindar ICP en lugar de CABG.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor de la intervención</b>  <b>Certeza de la evidencia: muy baja</b>            ⊕○○○</p>
<p><b>Dirección:</b> En adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo, los beneficios de brindar el ICP en lugar del CABG se consideraron pequeños (puesto que el <b>tamaño del efecto</b> para la enfermedad cerebrovascular se consideró pequeño) y los daños se consideraron grandes (puesto que el <b>tamaño del efecto</b> evidencia que probablemente aumenta significativamente la tasa de eventos adversos como el infarto de miocardio y la necesidad de revascularización repetida).</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor</b> del uso del comparador.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo, <b>sugerimos</b> brindar CABG en lugar de ICP, para reducir eventos de revascularización repetida e infarto de miocardio.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor del comparador</b>  <b>Certeza de la evidencia: muy baja</b>            ⊕○○○</p>
<p><b>Dirección:</b> En adultos con síndrome coronario crónico, enfermedad multivaso y diabéticos, los <b>beneficios</b> de brindar la ICP en lugar de CABG se consideraron <b>pequeños</b> (puesto que el tamaño del efecto para enfermedad cerebrovascular al año se consideró pequeño) y <b>los daños grandes</b> (puesto que el tamaño del efecto de la evidencia posiblemente aumente las muertes cardiacas y la</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, diabetes y enfermedad multivaso, sugerimos brindar CABG en lugar de ICP.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor del comparador</b>  <b>Certeza de la evidencia: muy baja</b></p>

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>necesidad de revascularización repetida, además que para la mortalidad por todas las causas y el infarto de miocardio, se visualiza una tendencia a mayores riesgos potenciales en estos desenlaces). Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor</b> del uso del comparador.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>⊕○○○</p>
<p><b>Dirección:</b> En adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX leve, los <b>beneficios y daños</b> de brindar la ICP en lugar de CABG se consideraron <b>triviales</b> (puesto que los resultados de los desenlaces no fueron estadísticamente significativos). El brindar el ICP generaba unos ahorros moderados, probablemente incrementa la equidad ya que al ser un procedimiento técnicamente más sencillo pueda realizarse sin que el paciente enfrente las barreras asociadas con una cirugía mayor. Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor</b> de la intervención.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX leve (≤22 puntos), sugerimos brindar ICP en lugar de CABG.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor de la intervención</b>  <b>Certeza de la evidencia: baja</b>      ⊕⊕○○</p>
<p><b>Dirección:</b> En adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX moderado, los <b>beneficios</b> de brindar la ICP en lugar de CABG se consideraron <b>triviales</b> (puesto que los resultados de mortalidad y enfermedad cerebrovascular no fueron estadísticamente significativos) y los <b>daños pequeños</b> (puesto que los resultados de infarto de miocardio y revascularización repetida no necesariamente implica un impacto severo inmediato o irreversible). Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor</b> del uso del comparador.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX moderado (23-32 puntos), sugerimos brindar CABG en lugar de IPC para reducir eventos de revascularización repetida e infarto de miocardio.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor del comparador</b>  <b>Certeza de la evidencia: baja</b>      ⊕⊕○○</p>
<p><b>Dirección:</b> En adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX moderado, los <b>beneficios</b> de brindar la ICP en lugar de CABG se consideraron <b>triviales</b> (puesto que los resultados de enfermedad cerebrovascular no fueron estadísticamente significativos) y los <b>daños</b></p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX severo (≥33 puntos), sugerimos brindar CABG en lugar de IPC.</p>

