



A G E F E C

Asociación galega de enfermaría familiar e comunitaria

TÁBOAS DE VALORACIÓN DO RISCO CARDIOVASCULAR



**Grupo de traballo
“Coidados Cardiovasculares”**

Francisco Jesús Repesas Carrera
Enfermeiro especialista en Atención Familiar
e Comunitaria

ÍNDICE

1. Introducción	Páx. 3
2. Táboa de Framingham	Páx. 4
3. Táboa de REGICOR	Páx. 6
4. Táboa de SCORE	Páx. 11
5. ¿Qué táboa de risco escoller?	Páx. 13
6. Bibliografía	Páx. 14

1. INTRODUCCIÓN

En Galicia a enfermidade cardiovascular, o igual que no resto de países occidentais, é a primeira causa de morte. As distintas Sociedades Científicas no seu afán por prever a aterosclerose, causa fundamental da enfermidade cardiovascular (ECV), e dado seu orixe multifactorial, recomendan a estimación do risco cardiovascular global para clasificar as persoas nos distintos grupos de risco, e así poder priorizar as intervencións sanitarias sobre os factores de risco cardiovascular.

O risco coronario e o cardiovascular (RCV) indican a probabilidade de presentar unha enfermidade coronaria ou cardiovascular nun período de tempo determinado, xeralmente de 5 ou 10 anos; como norma, fálase de risco coronario ou cardiovascular indistintamente.

Existen dous métodos de cálculo do RCV: cualitativos e cuantitativos; os cualitativos apóianse na suma dos factores de risco e clasifican o individuo en risco leve, moderado e alto risco; os cuantitativos danos un número que significa a probabilidade de presentar un evento cardiovascular nun determinado tempo. A forma de cálculo faise a través de programas informáticos, baseados en ecuacións de predición de risco, ou mediante as chamadas *táboas de risco cardiovascular*.

A estimación do risco cardiovascular global por este método ten 3 obxectivos clínicos fundamentais:

- Identificar os pacientes de alto risco que precisan atención e intervención inmediata.
- Motivar aos pacientes para que segan o tratamento e así reducir o seu risco.
- Modificala intensidade da redución do risco en base ao risco global estimado.

As táboas de risco cardiovascular mais empregadas no noso entorno son: a táboa de Framingham, a táboa de REGICOR (Registre Gironí del Cor) e a táboa de SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Estas diferencian o cálculo por sexo e por idade como factores de risco non modificables e, adicionalmente, consideran as cifras de presión arterial, de colesterol, o estado fumador ou non, e en ocasiónes a presenza de diabetes.

2. TÁBOA DE FRAMINGHAM

Con esta táboa podemos calcular o risco de padecer unha enfermidade coronaria os 10 anos que inclúe: anxia estable, infarto de miocardio (IAM) e morte coronaria. En Framingham fálase dun alto risco cando a puntuación é $\geq 20\%$.

Emprega un método de puntuación en base as seguintes **variables**:

Idade (30-74 anos)	Sexo
HDL colesterol	Colesterol total
Presión arterial sistólica	Tabaquismo (si/non)
Diabetes (si/non)	Hipertrofia ventricular esq. (HVE) (si/non)

Ten como **vantaxes** que podemos asumir se no temos datos de HDL-colesterol unha cifra de 39 mg/dl en varóns e de 43 mg/dl en mulleres; ademais se non temos un electrocardiograma (ECG), consideraremos que non presenta HVE, polo que coñecendo a súa condición de diabetes ou non, cos datos do seu hábito tabáquico, colesterol total e presión arterial sistólica, poderíamos realizar un cálculo aproximado do seu risco cardiovascular, asumindo o anteriormente exposto.

Consideramos como **desvantaxes** desta táboa:

- Está baseada no estudo de Framingham, realizado nunha poboación americana cunha maior prevalenza e risco de enfermidade cardiovascular que a nosa. Isto fai sobrestimar o risco, polo que temos que ter certa cautela nestes casos.
- Son útiles ao comparar poboacións, pero plantexan certo grado de incertidume a hora de valorar o risco individual.
- Non considera dentro das súas variables a historia familiar previa de enfermidade coronaria (considérase antecedente familiar positivo si pode documentarse unha enfermidade coronaria clínica ou unha morte súbita dun familiar de primeiro grado menor de 55 anos se é home ou de 65 anos se é muller).
- Non pode aplicarse en pacientes cunha enfermidade cardiovascular manifesta.
- Predice mellor o risco en suxeitos de maior idade que en xoves.
- Non son adecuadas para individuos que presenta un único factor de risco (Dislipemia, HTA ou Diabetes) grave ou moi grave; no caso da diabetes, probablemente infravalórase o risco xa que hoxe en día este equipárase a prevención secundaria.

