

DOCUMENTO PAPPS MADRID.

PREVECARDIO y la “ilusión del chequeo”: cuando hacer más no es hacer mejor

AUTORES: Francisco Camarellas, Carlos Brotons, Sara Belinchon. Alberto Cotillas. Y Grupo PAPPS Madrid. SOMAMFYC.

El programa PREVECARDIO-AP representa un ejemplo claro de una tendencia creciente en los sistemas sanitarios que es la medicalización preventiva de la población aparentemente sana mediante chequeos estructurados. Sin embargo, esta estrategia plantea una cuestión incómoda pero necesaria: ¿Tiene sentido hacer chequeos sistemáticos a población asintomática?

1. El problema de base es que **los chequeos no han demostrado mejorar resultados clínicos**

La evidencia es bastante consistente ya que las grandes revisiones sistemáticas como la Cochrane de 2012 y la actualización de 2019 de hasta 250.000 personas¹, han mostrado que los chequeos generales de salud NO reducen la mortalidad total ni cardiovascular² frente a no hacerlos³. Sí aumentan los diagnósticos, consumo de fármacos, y etiquetado de enfermedad. Es decir: más medicina ≠ más salud⁴: Mas recientemente, el estudio DANCAVAS II que estudia el cribado cardiovascular entre 60 y 65 tampoco observa una reducción de la mortalidad, y sí un aumento de las hemorragias digestivas en el grupo intervención (probablemente porque a los individuos que tenían un RCV alto sus médicos les iniciaban aspirina y estatina, sin haber ninguna evidencia al respecto⁵.

¹ Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2. Accessed 23 April 2026. [General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease - Krogsbøll, LT - 2012 | Cochrane Library](#)

² Lindholt JS, Søgaard R, Rasmussen LM, Mejlidal A, Lambrechtsen J, Steffensen FH, Frost L, Egstrup K, Urbonaviciene G, Busk M, Diederichsen ACP. Five-Year Outcomes of the Danish Cardiovascular Screening (DANCAVAS) Trial. N Engl J Med. 2022 Oct 13;387(15):1385-1394. doi: 10.1056/NEJMoa2208681. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36027560. [Five-Year Outcomes of the Danish Cardiovascular Screening \(DANCAVAS\) Trial - PubMed](#)

³ Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 31;1(1):CD009009. doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub3. PMID: 30699470; PMCID: PMC6353639. [General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease - PubMed](#)

⁴ Kherad O, Peiffer-Smadja N, Karlafti L, Lember M, Aerde NV, Gunnarsson O, Baicus C, Vieira MB, Vaz-Carneiro A, Brucato A, Lazurova I, Leśniak W, Hanslik T, Hewitt S, Papanicolaou E, Boeva O, Dicker D, Ivanovska B, Yldiz P, Lacor P, Cranston M, Weidanz F, Costantino G, Montano N. The challenge of implementing Less is More medicine: A European perspective. Eur J Intern Med. 2020 Jun;76:1-7. doi: 10.1016/j.ejim.2020.04.014. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32303454. [The challenge of implementing Less is More medicine: A European perspective - PubMed](#)

⁵ Lindholt JS, Mejlidal A, Rasmussen LM, Lambrechtsen J, Steffensen FH, Frost L, Egstrup K, Urbonaviciene G, Busk M, Karon M, Diederichsen ACP. Outcomes of cardiovascular screening in men aged 60-64 years: the DANCAVAS II trial. Eur Heart J.

En todo caso, dado que los beneficios de los chequeos de salud generales pueden ser limitados y heterogéneos, parece razonable dirigirlos a poblaciones con mayores necesidades de atención preventiva o con mayor riesgo^{6, 7}.

2. PREVECARDIO: cribado masivo disfrazado de buena práctica

El programa propone un cribado estructurado en personas de 40–75 años sin enfermedad conocida. Pero esto introduce un cambio importante respecto al modelo clásico de Atención Primaria, se pasa de un cribado oportunista y contextualizado basado en la relación clínica, a un cribado poblacional protocolizado, descontextualizado e Industrializado (SMS, agenda centralizada, circuito cerrado). Esto transforma la prevención en una actividad automática, no reflexiva.

Mientras se promueve un programa de chequeos, se abandona otras intervenciones como, entre otras, el cribado y la intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol que han demostrado su eficacia en reducir mortalidad.

