

Pregunta 5. En pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar en tratamiento, en los que se use el test de caminata de 6 minutos como seguimiento y evaluación de respuesta del tratamiento, ¿qué punto de corte se debería usar para la estratificación?

Introducción

En las últimas décadas, el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HTP) ha experimentado avances notables, principalmente gracias al desarrollo de terapias específicas que han demostrado un impacto significativo en la hemodinámica, la capacidad de ejercicio y la supervivencia de los pacientes (59). Estas terapias se han evaluado principalmente a través de ensayos clínicos, observando mejoras a corto plazo (3 a 6 meses) en la capacidad de ejercicio, medida mediante la prueba de caminata de seis minutos (PC6M) (59). La PC6M es una herramienta sencilla y reproducible que, aunque evalúa la capacidad funcional submáxima en la mayoría de los pacientes, guarda una estrecha correlación con las pruebas de ejercicio cardiopulmonar máximas (60).

Como ocurre con otras evaluaciones en HTP, los resultados de la PC6M deben interpretarse en el contexto clínico, ya que diversos factores como el sexo, la edad, la estatura, el peso, las comorbilidades, el uso de oxígeno, la curva de aprendizaje y la motivación influyen en los resultados (61). Generalmente, los resultados se expresan en distancias absolutas (metros), en lugar de porcentajes de valores predichos (61). Los cambios en la PC6M son comúnmente utilizados en estudios clínicos sobre HTP como un criterio de valoración principal o secundario, o como parte de la evaluación del deterioro clínico (62). Un estudio reciente sugiere que los mejores puntos de corte para predecir mortalidad y supervivencia a un año fueron 165 m y 440 m (63), respectivamente. Sin embargo, no existe un umbral universal aplicable a todos los pacientes, como se refleja en estudios clínicos y registros (63).

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Factor pronóstico	Desenlaces que se busca predecir
5	Pacientes con hipertensión arterial pulmonar en tratamiento	Punto de corte del test de caminata de 6 minutos durante el control médico habitual	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad por todas las causas ● Mortalidad cardio pulmonar ● Progresión de la enfermedad

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG, y hayan sido publicadas desde el 2019 a 2024.

Al no encontrarse ninguna RS, se realizó una búsqueda de *novo* de estudios primarios por ser la PICO una pregunta de pronóstico (**Anexo N° 2**). En esta búsqueda, se encontraron 12 EO (29, 63-73):

Estudio primario	Puntaje en QUIPS*	Desenlaces que son evaluados por los estudios
Heresi 2020	6/6	Mortalidad
Radchenko 2019	3/6	Mortalidad
Xiong 2018	4/6	Mortalidad
Gall 2017	3/6	Mortalidad
Zhao 2017	4/6	Mortalidad
Farber 2015	5/6	Mortalidad
Roy 2014	3/6	Mortalidad
Lee 2012	4/6	Mortalidad
Benza 2010	6/6	Mortalidad
Sitbon 2002	4/6	Mortalidad
McLaughlin 2005	3/6	Mortalidad
Zelniker 2018	4/6	Mortalidad

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

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad por todas las causas
 - Debido a que ninguna de las RS incluyó este desenlace, durante febrero del 2022 se realizó una búsqueda de *novo* de EO. En dicha búsqueda se encontraron 12 EO (29, 63-73) que evaluaron algún punto de corte de la prueba de caminata de 6 minutos como factor pronóstico:
 - Las características de los estudios son presentadas en la siguiente tabla

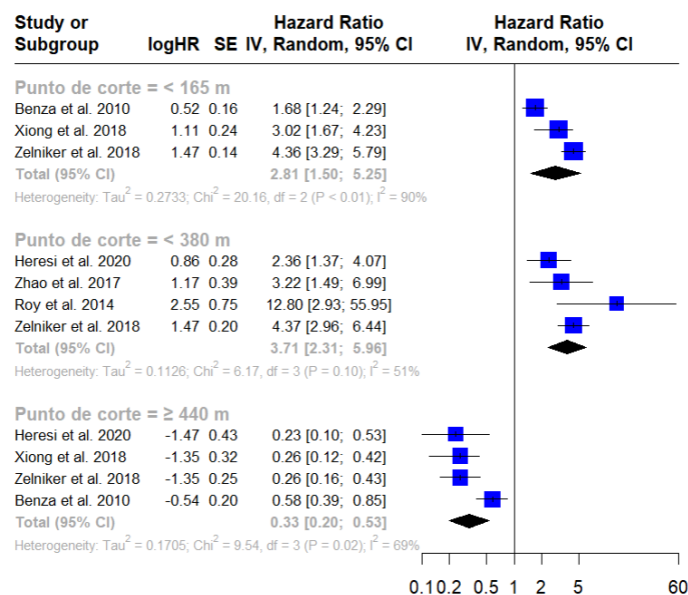
Tabla 1. Características de los estudios pronósticos incluidos