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>grandes</b> (puesto que hay un aumento considerable de mortalidad, infarto de miocardio y revascularización repetida). Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor</b> del uso del comparador.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p><b>Recomendación condicional a favor del comparador</b> <b>Certeza de la evidencia: baja</b> ⊕⊕○○</p>
<p><b>Dirección:</b> En adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida, el balance de daños y beneficios es incierto, por lo que el GEG consideró que no había suficiente evidencia para justificar la intervención.</p> <p>Ante la falta de evidencia concluyente sobre las diferencias en beneficios y riesgos entre la intervención coronaria percutánea y la cirugía de bypass coronario, priorizar el bypass puede ser una decisión basada en la optimización de recursos (por ser una opción a largo plazo que puede ser clave para estos pacientes con peor función cardíaca) y en la equidad en salud (los pacientes con mayores necesidades accedan a un tratamiento definitivo). El GEG consideró necesario evaluar el ECA STICH (123, 124) y el ECA REVIVED-BCIS 2 (125) como evidencia indirecta para definir este enunciado. Este ECA (123, 124) investigó los efectos del CABG versus el tratamiento médico óptimo en pacientes con insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria severa, particularmente en aquellos con una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) reducida y enfermedad multivaso, donde se encontró que el CABG no mostró una mejora significativa en términos de mortalidad global en comparación con solo el tratamiento médico, sí proporcionó beneficios en cuanto a una supervivencia mejorada a los 10 años. Por otro lado, el REVIVED-BCIS 2 (125) que evaluó el ICP en comparación a tratamiento médico óptimo solo en pacientes con FEVI ≤35%, el ICP no mejoró los resultados incluida la supervivencia.</p> <p>Además, usando los datos del ECA STICH se encontró que el CABG tiene un valor económico intermedio (\$50,000–\$150,000/QALY ganado) en comparación con el tratamiento médico solo desde la perspectiva del sector de salud de EEUU.</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida (≤35%), <b>sugerimos</b> 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.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor del comparador</b> <b>Certeza de la evidencia: muy baja</b> ⊕○○○</p>

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Aunque no se evaluó de manera directa con el ICP, el GEG consideró importante considerar esta información. Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor</b> del uso del comparador.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	

### Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC				
<p>El score STS-PROM es una herramienta validada que permite estimar el riesgo de mortalidad y complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía cardíaca (126, 127). Facilita la toma de decisiones informadas sobre el manejo quirúrgico, optimizando el proceso de selección de pacientes. Esto es especialmente relevante en pacientes con síndrome coronario crónico, donde la identificación del riesgo puede guiar la elección de la estrategia de revascularización.</p> <p>Aunque los puntos de corte para definir el riesgo son dirigidos a pacientes que serán sometidos a reemplazo valvular y no se tengan puntos de corte definido para nuestra patología, este STS-PROM cuantifica el riesgo de mortalidad y complicaciones de cada paciente y proporciona una base objetiva para informar a los pacientes sobre los riesgos potenciales, promoviendo decisiones compartidas. Esto es especialmente relevante en pacientes con comorbilidades o riesgos quirúrgicos elevados.</p> <p>El GEG consideró precisar su uso dada su utilidad clínica y su capacidad para guiar decisiones individualizadas y mejorar la seguridad quirúrgica, el uso del STS-PROM es fundamental en la evaluación</p>	<p>Utilice el score STS-PROM (Society of Thoracic Surgeons - Predicted Risk of Mortality) para estimar el riesgo de mortalidad y complicaciones en pacientes que irían a cirugía de bypass aorto coronario.