

Pregunta 3. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿se debería brindar tratamiento médico óptimo o revascularización?

Introducción

La revascularización es una de las alternativas de tratamiento para el síndrome coronario crónico, además del tratamiento médico convencional. Sin embargo, estudios han reportado que, si bien la revascularización parece disminuir los episodios de angina frente al tratamiento médico óptimo en pacientes con síndrome coronario crónico de alto riesgo, no se tiene aún un consenso sobre las diferencias con respecto a otros desenlaces (67).

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
3.1	Personas con síndrome coronario crónico (riesgo en general)	Tratamiento médico óptimo / Revascularización	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cualquier causa • Mortalidad cardiovascular • Infarto de miocardio • Accidente cerebrovascular Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización cardiovascular • Progresión a angina inestable • Ausencia de angina • Revascularización no planificada
3.2	Personas con síndrome coronario crónico (anteriormente denominado angina estable) de alto riesgo	Revascularización / Tratamiento médico óptimo	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cualquier causa • Mortalidad cardiovascular • Infarto de miocardio Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular • Hospitalización cardiovascular • Progresión a angina inestable • Ausencia de angina • Revascularización no planificada
3.3	Personas con síndrome coronario crónico (anteriormente denominado angina estable) con fracción de eyección ventricular izquierda disminuida	Revascularización / Tratamiento médico óptimo	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cualquier causa • Mortalidad cardiovascular • Infarto de miocardio Importantes:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
			<ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular • Hospitalización cardiovascular • Progresión a angina inestable • Ausencia de angina • Revascularización no planificada

Búsqueda de RS:
PICO 3.1: Tratamiento médico óptimo vs revascularización para síndrome coronario crónico (riesgo en general)

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontraron 3 RS publicadas como artículos científicos: Taglieri 2016(68), Davari 2022 (69) y Pursnani 2012(70). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2 *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Davari 2022	11/14	Diciembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad cardiovascular (6 ECA) • Infarto de miocardio (7 ECA) • Revascularización no planificada (7 ECA) • Accidente cerebrovascular (5 ECA) • Ausencia de angina (4 ECA)
Taglieri 2016	8/14	No reportado	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular (6 ECA)
Pursnani 2012	11/14	Enero 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte por cualquier causa (12 ECA) • Mortalidad cardiovascular (9 ECA) • Infarto de miocardio (12 ECA) • Revascularización no planificada (13 ECA) • Ausencia de angina (9 ECA)

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

PICO 3.2: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico de alto riesgo

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG. Al no encontrarse RS que evalúen la pregunta en cuestión, se realizó una búsqueda de ECA (**Anexo N° 2**).

Se encontró 5 ECA: Folland 1997(71), Hartigan 1998(72), Boden 2007(60), Hueb 2007(73), Lopez-Sendon 2022(74). A continuación, se resume las características de los ECA encontrados:

ECA*	Intervención	Comparador	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Folland 1997 (ACME2)	ICP	Tratamiento médico óptimo	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto de miocardio • Muerte por cualquier causa • Persistencia de angina
Hartigan 1998 (ACME1)	ICP	Tratamiento médico óptimo	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto de miocardio • Muerte por cualquier causa • Persistencia de angina • Hospitalización por causa cardiovascular
Boden 2007 (COURAGE)	ICP	Tratamiento médico óptimo	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto de miocardio • Muerte por cualquier causa • Muerte por causa cardiovascular • Revascularización no planificada • Accidente cerebrovascular
Hueb 2007 (MASS-II)	ICP o CABG	Tratamiento médico óptimo	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte por cualquier causa • Revascularización no planificada • Persistencia de angina
Lopez-Sendon 2022 (ISCHEMIA)	Revascularización	Tratamiento médico óptimo	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto de miocardio • Muerte por cualquier causa • Hospitalización por causa cardiovascular

ICP: intervención coronaria percutánea; CABG: cirugía de bypass aorto coronario.

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

PICO 3.3: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico con fracción de eyección ventricular izquierda disminuida

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontró 1 RS: Iaconelli 2023(67). A continuación, se resume las características de la RS encontrada:

RS	Puntaje en AMSTAR-2 *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Iaconelli 2023	11/14	Noviembre 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte por cualquier causa (5 ECA) • Mortalidad cardiovascular (3 ECA) • Hospitalización por falla cardíaca (3 ECA)

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

Evidencia por cada desenlace:

PICO 3.1: Tratamiento médico óptimo vs revascularización para síndrome coronario crónico (riesgo en general)

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- **Mortalidad por cualquier causa:**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Pursnani 2012 (70).
 - Para este desenlace, la RS de Pursnani 2012 (70) realizó un MA de 12 ECA (n=7177). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria estable definida por angiografía o un estudio funcional positivo consistiendo en ejercicio o examen estresante farmacológico.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario.
 - **La intervención** fue angioplastia coronaria percutánea transluminal con o sin stent.
 - **El comparador** fue tratamiento médico óptimo.
 - **El desenlace** de mortalidad no fue definido por la RS de Pursnani 2012.
 - Para actualizar la RS de Pursnani 2012, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontró 1 ECA: el de Rezende 2013 (75). Puesto que los resultados de este ECA fueron consistentes con los resultados del MA original, se decidió considerar el MA de la RS de Pursnani 2012 para la tabla SoF.

- **Mortalidad cardiovascular:**
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Pursnani 2012 (70) y Davari 2022 (69).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Davari 2022 (69), debido a que fue la de mayor calidad y la que realizó su búsqueda más recientemente.
 - Para este desenlace, la RS de Davari 2022 (69) realizó un MA de 6 ECA (n=5139). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria estable que eran candidatos apropiados tanto para tratamiento médico óptimo como para intervención coronario percutánea o cirugía de revascularización coronaria.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario.
 - **La intervención** fue tratamiento médico óptimo que incluía tratamiento en monoterapia o en combinación de betabloqueadores, bloqueadores

- de canales de calcio, ácido acetil salicílico, estatinas, IECAs, ARAs, nitratos o vasodilatadores.
- **El comparador** fue revascularización en todas las formas de intervención coronaria percutánea o de cirugía de revascularización coronaria.
 - **El desenlace** de mortalidad cardiovascular no fue definido por la RS de Davari 2022.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Davari 2022 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (diciembre 2020).
- **Infarto de miocardio:**
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Pursnani 2012 (70) y Davari 2022 (69).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Davari 2022 (69), debido a que fue la que realizó su búsqueda más recientemente.
 - Para este desenlace, la RS de Davari 2022 (69) realizó un MA de 7 ECA (n=5351). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria estable que eran candidatos apropiados tanto para tratamiento médico óptimo como para intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización coronaria.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario
 - **La intervención** fue tratamiento médico óptimo que incluía tratamiento en monoterapia o en combinación de betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, ácido acetil salicílico, estatinas, IECAs, ARAs, nitratos o vasodilatadores
 - **El comparador** fue revascularización en todas las formas de intervención coronaria percutánea o de cirugía de revascularización coronaria
 - **El desenlace** de infarto de miocardio no fue definido por la RS de Davari 2022.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Davari 2022 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (diciembre 2020).
 - **Accidente cerebrovascular:**
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Davari 2022 (69) y Taglieri 2016 (68).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Davari 2022 (69), debido a que tuvo un puntaje mayor con AMSTAR-II y fue la que realizó su búsqueda más recientemente.
 - Para este desenlace, la RS de Davari 2022 (69) realizó un MA de 5 ECA (n=3982). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria estable que eran candidatos apropiados tanto para tratamiento médico óptimo como para intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización coronaria.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario.
 - **La intervención** fue tratamiento médico óptimo que incluía tratamiento en monoterapia o en combinación de betabloqueadores, bloqueadores

- de canales de calcio, ácido acetil salicílico, estatinas, IECAs, ARAs, nitratos o vasodilatadores.
- **El comparador** fue revascularización en todas las formas de intervención coronaria percutánea o de cirugía de revascularización coronaria.
- **El desenlace** de accidente cerebrovascular no fue definido por la RS de Davari 2022.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Davari 2022 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (diciembre 2020).
- Ausencia de angina:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Pursnani 2012 (70) y Davari 2022 (69).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Davari 2022 (69), debido a que fue la que realizó su búsqueda más recientemente.
 - Para este desenlace, la RS de Davari 2022 (69) realizó un MA de 4 ECA (n=1770). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria estable que eran candidatos apropiados tanto para tratamiento médico óptimo como para intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización coronaria.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario.
 - **La intervención** fue tratamiento médico óptimo que incluía tratamiento en monoterapia o en combinación de betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, ácido acetil salicílico, estatinas, IECAs, ARAs, nitratos o vasodilatadores.
 - **El comparador** fue revascularización en todas las formas de intervención coronaria percutánea o de cirugía de revascularización coronaria.
 - **El desenlace** de ausencia de angina no fue definido por la RS de Davari 2022.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Davari 2022 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (diciembre 2020).
- Revascularización no planificada:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: Pursnani 2012 (70) y Davari 2022 (69).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Davari 2022 (69), debido a que fue la que realizó su búsqueda más recientemente.
 - Para este desenlace, la RS de Davari 2022(69) realizó un MA de 7 ECA (n=5351). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria estable que eran candidatos apropiados tanto para tratamiento médico óptimo como para intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización coronaria
 - **El escenario clínico** fue hospitalario
 - **La intervención** fue tratamiento médico óptimo que incluía tratamiento en monoterapia o en combinación de betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, ácido acetil salicílico, estatinas, IECAs, ARAs, nitratos o vasodilatadores

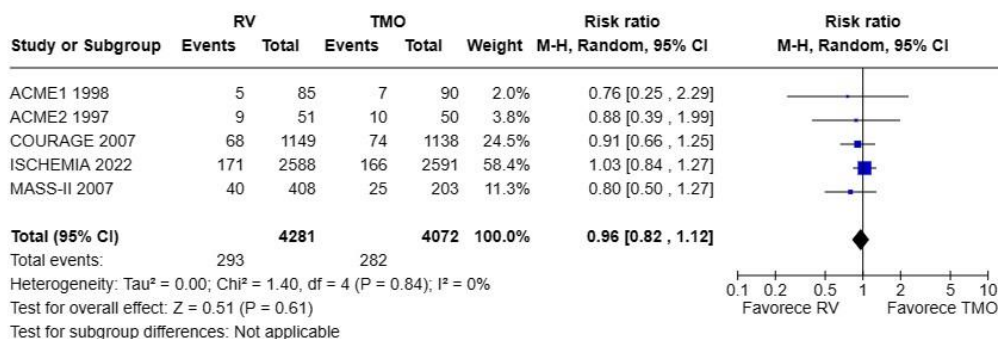
- **El comparador** fue revascularización en todas las formas de intervención coronaria percutánea o de cirugía de revascularización coronaria
 - **El desenlace** de revascularización no planificada no fue definido por la RS de Davari 2022.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Davari 2022 (69) debido a que su búsqueda fue reciente (diciembre 2020).
- Hospitalización cardiovascular:
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda no se encontraron ECA para el desenlace de hospitalización cardiovascular.
- Progresión a angina inestable:
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda no se encontraron ECA para el desenlace de progresión a angina inestable.