Autor	Diseño	País	N	% de varones	Edad en años	Duración del seguimiento	Prueba de caminata de seis minutos (metros)
Heresi 2020	Análisis post-hoc de ECA	Italia, y Estados Unidos	563	21	53.5 ± 14.7	1072 días (rango: 27 a 2177).	347 ± 71.7
Radchenko 2019	Cohorte prospectiva	Ucrania	281	26	45.4 ± 14.0	23.6 ± 14.1 meses	339.1 ± 108
Xiong 2018	Cohorte retrospectiva	China	108	28.7	52.8 ± 14.9	1 año	338 ± 119
Gall 2017	Cohorte prospectiva	Alemania	685	35	51.0 ± 16.0	37 meses	325.0 ± 126.0

Autor	Diseño	País	N	% de varones	Edad en años	Duración del seguimiento	Prueba de caminata de seis minutos (metros)
Zhao 2017	Cohorte prospectiva	China	190	4.2	37.8 ± 10.4	1.5 años	412 ± 92
Farber 2015	Cohorte prospectiva	Estados Unidos	1798	20	51.7 ± 14.5	NR	370 ± 122
Roy 2014	Cohorte prospectiva	Irlanda	108	28.7	55.2 ± 15.7	NR	349.0 ± 140.7
Lee 2012	Cohorte retrospectiva	Reino Unido	182	31	61.0 ± 18.7	25 meses (rango: 0.1–113)	260 ± 109
Benza 2010	Cohorte prospectiva	Estados Unidos	2370	21.4	50.4 ± 16.8	521 días	370 ± 127
Sitbon 2002	Cohorte retrospectiva	Francia	178	24.2	43.0 ± 13.0	26 ± 21 meses	240 ± 146
McLaughlin 2005	Cohorte prospectiva	Estados Unidos	169	79	46.0 ± 16.0	2.1 ± 0.5 años	345 ± 87
Zelniker 2018	Cohorte prospectiva	Alemania, Bélgica, Países Bajos, Italia, Austria, Suiza, Reino Unido)	2391	34.1	58.7 ± 16.5	1 año	338 ± 132

- Se decidió realizar un MA de las medidas de efectos (riesgo relativo [Zelniker 2018] y hazard ratios [los demás estudios]) de acuerdo con los puntos de corte de la PC6M, donde el comparador para cada punto de corte es su contraparte:
- Solo se consideró puntos de corte con más de un estudio.

Figura 1. Forest plot del efecto pronóstico de los diferentes puntos de corte del PC6M



- Los estudios no incluidos en el MA evaluaron diferentes de puntos de corte establecidos de forma arbitraria, por lo que decidimos quedarnos con este MA.
- En consecuencia, para la valoración de la certeza de la evidencia solo se consideró los puntos de corte de <165 m, < 380 m, y ≥ 440 m, por ser puntos de corte utilizados en la práctica clínica y en los scores de estratificación de riesgo (2, 74).