</p> <table border="1" data-bbox="774 1079 1353 1706"> <thead> <tr> <th>Score de la Sociedad de Cirujanos Torácicos (STS-PROM)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Información que se utiliza para el cálculo del riesgo quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía planificada (tipo, incidencia de cirugía, prioridad quirúrgica)</li> <li>• Datos demográficos (sexo, edad, talla, peso, IMC, raza)</li> <li>• Resultados de laboratorio (creatinina, hematocrito, recuento de leucocitos, recuento de plaquetas)</li> <li>• Factores de riesgo /comorbilidades</li> <li>• Estado cardíaco</li> <li>• Enfermedad arterial coronaria, enfermedad valvular y/o arritmias</li> <li>• Intervención cardíaca previa</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td> <p>El cálculo se realiza mediante un programa informático a través del siguiente enlace: <a href="https://www.sts.org/resources/acsd-operative-risk-calculator">https://www.sts.org/resources/acsd-operative-risk-calculator</a> donde se brinda la puntuación de riesgo de mortalidad y de complicaciones postoperatorias según las características del paciente.</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>Shahian DM, Jacobs JP, Badhwar V, Kurlansky PA, Furnary AP, Cleveland JC Jr, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2018 Adult Cardiac Surgery Risk Models: Part 1-Background, Design Considerations, and Model Development. Ann Thorac Surg. 2018;105(5):1411-1418.</p> <p>O'Brien SM, Feng L, He X, Xian Y, Jacobs JP, Badhwar V, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2018 Adult Cardiac Surgery Risk Models: Part 2-Statistical Methods and Results. Ann Thorac Surg. 2018;105(5):1419-1428.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Score de la Sociedad de Cirujanos Torácicos (STS-PROM)	<p>Información que se utiliza para el cálculo del riesgo quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía planificada (tipo, incidencia de cirugía, prioridad quirúrgica)</li> <li>• Datos demográficos (sexo, edad, talla, peso, IMC, raza)</li> <li>• Resultados de laboratorio (creatinina, hematocrito, recuento de leucocitos, recuento de plaquetas)</li> <li>• Factores de riesgo /comorbilidades</li> <li>• Estado cardíaco</li> <li>• Enfermedad arterial coronaria, enfermedad valvular y/o arritmias</li> <li>• Intervención cardíaca previa</li> </ul>	<p>El cálculo se realiza mediante un programa informático a través del siguiente enlace: <a href="https://www.sts.org/resources/acsd-operative-risk-calculator">https://www.sts.org/resources/acsd-operative-risk-calculator</a> donde se brinda la puntuación de riesgo de mortalidad y de complicaciones postoperatorias según las características del paciente.</p>	<p>Shahian DM, Jacobs JP, Badhwar V, Kurlansky PA, Furnary AP, Cleveland JC Jr, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2018 Adult Cardiac Surgery Risk Models: Part 1-Background, Design Considerations, and Model Development. Ann Thorac Surg. 2018;105(5):1411-1418.</p> <p>O'Brien SM, Feng L, He X, Xian Y, Jacobs JP, Badhwar V, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2018 Adult Cardiac Surgery Risk Models: Part 2-Statistical Methods and Results. Ann Thorac Surg. 2018;105(5):1419-1428.</p>
Score de la Sociedad de Cirujanos Torácicos (STS-PROM)					
<p>Información que se utiliza para el cálculo del riesgo quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía planificada (tipo, incidencia de cirugía, prioridad quirúrgica)</li> <li>• Datos demográficos (sexo, edad, talla, peso, IMC, raza)</li> <li>• Resultados de laboratorio (creatinina, hematocrito, recuento de leucocitos, recuento de plaquetas)</li> <li>• Factores de riesgo /comorbilidades</li> <li>• Estado cardíaco</li> <li>• Enfermedad arterial coronaria, enfermedad valvular y/o arritmias</li> <li>• Intervención cardíaca previa</li> </ul>					
<p>El cálculo se realiza mediante un programa informático a través del siguiente enlace: <a href="https://www.sts.org/resources/acsd-operative-risk-calculator">https://www.sts.org/resources/acsd-operative-risk-calculator</a> donde se brinda la puntuación de riesgo de mortalidad y de complicaciones postoperatorias según las características del paciente.</p>					
<p>Shahian DM, Jacobs JP, Badhwar V, Kurlansky PA, Furnary AP, Cleveland JC Jr, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2018 Adult Cardiac Surgery Risk Models: Part 1-Background, Design Considerations, and Model Development. Ann Thorac Surg. 2018;105(5):1411-1418.</p> <p>O'Brien SM, Feng L, He X, Xian Y, Jacobs JP, Badhwar V, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2018 Adult Cardiac Surgery Risk Models: Part 2-Statistical Methods and Results. Ann Thorac Surg. 2018;105(5):1419-1428.</p>					

