

# Una pequeña proporción de las recomendaciones de las principales guías cardiovasculares es apoyada por ensayos aleatorizados

A small proportion of the recommendations of the main cardiovascular guidelines is supported by randomized trials

## Comentado de:

Fanaroff AC, y col. *JAMA*. 2019;321(11):1069-80<sup>1</sup>.

## Introducción

Las decisiones clínicas se basan idealmente en la evidencia generada a partir de múltiples ensayos controlados aleatorizados (ECA) que evalúan los resultados clínicos, pero históricamente, pocas recomendaciones de guías se han basado completamente en este tipo de evidencia.

## Objetivo

Determinar el tipo y el nivel de evidencia que respaldan las recomendaciones de las guías actuales de las principales sociedades cardiovasculares y los cambios en el nivel de evidencia a lo largo del tiempo.

## Fuentes de datos

Guías (2008 a 2018) del Colegio Americano de Cardiología / Asociación Americana del Corazón y de la Sociedad Europea de Cardiología (ACC/AHA y ESC respectivamente, por sus siglas en inglés), identificadas en los respectivos sitios web de las sociedades, y los antecesores inmediatos de estos documentos (1999 a 2014), tal como se referencia en los documentos de la guía vigente.

## Selección de estudios

Documentos de guías integrales que incluyan recomendaciones organizadas por tipo y nivel de evidencia.

## Extracción y síntesis de datos

Para cada documento de referencia se determinaron el número de recomendaciones y la distribución del nivel de evidencia (A [respaldada por datos de varios ECA o un ECA grande y exten-

so], B [respaldada por datos de estudios observacionales o un solo ECA] y C [respaldada solo por opinión de expertos]).

## Principales resultados y medidas

La proporción de recomendaciones de referencia respaldadas por la evidencia de varios ECA (nivel A).

## Resultados

En 26 guías actuales de la ACC/AHA se incluyeron 2.930 recomendaciones, con una mediana de 121 recomendaciones por guía (intervalo intercuartilo - IIC 76 a 155). Del total de recomendaciones, 248 (8,5%) estuvieron respaldadas por evidencia clasificada como nivel A, 1.465 (50,0%) como B, y 1.217 (41,5%) como C. La proporción media de las recomendaciones con nivel A fue de 7,9% (IIC 0,9 a 15,2%). En 25 documentos de las guías ESC se incluyeron 3.399 recomendaciones; con una mediana de 130 recomendaciones por guía (IIC 111 a 154). Del total de recomendaciones, 484 (14,2%) estuvieron respaldadas por evidencia clasificada como nivel A, 1.053 (31,0%) como B, y 1.862 (54,8%) como C. Al comparar las guías actuales con las versiones anteriores, la proporción de recomendaciones con nivel A no aumentó en las guías ACC/AHA (mediana, 9,0% vs 11,7%) o ESC (15,1% vs 17,6%) respectivamente.

## Conclusiones y relevancia

Entre las recomendaciones de las principales guías de las sociedades cardiovasculares, solo un pequeño porcentaje se sustentó en la evidencia de múltiples ECA o un único gran ECA. Este patrón no parece haber mejorado significativamente desde 2008 hasta 2018.

**Conflicto de interés de los autores:** No reporta fuente de financiamiento pero sí declaración de conflictos de interés de los autores.



## Comentario

Esta revisión panorámica incluyó 51 guías actuales con 6.329 recomendaciones, de las cuales sólo un pequeño porcentaje se sustentaba con un nivel de evidencia A (constituídos por ECA): 8,5% en las de guías de ACC/AHA (14,2% entre las recomendaciones fuerte a favor) y 14,3% en las de la ESC. Esta proporción no mejoró con el tiempo. Un estudio similar del 2009, encontró que sólo 11% de las recomendaciones de las guías ACC/AHA tenían un nivel de evidencia A, llegando a 19% entre las recomendaciones fuerte a favor<sup>2</sup>. Si consideramos que en el área de la salud cardiovascular hay una fuerte tendencia a realizar ECA, es lógico pensar que este tipo de estudios sustentarán en una proporción aún menor a las recomendaciones en otras áreas de la salud<sup>3</sup>. Incluso en las actualizaciones más recientes de las guías, solo una minoría de las nuevas recomendaciones está basada en el máximo nivel de evidencia<sup>4-6</sup>.

