II. Lista de recomendaciones y otros enunciados

N°	Enunciado	Tipo
Educación al paciente		
Pregunta 1. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿cuáles son las necesidades de educación e información para mejorar la comprensión de su diagnóstico y fomentar su participación en las decisiones de tratamiento?		
1.1	Aconseje al paciente sobre la necesidad de cambios en su estilo de vida (ejercicio, dejar de fumar, control del peso y consejería nutricional) y apoyo psicológico. Ofrezca intervención para el control de factores de riesgo, de ser necesario.	BPC
1.2	Eduque al paciente acerca del síndrome coronario crónico, sus síntomas, y factores desencadenantes (ejercicio, estrés emocional, exposición al frío, alimentos de difícil digestión), así como sobre su evolución a corto y largo plazo, manejo y seguimiento. Involucre a la familia y/o cuidador del paciente en la discusión.	BPC
1.3	Aborde las necesidades del paciente en relación con el síndrome coronario crónico, que pueden incluir: • Estrategias para regular sus actividades y establecer metas. • Preocupaciones sobre el estrés, ansiedad o depresión. • Orientación sobre ejercicio físico y actividad sexual. • Consejería en alimentación saludable.	BPC
1.4	Dialogue sobre las ideas, preocupaciones y expectativas del paciente, su familia y/o cuidador, motivando a expresar sus dudas sobre su condición, pronóstico y tratamiento. Aclare cualquier malinterpretación sobre la enfermedad y sus implicaciones para la vida diaria, el riesgo de infarto y la expectativa de vida.	BPC
1.5	Explique al paciente que el objetivo del tratamiento antianginoso es reducir los episodios de angina, mientras que el objetivo del tratamiento de prevención secundaria es prevenir eventos como muerte, infarto o enfermedad cerebrovascular.	BPC
1.6	Los pacientes son diferentes en cuanto al tipo y cantidad de información que necesitan y desean. Por eso, la provisión de información debe individualizarse y puede incluir, pero no limitarse a: • Identificación de síntomas de alarma. • En qué consisten y cómo usar los medicamentos. • Cómo beneficiarán los medicamentos a su condición. • Posibles efectos adversos y qué hacer si creen que están experimentando alguno. • Qué hacer si olvidan una dosis. • Si será necesario continuar o ajustar el tratamiento después de la primera prescripción. • Cómo solicitar más medicamentos.	BPC
1.7	Explique al paciente que debe acudir a emergencia si tiene un empeoramiento súbito en la frecuencia o severidad de su angina.	BPC
Estratificación del riesgo		
Pregunta 2. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿cuáles son los criterios para la estratificación de alto riesgo cardiovascular según pruebas funcionales o anatómicas no invasivas?		
2.1	En pacientes con síndrome coronario crónico, realizar la estratificación del riesgo en aquellos que: • Han completado un tratamiento médico inicial óptimo con control de síntomas, pero presentan factores de riesgo adicionales o antecedentes de complicaciones. • Presentaban previamente una condición estable, pero han desarrollado síntomas nuevos o experimentan un empeoramiento de los síntomas que no corresponden a angina inestable.	BPC