Justificación	BPC			
<p>preoperatoria de pacientes que serán sometidos a CABG.</p> <p>Esto coincide con la guía ESC 2024 (11) que señala que puede guiar medidas adicionales al paciente antes de la cirugía y la AHA de Revascularización 2021 (128) que recomienda el cálculo del STS score para estratificar el riesgo</p>				
<p>El score SYNTAX (Synergy Between PCI With Taxus and Cardiac Surgery) es una herramienta validada para evaluar la complejidad anatómica y angiográfica de las lesiones coronarias en pacientes con enfermedad multivaso, con o sin compromiso del tronco coronario izquierdo, proporcionando un marco para guiar las decisiones terapéuticas (129). Este score tiene implicaciones directas en el pronóstico y la estrategia de tratamiento, ya que ayuda a determinar si la ICP o la CABG son más apropiados. El GEG consideró que la estratificación de la complejidad angiográfica es crucial, ya que las lesiones más complejas pueden requerir un abordaje más agresivo y, por lo tanto, un manejo diferente según el puntaje SYNTAX (bajo &lt;22 puntos, moderado 23-32 puntos, severo &gt;33 puntos).</p> <p>Esto coincide con las guías AHA 2023 (10) y ESC 2024 (11) que emiten recomendaciones según el puntaje SYNTAX para la elección de la técnica de revascularización.</p>	<p>Utilice el score SYNTAX para estratificar la complejidad angiográfica de las estenosis coronarias significativas en pacientes con enfermedad multivaso con o sin compromiso del tronco coronario izquierdo.</p> <table border="1" data-bbox="774 725 1353 1478"> <thead> <tr> <th data-bbox="774 725 1353 759">Score SYNTAX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="774 759 1353 1240"> <p>Información que se utiliza para el cálculo del puntaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominancia (derecha, izquierda)</li> <li>• Número de lesiones</li> <li>• Segmentos involucrados por lesión</li> <li>• Presencia de oclusión total</li> <li>• Presencia de trifurcación (unión de tres ramas, un vaso principal y dos ramas laterales)</li> <li>• Presencia de bifurcación (unión de un vaso principal y una rama lateral de al menos 1.5 mm de diámetro)</li> <li>• Presencia de lesión aorto-ostial</li> <li>• Presencia de tortuosidad severa</li> <li>• Longitud &gt;20 mm</li> <li>• Presencia de calcificación severa</li> <li>• Presencia de trombosis</li> <li>• Presencia de enfermedad difusa/vasos pequeños</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="774 1240 1353 1478"> <p>El cálculo se realiza mediante un programa informático con preguntas secuenciales a través del siguiente enlace: <a href="https://syntaxscore.org/">https://syntaxscore.org/</a></p> <p>La puntuación total se obtiene sumando los puntos de cada criterio evaluado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-22 puntos: Leve</li> <li>• 23-32 puntos: Moderado</li> <li>• &gt;33 puntos: Severo</li> </ul> <p>Sianos G, Morel MA, Kappetein AP, Morice MC, Colombo A, Dawkins K, van den Brand M, Van Dyck N, Russell ME, Mohr FW, Serruys PW. The SYNTAX Score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. <i>EuroIntervention</i>. 2005 Aug;1(2):219-27.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Score SYNTAX	<p>Información que se utiliza para el cálculo del puntaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominancia (derecha, izquierda)</li> <li>• Número de lesiones</li> <li>• Segmentos involucrados por lesión</li> <li>• Presencia de oclusión total</li> <li>• Presencia de trifurcación (unión de tres ramas, un vaso principal y dos ramas laterales)</li> <li>• Presencia de bifurcación (unión de un vaso principal y una rama lateral de al menos 1.5 mm de diámetro)</li> <li>• Presencia de lesión aorto-ostial</li> <li>• Presencia de tortuosidad severa</li> <li>• Longitud &gt;20 mm</li> <li>• Presencia de calcificación severa</li> <li>• Presencia de trombosis</li> <li>• Presencia de enfermedad difusa/vasos pequeños</li> </ul>	<p>El cálculo se realiza mediante un programa informático con preguntas secuenciales a través del siguiente enlace: <a href="https://syntaxscore.org/">https://syntaxscore.org/</a></p> <p>La puntuación total se obtiene sumando los puntos de cada criterio evaluado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-22 puntos: Leve</li> <li>• 23-32 puntos: Moderado</li> <li>• &gt;33 puntos: Severo</li> </ul> <p>Sianos G, Morel MA, Kappetein AP, Morice MC, Colombo A, Dawkins K, van den Brand M, Van Dyck N, Russell ME, Mohr FW, Serruys PW. The SYNTAX Score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. <i>EuroIntervention</i>. 2005 Aug;1(2):219-27.</p>