PICO 3.2: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico de alto riesgo

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Muerte por cualquier causa:
 - Debido a que no se encontró RS para este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron 5 ECA para el desenlace de mortalidad por todas las causas: Folland 1997(71), Hartigan 1998(72), Boden 2007(60), Hueb 2007(73), Lopez-Sendon 2022(74).
 - Para este desenlace, el ECA de Folland 1997 (71) (n=101) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con historia de angina, infarto de miocardio en los últimos 3 meses o una depresión horizontal $\geq 3\text{mm}$ en test de ejercicio; una estenosis $\geq 70\%$ en los 2/3 proximales de una o dos arterias coronarias.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
 - **El comparador** fue aspirina adicional a terapia individualizada con nitratos, betabloqueadores y bloqueadores de canales de calcio
 - Para este desenlace, el ECA de Hartigan 1998 (72) (n=175) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con 70-99% de estenosis en los 2/3 proximales de una arteria coronaria principal, test de estrés con una depresión de ST $\geq 1\text{mm}$ o defecto de llenado en escaneo con talio o infarto de miocardio en los últimos 3 meses.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
 - **El comparador** fue 325mg de aspirina, nitratos, betabloqueadores y bloqueadores de canales de calcio.

- Para este desenlace, el ECA de Boden 2007 (60) (n=2287) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con estenosis $\geq 70\%$ en al menos una arteria proximal, isquemia inducible con test de estrés o depresión de ST o inversión de onda T.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
 - **El comparador** fue 81-325mg de aspirina y/o 75mg de clopidogrel; metoprolol de acción prolongada y/o amlodipino y/o nitratos; lisinopril o losartán; simvastatina sola o con ezetimibe; niacina de liberación prolongada y/o fibratos si fuera necesario, consejería en estilos de vida.
- Para este desenlace, el ECA de Hueb 2007 (73) (n=611) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con estenosis $\geq 70\%$ a nivel proximal en multivasos y una isquemia documentada por test estresante o CCS II o III.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass coronario.
 - **El comparador** fue aspirina, nitratos, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, IECA, estatinas.
- Para este desenlace, el ECA de Lopez-Sendon 2022 (74) (n=5179) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con isquemia moderada o severa, tasa de filtrado glomerular ≥ 30 .
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue revascularización.
 - **El comparador** fue estatinas de alta intensidad, antitrombóticos, antihipertensivos, metas de LDL, antianginosos, consejería en estilos de vida saludable.
 - **El desenlace** de muerte por cualquier causa fue definido como el fallecimiento de la persona por cualquier causa
- Se decidió realizar un MA de estos cinco estudios. Se decidió tomar decisiones en base a los estimados globales del MA:



- Muerte por causa cardiovascular:
 - Debido a que no se encontró RS para este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de *novo* de ECA. En dicha búsqueda se encontró 1 ECA para el desenlace de mortalidad por causa cardiovascular: Boden 2007 (60).

- Para este desenlace, el ECA de Boden 2007 (60) (n=2287) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con estenosis $\geq 70\%$ en al menos una arteria proximal, isquemia inducible con test de estrés o depresión de ST o inversión de onda T.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
 - **El comparador** fue 81-325mg de aspirina y/o 75mg de clopidogrel; metoprolol de acción prolongada y/o amlodipino y/o nitratos; lisinopril o losartán; simvastatina sola o con ezetimibe; niacina de liberación prolongada y/o fibratos si fuera necesario, consejería en estilos de vida.
 - **El desenlace** de muerte por causa cardiovascular fue definido como el fallecimiento de la persona por infarto de miocardio o falla cardíaca.

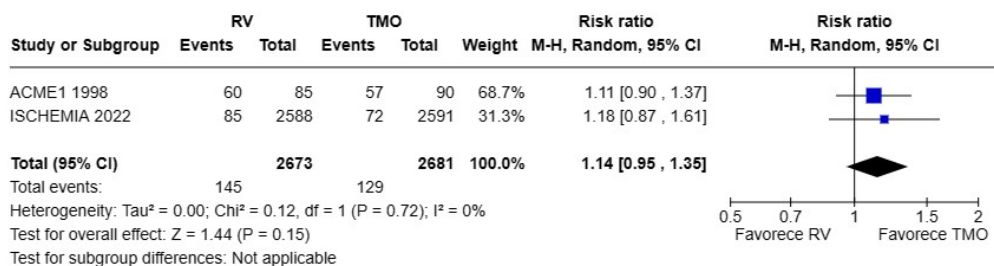
- Infarto de miocardio:
 - Debido a que no se encontró RS para este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de *novo* de ECA. En dicha búsqueda se encontraron 4 ECA para el desenlace: Folland 1997(71), Hartigan 1998(72), Boden 2007(60), Lopez-Sendon 2022(74).
 - Para este desenlace, el ECA de Folland 1997 (71) (n=101) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con historia de angina, infarto de miocardio en los últimos 3 meses o una depresión horizontal $\geq 3\text{mm}$ en test de ejercicio; una estenosis $\geq 70\%$ en los 2/3 proximales de una o dos arterias coronarias.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea
 - **El comparador** fue aspirina adicional a terapia individualizada con nitratos, betabloqueadores y bloqueadores de canales de calcio
 - Para este desenlace, el ECA de Hartigan 1998 (72) (n=175) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con 70-99% de estenosis en los 2/3 proximales de una arteria coronaria principal, test de estrés con una depresión de ST $\geq 1\text{mm}$ o defecto de llenado en escaneo con talio o infarto de miocardio en los últimos 3 meses.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
 - **El comparador** fue 325mg de aspirina, nitratos, betabloqueadores y bloqueadores de canales de calcio.
 - Para este desenlace, el ECA de Boden 2007 (60) (n=2287) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con estenosis $\geq 70\%$ en al menos una arteria proximal, isquemia inducible con test de estrés o depresión de ST o inversión de onda T.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
 - **El comparador** fue 81-325mg de aspirina y/o 75mg de clopidogrel; metoprolol de acción prolongada y/o amlodipino y/o nitratos; lisinopril

- o losartán; simvastatina sola o con ezetimibe; niacina de liberación prolongada y/o fibratos si fuera necesario, consejería en estilos de vida.
- o Para este desenlace, el ECA de Lopez-Sendon 2022 (74) (n=5179) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con isquemia moderada o severa, tasa de filtrado glomerular ≥ 30 .
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue revascularización.
 - **El comparador** fue estatinas de alta intensidad, antitrombóticos, antihipertensivos, metas de LDL, antianginosos, consejería en estilos de vida saludable.
 - **El desenlace** de infarto de miocardio fue definido como “el hallazgo de nuevas ondas Q en cualquier momento; una fracción espontánea de creatina quinasa MB de al menos 1,5 veces el límite superior de lo normal o un nivel de troponina T o I de al menos 2,0 veces el límite superior de lo normal; durante un procedimiento de PCI, una fracción MB de creatina quinasa de al menos 3 veces el límite superior de lo normal o un nivel de troponina T o I de al menos 5,0 veces el límite superior de lo normal, asociado con nuevos síntomas isquémicos; y después de CABG, una fracción MB de creatina quinasa o un nivel de troponina T o I de al menos 10,0 veces el límite superior normal” (8).
- o Se decidió realizar un MA de estos cuatro estudios. Se decidió tomar decisiones en base a los estimados globales del MA:

Study or Subgroup	RV		TMO		Weight	Risk ratio		Risk ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI	M-H, Random, 95% CI	
ACME1 1998	10	85	7	90	1.9%	1.51 [0.60, 3.79]		
ACME2 1997	6	51	6	50	1.4%	0.98 [0.34, 2.84]		
COURAGE 2007	143	1149	128	1138	31.2%	1.11 [0.88, 1.38]		
ISCHEMIA 2022	274	2588	300	2591	65.6%	0.91 [0.78, 1.07]		
Total (95% CI)		3873		3869	100.0%	0.98 [0.87, 1.11]		
Total events:	433		441					
Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 2.76, df = 3 (P = 0.43); I ² = 0%								
Test for overall effect: Z = 0.31 (P = 0.76)								
Test for subgroup differences: Not applicable								

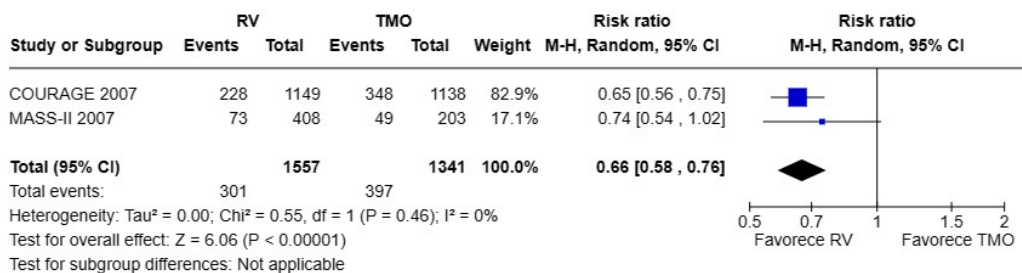
- **Accidente cerebrovascular:**
 - o Debido a que no se encontró RS para este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de *novo* de ECA. En dicha búsqueda se encontró 1 ECA para el desenlace: Boden 2007 (60).
 - o Para este desenlace, el ECA de Boden 2007 (60) (n=2287) tuvo las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con estenosis $\geq 70\%$ en al menos una arteria proximal, isquemia inducible con test de estrés o depresión de ST o inversión de onda T.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
 - **El comparador** fue 81-325mg de aspirina y/o 75mg de clopidogrel; metoprolol de acción prolongada y/o amlodipino y/o nitratos; lisinopril

- o losartán; simvastatina sola o con ezetimibe; niacina de liberación prolongada y/o fibratos si fuera necesario, consejería en estilos de vida.
- **El desenlace** de accidente cerebrovascular no fue definido por el ECA de Boden 2007.
- Hospitalización por causa cardiovascular:
 - Debido a que no se encontró RS para este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de *novo* de ECA. En dicha búsqueda se encontraron 2 ECA para el desenlace de hospitalización por causa cardiovascular: Hartigan 1998 (72), Lopez-Sendon 2022 (74).
 - Para este desenlace, el ECA de Hartigan 1998 (74) (n=175) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con 70-99% de estenosis en los 2/3 proximales de una arteria coronaria principal, test de estrés con una depresión de ST \geq 1mm o defecto de llenado en escaneo con talio o infarto de miocardio en los últimos 3 meses.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea
 - **El comparador** fue 325mg de aspirina, nitratos, betabloqueadores y bloqueadores de canales de calcio
 - Para este desenlace, el ECA de Lopez-Sendon 2022 (74) (n=5179) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con isquemia moderada o severa, tasa de filtrado glomerular \geq 30.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario
 - **La intervención** fue revascularización
 - **El comparador** fue estatinas de alta intensidad, antitrombóticos, antihipertensivos, metas de LDL, antianginosos, consejería en estilos de vida saludable.
 - **El desenlace** de hospitalización por causa cardiovascular fue definido como hospitalización por infarto de miocardio, falla cardiaca o reintervención mediante revascularización.
 - Se decidió realizar un MA de estos dos estudios. Se decidió tomar decisiones en base a los estimados globales del MA:



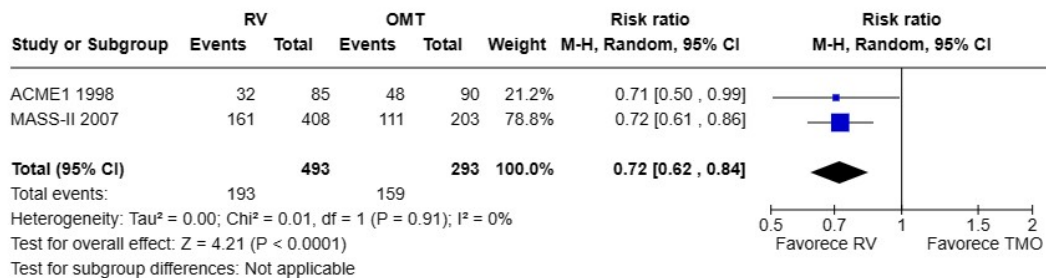
- Revascularización no planificada:
 - Debido a que no se encontró RS para este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de *novo* de ECA. En dicha búsqueda se encontraron 5 ECA para el desenlace de mortalidad por todas las causas: Boden 2007(60), Hueb 2007(73).