3. Sobrediagnóstico: el efecto colateral inevitable

Cuando se busca enfermedad en población sana aparecen alteraciones de bajo riesgo, se diagnostican condiciones con escaso impacto clínico, y se inicia cascada con más pruebas, más consultas, y más tratamientos. El propio programa reconoce umbrales bajos (ej. HbA1c \geq 5,7%) que activan circuitos diagnósticos que pueden conducir a prediabetes sobre diagnosticada, dislipemias leves medicalizadas, e hipertensión leve tratada.

Podemos caer en el riesgo de hacer “demasiada prevención” si se amplían umbrales diagnósticos y empleamos programas preventivos de escaso valor en personas sanas. Por ello, la prevención cuaternaria⁸ adquiere un valor intrínseco junto a la toma de decisiones compartida y el uso adecuado de medidas epidemiológicas como son el riesgo absoluto y el número necesario de pacientes para tratar NNT.

4. La paradoja de la prevención

El programa incluye un elemento clave (y contradictorio) que es el “paradigma de prevención”: la mayoría de los eventos ocurren en personas de riesgo bajo-moderado. Pero la respuesta es cribar a toda la población cuando la evidencia sugiere que la mejor opción son las intervenciones poblacionales (políticas, entornos, hábitos).

5. Intervenciones débiles sobre factores de riesgo

2025 Aug 30:ehaf704. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf704. Epub ahead of print. PMID: 40884758.

⁶ General health check-ups: To check or not to check? A question of choosing wisely European Journal of Internal Medicine, 2023; 109, 1-3 [General health check-ups: To check or not to check? A question of choosing wisely - European Journal of Internal Medicine](#)

⁷ Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA. General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. JAMA. 2021;325(22):2294–2306. doi:10.1001/jama.2021.6524 [General Health Checks in Adult Primary Care: A Review | Health Disparities | JAMA | JAMA Network](#)

⁸ Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. Eur J Gen Pract. 2018 Dec;24(1):106-111. doi: 10.1080/13814788.2017.1422177. PMID: 29384397; PMCID: PMC5795741.

Detectar más no implica cambiar más ya que las intervenciones sobre estilo de vida son de eficacia modesta y difícil sostenibilidad. Además, las intervenciones farmacológicas son de beneficio absoluto bajo en bajo riesgo. El resultado es el de mucho esfuerzo clínico para poco impacto real. Por ejemplo, en personas con hipertensión leve no tratada y sin enfermedad cardiovascular previa, el inicio de monoterapia antihipertensiva o la intensificación del tratamiento puede no reducir la mortalidad por cualquier causa, los eventos cardiovasculares totales ni la cardiopatía coronaria, en comparación con quienes recibieron placebo o ningún tratamiento. Puede haber una reducción del ictus, pero también posiblemente un aumento de abandonos por efectos adversos⁹.

6. Coste de oportunidad o lo que dejamos de hacer

Cada consulta de PREVECARDIO (30 min) implica más tiempo de enfermería, más recursos diagnósticos, y seguimiento, ¿A costa de qué? pacientes complejos abandonados, crónicos mal controlados, menos atención a otras patologías y a los determinantes sociales. Está claro que la prevención innecesaria compite con la atención necesaria

7. Atención Primaria como “fábrica de riesgo”

El programa convierte la consulta en un espacio de cribado protocolizado centrado en indicadores y orientado a cumplir objetivos (Criterios de Buena Atención CBA, y Contrato Programa Centro CPC), lo que significa desplazar el modelo centrado en la persona hacia uno centrado en el riesgo

8. Alternativa: prevención sensata

Desde una perspectiva más alineada con las recomendaciones del PAPPS y WONCA habría que priorizar el cribado selectivo y oportunista, las intervenciones con alto valor, las conversaciones clínicas significativas, y la longitudinalidad del profesional sanitario.

La longitudinalidad en AP en prevención y promoción de la salud se ha demostrado muy importante.¹⁰ La continuidad relacional mejora la experiencia del paciente en la prevención cardiovascular, y una mayor continuidad con el médico de familia se asocia con mejor asesoramiento en estilos de vida y prevención percibido por los pacientes¹¹

Por otra parte, es necesario reorientar la prevención hacia los determinantes sociales, la promoción de salud real, y las decisiones compartidas.

⁹ Wang D, Wright JM, Adams SP, Cundiff DK, Gueyffier F, Grenet G, Ambasta A. Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025 Sep 24;9(9):CD006742. doi: 10.1002/14651858.CD006742.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2026 Apr 2;4:CD006742. doi: 10.1002/14651858.CD006742.pub4. PMID: 40990196; PMCID: PMC12458985.

