

# Comparación de las tablas REGICOR y SCORE para la clasificación del riesgo cardiovascular y la identificación de pacientes candidatos a tratamiento hipolipemiante o antihipertensivo

Francisco Buitrago, Lourdes Cañón-Barroso, Natalio Díaz-Herrera, Eloísa Cruces-Muro, Miguel Escobar-Fernández y José M. Serrano-Arias

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario La Paz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

**Introducción y objetivos.** Las funciones de Framingham-REGICOR y SCORE son funciones recomendadas en la estratificación del riesgo cardiovascular en nuestro país. El objetivo del presente estudio fue evaluar la concordancia de estas tablas en la estratificación del riesgo en la población no diabética de 40-65 años y estimar el porcentaje de pacientes candidatos a recibir tratamiento hipolipemiante e hipotensor.

**Métodos.** Se incluyó a un total de 608 pacientes no diabéticos de 40-65 años de edad (media, 52,8 años; 56,7%, mujeres) sin evidencia de enfermedad cardiovascular, atendidos en el centro de salud durante los años 1990-1994. El riesgo cardiovascular a los 10 años se calculó mediante la ecuación de REGICOR y SCORE. Se consideró pacientes de riesgo alto a los que tenían un riesgo  $\geq 10\%$  en REGICOR y  $\geq 5\%$  en SCORE.

**Resultados.** Un 7,9% de la población fue catalogada de riesgo alto en REGICOR y un 9,2% en SCORE ( $p = 0,41$ ). Solamente el 2,6 y el 2,9% de las mujeres ( $p = 0,81$ ) se incluyeron en la categoría de riesgo alto, frente al 14,8 y 17,5% de los varones ( $p = 0,40$ ) en REGICOR y SCORE, respectivamente. El coeficiente kappa fue 0,45. El seguimiento de las recomendaciones de las Sociedades Europeas implicaría que el 23,8% de los pacientes, según SCORE, y el 23,0%, según REGICOR ( $p = 0,73$ ), serían candidatos a recibir tratamiento hipolipemiante, y el 31,2 y el 31,7% ( $p = 0,85$ ), a recibir fármacos antihipertensivos.

**Conclusiones.** Las tablas REGICOR y SCORE presentan una concordancia moderada en la población no diabética de 40-65 años de edad. Su aplicación identifica a un porcentaje similar de pacientes candidatos a recibir tratamiento hipolipemiante o antihipertensivo.

**Palabras clave.** Riesgo cardiovascular. Riesgo coronario. Tablas de riesgo SCORE. Tablas de riesgo REGICOR.

Estudio financiado por la red IAPP (Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud en atención primaria), red temática de investigación cooperativa G03/170, aprobada por el Instituto de Salud Carlos III.

Correspondencia: Dr. F. Buitrago Ramírez.  
Pantano del Zújar, 9. 06010 Badajoz. España.  
Correo electrónico: fbuitrago@meditex.es

Recibido el 7 de marzo de 2006.

Aceptado para su publicación el 24 de octubre de 2006.

## Comparison of the REGICOR and SCORE Function Charts for Classifying Cardiovascular Risk and for Selecting Patients for Hypolipidemic or Antihypertensive Treatment

**Introduction and objectives.** In Spain, use of the Framingham-REGICOR (*Registre Gironí del Cor*) and SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) risk charts is recommended for stratifying cardiovascular disease risk. The aims of the present study were to evaluate the degree of agreement between these charts when used to evaluate cardiovascular disease risk in nondiabetic individuals aged 40-65 years and to estimate the percentage of patients recommended for hypolipidemic or antihypertensive treatment.

**Methods.** The study included 608 nondiabetic patients aged between 40-65 years (mean 52.8 years, 56.7% female) with no evidence of cardiovascular disease who were attending a primary healthcare center between 1990-1994. REGICOR and SCORE equations were used to calculate 10-year cardiovascular disease risks. Patients were classified as high-risk if their risk was  $\geq 10\%$  with REGICOR or  $\geq 5\%$  with SCORE.

**Results.** Some 7.9% of the population was classified as high-risk with REGICOR and 9.2%, with SCORE ( $P=0.41$ ). Only 2.6% and 2.9% ( $P=0.81$ ) of women were classified as high-risk, compared with 14.8% and 17.5% of men, with REGICOR and SCORE, respectively ( $P=0.40$ ). The kappa coefficient was 0.45. According to European professional society guidelines, 23.8% of patients classified by SCORE and 23.0% classified by REGICOR ( $P=0.73$ ) would be recommended hypolipidemic treatment, while 31.2% and 31.7% ( $P=0.85$ ), respectively, would be recommended antihypertensive treatment.

**Conclusions.** There was moderately good agreement between REGICOR and SCORE charts when used to evaluate nondiabetic individuals aged 40-65 years. They identified similar percentages of patients who would be recommended for hypolipidemic or antihypertensive treatment.

**Key words:** Cardiovascular risk. Coronary risk. SCORE risk chart. REGICOR risk chart.

Full English text available from: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

**ABREVIATURAS**

PAS/PAD: presión arterial sistólica/presión arterial diastólica.

RC: riesgo coronario.

REGICOR: Registre Gironí del Cor.