Mujer edad	Puntos	Hombre edad	Puntos	HDL-c mg/dl	Puntos	Colest. - total	Puntos	PAS	Puntos
30	- 12	30	- 2	25-26	7	139-151	- 3	98-104	- 2
31	- 11	31	- 1	27-29	6	152-166	- 2	105-112	-1
32	- 9	32-33	0	30-32	5	167-182	- 1	113-120	0
33	- 8	34	1	33-35	4	183-199	0	121-129	1
34	- 6	35-36	2	36-38	3	200-219	1	130-139	2
35	- 5	37-38	3	39-42	2	220-239	2	140-149	3
36	- 4	39	4	43-46	1	240-262	3	150-160	4
37	- 3	40-41	5	47-50	0	263-288	4	161-172	5
38	- 2	42-43	6	51-55	- 1	289-315	5	173-185	6
39	- 1	44-45	7	56-60	- 2	316-330	6		
40	0	46-47	8	61-66	- 3				
41	1	48-49	9	67-73	- 4				
42-43	2	50-51	10	74-80	- 5				
44	3	52-54	11	81-87	- 6				
45-46	4	55-56	12	88-96	- 7				
47-48	5	57-59	13						
49-50	6	60-61	14						
51-52	7	62-64	15						
53-55	8	65-67	16						
56-60	9	68-70	17						
61-67	10	71-73	18						
68-74	11	74	19						

Otros Factores	Puntos
Tabaquismo	4
Diabetes: Hombres	3
Mujeres	6
Hipertrofia Vizda.	9

Puntos y Riesgo coronario a los 10 años

Puntos	Riesgo	Puntos	Riesgo	Puntos	Riesgo	Puntos	Riesgo
< 1	< 2%	9	5%	17	13%	25	27%
2	2%	10	6%	18	14%	26	29%
3	2%	11	6%	19	16%	27	31%
4	2%	12	7%	20	18%	28	33%
5	3%	13	8%	21	19%	29	36%
6	3%	14	9%	22	21%	30	38%
7	4%	15	10%	23	23%	31	40%
8	4%	16	12%	24	25%	32	42%

3. TÁBOA DE REGICOR

As táboas REGICOR son unha calibración das táboas de Framingham a poboación española. Permiten estimar o risco dun acontecemento coronario (anxina, infarto de miocardio con ou sen síntomas, mortal ou non) os 10 anos.

O valor inscrito na recadro correspondente por este procedemento indica o risco a 10 anos, e o fondo pertence o código de cores no que a lenda encóntrase o pe das táboas.

Empregan un método de puntuación en base as seguintes **variables**:

Idade (35-74 anos)	Sexo
HDL- Colesterol	Colesterol total
Presión arterial sistólica	Tabaquismo
Presión arterial diastólica	Diabetes

Si dispoñemos do valor de colesterol HDL pode corrírse o risco obtido multiplicándoo por 1,5 se está por debaixo de 35 e por 0,5 se está por enriba de 59. A lectura é directa o encóntrase o valor entre 35 e 59 mg/dL.