- Para este desenlace, el ECA de Boden 2007 (60) (n=2287) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con estenosis $\geq 70\%$ en al menos una arteria proximal, isquemia inducible con test de estrés o depresión de ST o inversión de onda T.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
 - **El comparador** fue 81-325mg de aspirina y/o 75mg de clopidogrel; metoprolol de acción prolongada y/o amlodipino y/o nitratos; lisinopril o losartán; simvastatina sola o con ezetimibe; niacina de liberación prolongada y/o fibratos si fuera necesario, consejería en estilos de vida.
- Para este desenlace, el ECA de Hueb 2007 (73) (n=611) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con estenosis $\geq 70\%$ a nivel proximal en multivasos y una isquemia documentada por test estresante o CCS II o III.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass coronario.
 - **El comparador** fue aspirina, nitratos, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, IECA, estatinas.
 - **El desenlace** de revascularización no planificada fue definido como cualquier revascularización realizada sin tomar en cuenta las inicialmente realizadas en el grupo asignado para revascularización.
- Se decidió realizar un MA de estos dos estudios. Se decidió tomar decisiones en base a los estimados globales del MA:



- **Persistencia de angina:**
 - Debido a que no se encontró RS para este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontraron 5 ECA para el desenlace de mortalidad por todas las causas: Hartigan 1998 (72), Hueb 2007 (73).
 - Para este desenlace, el ECA de Hartigan 1998 (72) (n=175) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con 70-99% de estenosis en los 2/3 proximales de una arteria coronaria principal, test de estrés con una depresión de ST ≥ 1 mm o defecto de llenado en escaneo con talio o infarto de miocardio en los últimos 3 meses.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.

- **La intervención** fue intervención coronaria percutánea.
- **El comparador** fue 325mg de aspirina, nitratos, betabloqueadores y bloqueadores de canales de calcio.
- Para este desenlace, el ECA de Hueb 2007 (73) (n=611) presentó las siguientes características:
 - **La población** estuvo compuesta por personas con estenosis $\geq 70\%$ a nivel proximal en multivasos y una isquemia documentada por test estresante o CCS II o III.
 - **El escenario clínico** fue a nivel hospitalario.
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea o cirugía de bypass coronario.
 - **El comparador** fue aspirina, nitratos, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, IECA, estatinas.
 - **El desenlace** de persistencia de angina fue definido como persistencia de episodios de angina frente a un esfuerzo físico.
- Se decidió realizar un MA de estos dos estudios. Se decidió tomar decisiones en base a los estimados globales del MA:



- Progresión a angina inestable:
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda no se encontraron ECA para el desenlace de progresión a angina inestable.

PICO 3.3: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico con fracción de eyección ventricular izquierda disminuida

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Muerte por cualquier causa:
 - Para este desenlace se contó con una RS: laconelli 2023 (67).
 - Para este desenlace, la RS de laconelli 2023 (67) realizó un MA de 3 ECA (n=2310). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria que presenten falla cardíaca
 - **El escenario clínico** fue hospitalario
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización coronaria
 - **El comparador** fue tratamiento médico óptimo
 - **El desenlace** de hospitalización por falla cardíaca no fue definido por la RS de laconelli 2023.

- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Iaconelli 2023 (67) debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2022).
- Muerte por causa cardiovascular:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Iaconelli 2023 (67).
 - Para este desenlace, la RS de Iaconelli 2023 (67) realizó un MA de 3 ECA (n=2310). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria que presenten falla cardíaca
 - **El escenario clínico** fue hospitalario
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización coronaria
 - **El comparador** fue tratamiento médico óptimo
 - **El desenlace** de muerte por causa cardiovascular fue definido como muertes con causas como infarto de miocardio o falla cardíaca
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Iaconelli 2023 (67) debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2022).
- Hospitalización por falla cardiovascular:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Iaconelli 2023 (67).
 - Para este desenlace, la RS de Iaconelli 2023 (67) realizó un MA de 3 ECA (n=2310). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria que presenten falla cardíaca
 - **El escenario clínico** fue hospitalario
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización coronaria
 - **El comparador** fue tratamiento médico óptimo
 - **El desenlace** de hospitalización por falla cardíaca no fue definido por la RS de Iaconelli 2023.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Iaconelli 2023 (67) debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2022).
- Infarto de miocardio:
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontró 1 ECA para el desenlace de Infarto de miocardio: Boden 2007 (60).
 - Para este desenlace, el ECA de Boden 2007 (60) (n=2287) tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria que presenten falla cardíaca.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea
 - **El comparador** fue tratamiento médico óptimo
 - **El desenlace** de infarto de miocardio fue definido como “el hallazgo de nuevas ondas Q en cualquier momento; una fracción espontánea de creatina quinasa MB de al menos 1,5 veces el límite superior de lo normal o un nivel de troponina T o I de al menos 2,0 veces el límite

superior de lo normal; durante un procedimiento de PCI, una fracción MB de creatina quinasa de al menos 3 veces el límite superior de lo normal o un nivel de troponina T o I de al menos 5,0 veces el límite superior de lo normal, asociado con nuevos síntomas isquémicos; y después de CABG, una fracción MB de creatina quinasa o un nivel de troponina T o I de al menos 10,0 veces el límite superior normal” (60).

- Revascularización no planificada:
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontró 1 ECA para el desenlace de revascularización no planificada: Boden 2007 (60).
 - Para este desenlace, el ECA de Boden 2007 (60) (n=2287) tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria que presenten falla cardíaca.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea
 - **El comparador** fue tratamiento médico óptimo
 - **El desenlace** de revascularización no planificada fue definido como casos de revascularización con PCI o CABG, sin tomar en cuenta las intervenciones iniciales de PCI (60).

- Accidente cerebrovascular:
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de novo de ECA. En dicha búsqueda se encontró 1 ECA para el desenlace de accidente cerebrovascular: Boden 2007 (60).
 - Para este desenlace, el ECA de Boden 2007 (60) (n=2287) tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con enfermedad arterial coronaria que presenten falla cardíaca.
 - **El escenario clínico** fue hospitalario
 - **La intervención** fue intervención coronaria percutánea
 - **El comparador** fue tratamiento médico óptimo
 - **El desenlace** de accidente cerebrovascular no fue definido por el ECA de Boden 2007.

- Progresión a angina inestable:
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de *novo* de ECA. En dicha búsqueda no se encontraron ECA para el desenlace de progresión a angina inestable.

- Ausencia de angina:
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante agosto del 2023 se realizó una búsqueda de *novo* de ECA. En dicha búsqueda no se encontraron ECA para el desenlace de ausencia de angina.

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

PICO 3.1: Tratamiento médico óptimo vs revascularización para síndrome coronario crónico (riesgo en general)

Población: Pacientes con síndrome coronario crónico Intervención: Tratamiento médico óptimo Comparador: Revascularización Autores: Oscar Rivera Torrejón Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Muerte por cualquier causa: RS de Pursnani 2012 • Mortalidad cardiovascular: RS de Davari 2022 • Infarto de miocardio: RS de Davari 2022 • Accidente cerebrovascular: RS de Davari 2022 • Ausencia de angina: RS de Davari 2022 • Revascularización no planificada: RS de Davari 2022 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Tratamiento médico óptimo	Comparación: Revascularización	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Muerte por cualquier causa	CRÍTICO	12 ECA (7177)	282/3584 (7.9 %)	330/3593 (9.2 %)	RR: 0.85 (0.70 a 1.01)	14 menos por 1000 (28 menos a 1 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento médico óptimo y la revascularización con respecto a la mortalidad por cualquier causa.
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	6 ECA (5139)	81/2634 (3.1 %)	96/2505 (3.8 %)	RR: 0.81 (0.61 a 1.08)	7 menos por 1000 (15 menos a 3 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento médico óptimo y la revascularización con respecto a la mortalidad cardiovascular.
Infarto de miocardio	CRÍTICO	7 ECA (5351)	240/2739 (8.8 %)	229/2612 (8.8 %)	RR: 1.00 (0.76 a 1.31)	0 más por 1000 (21 menos a 27 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento médico óptimo y la revascularización con respecto a infarto de miocardio.
Accidente cerebrovascular	IMPORTANTE	5 ECA (3982)	43/1991 (2.2 %)	34/1991 (1.7 %)	RR: 1.25 (0.8 a 1.9)	4 más por 1000 (3 menos a 15 más)	⊕⊕○○ BAJA ^a	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento médico óptimo y la revascularización con respecto a accidente cerebrovascular.
Ausencia de angina	IMPORTANTE	4 ECA (1770)	721/940 (76.7 %)	564/830 (68.0 %)	RR: 1.25 (1.00 a 1.5)	170 más por 1000 (0 a 340 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento médico óptimo y la revascularización con respecto a ausencia de angina, aunque la evidencia es incierta.

Población: Pacientes con síndrome coronario crónico

Intervención: Tratamiento médico óptimo

Comparador: Revascularización

Autores: Oscar Rivera Torrejón

Bibliografía por desenlace:

- **Muerte por cualquier causa:** RS de Pursnani 2012
- **Mortalidad cardiovascular:** RS de Davari 2022
- **Infarto de miocardio:** RS de Davari 2022
- **Accidente cerebrovascular:** RS de Davari 2022
- **Ausencia de angina:** RS de Davari 2022
- **Revascularización no planificada:** RS de Davari 2022

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Tratamiento médico óptimo	Comparación: Revascularización	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Revascularización no planificada	IMPORTANTE	7 ECA (5351)	507/2739 (18.5 %)	660/2612 (25.3 %)	RR: 0.86 (0.64 a 1.17)	35 menos por 1000 (91 menos a 43 más)	⊕○○○ MUY BAJA _{a,b}	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento médico óptimo y la revascularización con respecto a revascularización no planificada, aunque la evidencia es incierta.
Progresión a angina inestable	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Hospitalización cardiovascular	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo.
 Umbrales para efecto en mortalidad: pequeño: 10 por 1000, moderado: 25 por 1000, grande: 50 por 1000.
 *Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría, muy baja = la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se disminuyó dos niveles de certeza debido al riesgo de sesgo en los estudios: < 50% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo de sesgo.
- Se disminuyó dos niveles por inconsistencia: I² de > 80%.

