

Recomendaciones para el cribado de riesgo cardiovascular en atención primaria

Recommendations for cardiovascular risk screening in primary care

Khanji M, et al. Ann Intern Med. 2016;165:713-22

Objetivos

Sintetizar las guías de prevención primaria sobre la evaluación del riesgo cardiovascular (RCV) en adultos y resaltar las similitudes y diferencias para ayudar a la toma de decisiones de los médicos.

Fuentes de datos

MEDLINE, CINAHL y bases de datos específicas y organizaciones que desarrollan guías de práctica clínica (2009 a 2016). Sólo se incluyeron guías de los EE.UU., Canadá, Inglaterra, Australia, y Nueva Zelanda, en idioma inglés.

Selección de estudios

Se incluyeron las guías que cumplan los criterios del Institute of Medicine y contengan recomendaciones para evaluar riesgo cardiovascular en adultos sanos que no estén recibiendo tratamiento para condiciones de alto RCV. Se excluyeron las guías enteramente

enfocadas en detección precoz de enfermedad cardiovascular (ECV), que no fueran producidas por una organización profesional o que no fueran aplicables en Occidente.

Extracción, síntesis y análisis de datos

La extracción de datos fue realizada dos revisores independientes. Las discrepancias se resolvieron por consenso. La validez se determinó con el instrumento AGREE II, y se sintetizaron las recomendaciones de las guías con AGREE II mayor al 50%.

Resultados

De las 21 guías de práctica clínica identificadas, se incluyeron 17 que mostraron adecuado rigor metodológico (AGREE II de 50% o más). Las tablas 1 y 2 resumen los puntos principales en los que hubo acuerdo y desacuerdo entre las diferentes guías, y comparan las recomendaciones de las guías más destacadas.

Tabla 1. Resumen comparativo de las principales guías de práctica clínica sobre el cribado del riesgo cardiovascular en atención primaria.

	European Society of Cardiology	National Institute for Health and Care Excellence	National Vascular Disease Prevention Alliance	American College of Cardiology/ American Heart Association	Centers for Disease Control and Prevention/ American Heart Association
País de origen	Europa	Reino Unido	Australia	EE.UU.	EE.UU.
Año	2016	2014	2012	2013	2011
Score AGREE II (%)	86	86	85	83	65
Población objetivo	Hombres > 40 años y mujeres > 50 años y/o post menopáusicas	Personas entre 40 y 74 años	Adultos > 45 años, aborígenes > 35 años	Personas ≥ 21 años	Mujeres ≥ 20 años
Modelo de predicción	Evaluación sistemática del riesgo coronario; mortalidad CV a 10 años.	QRISK2; riesgo de EC/ACV/AIT a 10 años.	SRF; riesgo de EC/ACV a 5 años.	Ecuación de cohorte combinada; riesgo de EC/ACV a 10 años si edad 40 a 79 años y/o riesgo a lo largo de la vida (30 años) para personas entre 20 a 59 años y con riesgo a 10 años ≤ 7,5%.	SRF/ Score de riesgo de Reynolds; EC/ACV a 10 años.
Aspirina	No recomendada en prevención primaria.	No reportado.	No recomendada en prevención primaria.	No reportado.	Podría ser útil en mujeres ≥ 65 años determinando balance riesgo/beneficio; razonable en DM.
Estatinas	Mortalidad CV a 10 años ≥ 10% y LDL ≥ 70mg/dl; mortalidad CV a 10 años 5 a 10% y LDL ≥ 100 mg/dl; mortalidad CV a 10 años < 5% y LDL ≥ 115 mg/dl; DM tipo 2 o tipo 1 y edad > 40 años.	Riesgo de EC/ACV/AIT a 10 años ≥ 10 %; DM tipo 1; DM tipo 2 y riesgo CV a 10 años ≥ 10%; ERC con FG < 60ml/min/1.73m2.	Riesgo de EC/ACV a 5 años ≥ 15%; TA ≥ 160/100 mm Hg en forma persistente; colesterol total > 290 mg/dl; riesgo de EC/ACV a 5 años entre 10-15% + historia familiar de enfermedad CV temprana.	Personas entre 40 y 75 años con riesgo de EC/ACV a 10 años ≥ 7,5% y LDL 70 a 189 mg/dl; con DM y LDL 70 a 189 mg/dl; LDL > 190 mg/dl.	Riesgo a 10 años > 20%; DM.
Antihipertensivos	Mortalidad CV a 10 años ≥ 10% y TA ≥ 140/90 mmHg; considerar si mortalidad CV a 10 años 5 a 10% y TA ≥ 140/90 mmHg; DM tipo 1 o tipo 2 y TA ≥ 140/85 mmHg; edad > 60 años y TAS >150 mmHg; > 80 años y TAS > 160 mmHg; TA > 180/110 mmHg.	No reportado.	SRF a 5 años ≥ 15%; SRF a 5 años 10 a 15% y TA ≥ 160/100 mmHg en forma persistente o historia familiar de enfermedad CV temprana o etnia de alto riesgo; considerar si SRF < 10% y TA ≥ 160/100 mmHg en forma persistente.	No reportado.	TA ≥ 140/90 mmHg; TA ≥ 135/80 mmHg en ERC y DM.
Intervalo de rastreo	No reportado.	En forma continua, 5 años en el marco del servicio nacional.	Cada 2 años si riesgo de EC/ACV a 5 años < 10%	Cada 4 a 6 años si riesgo de EC/ACV a 10 años < 7,5%.	No reportado.