Score SYNTAX				
<p>Información que se utiliza para el cálculo del puntaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominancia (derecha, izquierda)</li> <li>• Número de lesiones</li> <li>• Segmentos involucrados por lesión</li> <li>• Presencia de oclusión total</li> <li>• Presencia de trifurcación (unión de tres ramas, un vaso principal y dos ramas laterales)</li> <li>• Presencia de bifurcación (unión de un vaso principal y una rama lateral de al menos 1.5 mm de diámetro)</li> <li>• Presencia de lesión aorto-ostial</li> <li>• Presencia de tortuosidad severa</li> <li>• Longitud &gt;20 mm</li> <li>• Presencia de calcificación severa</li> <li>• Presencia de trombosis</li> <li>• Presencia de enfermedad difusa/vasos pequeños</li> </ul>				
<p>El cálculo se realiza mediante un programa informático con preguntas secuenciales a través del siguiente enlace: <a href="https://syntaxscore.org/">https://syntaxscore.org/</a></p> <p>La puntuación total se obtiene sumando los puntos de cada criterio evaluado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-22 puntos: Leve</li> <li>• 23-32 puntos: Moderado</li> <li>• &gt;33 puntos: Severo</li> </ul> <p>Sianos G, Morel MA, Kappetein AP, Morice MC, Colombo A, Dawkins K, van den Brand M, Van Dyck N, Russell ME, Mohr FW, Serruys PW. The SYNTAX Score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. <i>EuroIntervention</i>. 2005 Aug;1(2):219-27.</p>				
<p>La evidencia que respaldó la recomendación principal proviene predominantemente de estudios realizados en pacientes con enfermedad del tronco coronario izquierdo con lesión distal (Boudriot 72%, EXCEL 79%, NOBLE 81%, PRECOMBAT 64%, SYNTAX-LM 61%) (14). Este tipo de lesión presenta desafíos anatómicos y técnicos particulares, ya que suele comprometer la bifurcación del tronco con la arteria descendente anterior y la arteria circunfleja, lo que puede influir</p>	<p>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>			

Justificación	BPC
<p>significativamente en los resultados clínicos.</p> <p>Existen escenarios precisados para la revascularización de la enfermedad del tronco principal izquierdo en pacientes con bajo riesgo quirúrgico y anatomía adecuada de la Sociedad Europea de Cardiología y la Asociación Europea de Cirugía Cardiorádica (130) en los que se pueda preferir ICP como en los casos de lesión ostial o del segmento medio del tronco coronario izquierdo. En estas situaciones, la ICP ofrecería ventajas técnicas debido a la simplicidad del procedimiento en comparación con la CABG, especialmente cuando se requiere tratar segmentos específicos. Además, los datos de seguimiento a cinco años no muestran diferencias significativas en los resultados clínicos entre ambas estrategias (muerte por todas las causas: HR 1.10, IC 95%: 0.84 – 1.46; infarto de miocardio HR 0.99, IC95% 0.61 – 1.60; enfermedad cerebrovascular HR 1.19, IC95%: 0.59 – 2.39); revascularización repetida HR 1.76, IC95%: 0.85 – 3.67)(131).</p> <p>Por este motivo, el GEG consideró necesario incluir una aclaración que distinga este escenario.</p>	
<p>Se ha encontrado en los estudios en que se basaron las recomendaciones para enfermedad multivaso y/o enfermedad del tronco coronario izquierdo que la cirugía incluyó los injertos arteriales, especialmente los de arteria mamaria interna. Estos tendrían una mayor permeabilidad a largo plazo en comparación con los injertos venosos.</p> <p>En estos pacientes de alto riesgo, una revascularización duradera es clave para optimizar el flujo coronario y prevenir eventos cardiovasculares adversos. Los injertos arteriales ofrecen un mejor soporte hemodinámico para las arterias coronarias proximales comprometidas (132).</p> <p>Esto coincide con las guías AHA 2023 (10), ESC 2024 (11) y AHA de Revascularización 2021 (128) que priorizan el uso de injertos</p>	<p>En pacientes con enfermedad multivaso y/o enfermedad del tronco coronario izquierdo que requieren CABG, la revascularización debe incluir injertos arteriales, preferentemente utilizando la arteria mamaria o la arteria radial.</p>

Justificación	BPC
arteriales (arteria mamaria interna como injerto de primera línea y la arteria radial como una opción adicional).	