PICO 3.2: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico de alto riesgo

Población: Pacientes con síndrome coronario de alto riesgo Intervención: Revascularización Comparador: Tratamiento médico óptimo Autores: Oscar Rivera Torrejón Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Muerte por cualquier causa: ECA de Folland 1997, Hartigan 1998, Boden 2007, Hueb 2007, Lopez-Sendon 2022. • Mortalidad cardiovascular: ECA de Boden 2007. • Infarto de miocardio: ECA de Folland 1997, Hartigan 1998, Boden 2007, Lopez-Sendon 2022. • Accidente cerebrovascular: ECA de Boden 2007. • Hospitalización por causa cardiovascular: ECA de Hartigan 1998, Lopez-Sendon 2022. • Revascularización no planificada: ECA de Boden 2007, Hueb 2007. • Persistencia de angina: ECA de Folland 1997, Hueb 2007. 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Revascularización	Comparación: Tratamiento médico óptimo	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Muerte por cualquier causa	CRÍTICO	5 ECA (8353)	293/4281 (6.8 %)	282/4072 (6.9 %)	RR: 0.96 (0.82 a 1.12)	3 menos por 1000 (12 menos a 8 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Probablemente no haya una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a muerte por cualquier causa.
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	1 ECA (2287)	23/1149 (2.0 %)	25/1138 (2.2 %)	RR: 0.91 (0.52 a 1.60)	2 menos por 1000 (11 menos a 13 más)	⊕⊕○○ BAJA ^b	Podría ser que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a mortalidad cardiovascular.
Infarto de miocardio	CRÍTICO	4 ECA (7742)	433/3873 (11.2 %)	441/3869 (11.4 %)	RR: 0.98 (0.87 a 1.11)	2 menos por 1000 (15 menos a 13 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Probablemente no haya una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a infarto de miocardio.
Accidente cerebrovascular	IMPORTANTE	1 ECA (2287)	22/1149 (1.9 %)	14/1138 (1.2 %)	HR: 1.56 (0.80 a 3.04)	7 más por 1000 (2 menos a 24 más)	⊕⊕○○ BAJA ^b	Podría ser que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a accidente cerebrovascular.
Hospitalización por causa cardiovascular	IMPORTANTE	2 ECA (5354)	145/2673 (5.4 %)	129/2681 (4.8 %)	RR: 1.14 (0.95 a 1.35)	7 más por 1000 (2 menos a 17 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{b,d}	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la hospitalización por causa cardiovascular, aunque la evidencia es incierta.
Revascularización no planificada	IMPORTANTE	2 ECA (2898)	301/1557 (19.3 %)	397/1341 (29.6 %)	RR: 0.66 (0.58 a 0.76)	101 menos por 1000 (124 menos a 71 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Por cada 1000 personas a las que brindemos revascularización en lugar de tratamiento médico óptimo, probablemente causemos 101 revascularizaciones no planificadas menos.

<p>Población: Pacientes con síndrome coronario de alto riesgo Intervención: Revascularización Comparador: Tratamiento médico óptimo Autores: Oscar Rivera Torrejón Bibliografía por desenlace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte por cualquier causa: ECA de Folland 1997, Hartigan 1998, Boden 2007, Hueb 2007, Lopez-Sendon 2022. • Mortalidad cardiovascular: ECA de Boden 2007. • Infarto de miocardio: ECA de Folland 1997, Hartigan 1998, Boden 2007, Lopez-Sendon 2022. • Accidente cerebrovascular: ECA de Boden 2007. • Hospitalización por causa cardiovascular: ECA de Hartigan 1998, Lopez-Sendon 2022. • Revascularización no planificada: ECA de Boden 2007, Hueb 2007. • Persistencia de angina: ECA de Folland 1997, Hueb 2007. 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Revascularización	Comparación: Tratamiento médico óptimo	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Persistencia de angina	IMPORTANTE	2 ECA (786)	193/493 (39.1%)	159/293 (54.3%)	RR: 0.72 (0.62 a 0.84)	152 menos por 1000 (206 menos a 87 menos)	⊕⊕○○ BAJA ^c	Por cada 1000 personas a las que brindemos revascularización en lugar de tratamiento médico óptimo, podríamos causar 152 persistencias de angina menos.
Progresión a angina inestable	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
<p>IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; HR: Hazard ratio. Umbrales para efecto en mortalidad: pequeño: 10 por 1000, moderado: 25 por 1000, grande: 50 por 1000. *Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría, muy baja = la evidencia es incierta.</p> <p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se disminuyó un nivel de certeza debido a que 50 a 70% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios son de bajo riesgo de sesgo Se disminuyó dos niveles de certeza debido a una cantidad de eventos muy baja: menos de 50 eventos en total Se disminuyó dos niveles de certeza debido a que <50% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios son de bajo riesgo de sesgo Se disminuyó un nivel de certeza debido a una cantidad de eventos baja: entre 50 a 300 eventos en total. 								

PICO 3.3: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico con fracción de eyección ventricular izquierda disminuida

Población: Pacientes con síndrome coronario crónico con fracción de eyección ventricular disminuida Intervención: Revascularización Comparador: Tratamiento médico óptimo Autores: Oscar Rivera Torrejón Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> • Muerte por cualquier causa: RS de Iaconelli 2023. • Mortalidad cardiovascular: RS de Iaconelli 2023. • Infarto de miocardio: ECA de Boden 2007. • Accidente cerebrovascular: ECA de Boden 2007. • Hospitalización por causa cardiovascular: RS de Iaconelli 2023. • Revascularización no planificada: ECA de Boden 2007. 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: n: Revascularización	Comparación: Tratamiento médico óptimo	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Muerte por cualquier causa	CRÍTICO	5 ECA (2842)	587/1450 (40.5 %)	628/1392 (45.1 %)	HR: 0.88 (0.79 a 0.99)	41 menos por 1000 (74 menos a 3 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Por cada 1000 personas a las que brindemos revascularización en lugar de tratamiento médico óptimo, causaremos 41 muertes menos por cualquier causa.
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	3 ECA (2310)	337/1171 (28.8 %)	404/1139 (35.5 %)	HR: 0.80 (0.70 a 0.93)	59 menos por 1000 (91 menos a 20 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Por cada 1000 personas a las que brindemos revascularización en lugar de tratamiento médico óptimo, causaremos 59 muertes menos por causa cardiovascular.
Infarto de miocardio	CRÍTICO	1 ECA (2287)	143/1149 (12.4 %)	128/1138 (11.2 %)	HR: 1.13 (0.89 a 1.43)	14 más por 1000 (12 menos a 44 más)	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a infarto de miocardio.
Accidente cerebrovascular	IMPORTANTE	1 ECA (2287)	22/1149 (1.9 %)	14/1138 (1.2 %)	HR: 1.56 (0.80 a 3.04)	7 más por 1000 (2 menos a 25 más)	⊕⊕○○ BAJA ^b	Podría ser que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a accidente cerebrovascular.
Hospitalización por causa cardiovascular	IMPORTANTE	3 ECA (2310)	216/1171 (18.4 %)	264/1139 (23.2 %)	HR: 0.80 (0.62 a 1.03)	42 menos por 1000 (81 menos a 6 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la hospitalización por falla cardíaca.
Revascularización no planificada	IMPORTANTE	1 ECA (2287)	228/1149 (19.8 %)	348/1138 (30.6 %)	HR: 0.60 (0.51 a 0.71)	109 menos por 1000 (136 menos a 78 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Por cada 1000 personas a las que brindemos revascularización en lugar de tratamiento médico óptimo, causaremos 109 revascularizaciones no planificadas menos.

Población: Pacientes con síndrome coronario crónico con fracción de eyección ventricular disminuida

Intervención: Revascularización

Comparador: Tratamiento médico óptimo

Autores: Oscar Rivera Torrejón

Bibliografía por desenlace:

- **Muerte por cualquier causa:** RS de Iaconelli 2023.
- **Mortalidad cardiovascular:** RS de Iaconelli 2023.
- **Infarto de miocardio:** ECA de Boden 2007.
- **Accidente cerebrovascular:** ECA de Boden 2007.
- **Hospitalización por causa cardiovascular:** RS de Iaconelli 2023.
- **Revascularización no planificada:** ECA de Boden 2007.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importan cia	Número y Tipo de estudios	<u>Intervenció n:</u> Revasculari zación	<u>Comparación:</u> Tratamiento médico óptimo	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Persistencia de angina	IMPORTA NTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Progresión a angina inestable	IMPORTA NTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

IC: Intervalo de confianza; **HR:** Hazard ratio

Umbral para efecto en mortalidad: pequeño: 10 por 1000, moderado: 25 por 1000, grande: 50 por 1000.

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

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- a. Se disminuyó un nivel de certeza debido a una cantidad de eventos baja: entre 50 a 300 eventos en total.
- b. Se disminuyó dos niveles de certeza debido a una cantidad de eventos muy baja: menos de 50 eventos en total.

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

PICO 3.1: Tratamiento médico óptimo vs revascularización para síndrome coronario crónico (riesgo en general)

Presentación:

Pregunta 3.1: En adultos con síndrome coronario crónico riesgo en general, ¿se debería brindar tratamiento médico óptimo o revascularización?	
Población:	Población adulta con síndrome coronario crónico o angina estable, riesgo en general
Intervención:	Tratamiento médico óptimo
Comparador:	Revascularización
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cualquier causa • Mortalidad cardiovascular • Infarto de miocardio • Accidente cerebrovascular • Hospitalización cardiovascular • Progresión a angina inestable • Ausencia de angina • Revascularización no planificada
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	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
	Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce 	Muerte por cualquier causa	12 ECA	RR: 0.85 (0.70 a 1.01)	14 menos por 1000 (28 menos a 1 más)	En adultos con síndrome coronario crónico o angina estable con un riesgo en general, los beneficios de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron pequeños (puesto que los tamaños de los efectos para ausencia de angina fueron mínimos y para muerte por cualquier causa, mortalidad cardiovascular y revascularización no planificada fueron inciertos).
	Mortalidad cardiovascular	6 ECA	RR: 0.81 (0.61 a 1.08)	7 menos por 1000 (15 menos a 3 más)	
	Revascularización no planificada	7 ECA	RR: 0.86 (0.64 a 1.17)	35 menos por 1000 (91 menos a 43 más)	
	Ausencia de angina	4 ECA	RR: 1.25 (1.00 a 1.5)	170 más por 1000 (0 a 340 más)	
	Hospitalización cardiovascular	No se encontró evidencia para el desenlace			
<p>En resumen, en <i>personas con síndrome coronario crónico</i>, por cada 1000 personas a las que brindemos la intervención en lugar de brindar el comparador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probablemente no modifiquemos el riesgo de muerte por cualquier causa, mortalidad cardiovascular ni revascularización no planificada, aunque la evidencia es incierta. 					

