



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Valoración del riesgo para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (Revisión)

Karmali KN, Persell SD, Perel P, Lloyd-Jones DM, Berendsen MA, Huffman MD

Karmali KN, Persell SD, Perel P, Lloyd-Jones DM, Berendsen MA, Huffman MD.
Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease
(Valoración del riesgo para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD006887.
DOI: [10.1002/14651858.CD006887.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006887.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Valoración del riesgo para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares

Kunal N Karmali¹, Stephen D Persell², Pablo Perel³, Donald M Lloyd-Jones⁴, Mark A Berendsen⁵, Mark D Huffman⁴

¹Departments of Medicine (Cardiology), Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA. ²Department of Medicine-General Internal Medicine and Geriatrics, Northwestern University, Chicago, Illinois, USA. ³Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK. ⁴Departments of Preventive Medicine and Medicine (Cardiology), Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA. ⁵Galter Health Sciences Library, Northwestern University, Chicago, IL, USA

Dirección de contacto: Kunal N Karmali, Kunal.Karmali@nm.org.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Corazón.**Estado y fecha de publicación:** Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 6, 2021.**Referencia:** Karmali KN, Persell SD, Perel P, Lloyd-Jones DM, Berendsen MA, Huffman MD. Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease (Valoración del riesgo para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD006887. DOI: [10.1002/14651858.CD006887.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006887.pub4).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El paradigma actual para las enfermedades cardiovasculares (EC) resalta la evaluación del riesgo absoluto para guiar las decisiones terapéuticas en la prevención primaria. Aunque la derivación y validación de las herramientas de evaluación de riesgos multivariados o las puntuaciones de riesgo de EC han atraído considerable atención, el efecto sobre los resultados clínicos no está claro.

Objetivos

Valorar los efectos de evaluar y proporcionar puntuaciones de riesgo de EC a adultos sin EC prevalente sobre los resultados cardiovasculares, los niveles de los factores de riesgo, la prescripción de fármacos preventivos y las conductas de salud.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL) en la Cochrane Library (2016, número 2), MEDLINE Ovid (1946 hasta marzo, semana 1, 2016), Embase (embase.com) (1974 hasta 15 de marzo de 2016), y en Conference Proceedings Citation Index-Science (CPCI-S) (1990 hasta 15 de marzo de 2016). No se impusieron restricciones de idioma. Se realizaron búsquedas en registros de ensayos clínicos en marzo de 2016 y se hicieron búsquedas manuales en las listas de referencias de estudios primarios para identificar informes adicionales.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos aleatorizados y cuasialeatorizados que compararon proporcionar de forma sistemática puntuaciones de riesgo de EC por un sistema de atención sanitaria, profesionales de la salud o médicos en comparación con la atención habitual (es decir, no proporcionar de forma sistemática puntuaciones de riesgo de EC) en adultos sin EC.

Obtención y análisis de los datos

Tres autores de la revisión, de forma independiente, seleccionaron los estudios, extrajeron los datos y evaluaron la calidad de los estudios. Se utilizó la herramienta Cochrane "Riesgo de sesgo" para evaluar las limitaciones de los estudios. Los resultados primarios fueron: Eventos de EC, cambio en los niveles de los factores de riesgo de EC (colesterol total, presión arterial sistólica y riesgo multivariable de EC) y eventos adversos. Entre los resultados secundarios se incluyen: la prescripción de fármacos hipolipemiantes y antihipertensivos en las personas de mayor riesgo. Se calcularon los riesgos relativos (RR) para los datos dicotómicos y las diferencias de medias (DM) o las diferencias de

medias estandarizadas (DME) para los datos continuos con el uso de intervalos de confianza del 95%. Se utilizó un modelo de efectos fijos cuando la heterogeneidad (I^2) fue de al menos el 50% y un modelo de efectos aleatorios para la heterogeneidad significativa ($I^2 > 50\%$). La calidad de la evidencia se evaluó con el enfoque GRADE.