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation.

**INTRODUCCIÓN**

La estimación del riesgo cardiovascular es la forma más razonable y coste-efectiva de determinar las prioridades de prevención cardiovascular en personas asintomáticas y permite asignar los recursos en función de las necesidades, entendiendo como tales el riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular<sup>1</sup>.

En las últimas décadas, el cálculo del riesgo de presentar una enfermedad coronaria en Norteamérica y Europa se ha basado en la función de Framingham<sup>2-4</sup>. Sin embargo, esta función sobrestima el riesgo en algunas de las poblaciones estudiadas<sup>5-8</sup>. También en nuestro país las altas puntuaciones obtenidas en las ecuaciones de riesgo cardiovascular, acordes con la prevalencia de factores de riesgo, se contradicen con las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica<sup>9,10</sup>.

Los investigadores de los estudios REGICOR (Registre Gironí del Cor) y Framingham siguieron las recomendaciones para la calibración de la función de Framingham<sup>11,12</sup> en la población española y mostraron que su aplicación es una herramienta más recomendable en la prevención primaria de la enfermedad coronaria en España<sup>13</sup>. También recientemente se han publicado las tablas del SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)<sup>14</sup>, que estiman el riesgo de muerte cardiovascular y que en la actualidad son las tablas recomendadas por las sociedades europeas<sup>15</sup> y el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)<sup>16</sup>.

La comparación de la función del SCORE<sup>14</sup> con ecuaciones de Framingham no calibradas para la población de nuestro país ofrece resultados discordantes y notables diferencias en el perfil de pacientes de alto riesgo<sup>17-20</sup>, con una duplicación de la aplicación del SCORE del número de pacientes de riesgo alto<sup>19</sup>, una triplicación del número de varones de edad avanzada candidatos a recibir medidas de prevención enérgicas<sup>17</sup> y la exclusión del tratamiento con fármacos hipolipemiantes en un porcentaje relevante de pacientes con riesgo de Framingham alto<sup>18</sup>. La comparación de las ecuaciones REGICOR y de Framingham de Wilson et al<sup>21</sup> concluye que hay una sobrevaloración del riesgo coronario mediante esta última función y un mayor porcentaje de candidatos a recibir tratamiento con fármacos hipolipemiantes<sup>22</sup>. Finalmente, un estudio comparativo de las funciones REGICOR<sup>12</sup> y SCORE<sup>14</sup> revela una buena correlación de ambas funciones con la función de Framingham y un porcentaje similar de pa-

cientes candidatos a recibir tratamiento con hipolipemiantes<sup>23</sup>.

El presente trabajo tiene como objetivo comparar y analizar la concordancia entre las ecuaciones de Framingham-REGICOR y SCORE en la población no diabética de 40-65 años atendida en un centro de salud y valorar las repercusiones de la aplicación de ambas funciones en la detección de pacientes susceptibles a tratamiento hipolipemiente o antihipertensivo.

**MÉTODOS**

El centro de salud La Paz de Badajoz atiende a una población aproximada de 27.650 habitantes (53,8%, mujeres), predominantemente de clase media.

Se realizó un estudio transversal descriptivo y se incluyó a todos los pacientes con rango de edad compartido por ambas funciones de riesgo (40-65 años), sin antecedentes de diabetes, cardiopatía isquémica ni de otras enfermedades cardiovasculares, cuya historia clínica se hubiera realizado entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1994 y en la que constara información de las variables necesarias para el cálculo del riesgo coronario (RC) en las tablas de Framingham-REGICOR<sup>12</sup> y del riesgo de muerte cardiovascular en la ecuación SCORE<sup>14</sup>. Estas variables fueron: edad, sexo, cifra de presión arterial sistólica/diastólica (PAS/PAD), colesterol total, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y consumo de tabaco. En total se incluyó a 608 pacientes (el 12% de la población de esa franja de edad). En el momento de la inclusión también se recogieron las siguientes variables: índice de masa corporal, triglicéridos, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), consumo de fármacos hipolipemiantes y antihipertensivos. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de diabetes debido a que la función SCORE los considera pacientes de riesgo cardiovascular alto<sup>14</sup>.

**Clasificación de los pacientes según el riesgo**

Se utilizaron las funciones originales de REGICOR y SCORE para el cálculo del riesgo. Se consideró que eran pacientes de RC alto los que presentaron un riesgo  $\geq 10\%$  en las tablas de Framingham-REGICOR, y pacientes de riesgo cardiovascular alto, los que obtuvieron un riesgo de muerte cardiovascular  $\geq 5\%$  en las tablas del SCORE. Como riesgo moderado se consideró un riesgo del 5-9,9% en REGICOR y del 3-4,9% en SCORE, y como riesgo bajo, un riesgo  $< 5\%$  en la tabla REGICOR y del 3% en la función SCORE.

La elección del umbral  $\geq 10\%$  para considerar a un paciente de RC alto en las tablas de Framingham-REGICOR<sup>12</sup> se hizo porque en éstas no hay una recomendación que indique a partir de qué grado de riesgo es preciso realizar la intervención preventiva, por lo que la traslación directa del umbral del 20% de las tablas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015388>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015388>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)