	<ul style="list-style-type: none"> En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de hospitalización cardiovascular. 																						
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"> Trivial Pequeño Moderado Grande Varía Se desconoce 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infarto de miocardio</td> <td>7 ECA</td> <td>RR: 1.00 (0.76 a 1.31)</td> <td>0 más por 1000 (21 menos a 27 más)</td> </tr> <tr> <td>Accidente cerebrovascular</td> <td>5 ECA</td> <td>RR: 1.25 (0.8 a 1.9)</td> <td>4 más por 1000 (3 menos a 15 más)</td> </tr> <tr> <td>Progresión a angina inestable</td> <td colspan="3">No se encontró evidencia para el desenlace</td> </tr> </tbody> </table> <p>En resumen, en <i>personas con síndrome coronario crónico o angina estable</i>, por cada 1000 personas a las que brindemos la intervención en lugar de brindar el comparador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Probablemente no modifiquemos el riesgo de infarto de miocardio ni accidente cerebrovascular, aunque la evidencia es incierta. En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de progresión a angina inestable. 	Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Infarto de miocardio	7 ECA	RR: 1.00 (0.76 a 1.31)	0 más por 1000 (21 menos a 27 más)	Accidente cerebrovascular	5 ECA	RR: 1.25 (0.8 a 1.9)	4 más por 1000 (3 menos a 15 más)	Progresión a angina inestable	No se encontró evidencia para el desenlace			<p>En adultos con síndrome coronario crónico o angina estable con un riesgo en general, los daños de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron triviales (puesto que los tamaños de los efectos para infarto de miocardio y accidente cerebrovascular fueron inciertos).</p>					
Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)																				
Infarto de miocardio	7 ECA	RR: 1.00 (0.76 a 1.31)	0 más por 1000 (21 menos a 27 más)																				
Accidente cerebrovascular	5 ECA	RR: 1.25 (0.8 a 1.9)	4 más por 1000 (3 menos a 15 más)																				
Progresión a angina inestable	No se encontró evidencia para el desenlace																						
Certeza de la evidencia:																							
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?																							
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																					
<ul style="list-style-type: none"> Muy baja Baja Moderada Alta Ningún estudio incluido 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)</th> <th>Importancia</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad cardiovascular</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^a</td> </tr> <tr> <td>Infarto de miocardio</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^a</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad por cualquier causa</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^a</td> </tr> <tr> <td>Accidente cerebrovascular</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^a</td> </tr> <tr> <td>Ausencia de angina</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA^{a,b}</td> </tr> <tr> <td>Revascularización no planificada</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA^{a,b}</td> </tr> </tbody> </table> <p>Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Alto riesgo de sesgo en el estudio de Blair 2002 b. Tamaño de muestra menor a 300 c. Alto riesgo de sesgo en los estudios de Blair 2015 y Lee 1996</p> <p>Entre los desenlaces críticos, se consideró la menor certeza de evidencia (baja).</p>	Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Importancia	Certeza	Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^a	Infarto de miocardio	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^a	Mortalidad por cualquier causa	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^a	Accidente cerebrovascular	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA ^a	Ausencia de angina	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	Revascularización no planificada	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}	
Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Importancia	Certeza																					
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^a																					
Infarto de miocardio	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^a																					
Mortalidad por cualquier causa	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^a																					
Accidente cerebrovascular	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA ^a																					
Ausencia de angina	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}																					
Revascularización no planificada	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b}																					
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 todos los desenlaces críticos e importantes considerados.																		
Balance de los efectos:																			
¿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 importantes, el balance probablemente favorece al comparador, tomando en consideración especial la estratificación de riesgo de cada persona.																	
Uso de recursos:																			
¿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 type="radio"/> Ahorros moderados <input checked="" type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Intervención: Tratamiento médico óptimo</th> <th>Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presentación</td> <td>Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg</td> <td rowspan="5">Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos.</td> </tr> <tr> <td>Costo unitario</td> <td>Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10</td> </tr> <tr> <td>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</td> <td>90 en cada ejemplo</td> </tr> <tr> <td>Duración del esquema</td> <td>3 meses</td> </tr> <tr> <td>Costo total tratamiento por persona:</td> <td>Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9</td> </tr> <tr> <td>Diferencia</td> <td colspan="2">El GEG consideró que la intervención incurriría en ahorros extensos frente al comparador.</td> </tr> </tbody> </table>		Intervención: Tratamiento médico óptimo	Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI)	Presentación	Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg	Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos.	Costo unitario	Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10	Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	90 en cada ejemplo	Duración del esquema	3 meses	Costo total tratamiento por persona:	Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9	Diferencia	El GEG consideró que la intervención incurriría en ahorros extensos frente al comparador.		
	Intervención: Tratamiento médico óptimo	Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI)																	
Presentación	Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg	Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos.																	
Costo unitario	Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10																		
Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	90 en cada ejemplo																		
Duración del esquema	3 meses																		
Costo total tratamiento por persona:	Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9																		
Diferencia	El GEG consideró que la intervención incurriría en ahorros extensos frente al comparador.																		
Equidad:																			
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?																			
<u>Definiciones</u>																			
<ul style="list-style-type: none"> • 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		La estrategia farmacológica comparado con la revascularización probablemente incremente la equidad debido a que no requiere de equipos, instrumental, y dispositivos médicos que se encuentran únicamente disponibles en centros de alto nivel de complejidad.																	

o Se desconoce			
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>Personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son los procedimientos que se vienen realizando actualmente - Están dispuestos a poder continuar efectuando los mismos procedimientos <p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son los procedimientos que vienen recibiendo actualmente
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>Disponibilidad y restricciones: Los fármacos usados para tratamiento de síndrome coronario crónico o angina estable están disponibles en el petitorio de EsSalud, y su uso está restringido según se indica a continuación:</p> <p>Ácido acetilsalicílico 100mg y 500mg: sin restricción Clopidogrel 75mg: Cardiología, Neurología, Emergencia, UCI Nifedipino 30mg liberación prolongada: sin restricción Nifedipino 60mg liberación prolongada: Cardiología, Nefrología Amlodipino 5mg y 10mg: sin restricción</p> <p>Las opciones de revascularización, en sus formas de PCI o CABG están restringidas a establecimientos de alta resolución.</p> <p>Si se opta por brindar la intervención, deberá superarse esta restricción.</p>	<p>Disponibilidad real: El GEG consideró que estos fármacos en ocasiones no están disponibles en establecimientos de primer nivel. Si se opta por brindar el tratamiento médico, deberán realizarse esfuerzos para aumentar su disponibilidad en estos lugares.</p> <p>Personal e infraestructura: El GEG consideró que la revascularización requiere que los especialistas estén capacitados en este tipo de cirugía. Si se opta por brindar la revascularización, deberán realizarse esfuerzos por capacitar a los cirujanos en este tipo de procedimientos.</p> <p>Considerando todo ello, el GEG estableció que implementar la intervención sí sería factible.</p>

PICO 3.2: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico de alto riesgo


Presentación:

Pregunta 3.2: En pacientes con síndrome coronario crónico de alto riesgo, ¿se requiere brindar revascularización frente a tratamiento médico óptimo?	
Población:	Población adulta con síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo
Intervención:	Revascularización
Comparador:	Tratamiento médico óptimo
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cualquier causa • Mortalidad cardiovascular • Infarto de miocardio • Accidente cerebrovascular • Hospitalización cardiovascular • Progresión a angina inestable • Ausencia de angina • Revascularización no planificada
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	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 type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	En adultos con síndrome coronario crónico o angina estable con un riesgo en general, los beneficios de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron moderados (puesto que los tamaños de los efectos para revascularización no planificada y persistencia de angina fueron estadísticamente significativos), tomando en consideración también que los estudios incluidos excluían a aquellas personas con lesión del tronco coronario izquierdo.
Muerte por cualquier causa	5 ECA	RR: 0.96 (0.82 a 1.12)	3 menos por 1000 (12 menos a 8 más)		
Mortalidad cardiovascular	1 ECA	RR: 0.91 (0.52 a 1.60)	2 menos por 1000 (11 menos a 13 más)		
Infarto de miocardio	4 ECA	RR: 0.98 (0.87 a 1.11)	2 menos por 1000 (15 menos a 13 más)		
Revascularización no planificada	2 ECA	RR: 0.66 (0.58 a 0.76)	101 menos por 1000 (124 menos a 71 menos)		
Persistencia de angina	2 ECA	RR: 0.72 (0.62 a 0.84)	152 menos por 1000 (206 menos a 87 menos)		

	<p>En resumen, en <i>personas con síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo</i>, por cada 1000 personas a las que brindemos la intervención en lugar de brindar el comparador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probablemente causaremos 101 casos menos de revascularización no planificada (IC 95%: -124 a -71) y 152 casos menos de persistencia de angina (IC 95%: -206 a -87). • En contraste, probablemente no modifiquemos el riesgo de muerte por cualquier causa, mortalidad cardiovascular ni infarto de miocardio, aunque la evidencia es incierta. 				
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"> • Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce 	Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	<p>En adultos con síndrome coronario crónico o angina estable con un riesgo en general, los daños de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron triviales (puesto que los tamaños de los efectos para accidente cerebrovascular y hospitalización por causa cardiovascular fueron inciertos).</p>
	Accidente cerebrovascular	2 ECA	HR: 1.56 (0.80 a 3.04)	7 más por 1000 (2 menos a 24 más)	
	Hospitalización por causa cardiovascular	2 ECA	RR: 1.14 (0.95 a 1.35)	7 más por 1000 (2 menos a 17 más)	
	Progresión a angina inestable	No se encontró evidencia para el desenlace			
<p>En resumen, en <i>personas con síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo</i>, por cada 1000 personas a las que brindemos la intervención en lugar de brindar el comparador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probablemente no modifiquemos el riesgo de accidente cerebrovascular ni hospitalización por causa cardiovascular, aunque la evidencia es incierta. • En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de progresión a angina inestable. 					
Certeza de la evidencia:					
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?					
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> • Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	Desenlaces	Importancia	Certeza	<p>El GEG decidió disminuir un nivel de certeza general de evidencia por evidencia indirecta ya que la población de alto riesgo descrito en los estudios excluía a los realmente de alto riesgo considerados en esta presente guía.</p>	
	Muerte por cualquier causa	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a		
	Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^b		
	Infarto de miocardio	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a		
	Accidente cerebrovascular	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA ^b		
	Hospitalización por causa cardiovascular	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA ^{b,d}		
	Revascularización no planificada	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a		

	Persistencia de angina	IMPORTANTE	 BAJA ^c																	
Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Se disminuyó un nivel de certeza debido a que 50 a 70% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios son de bajo riesgo de sesgo b. Se disminuyó dos niveles de certeza debido a una cantidad de eventos muy baja: menos de 50 eventos en total c. Se disminuyó dos niveles de certeza debido a que <50% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios son de bajo riesgo de sesgo d. Se disminuyó un nivel de certeza debido a una cantidad de eventos baja: entre 50 a 300 eventos en total.																				
Entre los desenlaces críticos, 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 todos los desenlaces críticos e importantes considerados.																			
Balance de los efectos: ¿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 type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input checked="" 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 importantes, el balance probablemente favorece a la intervención.																	
Uso de recursos: ¿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"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> Intervención: Tratamiento médico óptimo </td> <td style="text-align: center;"> Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Presentación</td> <td> Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg </td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos. </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Costo unitario</td> <td> Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</td> <td style="text-align: center;">90 en cada ejemplo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Duración del esquema</td> <td style="text-align: center;">3 meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Costo total tratamiento por persona:</td> <td> Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Diferencia</td> <td colspan="2"> El GEG consideró que la intervención incurriría en costos moderados frente al comparador. </td> </tr> </table>		Intervención: Tratamiento médico óptimo	Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI)	Presentación	Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg	Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos.	Costo unitario	Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10	Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	90 en cada ejemplo	Duración del esquema	3 meses	Costo total tratamiento por persona:	Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9	Diferencia	El GEG consideró que la intervención incurriría en costos moderados frente al comparador.		Se debe tomar en consideración que aquellos pacientes con síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo van a requerir medicamentos adicionales que en ocasiones son de alto costo.	
	Intervención: Tratamiento médico óptimo	Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI)																		
Presentación	Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg	Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos.																		
Costo unitario	Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10																			
Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	90 en cada ejemplo																			
Duración del esquema	3 meses																			
Costo total tratamiento por persona:	Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9																			
Diferencia	El GEG consideró que la intervención incurriría en costos moderados frente al comparador.																			