N°	Enunciado	Tipo
2.2	En pacientes con síndrome coronario crónico, determinar la estratificación del riesgo: riesgo bajo (<1%), riesgo intermedio (1-3%) y alto riesgo (>3%), de muerte o infarto de miocardio, considerando la información disponible individualizada de cada paciente y el resultado validado de alguna de las siguientes pruebas funcionales y/o anatómicas no invasivas, según la experiencia y la disponibilidad de uso local: • Prueba de esfuerzo con electrocardiograma (ECG). • Ecocardiografía por estrés. • Perfusión miocárdica mediante tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT). • Resonancia magnética cardiaca de estrés. • Angiotomografía coronaria.	BPC
2.3	Considere que los pacientes a ser sometidos a las pruebas funcionales o anatómicas no invasivas para la estratificación del riesgo deben continuar con la terapia farmacológica para síndrome coronario crónico durante la realización de las pruebas.	BPC
2.4	Considere determinar la estratificación del alto riesgo de muerte o infarto de miocardio por pruebas funcionales o anatómicas no invasivas según los criterios de la **Tabla N° 1**.	BPC
2.5	La prueba de esfuerzo no debe utilizarse para descartar enfermedad coronaria debido a la alta tasa de falsos negativos y falsos positivos. Sin embargo, puede ser útil en pacientes con resultados positivos de alto riesgo (Score de Duke ≤ -11) para identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de muerte o infarto no fatal. Se debe limitar su aplicación a situaciones en las que no estén disponibles otras pruebas de estratificación del riesgo.	BPC
2.6	Considere los siguientes escenarios, según las características clínicas específicas de cada paciente, para una valoración de riesgo y manejo individualizado, que incluye un seguimiento estrecho (cada 1-3 meses) por el cardiólogo, brindar tratamiento médico óptimo y realizar una evaluación continua de los síntomas: • Para pacientes con Score de Duke > -11 con una historia clínica sugerente de síndrome coronario crónico. • Para pacientes con un porcentaje de isquemia del 10-20% según la perfusión miocárdica mediante SPECT.	BPC
2.7	En pacientes con síndrome coronario crónico, considere realizar el seguimiento por lo menos cada 3 meses por el cardiólogo, incluyendo la estratificación del riesgo de muerte o infarto de miocardio, mediante la reevaluación con pruebas funcionales o anatómicas no invasivas según el riesgo basal y la presencia de cambios en el estado clínico o funcional del paciente.	BPC
Manejo		
Pregunta 3. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿se debería brindar tratamiento médico óptimo o revascularización?		
3.1 ☆	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, sugerimos brindar tratamiento médico óptimo, y decidir agregar o no la revascularización para alivio de síntomas según el estado funcional del paciente, comorbilidades y experiencia del equipo quirúrgico o intervencionista. ***Consideraciones:*** • El ***tratamiento médico óptimo*** consiste en el conjunto de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a controlar los síntomas, prevenir eventos isquémicos coronarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Incluye al menos dos fármacos antianginosos de acción prolongada (como un betabloqueador, un bloqueador de canales del calcio o nitratos de liberación prolongada), además de un antiagregante plaquetario y estatinas en la dosis máxima tolerada. Las opciones disponibles de los fármacos en EsSalud se detallan en la **Tabla N° 2**.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯

<table>
<tr><th>N°</th><th>Enunciado</th><th>Tipo</th></tr>
<tr><td>3.2</td><td>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, considerar la revascularización en los pacientes cuyos síntomas no se controlan satisfactoriamente con el tratamiento médico óptimo.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>3.3</td><td>Promueva el cumplimiento de los 8 objetivos esenciales para mejorar y mantener la salud cardiovascular.

<table>
<tr><th>Objetivo</th><th>Descripción</th></tr>
<tr><td>Alimentación saludable</td><td>Adoptar una dieta balanceada rica en frutas, verduras, granos integrales y baja en grasas saturadas y azúcares.</td></tr>
<tr><td>Actividad física</td><td>Realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada o 75 minutos de actividad intensa por semana.</td></tr>
<tr><td>No fumar/nicotina</td><td>Evitar el consumo de tabaco y productos relacionados, incluidos cigarrillos electrónicos.</td></tr>
<tr><td>Peso saludable</td><td>Obtener y mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 25 kg/m^2.</td></tr>
<tr><td>Presión arterial saludable</td><td>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>Colesterol saludable</td><td>Controlar los niveles de colesterol no-HDL a menos de 100 mg/dL.</td></tr>
<tr><td>Glucosa saludable</td><td>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>Sueño saludable</td><td>Dormir entre 7 y 9 horas por noche.</td></tr>
</table>
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
* Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. European heart journal. 2024;45(36):3415-537.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>3.4</td><td>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.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>3.5</td><td>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.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>3.6</td><td>No excluya del tratamiento a un paciente con síndrome coronario crónico basado solo en su edad.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>3.7</td><td>El enfoque de manejo de síndrome coronario crónico no debe ser diferente, en hombres o mujeres o en diferentes grupos étnicos.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>3.8</td><td>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico de alto riesgo, sugerimos brindar revascularización acompañada con tratamiento médico óptimo para disminuir la persistencia de angina.