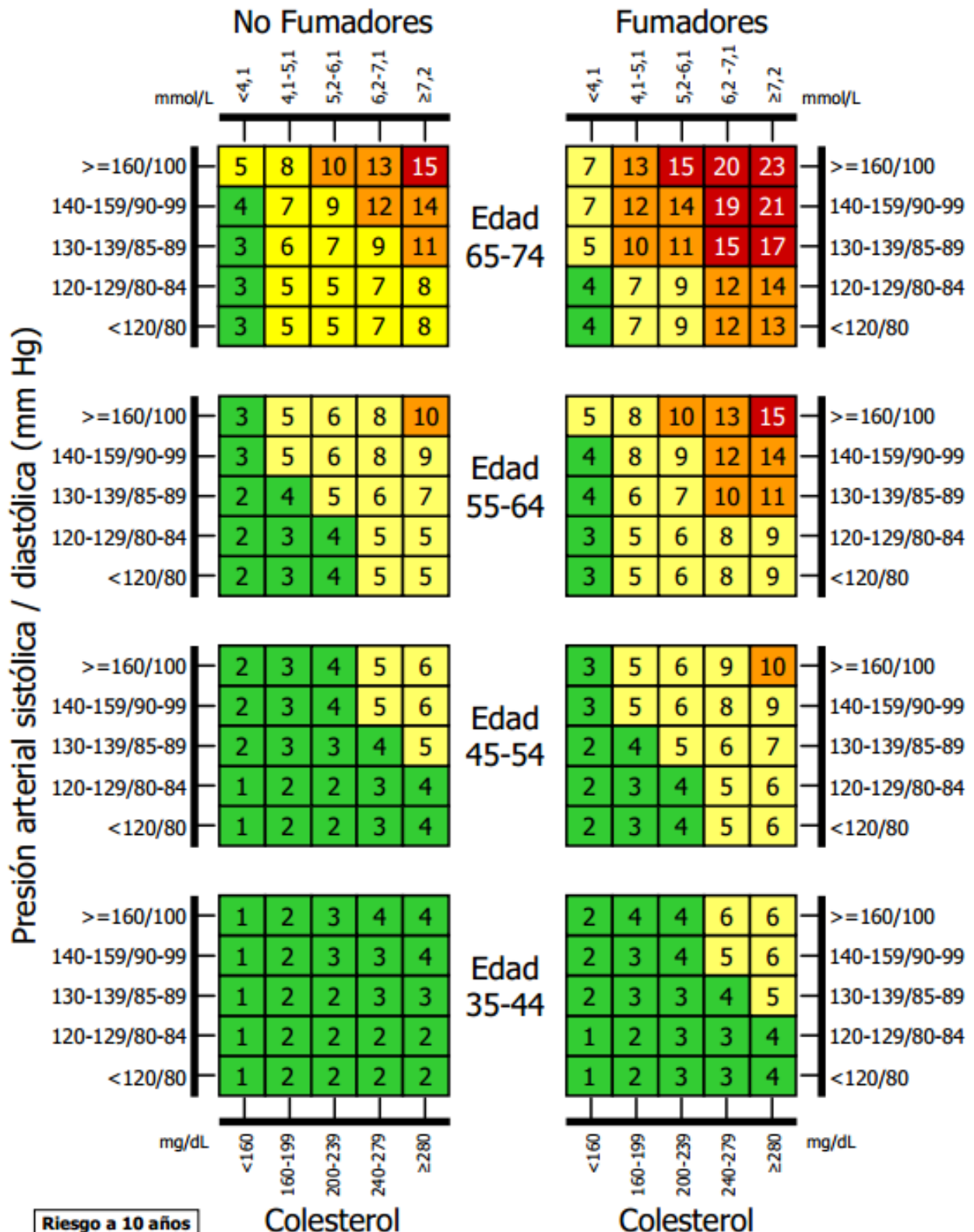
Ten como principais **vantaxes** que:

- Se non temos datos de HDL- Colesterol podemos asumir unha cifra de 39 mg/dl en varóns e de 43 mg/dl en mulleres.
- Está calibrada na poboación española.

Consideramos como **desvantaxes** de esta táboa:

- Non considera dentro das súas variables a historia familiar previa de enfermidade coronaria (considérase antecedente familiar positivo si pode documentarse unha enfermidade coronaria clínica ou unha morte súbita dun familiar de primeiro grado menor de 55 anos se é home ou de 65 anos se é muller).
- Non pode aplicarse en pacientes cunha enfermidade cardiovascular manifesta.
- Predice mellor o risco en suxeitos de maior idade que en xoves.
- Non son adecuadas para individuos que presenta un único factor de risco (Dislipemia, HTA ou Diabetes) grave ou moi grave; no caso da diabetes, probablemente infravalórase o risco xa que hoxe en día este equipárase a prevención secundaria.