Equidad: Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?		
Definiciones <ul style="list-style-type: none"> • <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> • <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> 		
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 revascularización comparada con el tratamiento médico óptimo probablemente reduce la equidad debido a que requiere de equipos, instrumental, y dispositivos médicos que se encuentran únicamente disponibles en centros de alto nivel de complejidad. Sin embargo, el cateterismo es una opción de revascularización viable y esta se encuentra más disponible que la revascularización quirúrgica.
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		Personal de salud: - Son los procedimientos que se vienen realizando actualmente - Están dispuestos a poder continuar efectuando los mismos procedimientos Pacientes: Son los procedimientos que vienen recibiendo actualmente
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	Disponibilidad y restricciones: Los fármacos usados para tratamiento de síndrome coronario crónico o angina estable están disponibles en el petitorio de EsSalud, y su uso está restringido según se indica a continuación: Ácido acetilsalicílico 100mg y 500mg: sin restricción Clopidogrel 75mg: Cardiología, Neurología, Emergencia, UCI Nifedipino 30mg liberación prolongada: sin restricción Nifedipino 60mg liberación prolongada: Cardiología, Nefrología Amlodipino 5mg y 10mg: sin restricción Las opciones de revascularización, en sus formas de PCI o CABG están restringidas a establecimientos de alta resolución.	Disponibilidad real: El GEG consideró que los procedimientos de revascularización están disponibles solo en centros de alto nivel de complejidad Personal e infraestructura: El GEG consideró que la revascularización requiere que los especialistas estén capacitados en este tipo de cirugía. Si se opta por brindar la revascularización, deberán realizarse esfuerzos por capacitar a los cirujanos en este tipo de procedimientos. Considerando todo ello, el GEG estableció que implementar la intervención probablemente sí sería factible.

PICO 3.3: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico con fracción de eyección ventricular izquierda disminuida

Presentación:

Pregunta 3.3: En pacientes con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda disminuida, ¿se requiere brindar revascularización frente a tratamiento médico óptimo?	
Población:	Población adulta con síndrome coronario crónico de alto riesgo y fracción de eyección ventricular izquierda disminuida
Intervención:	Revascularización
Comparador:	Tratamiento médico óptimo
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cualquier causa • Mortalidad cardiovascular • Infarto de miocardio • Accidente cerebrovascular • Hospitalización cardiovascular • Progresión a angina inestable • Ausencia de angina • Revascularización no planificada
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	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
	Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ Se desconoce 	Muerte por cualquier causa	5 ECA	HR: 0.88 (0.79 a 0.99)	41 menos por 1000 (74 menos a 3 menos)	En adultos con síndrome coronario crónico o angina estable con un riesgo alto y fracción de eyección ventricular izquierda disminuida, los beneficios de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron grandes (puesto que los tamaños de los efectos para muerte por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, hospitalización por falla cardíaca, revascularización no planificada fueron estadísticamente significativos).
	Mortalidad cardiovascular	3 ECA	HR: 0.80 (0.70 a 0.93)	59 menos por 1000 (91 menos a 20 menos)	
	Hospitalización por falla cardíaca	3 ECA	HR: 0.80 (0.62 a 1.03)	42 menos por 1000 (81 menos a 6 más)	
	Revascularización no planificada	1 ECA	HR: 0.60 (0.51 a 0.71)	109 menos por 1000 (136 menos a 78 menos)	
	<p>En resumen, en <i>personas con síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo y fracción de eyección ventricular disminuida</i>, por cada 1000 personas a las que brindemos la intervención en lugar de brindar el comparador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causaremos 41 casos menos de muerte por cualquier causa (IC 95%: -74 a -3), 59 casos menos de mortalidad 				

	cardiovascular (IC 95%: -91 a -20) y 109 casos menos de revascularización no planificada (IC 95%: -136 a -78). <ul style="list-style-type: none"> Probablemente causaremos 42 casos menos de hospitalización por falla cardíaca (IC 95%: -81 a +6). 																					
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"> Trivial Pequeño Moderado Grande Varía Se desconoce 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infarto de miocardio</td> <td>1 ECA (2287)</td> <td>HR: 1.13 (0.89 a 1.43)</td> <td>14 más por 1000 (12 menos a 44 más)</td> </tr> <tr> <td>Accidente cerebrovascular</td> <td>1 ECA (2287)</td> <td>HR: 1.56 (0.80 a 3.04)</td> <td>7 más por 1000 (2 menos a 25 más)</td> </tr> <tr> <td>Progresión a angina inestable</td> <td colspan="3">No se encontró evidencia para el desenlace</td> </tr> <tr> <td>Ausencia de angina</td> <td colspan="3">No se encontró evidencia para el desenlace</td> </tr> </tbody> </table> <p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p> <p>a. Se disminuyó un nivel de certeza debido a una cantidad de eventos baja: entre 50 a 300 eventos en total.</p> <p>b. Se disminuyó dos niveles de certeza debido a una cantidad de eventos muy baja: menos de 50 eventos en total</p> <p>En resumen, en <i>personas con síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo y fracción de eyección ventricular izquierda disminuida</i>, por cada 1000 personas a las que brindemos la intervención en lugar de brindar el comparador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Probablemente no modifiquemos el riesgo de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular, aunque la evidencia es incierta. En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de progresión a angina inestable y ausencia de angina. 	Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Infarto de miocardio	1 ECA (2287)	HR: 1.13 (0.89 a 1.43)	14 más por 1000 (12 menos a 44 más)	Accidente cerebrovascular	1 ECA (2287)	HR: 1.56 (0.80 a 3.04)	7 más por 1000 (2 menos a 25 más)	Progresión a angina inestable	No se encontró evidencia para el desenlace			Ausencia de angina	No se encontró evidencia para el desenlace			<p>En adultos con síndrome coronario crónico o angina estable con un riesgo alto y fracción de eyección ventricular izquierda disminuida, los daños de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron triviales (puesto que los tamaños de los efectos para infarto de miocardio y accidente cerebrovascular fueron inciertos).</p>
Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)																			
Infarto de miocardio	1 ECA (2287)	HR: 1.13 (0.89 a 1.43)	14 más por 1000 (12 menos a 44 más)																			
Accidente cerebrovascular	1 ECA (2287)	HR: 1.56 (0.80 a 3.04)	7 más por 1000 (2 menos a 25 más)																			
Progresión a angina inestable	No se encontró evidencia para el desenlace																					
Ausencia de angina	No se encontró evidencia para el desenlace																					
Certeza de la evidencia:																						
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?																						
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																				
<ul style="list-style-type: none"> Muy baja Baja Moderada Alta Ningún estudio incluido 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces</th> <th>Importancia</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Muerte por cualquier causa</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕⊕⊕ ALTA</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad cardiovascular</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕⊕⊕ ALTA</td> </tr> <tr> <td>Infarto de miocardio</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADO^a</td> </tr> <tr> <td>Accidente cerebrovascular</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^b</td> </tr> <tr> <td>Hospitalización por falla cardíaca</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕⊕⊕ ALTA</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces	Importancia	Certeza	Muerte por cualquier causa	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Infarto de miocardio	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a	Accidente cerebrovascular	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA ^b	Hospitalización por falla cardíaca	IMPORTANTE	⊕⊕⊕⊕ ALTA			
Desenlaces	Importancia	Certeza																				
Muerte por cualquier causa	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA																				
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA																				
Infarto de miocardio	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADO ^a																				
Accidente cerebrovascular	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA ^b																				
Hospitalización por falla cardíaca	IMPORTANTE	⊕⊕⊕⊕ ALTA																				

	Revascularización no planificada	IMPORTANTE	⊕⊕⊕⊕ ALTA																
Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Se disminuyó un nivel de certeza debido a una cantidad de eventos baja: entre 50 a 300 eventos en total. b. Se disminuyó dos niveles de certeza debido a una cantidad de eventos muy baja: menos de 50 eventos en total.																			
Entre los desenlaces críticos, se consideró la menor certeza de evidencia (moderada).																			
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 todos los desenlaces críticos e importantes considerados.																		
Balance de los efectos: ¿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 type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input checked="" 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 importantes, el balance favorece a la intervención.															
Uso de recursos: ¿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"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Intervención: Tratamiento médico óptimo</td> <td style="text-align: center;">Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Presentación</td> <td>Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg</td> <td rowspan="6" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos. </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Costo unitario</td> <td>Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</td> <td>90 en cada ejemplo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Duración del esquema</td> <td>3 meses</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Costo total tratamiento por persona:</td> <td>Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Diferencia</td> <td colspan="2">El GEG consideró que la intervención incurriría en costos moderados frente al comparador.</td> </tr> </table>		Intervención: Tratamiento médico óptimo	Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI)	Presentación	Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg	Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos.	Costo unitario	Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10	Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	90 en cada ejemplo	Duración del esquema	3 meses	Costo total tratamiento por persona:	Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9	Diferencia	El GEG consideró que la intervención incurriría en costos moderados frente al comparador.		Se debe tomar en consideración que aquellos pacientes con síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo con fracción de eyección ventricular izquierda disminuida van a requerir medicamentos adicionales que en ocasiones son de alto costo.
	Intervención: Tratamiento médico óptimo	Comparador: Revascularización (Intervención coronaria percutánea – PCI)																	
Presentación	Aspirina 100mg; Clopidogrel 75mg; Nifedipino 300mg; Amlodipino 10mg	Aproximadamente S/.2890 incluyendo uso de la sala, personal profesional, instrumental, hospitalización, evaluaciones para riesgos quirúrgicos previos.																	
Costo unitario	Aspirina: S/.0.01 Clopidogrel: S/.0.20 Nifedipino: S/.0.06 Amlodipino: S/.0.10																		
Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	90 en cada ejemplo																		
Duración del esquema	3 meses																		
Costo total tratamiento por persona:	Aspirina: S/.0.90 Clopidogrel: S/.18 Nifedipino: S/.5.40 Amlodipino: S/.9																		
Diferencia	El GEG consideró que la intervención incurriría en costos moderados frente al comparador.																		
Equidad: Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?																			