¹⁰ Camaralles P. Por qué es importante la longitudinalidad en AP en prevención y promoción de la salud [Internet]. *Blog Salud y Prevención PAPPS*; 2026 Jan 8 [citado 2026 Apr 23]. Disponible en [Salud y Prevención PAPPS: Por qué es importante la longitudinalidad en AP en prevención y promoción de la salud](#)

¹¹ Arnold, C., Hennrich, P. & Wensing, M. Patient-reported continuity of care and the association with patient experience of cardiovascular prevention: an observational study in Germany. *BMC Prim. Care* 23, 176 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01788-7>

9. Ausencia de debate y participación de sociedades científicas. Es curioso que la primera referencia bibliográfica del programa sea a las de las recomendaciones preventivas cardiovasculares del PAPPS 2024. Sin embargo, la consulta del programa con los miembros del PAPPS ha sido nula.

10. Propuesta desde el PAPPS.

La **Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria (AP) de la CM** incluye, dentro de su **servicio 404 “Detección del riesgo cardiovascular y otros problemas prevalentes en el adulto”**, una serie de Criterios de Buena Atención (CBA) que contemplan el **cribado oportunista de diversos FRV**. Entre ellos se encuentran el consumo de tabaco y alcohol, la práctica de actividad física, la obesidad, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la dislipemia y la estratificación del riesgo vascular.

Los resultados iniciales de un estudio presentado en el EUROPREV Forum 2026 Madrid 26 y 27 marzo, ha encontrado que solo un 49,8 % de los pacientes tienen completado el paquete mínimo del PAPPS de forma adecuada¹². Queda mucho que mejorar en actividades preventivas antes que embarcarse en un chequeo generalizado sin evidencia científica que lo sustente. Además, antes de implementar un programa de chequeo generalizado, se debería fomentar el cálculo oportunista del RCV según las recomendaciones PAPPS 2024¹³, y el abordaje oportunista de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.

Recomendación	Calidad de la evidencia	Fuerza de recomendación
Se recomienda el cálculo del riesgo vascular a todos los adultos de ≥ 40 años que no tengan una enfermedad vascular o que, por sus características, no sean de alto riesgo, mediante SCORE2 o SCORE2-OP (70 y 90 años).	Moderada	Fuerte a favor
Las tablas de riesgo constituyen una información complementaria y útil para ayudar a estratificar el riesgo y a tomar decisiones en el tratamiento de la dislipemia y de la HTA	Moderada	Fuerte a favor

Conclusión

¹² Israel Novo Bravo, Francisco Camarelles Guillem, Marina Guisado Clavero. Implementation of Preventive Health Strategies at Infanta Mercedes Health Center. **EUROPREV**. 2026 European Forum on Prevention and Health Promotion: Proceedings Book. Madrid: EUROPREV; 2026. [2026-European-Forum-on-Prevention-and-Primary-Care-3LIBRO.pdf - Google Drive](#)

¹³ Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillen VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, Jordá-Baldó A, Vicuña J, Navarro-Pérez J. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024 [Cardiovascular preventive recommendations. PAPPS 2024 thematic updates]. Aten Primaria. 2024 Nov;56 Suppl 1(Suppl 1):103123. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103123. PMID: 39613355; PMCID: PMC11705607.

PREVECARDIO-AP es un programa técnicamente bien diseñado, pero conceptualmente problemático. Parte de una premisa cuestionable: que detectar más enfermedad en población sana mejora la salud cuando la evidencia sugiere lo contrario: “Los chequeos generales generan más diagnósticos, más tratamientos... pero no más salud.”

El reciente EUROPREV Forum Madrid 2026 nos ha dejado una conclusión clara: es necesario ir «hacia una prevención más sensata, segura y centrada en la persona».¹⁴ Una AP fuerte y accesible debe ser la piedra angular de una prevención efectiva y sostenible.

“No todo lo prevenible merece ser buscado, ni todo lo detectable merece ser tratado.”

¹⁴ Camaralles F, Rodríguez-Benito L, Brotons C, Belinchón S, Cotillas A. EUROPREV Forum Madrid 2026: «Hacia una prevención más sensata, segura y centrada en la persona». Aten Primaria. 2026;58:103520. doi:10.1016/j.aprim.2026.103520.