Hombres sin diabetes

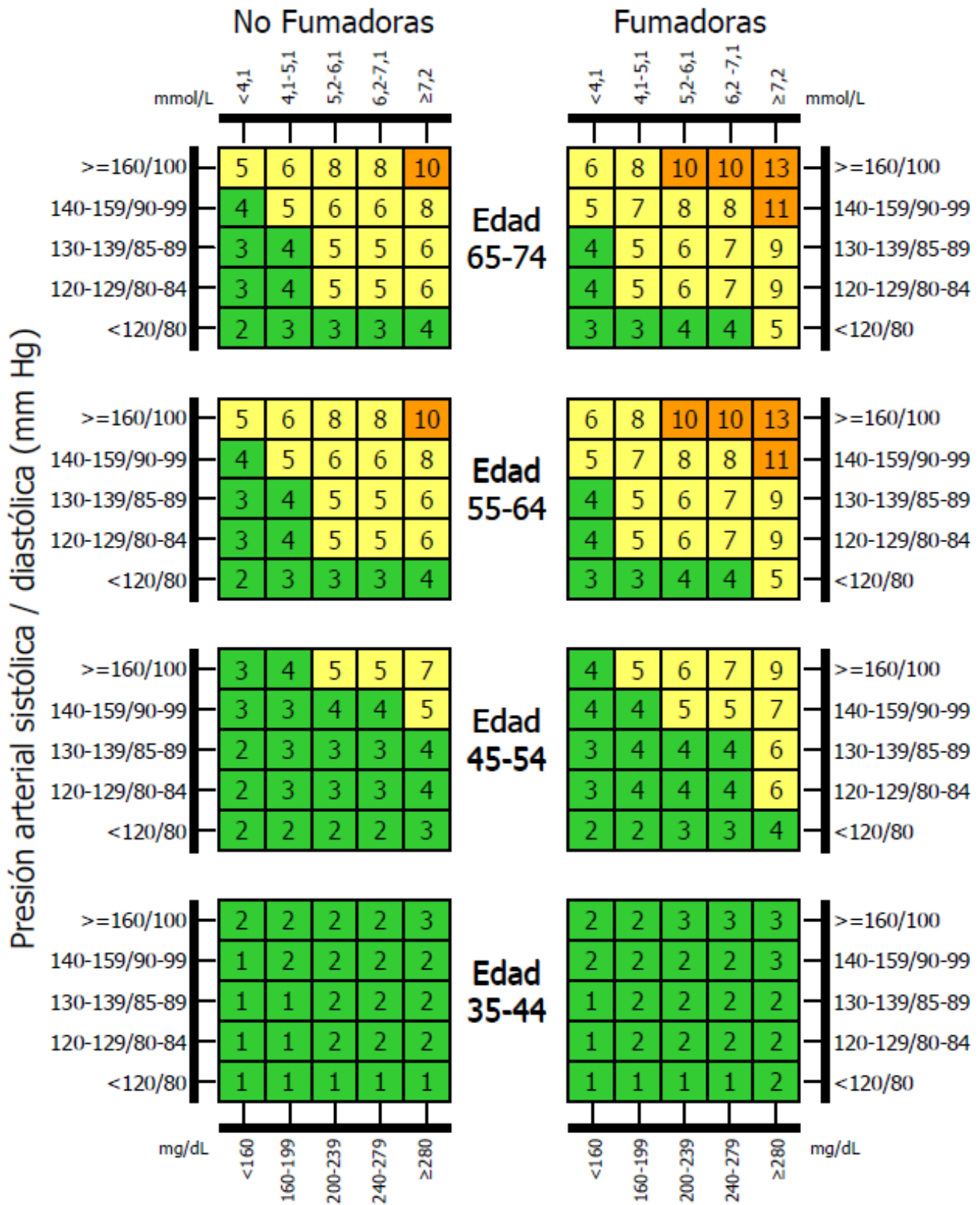


Riesgo a 10 años

Muy alto	≥ 15%
Alto	10-14%
Moderado	5-9%
Bajo	<5%

Si el colesterol HDL <35 mg/dL: riesgo real ≈ riesgo x 1,5
 Si el colesterol HDL ≥60 mg/dL: riesgo real ≈ riesgo x 0,5