Consideraciones:
• Paciente clasificado como de alto riesgo de acuerdo con los criterios descritos en la Tabla N° 1.</td><td>Fuerza de la recomendación:
Condicional

Certeza de la evidencia:
Muy baja ⊕◯◯◯</td></tr>
<tr><td>3.9
☆</td><td>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (≤35%), recomendamos brindar revascularización coronaria acompañada con tratamiento médico óptimo conforme a los lineamientos establecidos para esta patología para reducir mortalidad y revascularización repetida.</td><td>Fuerza de la recomendación:
Fuerte</td></tr>
</table>

N°	Enunciado	Tipo
		Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕◯
3.10	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. ***Consideraciones:*** • 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)].	BPC
3.11	En pacientes con síndrome coronario crónico que cuenten con alguno de los siguientes hallazgos en pruebas funcionales para estratificación de riesgo intermedio: • 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. 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.	BPC
Pregunta 4. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿se debería brindar nitratos de acción corta para el manejo de síntomas de angina?		
4.1	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, sugerimos brindar nitratos de acción corta para el alivio inmediato de la angina y antes de realizar ejercicio físico.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
4.2	Para el uso de nitratos por vía oral, considere la administración en dosis excéntricas (es decir, con un periodo libre del fármaco de 10 horas) con el objetivo de reducir el riesgo de taquifilaxia o fenómeno de tolerancia.	BPC
4.3	Aconseje al paciente: • Reposo físico ante un episodio de dolor anginoso. Si el dolor no calma con el reposo, administrar nitrato. • Sentarse antes de usar un nitrato de acción corta vía sublingual. • Repetir la dosis luego de 5 minutos si el dolor no cede. • Acudir a emergencia si el dolor persiste luego de 5 minutos de tomar la segunda dosis. • Acudir a cita con cardiología, si nota que los episodios de dolor precordial se presentan a menor esfuerzo o en reposo. • Cómo administrar el nitrato. • Los efectos secundarios como el rubor (flushing), cefalea y mareos. • Sentarse o encontrar algo a qué aferrarse cuando sienta mareos.	BPC
Pregunta 5. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿se debería brindar los medicamentos antianginosos estándares (betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, nitratos de acción prolongada) como tratamiento inicial?		

N°	Enunciado	Tipo
5.1 ☆	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, sugerimos iniciar el tratamiento con un betabloqueador o un bloqueador de canales de calcio, teniendo en cuenta las comorbilidades, contraindicaciones, y preferencias del paciente.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional ✓ **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
5.2	Luego de haber iniciado o cambiado el tratamiento farmacológico, evalúe la respuesta al tratamiento, incluyendo cualquier efecto secundario, a las 2-4 semanas.	BPC
5.3	Titule la dosis de acuerdo con los síntomas del paciente hasta la máxima dosis tolerable.	BPC
5.4	Si el paciente no tolera el betabloqueador o el bloqueador de canales de calcio como tratamiento inicial, considere cambiar al otro medicamento.	BPC
5.5	En paciente que no toleren ni betabloqueadores ni bloqueadores de canales de calcio, ofrezca nitratos de acción prolongada.	BPC
5.6	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico cuyos síntomas anginosos no se controlen con un betabloqueador, sugerimos añadir un bloqueador de canales de calcio en lugar de un nitrato de acción prolongada. ***Consideraciones:*** • Al combinar un betabloqueador con un bloqueador de canales de calcio, use un dihidropiridínico (nifedipino de liberación prolongada o amlodipino).	**Fuerza de la recomendación:** Condicional ✓ **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
5.7	No ofrezca de forma rutinaria medicamentos antianginosos diferentes a betabloqueadores o bloqueadores de canales de calcio como tratamiento de primera línea para síndrome coronario crónico.	BPC
5.8	No añada un tercer medicamento antianginoso en pacientes cuya angina esté controlada con dos medicamentos antianginosos.	BPC
5.9	En pacientes que esperan una revascularización, o en quienes la revascularización no es apropiada o no es aceptada por el paciente, considere añadir un tercer medicamento antianginoso (nitrato de acción prolongada).	BPC
5.10	No administre un bloqueador de calcio dihidropiridínico de acción corta (nifedipino 10mg) en pacientes con enfermedad arterial coronaria y episodios anginosos.	BPC
Pregunta 6. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿se debería brindar un antiagregante plaquetario para la prevención de eventos isquémicos coronarios?		
6.1 ☆	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico sugerimos usar dosis bajas de ácido acetilsalicílico (75 a 100 mg/día), teniendo en cuenta el riesgo de sangrado y comorbilidades del paciente.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional ✓ **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
6.2	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico que no toleren el ácido acetilsalicílico, prescriba clopidogrel 75mg por día.	BPC
Pregunta 7. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con hipertensión y/o diabetes, ¿se debería brindar inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista del receptor de la angiotensina II (ARA-II) para la prevención de eventos isquémicos coronarios?		
7.1	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con hipertensión y/o diabetes, sugerimos brindar un IECA. ***Consideraciones:*** ● El objetivo del tratamiento en pacientes con hipertensión es lograr valores de presión arterial sistólica <130 mmHg, siempre que el tratamiento antihipertensivo sea bien tolerado.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional ✓ **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯

N°	Enunciado	Tipo
7.2	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con hipertensión y/o diabetes y que no toleran los IECA, brinde un ARA-II considerando las características del paciente.	BPC
Pregunta 8. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿se debería brindar estatinas para la prevención de eventos isquémicos coronarios?		
8.1 ☆	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, recomendamos brindar estatinas. ***Consideraciones:*** • Los objetivos del tratamiento son LDL colesterol (c-LDL) en ayunas < 1,4 mmol/l (< 55 mg/dl) o una reducción del c-LDL en ayunas en al menos un 50% desde el valor inicial, a los 3 meses de tratamiento.	**Fuerza de la recomendación:** Fuerte **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
8.2	Decida el uso de estatinas tras una discusión informada entre el médico y el paciente sobre los riesgos y beneficios del tratamiento, teniendo en cuenta la polifarmacia, cambios en el estilo de vida y comorbilidades.	BPC
8.3	Titule la dosis de estatinas, dependiendo del logro de los objetivos del tratamiento y la presencia de eventos adversos del paciente, hasta la máxima dosis tolerable.	BPC
8.4	Indique a las personas en tratamiento con estatinas que acudan al médico si presentan algún síntoma o signo muscular (dolor, sensibilidad o debilidad muscular; o rabdomiólisis) o reportan la presencia de estos síntomas en la evaluación con su médico tratante. Evaluar si estos efectos adversos son debido a las estatinas, y considerar suspender su uso según la dosis que se administró y la gravedad de los eventos adversos.	BPC
8.5	Mida las transaminasas hepáticas a los 3 meses y a los 12 meses del inicio del tratamiento con estatinas para evaluar si el paciente presenta elevación de transaminasas. Posterior a los 12 meses del inicio de estatinas, reevaluar las transaminasas si está clínicamente indicado. Si se supera los niveles de transaminasas ≥ 3 veces el límite superior, suspender el uso de estatinas.	BPC
Pregunta 9. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, ¿se debería brindar la suplementación con las cápsulas de aceite de pescado (suplementación de omega 3)?		
9.1	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, sugerimos no brindar las cápsulas de aceite de pescado (suplementación de omega 3).	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
Pregunta 10. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con indicación de revascularización, ¿se debería brindar intervención coronaria percutánea (ICP) o cirugía de bypass aorto coronario (CABG)?		
10.1	Utilice el score STS-PROM (*Society of Thoracic Surgeons - Predicted Risk of Mortality*) para estimar el riesgo de mortalidad y complicaciones en pacientes que irían a cirugía de bypass aorto coronario. **Score de la Sociedad de Cirujanos Torácicos (STS-PROM)** Información que se utiliza para el cálculo del riesgo quirúrgico: • Cirugía planificada (tipo, incidencia de cirugía, prioridad quirúrgica) • Datos demográficos (sexo, edad, talla, peso, IMC, raza) • Resultados de laboratorio (creatinina, hematocrito, recuento de leucocitos, recuento de plaquetas) • Factores de riesgo /comorbilidades • Estado cardiaco • Enfermedad arterial coronaria, enfermedad valvular y/o arritmias • Intervención cardiaca previa	BPC