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

Población: Pacientes con hipertensión arterial pulmonar en tratamiento Factor pronóstico: Puntos de corte en la prueba de caminata de 6 minutos Autores: Daniel Fernández Guzmán Bibliografía por desenlace: <ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad por todas las causas: Se realizó un meta-análisis para los puntos de corte 165, 380 y 440 metros ● Mortalidad cardio pulmonar: No se encontró información sobre el efecto en este desenlace. ● Eventos adversos: No se encontró información sobre el efecto en este desenlace. ● Progresión de la enfermedad: No se encontró información sobre el efecto en este desenlace. 						
Incidencia de mortalidad en el grupo comparador: Para el punto de corte de <165 se utilizó un riesgo basal del 57%, para el punto de corte de <380 de 27% y para el punto de corte de >440 de 9%, dichas estimaciones fueron tomadas del estudio de Zelniker et al. 2018						
Desenlaces que se busca predecir (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Grupo expuesto:	Grupo comparador:	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia	Certeza
Mortalidad (mediana: 1.5 años) para 6MWD < 165 m vs > 165 m	3 EO (n=4869)	< 165m: 15% (8.4 a 26.3)	>165m: 5.7%	HR: 2.81 (1.50 a 5.25)	9.4% más (2,7 más a 20,7 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}
Mortalidad (mediana: 2 años) para 6MWD < 380 m vs > 380 m	3 EO (n=861)	< 380 m: 9.5% (6 a 14.8)	> 380 m: 2.7%	HR: 3.71 (2.31 a 5.96)	6.9% más (3,4 más a 12,2 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}
Mortalidad (mediana: 1.5 años) para 6MWD ≥ 440 m vs < 440 m	4 EO (n=5432)	> 440 m: 3.2% (2 a 5.1)	< 440 m: 9.4%	HR: 0.33 (0.20 a 0.53)	6.2% menos (7,4 menos a 4,3 menos)	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}
Mortalidad cardio pulmonar		No se encontró evidencia para este desenlace				
Calidad de vida		No se encontró evidencia para este desenlace				
Progresión de la enfermedad		No se encontró evidencia para este desenlace				
IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias *Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = la evidencia es incierta. **Efecto relativo de la comparación indirecta/mixta						
Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Se disminuyó un nivel a la certeza debido a que los estudios presentan algunas preocupaciones metodológicas b. Se disminuyó un nivel a la certeza debido a inconsistencia, el panel decidió no penalizar por imprecisión debido a que está podría ser explicada por la inconsistencia.						

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

Presentación:

Pregunta 4. En pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar en tratamiento ¿qué parámetro ecocardiográfico se debería utilizar para el seguimiento y evaluación de respuesta del tratamiento en los controles médicos habituales?	
Población:	Pacientes con hipertensión arterial pulmonar en tratamiento
Factor pronóstico:	Punto de corte de la distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad por todas las causas ● Mortalidad cardiovascular ● Calidad de vida ● Progresión de la enfermedad
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:

Comparación entre puntos de corte: ¿Qué punto de corte debería usarse para categorizar a los pacientes en alto, mediano, y bajo riesgo?																						
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																				
Puntos de corte elegidos: <u>< 165 metros para estratificar alto riesgo de mortalidad y > 440 metros para bajo riesgo.</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces que se busca predecir (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Grupo expuesto:</th> <th>Grupo comparador:</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad (mediana: 1.5 años) para 6MWD < 165 m vs > 165 m</td> <td>3 EO (n=4869)</td> <td>< 165m: 15% (8.4 a 26.3)</td> <td>> 165m: 5.7%</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^{a,b}</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad (mediana: 2 años) para 6MWD < 380 m vs > 380 m</td> <td>3 EO (n=861)</td> <td>< 380 m: 10% (6 a 14.8)</td> <td>> 380 m: 2.7%</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^{a,b}</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad (mediana: 1.5 años) para 6MWD < 440 m vs > 440 m</td> <td>4 EO (n=5432)</td> <td>> 440 m: 3% (2 a 5.1)</td> <td>< 440 m: 9.4%</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^{a,b}</td> </tr> </tbody> </table> <p>En resumen, a menor valor en el punto de corte de la distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos se observó mayor mortalidad en valores absolutos.</p>	Desenlaces que se busca predecir (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Grupo expuesto:	Grupo comparador:	Certeza	Mortalidad (mediana: 1.5 años) para 6MWD < 165 m vs > 165 m	3 EO (n=4869)	< 165m: 15% (8.4 a 26.3)	> 165m: 5.7%	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Mortalidad (mediana: 2 años) para 6MWD < 380 m vs > 380 m	3 EO (n=861)	< 380 m: 10% (6 a 14.8)	> 380 m: 2.7%	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Mortalidad (mediana: 1.5 años) para 6MWD < 440 m vs > 440 m	4 EO (n=5432)	> 440 m: 3% (2 a 5.1)	< 440 m: 9.4%	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	<p>Los estudios encontrados, presentaron diferentes puntos de corte. El GEG decidió considerar solo los puntos de corte que eran recomendados a nivel internacional dentro de scores de estratificación de riesgo (2).</p> <p>Un resultado de <165 metros en la prueba de caminata de seis minutos se consideró como de riesgo alto, pues predecía mayor mortalidad (mortalidad estimada de 15% a 1.5 años).</p> <p>Un resultado >440 metros en la prueba de caminata de seis minutos se consideró como de riesgo bajo, pues predecía menor mortalidad (mortalidad estimada de 3% a 1.5 años).</p> <p>El resultado entre 165 y 440 metros en la prueba de caminata de seis minutos se consideró como de riesgo intermedio, pues predecía una mortalidad entre mayor a 3% pero menor a 15%.</p>
	Desenlaces que se busca predecir (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Grupo expuesto:	Grupo comparador:	Certeza																	
	Mortalidad (mediana: 1.5 años) para 6MWD < 165 m vs > 165 m	3 EO (n=4869)	< 165m: 15% (8.4 a 26.3)	> 165m: 5.7%	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}																	
	Mortalidad (mediana: 2 años) para 6MWD < 380 m vs > 380 m	3 EO (n=861)	< 380 m: 10% (6 a 14.8)	> 380 m: 2.7%	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}																	
Mortalidad (mediana: 1.5 años) para 6MWD < 440 m vs > 440 m	4 EO (n=5432)	> 440 m: 3% (2 a 5.1)	< 440 m: 9.4%	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}																		
Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?																						
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																				
<input type="radio"/> Muy baja <input checked="" type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Ningún estudio incluido	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Importancia</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ BAJA^{a,b}</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad cardio pulmonar</td> <td>CRÍTICO</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	Mortalidad	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Mortalidad cardio pulmonar	CRÍTICO													
	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza																			
	Mortalidad	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}																			
Mortalidad cardio pulmonar	CRÍTICO																					

	Calidad de vida	IMPORTANTE					
	Progresión de la enfermedad	SUB-ROGADO					
<p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p> <p>a. Se disminuyó un nivel a la certeza debido a que los estudios presentan algunas preocupaciones metodológicas</p> <p>b. Se disminuyó un nivel a la certeza debido a inconsistencia, el panel decidió no penalizar por imprecisión debido a que está podría ser explicada por la inconsistencia.</p> <p>Entre los desenlaces críticos, se consideró la menor certeza de evidencia (baja).</p>							
Desenlaces importantes para los pacientes:							
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?							
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales				
<ul style="list-style-type: none"> ● No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí 	No se contó con evidencia sobre la utilidad de la prueba para pronosticar otros desenlaces relevantes como: Mortalidad cardiopulmonar, calidad de vida, progresión de la enfermedad						
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				
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ● Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños ○ Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ Se desconoce 	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">PC6M: Prueba de caminata de 6 minutos*</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Costo anual por paciente</td> <td style="text-align: center;">S/ 100.52</td> </tr> </table> <p>*Datos obtenidos del estudio de Hernández et al. 2021 (40), basados en el observatorio nacional de tarifas de procedimientos médicos y sanitarios (https://costosytarifas.minsa.gob.pe/page/homepage).</p>			PC6M: Prueba de caminata de 6 minutos*	Costo anual por paciente	S/ 100.52	Se consideró que usar distintos puntos de corte no variará los costos directos de aplicación de la prueba.
	PC6M: Prueba de caminata de 6 minutos*						
Costo anual por paciente	S/ 100.52						
Equidad:							
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?							
<p><u>Definiciones</u></p> <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				
<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 			Considerando que el uso de la prueba de caminata permite valorar el pronóstico, la consideración de puntos de corte para la estratificación del riesgo de mortalidad del paciente probablemente tenga impacto en la equidad de los pacientes con hipertensión pulmonar.				
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"> - El GEG consideró que la prueba de caminata era una prueba sencilla de ejecutarse en la mayoría de hospitales y que la estratificación de riesgo con puntos de corte sería de mayor utilidad clínica. 				