<p>El GEG consideró precisar que la atención multidisciplinaria a través de un equipo cardíaco (cirujano cardiovascular, cardiólogo intervencionista y cardiólogo clínico) es esencial en pacientes con características clínicas y/o anatómicas complejas ya que fomenta la discusión abierta sobre las opciones terapéuticas, lo que permite decisiones individualizadas basadas en el balance de riesgos, beneficios, pronóstico y preferencias del paciente, y se tiene la experiencia especializada complementaria de cada miembro del equipo quienes aporta perspectivas diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cirujano cardiovascular evalúa la viabilidad y el pronóstico de la cirugía de revascularización (CABG), considerando riesgos y beneficios quirúrgicos.</li> <li>• El cardiólogo intervencionista evalúa la posibilidad de una intervención coronaria percutánea (ICP), valorando la complejidad anatómica y la factibilidad técnica.</li> <li>• El cardiólogo clínico contribuye con el manejo médico integral, identificando comorbilidades y asegurando un tratamiento farmacológico óptimo antes y después de la intervención.</li> </ul> <p>Esto coincide con las guías AHA 2023 (10) y ESC 2024 (11) que recomiendan este enfoque en casos complejos, destacando que la participación del equipo cardíaco mejora los resultados clínicos y reduce el riesgo de decisiones inadecuadas.</p>	<p>En pacientes con características clínicas y/o anatómicas complejas, la toma de decisiones debe ser realizada de manera multidisciplinaria, involucrando al equipo cardíaco (un cirujano cardiovascular, un cardiólogo intervencionista y un cardiólogo clínico).</p>
<p>Existen escenarios precisados en la guía AHA de Revascularización 2021 (128) y del Documento de Sociedad Europea de Cardiología y la Asociación Europea de Cirugía Cardiotorácica (130) en que las características clínicas y/o anatómicas del paciente serán una limitación para optar</p>	<p>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>

Justificación	BPC
<p>por la CABG, por lo que se optaría por la IPC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En pacientes mayores o frágiles, la cirugía de bypass puede presentar un riesgo mayor debido a la morbilidad asociada. En estos casos, la ICP puede ofrecer un enfoque menos invasivo con un perfil de riesgo más favorable, mejorando así la calidad de vida.</li> <li>• Los pacientes con comorbilidades severas pueden no tolerar bien la cirugía a corazón abierto. La ICP, siendo menos invasiva, puede ser una opción más segura y efectiva, permitiendo manejar la enfermedad coronaria sin someter al paciente a un estrés quirúrgico excesivo.</li> <li>• Para aquellos con un puntaje elevado en el STS-PROM, la ICP puede proporcionar un enfoque alternativo que minimiza el riesgo de complicaciones y mortalidad asociadas a la cirugía.</li> <li>• Las lesiones en estas áreas pueden ser más difíciles de tratar mediante CABG, lo que puede justificar el uso de ICP, ya que permite un acceso más directo y puede mejorar la revascularización de las arterias afectadas sin los riesgos asociados a una cirugía mayor.</li> </ul> <p>Esta evaluación debe ser guiada por un equipo cardíaco que combine las perspectivas quirúrgica, intervencionista y clínica, asegurando que las decisiones reflejen tanto los factores médicos como las preferencias del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad avanzada, fragilidad, expectativa de vida reducida.</li> <li>• Comorbilidad severa.</li> <li>• Alto riesgo quirúrgico estimado con el STS-PROM</li> </ul>
<p>La discusión sobre la técnica de revascularización es clave para una atención centrada en el paciente, ya que permite alinear las decisiones clínicas con los valores y preferencias del paciente (133). Este enfoque fomenta el entendimiento de los riesgos y beneficios de las opciones terapéuticas e incrementa la participación del paciente (134).</p>	<p>Discutir los riesgos y beneficios de la técnica de revascularización seleccionada considerando las características clínicas del paciente, su preferencia, la complejidad anatómica de la enfermedad coronaria, y la disponibilidad de experiencia quirúrgica e intervencionista en el centro de atención.</p>

Justificación	BPC