Mujeres sin diabetes

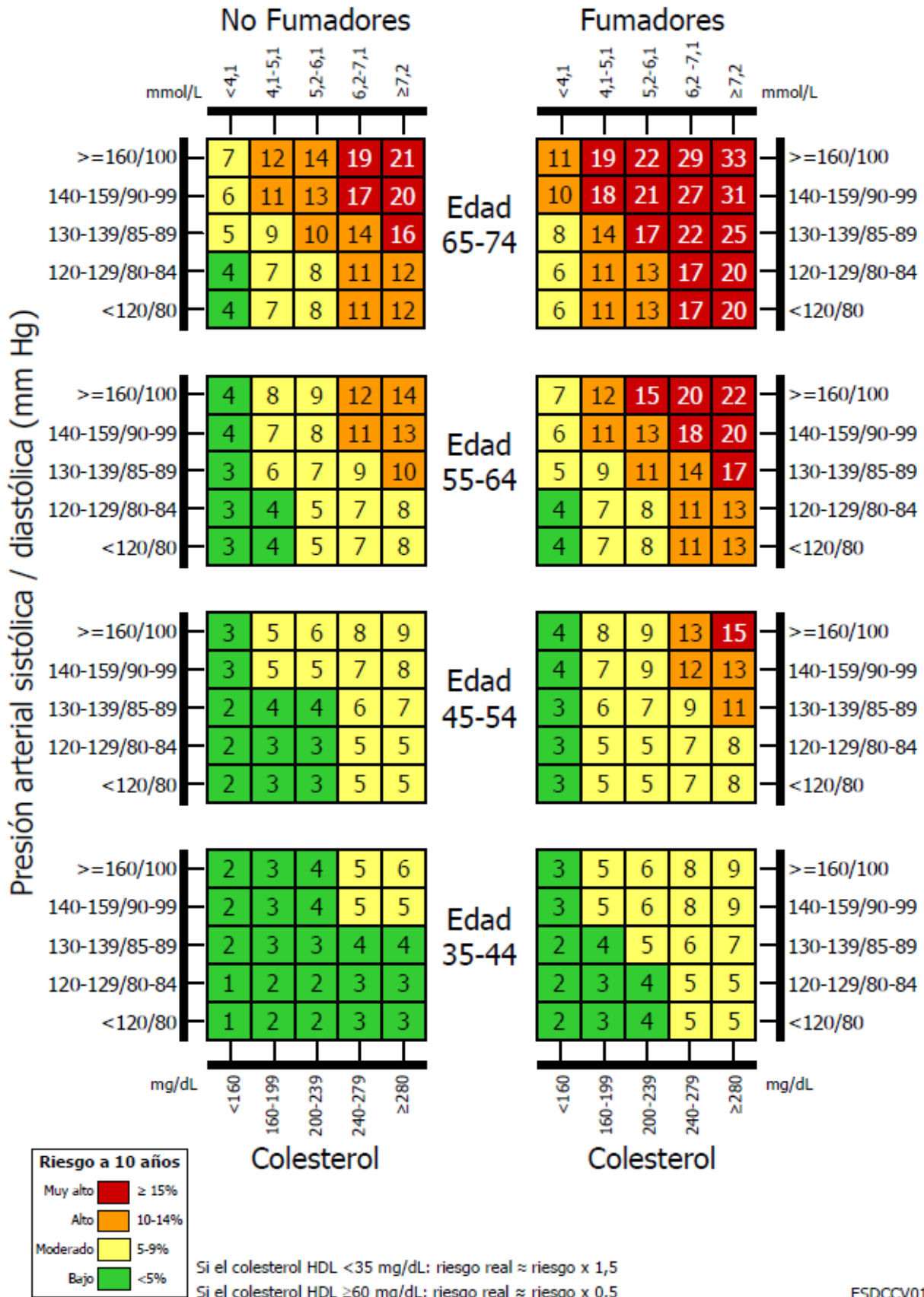


Riesgo a 10 años

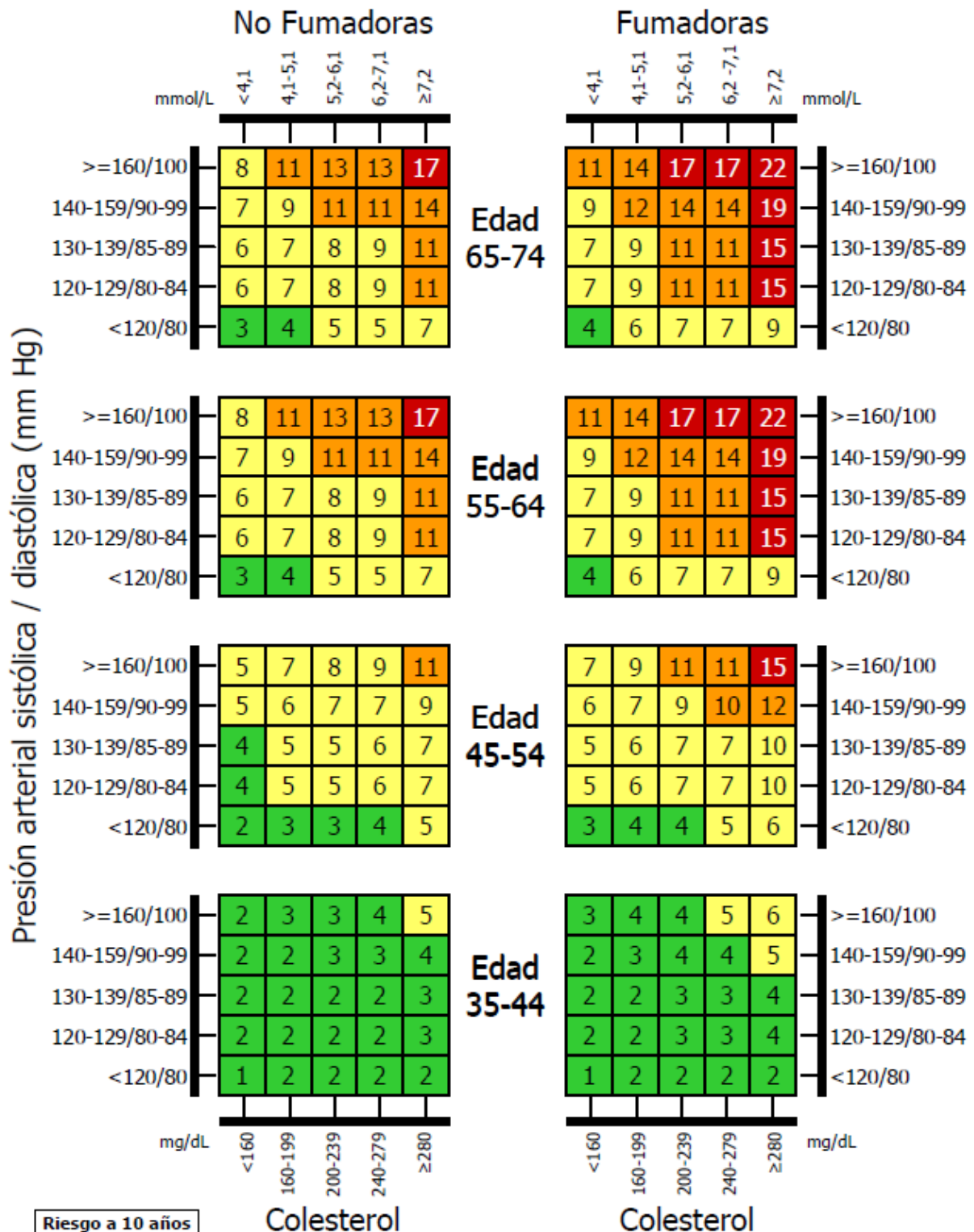
Muy alto	■	$\geq 15\%$
Alto	■	10-14%
Moderado	■	5-9%
Bajo	■	$< 5\%$

Si el colesterol HDL < 35 mg/dL: riesgo real \approx riesgo x 1,5
 Si el colesterol HDL ≥ 60 mg/dL: riesgo real \approx riesgo x 0,5

Hombres con diabetes



Mujeres con diabetes



Riesgo a 10 años	
Muy alto	$\geq 15\%$
Alto	10-14%
Moderado	5-9%
Bajo	$< 5\%$

Si el colesterol HDL < 35 mg/dL: riesgo real \approx riesgo $\times 1,5$
 Si el colesterol HDL ≥ 60 mg/dL: riesgo real \approx riesgo $\times 0,5$

4. TÁBOA DE SCORE

O PAPPS recomenda o uso de esta táboa como método para calcular o risco cardiovascular de acordo coas recomendacións das Sociedades Científicas Europeas e do Ministerio de Sanidade. A táboa de SCORE encóntrase calibrada para a poboación española e o igual que as táboas anteriores, utiliza distintas combinacións de factores de risco cardiovascular (FRCV). O cambio mais relevante respecto as táboas previas é que introduce a enfermidade cardiovascular (ECV) en xeral, non so a enfermidade coronaria. Polo tanto, mide o risco de mortalidade cardiovascular os 10 anos, incluíndo mortes coronarias e de causa cerebrovascular.