		<p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En vista que los scores de estratificación de riesgo suelen ser complejos y requieren de más pruebas, el GEG consideró que el uso de la prueba de caminata sería aceptable para el paciente, en lugar de pasar por múltiples exámenes.
Factibilidad:		
¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <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: La prueba de caminata de 6 minutos está disponible en varios centros de EsSalud, y su uso está autorizado a la evaluación de pacientes con patología cardio respiratoria.</p>	<p>Disponibilidad real: El GEG consideró que la prueba de caminata de 6 minutos está disponible en la mayoría de los hospitales.</p> <p>Personal e infraestructura: El GEG consideró que la intervención requiere que los especialistas estén capacitados en este tipo de pruebas y atentos bajo la posibilidad de eventos adversos no serios (desaturación durante la prueba).</p>

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA							
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o <u>los costos son pequeños</u>	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

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En adultos con hipertensión arterial pulmonar en tratamiento, en los que se use la prueba de caminata de 6 minutos como seguimiento y evaluación de respuesta del tratamiento, valores menores a 165 metros podría traducir en un alto riesgo de mortalidad, valores por encima de 440 metros podría traducirse en un bajo riesgo de mortalidad y valores medias podrían traducirse como un riesgo intermedio. Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de estos puntos de corte para la estratificación del riesgo.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja y que se identificó diferentes puntos de corte, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes con hipertensión arterial pulmonar en tratamiento en los que se use la prueba de caminata de 6 minutos, sugerimos utilizar los siguientes puntos de corte para la estratificación de riesgo inicial (tres niveles): < 165 metros para alto riesgo, 165 a 440 metros para riesgo intermedio, y \geq 440 metros para bajo riesgo.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

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

Justificación	BPC
<p>La guía ESC/ESR 2022 (2) recomienda usar el modelo de cuatro estratos (categorizados como de riesgo bajo, intermedio-bajo, intermedio-alto o alto) para el seguimiento. Además, mencionan que la principal ventaja del modelo de cuatro estratos es que es más sensible a los cambios en el riesgo desde el inicio hasta el seguimiento, y estos cambios se asociaron con cambios en el riesgo de mortalidad a largo plazo, asimismo, permite una mejor discriminación dentro del grupo de riesgo intermedio, lo que ayuda a orientar la toma de decisiones terapéuticas. Para este modelo de cuatro estratos se utiliza funcionalidad, el test de caminata de 6 minutos y BNP o NT-proBNP. Asimismo, el test de caminata se categoriza en <165 m (riesgo alto), 165 a 319 (riesgo intermedio alto), de 320 a 440 (riesgo intermedio bajo) y >440 (riesgo bajo).</p>	<p>Para la estratificación de riesgo durante el seguimiento (cuatro niveles) utilizando la prueba de caminata de 6 minutos, subdividir el riesgo intermedio en intermedio-bajo si presentan valores entre 320 a 440 metros en el test de caminata y como intermedio-alto si presentan valores entre 165 a 319 metros.</p>
<p>El GEG señaló que los estudios que evaluaron el test de caminata se realizaron principalmente en población europea, lo cual podría afectar la transferibilidad de los puntos de corte debido a las</p>	<p>La prueba de caminata de 6 minutos forma parte de la valoración integral de riesgo de los pacientes, por lo que su resultado debe valorarse en conjunto</p>

Justificación	BPC
<p>diferencias físicas entre las poblaciones latinoamericana y europea. Por ello, se consideró fundamental aclarar que la clasificación de riesgo se fundamenta en un conjunto integral de características y no únicamente en una prueba específica.</p>	<p>con otras características de riesgo y no por si sola.</p>
<p>En personas con hipertensión arterial pulmonar en tratamiento, el GEG consideró que se debe realizar la prueba de caminata de 6 minutos por lo menos 3 veces al año. Esto coincide con lo mencionado por la guía ESC/ESR 2022 (2).</p>	<p>El uso del test de caminata dentro de cada visita de seguimiento depende de la evaluación del médico tratante, las características individuales de los pacientes, y la disponibilidad de los dispositivos; sin embargo, se debe realizar al menos tres veces durante un año.</p>