N°	Enunciado	Tipo
	El cálculo se realiza mediante un programa informático a través del siguiente enlace: https://www.sts.org/resources/acsd-operative-risk-calculator donde se brinda la puntuación de riesgo de mortalidad y de complicaciones postoperatorias según las características del paciente. Shahian DM, Jacobs JP, Badhwar V, Kurlansky PA, Furnary AP, Cleveland JC Jr, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2018 Adult Cardiac Surgery Risk Models: Part 1-Background, Design Considerations, and Model Development. Ann Thorac Surg. 2018;105(5):1411-1418. O'Brien SM, Feng L, He X, Xian Y, Jacobs JP, Badhwar V, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2018 Adult Cardiac Surgery Risk Models: Part 2-Statistical Methods and Results. Ann Thorac Surg. 2018;105(5):1419-1428.	
10.2	Utilice el score SYNTAX para estratificar la complejidad angiográfica de las estenosis coronarias significativas en pacientes con enfermedad multivaso con o sin compromiso del tronco coronario izquierdo. **Score SYNTAX** Información que se utiliza para el cálculo del puntaje: • Dominancia (derecha, izquierda) • Número de lesiones • Segmentos involucrados por lesión • Presencia de oclusión total • Presencia de trifurcación (unión de tres ramas, un vaso principal y dos ramas laterales) • Presencia de bifucarción (unión de un vaso principal y una rama lateral de al menos 1.5 mm de diámetro) • Presencia de lesión aorto-ostial • Presencia de tortuosidad severa • Longitud >20 mm • Presencia de calcificación severa • Presencia de trombosis • Presencia de enfermedad difusa/vasos pequeños El cálculo se realiza mediante un programa informático con preguntas secuenciales a través del siguiente enlace: https://syntaxscore.org/ La puntuación total se obtiene sumando los puntos de cada criterio evaluado: • 0-22 puntos: Leve • 23-32 puntos: Moderado • >33 puntos: Severo Sianos G, Morel MA, Kappetein AP, Morice MC, Colombo A, Dawkins K, van den Brand M, Van Dyck N, Russell ME, Mohr FW, Serruys PW. The SYNTAX Score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. EuroIntervention. 2005 Aug;1(2):219-27.	BPC
10.3	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad monovaso de la arteria descendente anterior proximal, sugerimos brindar ICP en lugar de CABG.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
10.4 ☆	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo, sugerimos brindar CABG en lugar de ICP, para reducir eventos de revascularización repetida e infarto de miocardio.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
10.5	Considerar la ICP en lugar de la CABG como una opción en pacientes con lesión localizada en el ostium o en el segmento medio del tronco coronario izquierdo, cuando las características anatómicas permitan un abordaje técnicamente favorable.	BPC

N°	Enunciado	Tipo
10.6	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico, diabetes y enfermedad multivaso, sugerimos brindar CABG en lugar de ICP.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
10.7	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX leve (≤ 22 puntos), sugerimos brindar ICP en lugar de CABG.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
10.8	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX moderado (23-32 puntos), sugerimos brindar CABG en lugar de ICP, para reducir eventos de revascularización repetida e infarto de miocardio.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
10.9	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y enfermedad multivaso con SYNTAX severo (≥ 33 puntos), sugerimos brindar CABG en lugar de ICP.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
10.10 ☆	En pacientes adultos con síndrome coronario crónico y fracción de eyección ventricular izquierda reducida (≤35%), sugerimos preferir CABG sobre ICP, tras una evaluación minuciosa, idealmente realizada por un equipo cardíaco multidisciplinario, que considere las características clínicas y anatómicas del paciente, así como sus preferencias y perspectivas.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
10.11	En pacientes con enfermedad multivaso y/o enfermedad del tronco coronario izquierdo que requieren CABG, la revascularización debe incluir injertos arteriales, preferentemente utilizando la arteria mamaria o la arteria radial.	BPC
10.12	En pacientes con características clínicas y/o anatómicas complejas, la toma de decisiones debe ser realizada de manera multidisciplinaria, involucrando al equipo cardíaco (un cirujano cardiovascular, un cardiólogo intervencionista y un cardiólogo clínico).	BPC
10.13	En pacientes con síndrome coronario crónico y enfermedad de tronco coronario izquierdo y/o multivaso, considere los siguientes escenarios para elegir ICP en lugar del CABG previa evaluación del equipo cardiaco (un cirujano cardiovascular, un cardiólogo intervencionista y un cardiólogo clínico): • Edad avanzada, fragilidad, expectativa de vida reducida. • Comorbilidad severa. • Alto riesgo quirúrgico estimado con el STS-PROM.	BPC
10.14	Discutir los riesgos y beneficios de la técnica de revascularización seleccionada considerando las características clínicas del paciente, su preferencia, la complejidad anatómica de la enfermedad coronaria, y la disponibilidad de experiencia quirúrgica e intervencionista en el centro de atención.	BPC

N°	Enunciado	Tipo
10.15	Para los pacientes con síndrome coronario crónico que se someten a revascularización, realice un seguimiento individualizado a lo largo de su vida (corto, mediano, largo plazo). Asegúrese de realizar una evaluación continua de su progreso, el manejo de síntomas y la adherencia al tratamiento médico óptimo, realizando ajustes en la terapia según sea necesario, para prevenir y monitorizar posibles eventos de enfermedad cerebrovascular, infarto de miocardio y la necesidad de revascularización repetida.	BPC
10.16	En los pacientes con síndrome coronario crónico no revascularizables (aquellos que inicialmente habían sido considerados para revascularización, pero presentan contraindicación para ICP y CABG, lesiones técnicamente no abordables mediante estos procedimientos, o una evaluación del equipo cardiaco que determine la inviabilidad de la revascularización), continuar con el tratamiento médico óptimo, ofrecer rehabilitación cardiaca para reducir eventos cardiovasculares, y realizar el seguimiento individualizado.	BPC

☆: Recomendaciones trazadoras.

