



**Uso de tablas de riesgo cardiovascular en personas mayores**

**Sr. Editor:** Hemos leído con atención el reciente artículo publicado en su Revista por Mostaza et al<sup>1</sup>, sobre el que nos gustaría hacer algunas puntualizaciones.

En primer lugar, las tablas del SCORE serían dudosamente aplicables a población mayor de 65 años, ya que ésta no se ha incluido en el Proyecto SCORE<sup>2</sup>, motivo por el cual no figuran en las tablas las casillas correspondientes a esa población. Los autores proyectan hacia abajo, hasta la edad de 65 años, a cualquier paciente de edad superior (hasta 79 años) y asumen que esto produciría una infraestimación. Sin embargo, una vez vistos los resultados inconsistentes e incluso paradójicos (un 53,2% de los varones de 65-69 años resultan de alto riesgo, lo que se reduce –en lugar de aumentar con la edad– a un 44,6% de los varones de 75-79 años), parece confirmarse que la aplicación de este criterio no ha sido acertada.

Puede plantearse si tiene interés desde el punto de vista clínico calcular el riesgo de muerte cardiovascular con una perspectiva de 10 años en la población asintomática de 70 o 75 años, teniendo en cuenta la esperanza de vida actual (76 años en varones y 83 en mujeres) y que las enfermedades cardiovasculares son la causa de muerte más frecuente en España (34%)<sup>3</sup>. Ante estos incontestables datos, ¿cómo explicar que más de la mitad de los varones en el segmento 75-79 años presenten un riesgo inferior al 5%? Este hecho refuerza que las tablas deben utilizarse para la población y el cometido que están diseñadas, nunca fuera de este contexto.

Probablemente la valoración del riesgo cardiovascular en edades avanzadas podría ser útil para obtener información clínica adicional o para motivar al paciente a aplicar o intensificar ciertas intervenciones preventivas o terapéuticas, pero parece dudoso que deba vincularse sistemáticamente a la toma de decisiones terapéuticas en prevención primaria, como el tratamiento de la hipercolesterolemia con fármacos, ya que a partir de cierta edad habría que tratar a la mayoría de la población, lo que tendría importantes repercusiones en el uso de los recursos y en términos de coste-efectividad<sup>4</sup>.

Además, no es igual la proporción de pacientes de alto riesgo según las distintas tablas que la proporción de pacientes a tratar con fármacos hipolipemiantes tras la aplicación de las guías correspondientes. En un estudio reciente<sup>5</sup> realizado en cerca de 1.000 pacientes dislipémicos (edad media de 61 años), entre ellos algunos con diabetes, para comparar las guías del Adult Treatment Panel III (ATP-III) y las guías europeas, se observó que la proporción de pacientes de alto riesgo utilizando las tablas del SCORE o las tablas de Framingham (ATP-III) era algo superior con las primeras (el 29,2% frente al 25,7%) y, sin embargo, al aplicar las guías los candidatos a recibir trata-

miento con hipolipemiantes según las guías europeas era del 28,8% y según el ATP-III del 39,3%.

Las tablas de riesgo son una herramienta útil en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular para estratificar el riesgo y establecer el grado de prioridad en función del beneficio esperable en cada paciente (y, por tanto, con el riesgo absoluto), lo que nos permite en la práctica clínica asistencial dirigir o intensificar las intervenciones en las personas o subgrupos de mayor riesgo. Sin embargo, es un hecho que la mayoría de las tablas se limitan a unos pocos factores de riesgo (edad, sexo, presión arterial sistólica, colesterol y tabaco en SCORE) y presentan una sensibilidad y especificidad limitadas y un bajo poder predictivo para identificar con certeza a pacientes individuales que van a tener en el futuro un episodio cardiovascular fatal o no fatal. Lamentablemente, cualquier tabla está bastante lejos de ser un instrumento de precisión y han de utilizarse bajo el juicio clínico y contemplando todas las excepciones y precauciones posibles y las modificaciones necesarias. Un ejemplo práctico son los llamados «modificadores» de riesgo que figuran en las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular, traducidas y adaptadas por el CEIPC (Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular)<sup>6</sup>. De ahí la necesidad de que cualquier tabla esté incluida en una guía clínica que permita una mejor orientación. Aun así, conviene recordar que las guías incluyen recomendaciones generalmente aplicables a una mayoría de los pacientes (personas asintomáticas en el caso de la prevención primaria), pero no a todos, y es obvio que cuanto más sencilla y comprensible sea (aspecto necesario para su implementación en la práctica real), puede tener una menor precisión en casos particulares o en subgrupos como pueden ser las personas mayores.

Por último, respecto al punto de corte del 5% considerado en SCORE para definir el riesgo alto, cabe decir que se eligió tras considerar otras posibilidades como el 3, el 7 y el 10%, que también se valoraron en distintas poblaciones europeas (Rusia, Escocia, Suecia, Reino Unido, Francia y Alemania). El rendimiento en términos de sensibilidad y especificidad de este valor umbral del 5% fue el mejor, estando situado el área bajo la curva de eficacia diagnóstica en estas poblaciones (edad de 45-64 años) en el rango de 0,71-0,84<sup>2</sup>. Teniendo en cuenta que tanto para la mayoría de factores de riesgo como para el riesgo cardiovascular en su conjunto es enormemente complejo establecer un umbral determinado para definir si existe o no riesgo y si éste es bajo, intermedio o alto, este aspecto no hace más que relativizar los valores obtenidos en cualquier tabla y la necesidad de considerarlos en el contexto clínico de cada situación individual.

*José M. Lobos Bejarano<sup>a</sup>, Miguel Ángel Royo-Bordonada y Carlos Brotons Cuixart<sup>b</sup>, Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular.*

<sup>a</sup>EAP Villablanca. Madrid. <sup>b</sup>Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España. <sup>c</sup>EAP Sardenyasa. Barcelona. España.

1. Mostaza JM, Vicente I, Taboada M, Laguna F, Echániz A, García-Iglesias F, et al. La aplicación de las tablas del SCORE a varones de edad avanzada triplica el número de sujetos clasificados de alto riesgo en comparación con la función de Fra-

- mingham. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:487-90.
2. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Mezzetti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987-1003.
  3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2002. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2005.
  4. Johannesson M. At what coronary risk level is it cost-effective to initiate cholesterol lowering drug treatment in primary prevention? *Eur Heart J*. 2001;22:919-25.
  5. Brotons C. Actas de 17<sup>th</sup> World Conference of Family Doctors. October 13-17, 2004, Orlando. Prevalence of patients eligible for lipid lowering treatment according to ATPIII and European Guidelines.
  6. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular. Adaptación española de la guía europea de prevención cardiovascular. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78 435-8.