CV: cardiovascular; EC: enfermedad coronaria; ACV: accidente cerebrovascular; AIT: accidente isquémico transitorio; ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; DM: diabetes mellitus; TA: tensión arterial; TAS: tensión arterial sistólica; SRF: score de riesgo de Framingham



Tabla 2. Puntos de acuerdo y desacuerdo de las recomendaciones entre las guías de práctica clínica para la evaluación del riesgo cardiovascular en atención primaria.

Hubo acuerdo	No hubo acuerdo
<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las guías recomiendan la evaluación del RCV. • Integrar la edad, etnia, sexo, tabaquismo, presión arterial y niveles de lípidos utilizando modelos de predicción de riesgo. • No se recomienda el uso de rutina de nuevos biomarcadores (proteína C reactiva, apolipoproteína, y marcadores de protrombina), y de marcadores subclínicos de aterosclerosis (índice tobillo-brazo, score de calcio de la arteria coronaria y detección de ateroma con ecografía carotídea). • Los umbrales para iniciar tratamiento están basados en un riesgo absoluto o total de ECV a 5 o 10 años o edad y otros factores de riesgo de ECV, excepto en personas con niveles extremos de un factor de riesgo o los de alto riesgo (enfermedad renal o diabetes). • No se recomienda el uso de rutina de aspirina en prevención primaria. Algunas lo consideran en categorías de alto riesgo o guiados por factores individuales. • Se recomienda abordar cambios de estilo de vida en todos los grupos objetivo. • Se recomienda repetir el cribado. Los intervalos varían de 2 a 6 años en personas de bajo riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La edad de la población objetivo, que varía desde edades tempranas a mayores de 40 años. • No hay consenso en qué modelo predictivo utilizar para predecir riesgo. • El umbral para iniciar tratamiento con estatinas fue inconsistente, ya que se usaron diferentes modelos de predicción en cada guía. • El umbral de presión arterial para iniciar el tratamiento fue variable, aunque coinciden en la importancia de considerar el tratamiento en los pacientes diabéticos. • El tipo de prueba subclínica de detección de aterosclerosis que recomiendan utilizar fue variable.

RCV: riesgo cardiovascular. ECV: enfermedad cardiovascular.

Conclusiones

Existen aún discrepancias considerables en las guías de detección de ECV, sin consenso sobre las estrategias de cribado o el umbral de tratamiento.

Fuente de financiamiento: Barts Charity for the HAPPY (Heart Attack Prevention Programme for You) London study.

Comentario

En Argentina, las enfermedades cardiovasculares causan, por año, un estimado de 100.000 muertes y más de 250.000 enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares, con un costo de más de un billón de dólares¹. Una revisión sistemática Cochrane sugiere que la eficacia de la evaluación sistemática del riesgo comparada con la evaluación oportunista para prevención primaria de ECV no demostró efectos estadísticamente significativos en los resultados finales de importancia clínica, como la morbilidad o la mortalidad. Los ensayos son heterogéneos, con riesgo de sesgos, seguimiento corto e inadecuado y aportan resultados inciertos. La misma publicación sugiere que los diseños de estudios futuros deberían considerar objetivos más específicos como la reducción total del riesgo de ECV, la identificación de individuos de alto riesgo con acceso limitado a atención sanitaria o contextos particulares, como la salud ocupacional. Esto podría aportar más datos para el diseño de programas de prevención primaria más efectivos².

Un estudio de micro-simulación donde se consideran distintos escenarios de cribado sugiere que el tamizaje universal y el tratamiento de las personas de alto riesgo no es la opción más efectiva para la prevención primaria de las ECV. Las estrategias de

prevención que incluyen intervenciones estructurales en toda la población (dirigidas por ej. a la dieta poco saludable, al tabaquismo), como las campañas de concientización pública, las normas de etiquetado de los alimentos, parecen ser las mejores opciones para reducir la carga de enfermedad y las desigualdades. La efectividad y la equidad de estas intervenciones pueden mejorarse mediante la adición de intervenciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos³.

Conclusiones del comentador

Se requiere más investigación de alta calidad y enfocada en objetivos que incluyan los grupos más desfavorecidos para decidir cambios en la práctica clínica y en el diseño de los programas de cribado. Surge la necesidad de ensayos de buena calidad en países de menores ingresos, donde existe la mayor carga de enfermedad y suceden la mayoría de las muertes cardiovasculares. Se deben llevar adelante estudios de implementación que incluyan actividades de cuidado innovadoras e integradas, en paralelo con los programas de cribado, que permitan definir las políticas y las prácticas de salud más eficientes en prevención primaria de ECV.

Guadalupe Montero [Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar (CUESEB), Universidad Nacional del Comahue, Neuquén. guadalupemontero.nqn@gmail.com]

Montero G. Recomendaciones para el cribado de riesgo cardiovascular en atención primaria. Evid Act Pract Ambul. 2017;20(3):79-80. Jul-Sep. **Comentado de: Khanji M, Bicalho V, Van Waardhuizen C y col. Cardiovascular Risk Assessment. A Systematic Review of Guidelines.** Ann Intern Med. 2016; 165:713-722. PMID: 27618509.

Referencias bibliográficas

1. Rubinstein AL, Irazola VE, Poggio R, y col. Challenges and opportunities for implementation of interventions to prevent and control CVD in low-resource settings: a report from CESCAS in Argentina. Glob Heart. 2015; 10 (1):21-9.
2. Dyakova M, Shantikumar S, Colquitt JL, y col. Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; Issue 1. Art. No.: CD010411
3. Kypridemos C, Allen K, Graeme L, y col. Cardiovascular screening to reduce the burden from cardiovascular disease: microsimulation study to quantify policy options. BMJ. 2016; 353: i2793.