Estos resultados podrían sugerir que la mayoría de las recomendaciones fuertes (75 a 85%) se basaron en otras consideraciones diferentes al nivel de evidencia, como la utilidad o la efectividad de las estrategias diagnósticas o terapéuticas. Aunque las guías clínicas son imperfectas y son un trabajo en progreso, siguen siendo la piedra angular para informar las decisiones clínicas, a pesar de que éstas nunca cubrirán todos los escenarios ni todas las poblaciones que los profesionales encuentran en su práctica. Por este motivo, otras consideraciones como la evidencia indirecta y todo un sistema con clasificaciones más intuitivas ha sido desarrollado por el grupo de trabajo GRADE<sup>7</sup>. Numerosos grupos como la Organización Mundial de la Salud o Cochrane, entre otros, han adoptado este sistema y sería sumamente ventajoso que las diferentes sociedades científicas que elaboran guías de práctica clínica también lo hagan, para facilitar un lenguaje común entre todos los interesados.

### Conclusiones del comentador

Quizás la contribución más importante de este estudio es que le pone magnitud a la percepción de incertidumbre de la práctica en la vida real, lo que lleva a resaltar la necesidad de un adecuado proceso de toma de decisiones compartidas entre pacientes y profesionales de la salud para lidiar con esta incertidumbre.

**Agustín Ciapponi** [ Director de Cochrane Argentina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Buenos Aires, Argentina [aciapponi@iecs.org.ar](mailto:aciapponi@iecs.org.ar); [agustin.ciapponi@hospitalitaliano.org.ar](mailto:agustin.ciapponi@hospitalitaliano.org.ar) ]

Ciapponi A. Una pequeña proporción de las recomendaciones de las principales guías cardiovasculares es apoyada por ensayos aleatorizados. *Evid Actual Pract Ambul.* 2019;22(1):e001992. Comentado de: Fanaroff AC, y col. Levels of Evidence Supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines. *JAMA.* 2019;321(11):1069-80.

### Referencias

1. Fanaroff AC, Califf RM, Windecker S, Smith SC, Lopes RD. Levels of Evidence Supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines, 2008-2018. *JAMA.* 2019;321(11):1069–1080. Available from: [10.1001/jama.2019.1122](https://doi.org/10.1001/jama.2019.1122).
2. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA.* 2009;301(8):831–841. Available from: [10.1001/jama.2009.205](https://doi.org/10.1001/jama.2009.205).
3. Poonacha TK, Go RS. Level of scientific evidence underlying recommendations arising from the National Comprehensive Cancer Network clinical practice guidelines. *J Clin Oncol.* 2011;29(2):186–191. Available from: [10.1200/JCO.2010.31.6414](https://doi.org/10.1200/JCO.2010.31.6414).
4. Yancy C, Jessup M, Bokzurt B, Butler J, Casey DE, Colvin MM, et al. ACC/AHA/HFSA Focused Update on New Pharmacological Therapy for Heart Failure: an update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2016;68(13):1476–1488. Available from: [10.1016/j.jacc.2016.05.011](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.05.011).
5. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher LA, et al. AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(2):252–289. Available from: [10.1016/j.jacc.2017.03.011](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.03.011).
6. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation [published online January 21, 2019]. *J Am Coll Cardiol.* 2019; Available from: [10.1016/j.jacc.2019.01.011](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.011).
7. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):383–394. Available from: [10.1016/j.jclinepi.2010.04.026](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026).