<p>Los pacientes necesitan información basada en evidencia que detalle los riesgos, beneficios y costos de las opciones de revascularización, incluidas las implicaciones a largo plazo como la supervivencia, calidad de vida y necesidad de reintervenciones (133). El equipo médico debe actuar en el mejor interés del paciente, promoviendo el diálogo con especialistas adicionales y permitiendo la consulta con familiares o cuidadores. Finalmente, se debe respetar el derecho del paciente a rechazar tratamientos, siempre documentando que recibió información adecuada y completa (134).</p> <p>Esto coincide con la guía AHA de Revascularización 2021 (128) que menciona la importancia de una toma de decisiones informada y compartida con el paciente que se someterá a revascularización.</p>	
<p>El GEG enfatizó en la importancia del seguimiento individualizado en pacientes con síndrome coronario crónico que han sido sometidos a revascularización que es crucial para optimizar los resultados a largo plazo. Realizar un monitoreo regular ayuda a garantizar que los pacientes se mantengan adherentes al tratamiento médico óptimo, incluidas las terapias farmacológicas y las modificaciones en el estilo de vida.</p> <p>Esto coincide con las guías AHA 2023 (10), ESC 2024 (11) y AHA de Revascularización 2021 (128) que recomiendan un seguimiento estructurado después de la revascularización para mejorar los resultados a largo plazo (manejo farmacológico, manejo no farmacológico, etc).</p>	<p>Para los pacientes con síndrome coronario crónico que se someten a revascularización, realice un seguimiento individualizado a lo largo de su vida (corto, mediano, largo plazo). Asegúrese de realizar una evaluación continua de su progreso, el manejo de síntomas y la adherencia al tratamiento médico óptimo, realizando ajustes en la terapia según sea necesario, para prevenir y monitorizar posibles eventos de enfermedad cerebrovascular, infarto de miocardio y la necesidad de revascularización repetida.</p>
<p>El GEG consideró importante mencionar que en pacientes con síndrome coronario crónico que no son aptos para revascularización, ya sea por razones anatómicas, comorbilidades severas, o un alto riesgo quirúrgico, la atención debe centrarse en continuar el manejo del</p>	<p>En los pacientes con síndrome coronario crónico no revascularizables (aquellos que inicialmente habían sido considerados para revascularización, pero presentan contraindicación para ICP y CABG, lesiones técnicamente no abordables mediante estos procedimientos, o una evaluación del equipo cardiaco que determine la inviabilidad de la revascularización), continuar con el tratamiento médico óptimo, ofrecer rehabilitación cardiaca para reducir eventos</p>

Justificación	BPC
<p>paciente para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida.</p> <p>La terapia médica óptima sigue siendo la base del manejo en esta patología. Además, la rehabilitación cardíaca basada en programas estructurados de ejercicio, educación y apoyo psicológico es una intervención basada en evidencia para mejorar los resultados de la prevención secundaria en pacientes con enfermedades cardiovasculares (135, 136).</p> <p>Un seguimiento continuo permite monitorear la progresión de la enfermedad, evaluar la adherencia al tratamiento y ajustar las terapias según sea necesario. También facilita la identificación temprana de complicaciones dado que estos pacientes tienen un riesgo alto de eventos cardiovasculares y limitaciones funcionales significativas.</p> <p>Esto coincide con las guías AHA 2023 (10), ESC 2024 (11) y AHA de Revascularización 2021 (128) que indican que el manejo de pacientes no revascularizables debe priorizar un enfoque multidimensional que combine tratamiento médico, rehabilitación y seguimiento continuo para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida.</p>	<p>cardiovasculares, y realizar el seguimiento individualizado.</p>

### VIII. Plan de actualización de la Guía de Práctica Clínica

La presente GPC estará vigente hasta su actualización. Periódicamente se realizarán revisiones de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si es necesario actualizar la GPC, cuando exista evidencia que pueda modificar alguna recomendación.