Tabla N°1. Pruebas funcionales y anatómicas para la valoración del alto riesgo de muerte o infarto de miocardio en pacientes con síndrome coronario crónico.

<table>
<tr><th>Tipo de prueba</th><th>Riesgo de muerte o infarto de miocardio alto (>3%)</th></tr>
<tr><td>Prueba de esfuerzo con ECG*</td><td>Score de Duke: ≤-11</td></tr>
<tr><td>Ecocardiografía de estrés</td><td>Cualquiera de los siguientes escenarios:
1. Presencia de isquemia extensa:
• Al final de la prueba se halla un índice de motilidad parietal (IMP) > 1.7 (si el IMP en reposo es 1)
o
• Compromisos nuevos de ≥ 3 de 16 segmentos
2. Isquemia de baja carga:
• Nuevo deterioro de la contractilidad en ≥ 2 segmentos que se desencadena con frecuencia cardiaca < 70% o < 120 latidos por minuto
o
• Nuevo deterioro de la contractilidad en ≥ 2 segmentos que se desencadena a ≤ 20 ug/Kg/min de dobutamina (en los 4 minutos iniciales de la infusión).</td></tr>
<tr><td>Perfusión miocárdica mediante SPECT</td><td>Cualquiera de los siguientes escenarios:
<table>
<tr><th>Escenario</th><th>Porcentaje de isquemia</th><th>Alteración en otros parámetros de alto riesgo**</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Sin isquemia</td><td>Dilatación isquémica transitoria (DIT) o caída de la fracción de eyección (FE).</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Isquemia >20%</td><td>-</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Isquemia 10-20%</td><td>Algún parámetro: DIT, caída de la FE, captación pulmonar del radiofármaco en estrés, volúmenes aumentados al estrés.</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Defecto fijo reducido (<10% de escara) con defecto reversible mayor al 10%</td><td>-</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Resonancia magnética cardiaca</td><td>Defecto de perfusión: transmural, persistente e intenso en:
• ≥ 2 de 16 segmentos con adenosina
o
• ≥ 3 segmentos de 16 segmentos disfuncionales inducidos por dobutamina.</td></tr>
<tr><td>Angiotomografía coronaria §</td><td>CAD-RADS 4B: Estenosis del tronco coronario izquierdo (≥50%) o enfermedad obstructiva de tres vasos (>70%).</td></tr>
</table>

ECG: Electrocardiograma, **IMP:** índice de motilidad parietal (estimado en modelo de 16 segmentos), **SPECT:** Single-photon emission computed tomography o Tomografía computarizada de emisión monofotónica., **CAD-RADS:** Coronary artery disease-reporting and data system o Sistema de información y datos sobre enfermedades de las arterias coronarias.

* La prueba de esfuerzo no debe utilizarse para excluir enfermedad coronaria debido al número de falsos negativos y falsos positivos.

** Dilatación isquémica transitoria (DIT); Caída de la fracción de eyección (FE) >10%, Volúmenes aumentados al estrés, Índice de captación pulmonar, índice de captación del ventrículo derecho: ventrículo izquierdo (VD:VI).

- DIT con estudio ergométrico > 1.22 (1)
- DIT con estudio de Adenosina > 1.36 (2)
- DIT con estudio de Dobutamina > 1.40 (3)
- Caída de la FE > 10% (valor absoluto) (4)
- Volumen sistólico > 120 ml (>160 ml con bloqueo completo de rama izquierda o BCRIHH) (4)
- Volumen diastólico > 70 ml (>100 ml con BCRIHH) (4)
- Índice de captación pulmonar 0.34 (5)
- Índice de captación VD:VI 0.36 (6)

§ No se ha evidenciado para el CADS-RADS que el riesgo de muerte o infarto de miocardio sea por encima del 3%, sin embargo, puede orientar en la valoración.