Definiciones		
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> ● Reduce la equidad ○ Probablemente reduce la equidad ○ Probablemente no tenga impacto en la equidad ○ Probablemente incrementa la equidad ○ Incrementa la equidad ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>La revascularización comparada con el tratamiento médico óptimo reduce la equidad debido a que requiere de equipos, instrumental, y dispositivos médicos que se encuentran únicamente disponibles en centros de alto nivel de complejidad.</p>
Aceptabilidad:		
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>Personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son los procedimientos que se vienen realizando actualmente. - Están dispuestos a poder continuar efectuando los mismos procedimientos. <p>Pacientes:</p> <p>Son los procedimientos que vienen recibiendo actualmente.</p>
Factibilidad:		
¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce 	<p>Disponibilidad y restricciones: Los fármacos usados para tratamiento de síndrome coronario crónico o angina estable están disponibles en el petitorio de EsSalud, y su uso está restringido según se indica a continuación:</p> <p>Ácido acetilsalicílico 100mg y 500mg: sin restricción Clopidogrel 75mg: Cardiología, Neurología, Emergencia, UCI Nifedipino 30mg liberación prolongada: sin restricción Nifedipino 60mg liberación prolongada: Cardiología, Nefrología Amlodipino 5mg y 10mg: sin restricción</p> <p>Las opciones de revascularización, en sus formas de PCI o CABG están restringidas a establecimientos de alta resolución.</p>	<p>Disponibilidad real: El GEG consideró que los procedimientos de revascularización están disponibles solo en centros de alto nivel de complejidad</p> <p>Personal e infraestructura: El GEG consideró que la revascularización requiere que los especialistas estén capacitados en este tipo de cirugía. Si se opta por brindar la revascularización, deberán realizarse esfuerzos por capacitar a los cirujanos en este tipo de procedimientos.</p> <p>Considerando todo ello, el GEG estableció que implementar la intervención sí sería factible.</p>

Resumen de los juicios:

PICO 3.1: Tratamiento médico óptimo vs revascularización para síndrome coronario crónico (riesgo en general)

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	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
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	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 3.2: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico de alto riesgo

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	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
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	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 3.3: Revascularización vs tratamiento médico óptimo para síndrome coronario crónico con fracción de eyección ventricular izquierda disminuida

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	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
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	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>Dirección: En adultos síndrome coronario crónico o angina estable, los beneficios de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron pequeños (puesto que el tamaño de los efectos para ausencia de angina fue pequeño y los tamaños de efecto para muerte por cualquier causa, mortalidad cardiovascular y revascularización no planificada fueron inciertos) y los daños se consideraron triviales (puesto que los tamaños de los efectos para accidente cerebrovascular e infarto de miocardio fueron inciertos). Además, al no tener una diferencia estadísticamente significativa en desenlaces relacionados a mortalidad y una mayor accesibilidad y menores costos, se decidió por el uso inicial de tratamiento médico óptimo acompañado de revascularización según los requerimientos individuales de cada persona. Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de la intervención o del comparador.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes con síndrome coronario crónico, sugerimos brindar tratamiento médico óptimo, y decidir agregar o no la revascularización para alivio de síntomas según el estado funcional del paciente, enfermedades comórbidas y experiencia del equipo quirúrgico o intervencionista.</p> <p>Recomendación condicional Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> El tratamiento médico óptimo consiste en el conjunto de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a controlar los síntomas, prevenir eventos isquémicos coronarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Incluye al menos dos fármacos antianginosos de acción prolongada (como un betabloqueador, un bloqueador de canales del calcio o nitratos de liberación prolongada), además de aspirina y estatinas en la dosis máxima tolerada. Las opciones disponibles de los fármacos en EsSalud se detallan en la Tabla N° 2.
<p>Dirección: En adultos síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo, los beneficios de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron moderados (puesto que los tamaños de los efectos para revascularización no planificada y persistencia de angina fueron estadísticamente significativos) y los daños se consideraron triviales (puesto que los tamaños de los efectos para accidente cerebrovascular y hospitalización por causa cardiovascular fueron inciertos). Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de la intervención.</p> <p>Fuerza:</p>	<p>En pacientes con síndrome coronario crónico de alto riesgo, sugerimos brindar revascularización acompañada con tratamiento médico óptimo para disminuir la persistencia de angina.</p> <p>Recomendación condicional Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente clasificado como de alto riesgo de acuerdo con los criterios descritos en la Tabla N° 1.

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue condicional .	
<p>Dirección: En adultos síndrome coronario crónico o angina estable de alto riesgo con fracción de eyección ventricular disminuida, los beneficios de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron moderados (puesto que los tamaños de los efectos para revascularización no planificada y persistencia de angina fueron estadísticamente significativos) y los daños se consideraron triviales (puesto que los tamaños de los efectos para accidente cerebrovascular y hospitalización por causa cardiovascular fueron inciertos). Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de la intervención.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue moderada, esta recomendación fue fuerte.</p>	<p>En pacientes con síndrome coronario crónico con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida ($\leq 35\%$), recomendamos brindar revascularización coronaria acompañada con tratamiento médico óptimo conforme a los lineamientos establecidos para esta patología para reducir mortalidad y revascularización repetida.</p> <p>Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

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

Justificación	BPC
<p>El GEG consideró importante aclarar la inclusión de la revascularización al tratamiento médico óptimo en pacientes con síndrome coronario crónico, específicamente para el alivio de los síntomas de angina en aquellos cuyos síntomas no se controlan de manera satisfactoria con el manejo farmacológico y no farmacológico.</p> <p>En pacientes con SCC, la revascularización está orientada principalmente al manejo sintomático, ofreciendo un alivio significativo en casos donde la angina persiste a pesar del tratamiento médico óptimo. La decisión de incluir esta estrategia debe individualizarse, considerando los riesgos y beneficios para cada paciente, así como la severidad de los</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, considerar la revascularización en los pacientes cuyos síntomas no se controlan satisfactoriamente con el tratamiento médico óptimo.</p>

Justificación	BPC																		
síntomas y su impacto en las actividades diarias.																			
<p>El GEG indicó que se debe promover los 8 objetivos esenciales para la salud cardiovascular desarrolladas por la <i>American Heart Association</i> (AHA) (76). Estos objetivos permiten la prevención primaria y secundaria ya que fomenta cambios en el estilo de vida que contribuyen a prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares y a controlar condiciones preexistentes. Además, indicó agregar los objetivos adicionales para condiciones médicas como hipertensión arterial y diabetes precisadas en la GPC ESC 2024 (11) de síndrome coronario crónico.</p>	<p>Promueva el cumplimiento de los 8 objetivos esenciales para mejorar y mantener la salud cardiovascular.</p> <table border="1" data-bbox="810 443 1356 1361"> <thead> <tr> <th data-bbox="810 443 986 477">Objetivo</th> <th data-bbox="987 443 1356 477">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="810 479 986 591">Alimentación saludable</td> <td data-bbox="987 479 1356 591">Adoptar una dieta balanceada rica en frutas, verduras, granos integrales y baja en grasas saturadas y azúcares.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 593 986 705">Actividad física</td> <td data-bbox="987 593 1356 705">Realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada o 75 minutos de actividad intensa por semana.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 707 986 797">No fumar/nicotina</td> <td data-bbox="987 707 1356 797">Evitar el consumo de tabaco y productos relacionados, incluidos cigarrillos electrónicos.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 799 986 889">Peso saludable</td> <td data-bbox="987 799 1356 889">Obtener y mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 25 kg/m².</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 891 986 1070">Presión arterial saludable</td> <td data-bbox="987 891 1356 1070">Mantener la presión arterial por debajo de 120/80 mmHg. En hipertensos, el objetivo del tratamiento es lograr valores de presión arterial sistólica de <130 mmHg*</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1072 986 1128">Colesterol saludable</td> <td data-bbox="987 1072 1356 1128">Controlar los niveles de colesterol no-HDL a menos de 100 mg/dL.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1131 986 1310">Glucosa saludable</td> <td data-bbox="987 1131 1356 1310">Mantener la glucosa en sangre en ayunas por debajo de 100 mg/dL. En diabéticos, el objetivo de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es mantenerla en ≤ 7.0% (53 mmol/mol)*</td> </tr> <tr> <td data-bbox="810 1312 986 1361">Sueño saludable</td> <td data-bbox="987 1312 1356 1361">Dormir entre 7 y 9 horas por noche.</td> </tr> </tbody> </table> <p>American Heart Association. Life's Essential 8: Your checklist for lifelong good health [Internet]. Dallas: American Heart Association. Disponible en: https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/lifes-essential-8</p> <p>* Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. <i>European heart journal</i>. 2024;45(36):3415-537.</p>	Objetivo	Descripción	Alimentación saludable	Adoptar una dieta balanceada rica en frutas, verduras, granos integrales y baja en grasas saturadas y azúcares.	Actividad física	Realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada o 75 minutos de actividad intensa por semana.	No fumar/nicotina	Evitar el consumo de tabaco y productos relacionados, incluidos cigarrillos electrónicos.	Peso saludable	Obtener y mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 25 kg/m ² .	Presión arterial saludable	Mantener la presión arterial por debajo de 120/80 mmHg. En hipertensos, el objetivo del tratamiento es lograr valores de presión arterial sistólica de <130 mmHg*	Colesterol saludable	Controlar los niveles de colesterol no-HDL a menos de 100 mg/dL.	Glucosa saludable	Mantener la glucosa en sangre en ayunas por debajo de 100 mg/dL. En diabéticos, el objetivo de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es mantenerla en ≤ 7.0% (53 mmol/mol)*	Sueño saludable	Dormir entre 7 y 9 horas por noche.
Objetivo	Descripción																		
Alimentación saludable	Adoptar una dieta balanceada rica en frutas, verduras, granos integrales y baja en grasas saturadas y azúcares.																		
Actividad física	Realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada o 75 minutos de actividad intensa por semana.																		
No fumar/nicotina	Evitar el consumo de tabaco y productos relacionados, incluidos cigarrillos electrónicos.																		
Peso saludable	Obtener y mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 25 kg/m ² .																		
Presión arterial saludable	Mantener la presión arterial por debajo de 120/80 mmHg. En hipertensos, el objetivo del tratamiento es lograr valores de presión arterial sistólica de <130 mmHg*																		
Colesterol saludable	Controlar los niveles de colesterol no-HDL a menos de 100 mg/dL.																		
Glucosa saludable	Mantener la glucosa en sangre en ayunas por debajo de 100 mg/dL. En diabéticos, el objetivo de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es mantenerla en ≤ 7.0% (53 mmol/mol)*																		
Sueño saludable	Dormir entre 7 y 9 horas por noche.																		
<p>El GEG indicó precisar que la evaluación de la respuesta al tratamiento médico óptimo en pacientes con síndrome coronario crónico debe adaptarse a la situación clínica del paciente. Un periodo mínimo de 6 semanas a 3 meses permitiría un balance entre la necesidad de observar resultados terapéuticos significativos y evitar retrasos innecesarios en el ajuste del tratamiento.</p> <p>Durante las primeras 6 semanas, se pueden observar cambios iniciales en los síntomas de</p>	<p>Evalúe la respuesta del tratamiento médico óptimo dentro de un periodo mínimo de 6 semanas a 3 meses, dependiendo de la situación clínica del paciente. En ese momento, se realizará una revisión completa del plan terapéutico, para ajustar el tratamiento según los resultados obtenidos y las necesidades individuales del paciente.</p>																		