Resultados principales

A partir de 6422 informes se identificaron 41 ensayos controlados aleatorizados (ECA) en los que participaron 194 035 participantes. Los estudios se consideraron con riesgo de sesgo alto o incierto en múltiples dominios. Evidencia de calidad baja indica que proporcionar puntuaciones de riesgo de EC puede tener poco o ningún efecto sobre los eventos de EC en comparación con la atención habitual (5,4% versus 5,3%; RR 1,01; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,95 a 1,08; $I^2 = 25\%$; tres ensayos, n = 99 070). Proporcionar puntuaciones de riesgo de EC puede reducir, en un grado pequeño, los niveles de los factores de riesgo de EC en comparación con la atención habitual. Proporcionar puntuaciones de riesgo de EC redujo el colesterol total (DM -0,10 mmol/l; IC del 95%: -0,20 a 0,00; $I^2 = 94\%$; 12 ensayos, n = 20 437, evidencia de calidad baja), la presión arterial sistólica (DM -2,77 mmHg; IC del 95%: -4,16 a -1,38; $I^2 = 93\%$; 16 ensayos, n = 32 954, evidencia de calidad baja) y el riesgo multivariable de EC (DME -0,21; IC del 95% -0,39 a -0,02; $I^2 = 94\%$; nueve ensayos, n = 9549, evidencia de calidad baja). Proporcionar puntuaciones de riesgo de EC puede reducir los eventos adversos en comparación con la atención habitual, pero los resultados fueron poco precisos (1,9% versus 2,7%; RR 0,72; IC del 95%: 0,49 a 1,04; $I^2 = 0\%$; cuatro ensayos, n = 4630, evidencia de calidad baja). En comparación con la atención habitual, proporcionar puntuaciones de riesgo de EC puede aumentar el uso de fármacos hipolipemiantes nuevos o intensificados (15,7% versus 10,7%; RR 1,47, IC del 95%: 1,15 a 1,87; $I^2 = 40\%$; 11 ensayos, n = 14 175, evidencia de calidad baja) y aumentar el uso de fármacos antihipertensivos nuevos o aumentados (17,2% versus 11,4%; RR 1,51; IC del 95%: 1,08 a 2,11; $I^2 = 53\%$; ocho ensayos, n = 13 255, evidencia de calidad baja).

Conclusiones de los autores

No se puede precisar si las estrategias actuales para proporcionar puntuaciones de riesgo de EC afectan los eventos de EC. Proporcionar puntuaciones de riesgo de EC puede reducir ligeramente los niveles de los factores de riesgo de EC y puede aumentar la prescripción de fármacos preventivos en los pacientes de alto riesgo sin evidencia de efectos perjudiciales. Hubo múltiples limitaciones en los estudios identificados y una heterogeneidad significativa en las intervenciones, los resultados y los análisis, de manera que los lectores deben interpretar los resultados con cuidado. Se necesitan nuevos modelos para la implementación y la evaluación de las puntuaciones de riesgo de las EC en estudios con poder estadístico suficiente para definir la función de las puntuaciones de riesgo de EC en la prevención primaria de las EC.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Efectos clínicos de las puntuaciones de riesgo cardiovascular en personas sin enfermedades cardiovasculares

Pregunta de la revisión

¿Qué evidencia existe acerca de los efectos beneficiosos y perjudiciales potenciales de proporcionar puntuaciones de riesgo de enfermedades cardiovasculares (EC) a personas sin antecedentes de cardiopatía o accidente cerebrovascular?

Antecedentes

Las enfermedades cardiovasculares (EC) son un grupo de afecciones que incluyen las cardiopatías y el accidente cerebrovascular. Las guías de prevención de las EC resaltan el uso de las puntuaciones de riesgo, ecuaciones que utilizan variables clínicas para calcular la posibilidad de un primer ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, para guiar las decisiones de tratamiento en la población general. Aunque se ha prestado mucha atención al desarrollo de diferentes tipos de puntuaciones de riesgo de EC, existe incertidumbre acerca de los efectos de proporcionar una puntuación de riesgo de EC en la práctica clínica.

El objetivo de esta revisión sistemática fue valorar los efectos de la evaluación de las puntuaciones de riesgo de EC en adultos sin antecedentes de cardiopatía o accidente cerebrovascular sobre los resultados cardiovasculares, los niveles de los factores de riesgo, la prescripción de fármacos preventivos y las conductas de salud.

Características de los estudios

Se realizaron búsquedas en las bases de datos científicas de ensayos aleatorizados (estudios clínicos que asignan al azar a los participantes a diferentes grupos de tratamiento) que proporcionaron de manera sistemática puntuaciones de riesgo de EC o atención habitual a adultos sin antecedentes de cardiopatía o accidente cerebrovascular. La evidencia está actualizada hasta marzo de 2016. El financiamiento de la mayoría de los ensayos provino de fuentes gubernamentales o de compañías farmacéuticas.

Resultados clave

Se identificaron 41 ensayos que incluyeron a 194 035 participantes. Muchos de los estudios tuvieron limitaciones. Evidencia de baja calidad indica que proporcionar puntuaciones de riesgo de EC tuvo poco o ningún efecto sobre el número de personas que desarrollaron una cardiopatía o presentaron un accidente cerebrovascular. Proporcionar puntuaciones de riesgo de EC puede reducir los niveles de los factores de riesgo de EC (como colesterol, presión arterial y riesgo multivariable de EC) en un grado pequeño, y puede aumentar la

prescripción de fármacos hipolipemiantes e hipotensores en los pacientes de riesgo más alto. Proporcionar puntuaciones de riesgo de EC puede reducir los efectos perjudiciales, pero los resultados fueron poco precisos.

Calidad de la evidencia

La evidencia para guiar el uso de las puntuaciones de riesgo de EC en la práctica clínica es de calidad baja. Los estudios tuvieron múltiples limitaciones y utilizaron métodos diferentes para brindar las puntuaciones de riesgo de EC. Es probable que los estudios de investigación adicionales puedan afectar estos resultados.