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

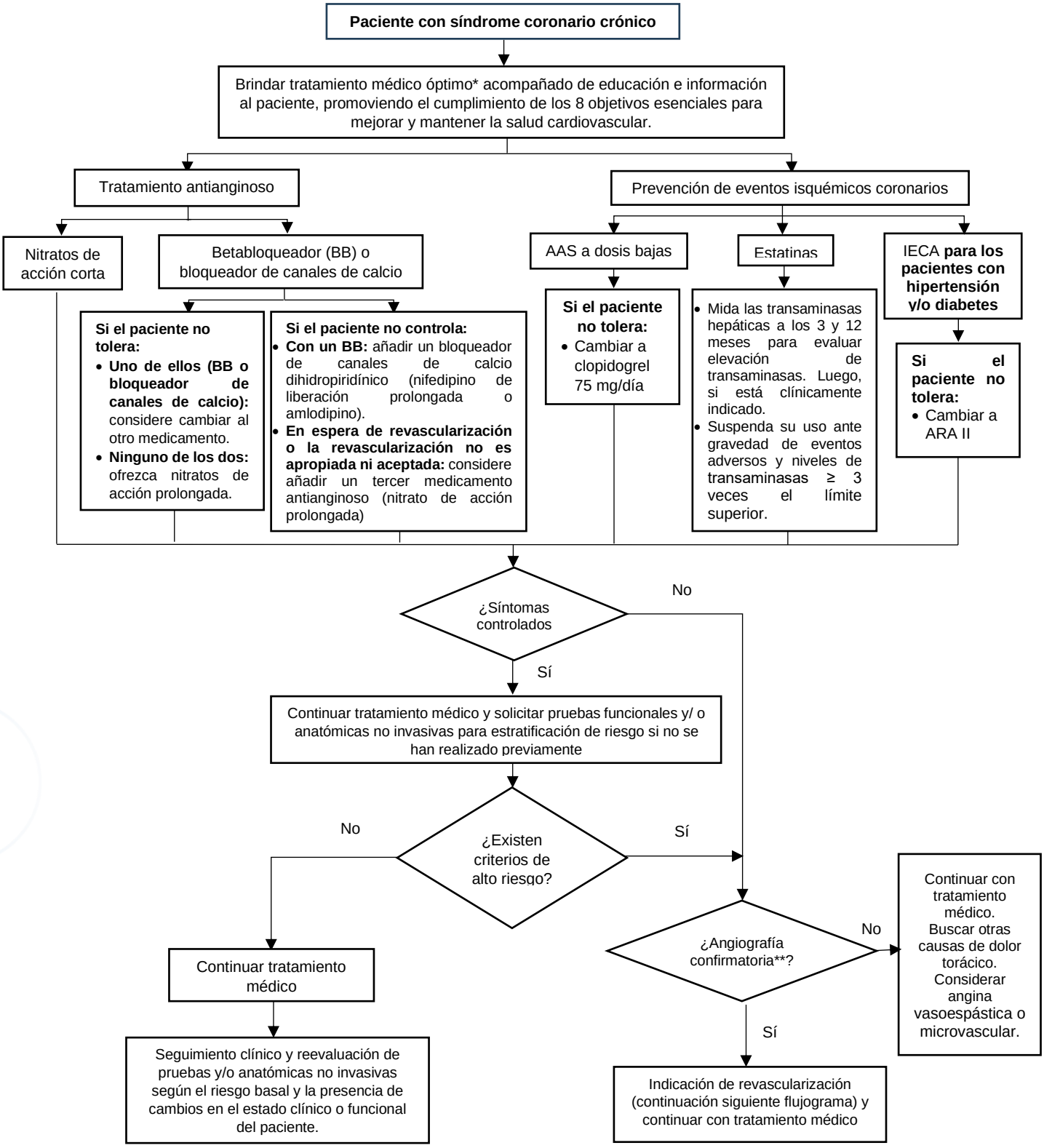
Grupo farmacológico	Nombre	Presentación (Petitorio EsSalud 2024)	Dosis mínima	Dosis máxima	Efectos adversos frecuentes
Betabloqueadores	Atenolol	Tableta 50 mg, 100 mg	25-50 mg cada 24 horas	100 mg cada 24 horas	Fatiga, bradicardia, hipotensión, mareos, broncoespasmo
	Bisoprolol	Tableta 5 mg	2.5-5 mg 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

