Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 931

Revista Española de Cardiología

6047-11. EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA EVIDENCIA PROPORCIONADA POR LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESC PARA EL MANEJO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST 2017

Maribel González-del Hoyo[1], Caterina Mas-Lladó[2], Joan Siquier-Padilla[3], Vicente Peral Disdier[3] y Xavier Rosselló Lozano[3]

[1]Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Islas Baleares, Palma de Mallorca (Illes Balears),[2]Fundación Hospital de Manacor (Illes Balears) y [3]Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Introducción y objetivos: La guía de práctica clínica (GPC) de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) de 2017 tiene un gran impacto en la toma de decisiones del clínico. Las recomendaciones se clasifican en función del nivel de evidencia en: A, ? 2 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o metanálisis; B, ? 1 ECA y estudios observacionales; y C, documentos de consenso u otros estudios. El objetivo fue describir qué tipo de evidencia sustenta las actuales recomendaciones.

Métodos: Se revisaron todas las recomendaciones en la GPC de IAMCEST de 2017, estudiando la fuerza de la recomendación y el nivel de evidencia, así como el tipo de estudios citados en cada recomendación.

Resultados: Se describieron un total de 272 recomendaciones: 59,9% clase I, 25,4% clase IIa, 7,0% clase IIb, y 7,7% clase III. Existe una asociación significativa entre el nivel de evidencia y la clase de recomendación (p 0,001) (tabla). El nivel de evidencia A (50,7%) se basó en citas procedentes de ECA (67,4%), metanálisis (21,7%), y estudios observacionales o documentos de expertos/opinión (10,9%). En el nivel de evidencia B (36,0%), el 43,9% de las citas fueron ECA, el 10,2% metanálisis, el 30,6% estudios observacionales, y el 15,3% documentos de expertos/opinión. Para el nivel de evidencia C (13,2%), las citas procedieron: 8,3% de ECA, 2,8% de metanálisis, 36,1% de estudios observacionales y 52,8% de documentos de expertos/opinión. El tipo de estudios fue significativamente diferente para avalar las clases I (p 0,001) y IIa (p 0,001), pero no para las clases IIb (p = 0,308) y III (p = 0,058). Además, se observó que las recomendaciones clase A (I, IIa, IIb, y III) proceden hasta en más de dos tercios de ECA, mientras que las recomendaciones C (I, IIa, IIb, y III), citan principalmente estudios observaciones o de consenso/opinión, sin diferencias significativa (p = 0,666 y p = 0,894, respectivamente). Sin embargo, sí se documentaron diferencias entre el tipo de estudio en las recomendaciones clase B (I, IIa, IIb, y III) (p = 0,026), con una mayor proporción de ECA en las recomendaciones IIb y III respecto a I y IIa (fig.).

Estratificación de la clase de recomendación por el nivel de evidencia

Nivel evidencia A Nivel evidencia B Nivel evidencia C

Clase recomendación			0,001
I: se recomienda	101 (62,0)	45 (27,6)	17 (10,4)
IIa: se debe recomendar	28 (40,6)	28 (27,6)	13 (18,8)
IIIb: se debe considerar	3 (15,8)	11 (57,9)	5 (26,3)
III: no se recomienda	6 (28,6)	14 (66,7)	1 (4,7)

Tipo de estudio según el tipo de recomendación.

Conclusiones: Existe un gradiente entre la clase de recomendación y la evidencia científica sobre la que se sustenta, existiendo menos evidencia para “no recomendar” que para “recomendar”, salvo para las recomendaciones IIb y III.