Justificación	BPC
<p>angina, la presión arterial, y el perfil lipídico tras iniciar o ajustar el tratamiento, y sería crítico para identificar posibles efectos secundarios o barreras en la adherencia terapéutica. Para pacientes con síntomas persistentes o alto riesgo de eventos cardiovasculares, una revisión temprana aseguraría un manejo oportuno y evita complicaciones.</p> <p>Por otro lado, en pacientes clínicamente estables, un seguimiento a los 3 meses permite una evaluación más completa del tratamiento, incluyendo parámetros como la estabilización del control sintomático y la eficacia en el manejo de factores de riesgo. Este periodo sería suficiente para observar cambios clínicamente relevantes y ajustar el plan terapéutico según las necesidades individuales del paciente.</p> <p>Este intervalo es coherente con las guías AHA 2023 (10) y ESC 2019 (42), que enfatizan el seguimiento basado en síntomas, adherencia y la evolución de factores de riesgo cardiovasculares. Además, la guía NICE 2016 (29) también sugiere realizar evaluaciones periódicas en función del estado clínico del paciente, con un enfoque particular en el ajuste temprano del tratamiento cuando los síntomas persisten o los objetivos terapéuticos no se alcanzan.</p>	
<p>En personas con síndrome coronario crónico o angina estable, el GEG consideró que se debe considerar la revascularización en personas que no controlan sus síntomas adecuadamente con el tratamiento médico óptimo o cuyas pruebas no invasivas revelan una zona sustancial de miocardio en riesgo.</p> <p>Esto coincide con lo mencionado por la guía NICE 2016(29), que mencionó la realización de revascularización en angina refractaria al tratamiento o de alto riesgo tras pruebas no invasivas.</p>	<p>Discuta cómo los efectos secundarios del tratamiento farmacológico pueden afectar las actividades diarias del paciente y explique por qué es importante que tome el tratamiento farmacológico regularmente.</p>
<p>La exclusión de pacientes con síndrome coronario crónico basada únicamente en la edad carece de respaldo científico.</p>	<p>No excluya del tratamiento a un paciente con síndrome coronario crónico basado solo en su edad.</p>

Justificación	BPC
<p>Las guías actuales AHA 2023 (10) y ESC 2019 (42) reconocen que un enfoque individualizado, en lugar de criterios rígidos como la edad, maximiza los beneficios del tratamiento al tiempo que minimiza los riesgos. De esta manera, la edad cronológica no debe ser un factor excluyente, sino un elemento adicional en la evaluación del riesgo-beneficio del tratamiento.</p> <p>Además, la guía NICE 2016 (29) también desaconsejan el uso de límites de edad como criterio exclusivo para el manejo.</p>	
<p>El GEG indicó que el manejo del síndrome coronario crónico no debe variar según el sexo o el grupo étnico del paciente, ya que las diferencias en estos factores no justifican un enfoque clínico diferenciado.</p> <p>Esto coincide con las guías NICE 2016 (29) y AHA 2023 (10) que indican que el manejo del síndrome coronario crónico no se diferencie según género o etnicidad, destacan que las diferencias observadas deben considerarse en el contexto de factores clínicos individuales y que un enfoque basado en la evidencia mejora la equidad y calidad de la atención médica para todos los pacientes.</p>	<p>El enfoque de manejo de síndrome coronario crónico no debe ser diferente, en hombres o mujeres o en diferentes grupos étnicos.</p>
<p>El GEG indicó precisar que, en caso de identificar una angiografía confirmatoria con la integración de herramientas avanzadas como el iFR o el FFR en la evaluación angiográfica permitiría identificar a los pacientes que más se beneficiarán de una intervención.</p> <p>Por el contrario, si la angiografía no revela una estenosis significativa, es necesario investigar otras posibles causas del dolor torácico, como angina vasoespástica o angina microvascular, que son frecuentes en pacientes sin obstrucciones coronarias evidentes. Estos diagnósticos requieren un manejo diferenciado. El ECA FAME 2 (77) aborda el papel de la reserva fraccional de flujo (FFR) en la evaluación y manejo de pacientes con enfermedad coronaria estable donde se encontró que en pacientes con estenosis intermedias angiográficamente (50%-70%), medir el FFR permitió identificar aquellas lesiones funcionalmente significativas que podrían beneficiarse de una ICP.</p>	<p>Al identificar angiografía confirmatoria, continuar con la indicación de revascularización. Si no se identifica angiografía confirmatoria, buscar otras causas de dolor torácico y considerar angina vasoespástica o microvascular.</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La angiografía coronaria confirmaría la presencia de obstrucciones de manera anatómica pero además puede determinar las consecuencias funcionales de estas obstrucciones en el flujo sanguíneo coronario [con el apoyo de la reserva fraccional de flujo (FFR) y otros índices no hiperémicos como la relación instantánea libre de ondas (iFR)].

Justificación	BPC
<p>Esto coincide con las guías AHA 2023 (10) y ESC 2024 (11, 42) que indican el uso de estas herramientas antes de proceder a la revascularización.</p>	
<p>El GEG sugiere que, en pacientes con síndrome coronario crónico que presenten hallazgos específicos en pruebas funcionales para la estratificación de riesgo, la decisión de realizar revascularización junto con tratamiento médico óptimo sea individualizada.</p> <p>Esta propuesta se basa en que los siguientes casos reflejarían una afectación moderada, en casos como un Score de Duke > -11 (78), isquemia del 10-20% en perfusión miocárdica con SPECT (57), 2 de los 16 segmentos en ecoestrés con dobutamina (79), o defectos de perfusión transmural en resonancia magnética cardiaca, la revascularización puede ofrecer beneficios adicionales al tratamiento médico óptimo, siempre que se adapte a las necesidades individuales del paciente.</p>	<p>En pacientes con síndrome coronario crónico que cuenten con alguno de los siguientes hallazgos en pruebas funcionales para estratificación de riesgo intermedio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Score de Duke -11 a -4. • Porcentaje de isquemia del 10 - 20% evaluada mediante perfusión miocárdica con SPECT. • Afectación de 2 de los 16 segmentos evaluado por ecocardiografía de estrés con dobutamina. • Defecto de perfusión transmural persistente en al menos 1 de los 16 segmentos evaluado por resonancia magnética cardiaca. <p>Individualizar la decisión de realizar revascularización junto con tratamiento médico óptimo solo si habrá beneficio en reducir los episodios de angina y/o disminuir la necesidad de revascularizaciones no planificadas.</p>

Tabla N° 2. Características de los fármacos en EsSalud para el tratamiento del síndrome coronario crónico.

Grupo farmacológico	Nombre	Presentación (Petitorio EsSalud 2024)	Dosis mínima	Dosis máxima	Efectos adversos frecuentes
Betabloqueadores	Atenolol	Tableta 50 mg, 100 mg	25-50 mg cada 24 horas	100 mg cada 24 horas	Fatiga, bradicardia, hipotensión, mareos, broncoespasmo
	Bisoprolol	Tableta 5 mg	2.5-5 mg cada 24 horas	10 mg cada 24 horas	Fatiga, bradicardia, mareos
	Carvedilol	Tableta 6.25 mg, 12.5mg, 25mg	3.125 mg cada 12 horas	25 mg cada 12 horas	Fatiga, mareos, hipotensión, bradicardia
Bloqueadores de canales de calcio	Amlodipino (Dihidropiridínico)	Tableta 5 mg, 10 mg	5 mg cada 24 horas	10 mg cada 24 horas	Edema, mareos, cefalea, rubor, hipotensión
	Nifedipino (Dihidropiridínico)	Tableta de liberación prolongada 30 mg, 60mg	30 mg cada 24 horas	90 mg cada 24 horas	Edema, cefalea, rubor, mareos, hipotensión
	Diltiazem (No dihidropiridínico)	Tableta de 60 mg	60 mg cada 12 horas	120 mg cada 8 horas	Cefalea, mareos, bradicardia, edema periférico, estreñimiento, hipotensión
	Verapamilo (No dihidropiridínico)	Tableta de 80 mg	80 mg cada 12 horas	160 mg cada 8 horas	Cefalea, mareos, bradicardia, edema periférico, estreñimiento, hipotensión
Nitratos	Dinitrato de isosorbide (acción corta)	Tableta 5 mg (sublingual)	5 mg dosis de rescate	Repetir dosis a los 10 minutos de persistir con angina	Cefalea, mareos, hipotensión ortostática
		Tableta 10 mg	10 mg cada 8 horas	20 mg cada 6 horas	
	Mononitrato de isosorbide (acción prolongada)	Tableta 20 mg, 40 mg	10 mg cada 12-24 horas	40 mg cada 12 horas	Cefalea, mareos, hipotensión ortostática
	Nitroglicerina	Parche 5mg (transdérmica)	1 parche de 5mg colocado durante 12 horas*	20 mg en 24 horas	Cefalea, mareos, hipotensión ortostática
Inhibidores de la ECA (IECA)	Enalapril	Tableta 10 mg, 20 mg	5 mg cada 12-24 horas	20 mg cada 12 horas	Tos, mareos, fatiga, hipotensión, rash cutáneo, angioedema
	Captopril	Tableta 25 mg	12.5 mg cada 12 horas	50 mg cada 8 horas	Tos, sabor metálico, rash cutáneo, hipotensión, angioedema
Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II)	Losartán	Tableta 50 mg	50 mg cada 24 horas	50 mg cada 12 horas	Mareos, fatiga, hiperkalemia
	Valsartán	Tableta 80 mg	80 mg cada 24 horas	320 mg cada 24 horas	Mareos, fatiga, hiperkalemia
	Irbesartán	Tableta 150 mg	150 mg cada 24 horas	300 mg cada 24 horas	Mareos, fatiga, hiperkalemia
Antiagregantes plaquetarios	Ácido acetilsalicílico	Tableta 100 mg	75-100 mg cada 24 horas	100 mg cada 24 horas	Irritación gástrica, dispepsia, sangrado gastrointestinal

Grupo farmacológico	Nombre	Presentación (Petitorio EsSalud 2024)	Dosis mínima	Dosis máxima	Efectos adversos frecuentes
	Clopidogrel	Tableta 75 mg	75 mg cada 24 horas	75 mg cada 24 horas	Sangrado, púrpura, dispepsia, dolor abdominal, diarrea
Estatinas	Atorvastatina	Tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg	10 mg cada 24 horas	80 mg cada 24 horas	Mialgia, dolor abdominal, elevación de enzimas hepáticas
	Simvastatina	Tableta 20 mg, 40 mg	20 mg cada 24 horas	40 mg cada 24 horas	Mialgia, dolor abdominal, elevación de enzimas hepáticas

*Explicar al paciente que se debe limpiar la zona después de retirar el parche.

Fuente: Elaboración por parte del grupo elaborador de la guía