III. Flujogramas

Flujograma 1. Manejo del paciente con síndrome coronario crónico

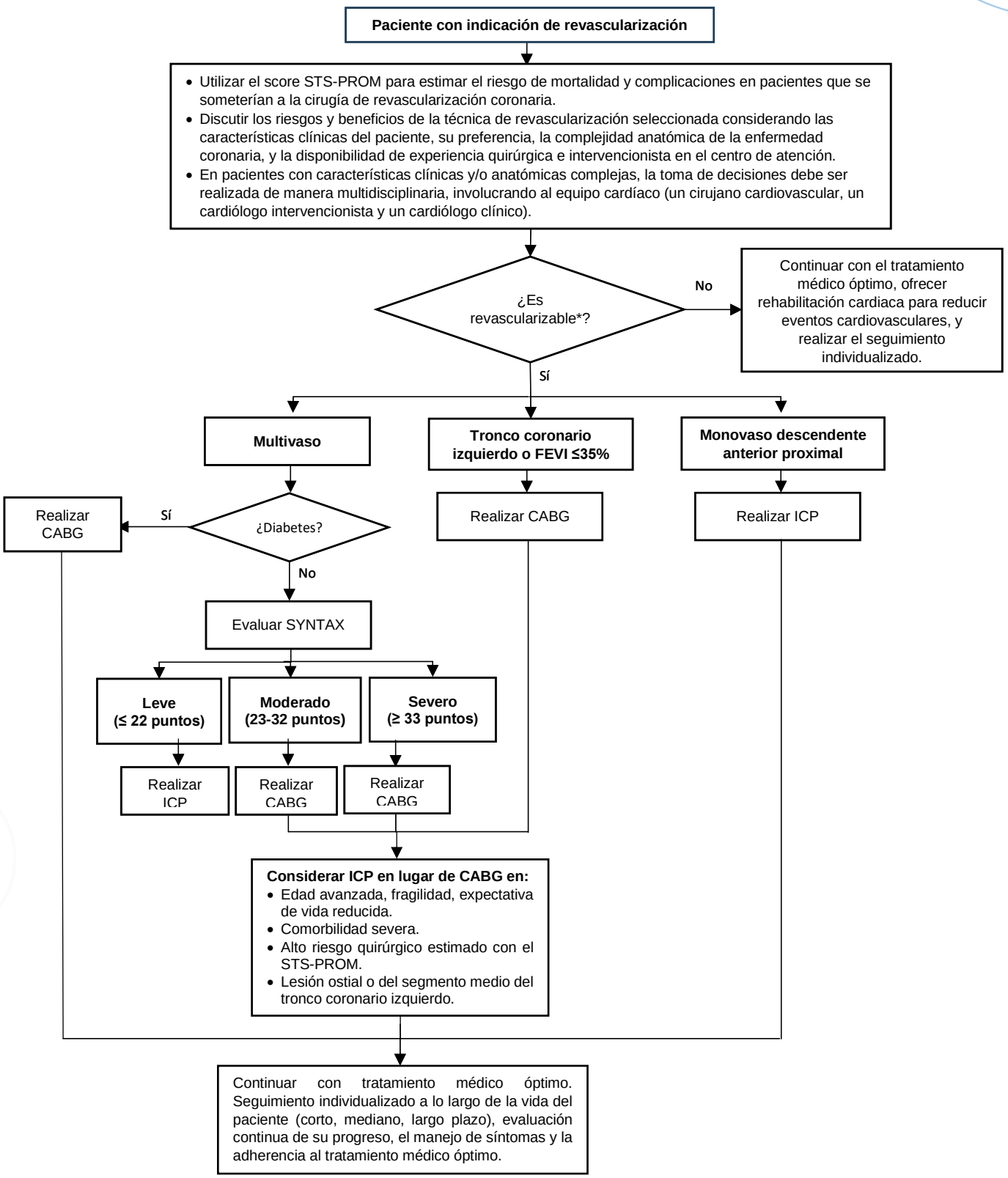


*__Tratamiento médico óptimo:__ conjunto de intervenciones farmacológicas (al menos dos fármacos antianginosos de acción prolongada como un betabloqueador, un bloqueador de canales de calcio o nitratos de liberación prolongada, además de aspirina y estatinas en la dosis máxima tolerada.

** 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)].

AAS: Ácido acetilsalicílico, IECA. Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

Flujograma 2. Revascularización en el paciente con síndrome coronario crónico



***No revascularizable:** aquellos que inicialmente habían sido considerados para revascularización, pero presentan contraindicación para ICP y CABG, lesiones técnicamente no abordables mediante estos procedimientos, o una evaluación del equipo cardiaco que determine la inviabilidad de la revascularización.

ICP: Intervención coronaria percutánea, CABG: cirugía de bypass coronario, FEVI: Fracción de eyección ventricular reducida, STS-PROM: Society of Thoracic Surgeons - Predicted Risk of Mortality