As **variables** empregadas neste modelo son as seguintes:

Idade (40-65 anos)	Sexo
Colesterol total	Presión arterial sistólica
Tabaco si/non	

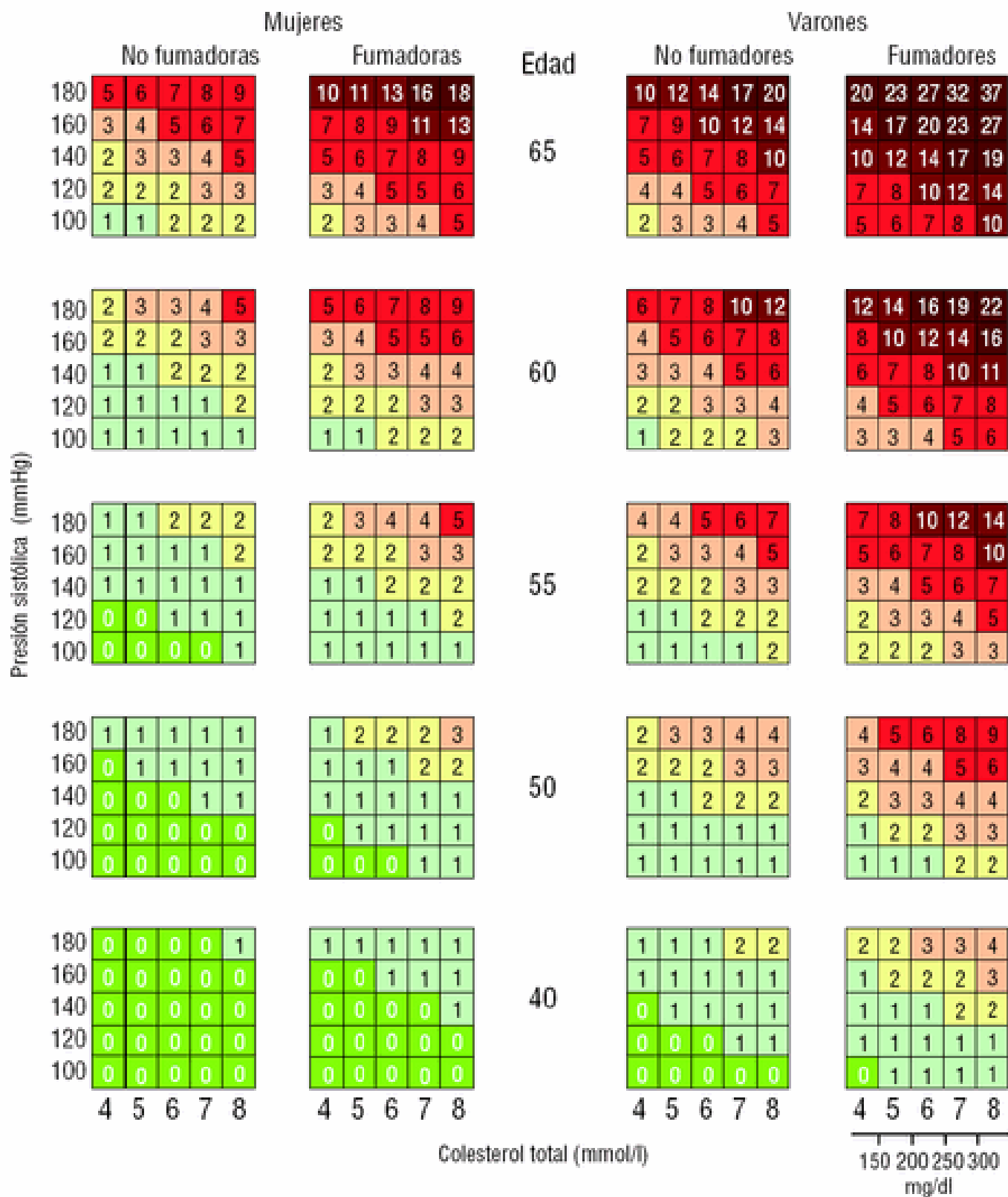
Esta guía considera a diabetes tipo 2 e a diabetes tipo 1 con microalbuminuria, como pacientes de alto RCV, polo que non se lles debe calcular o risco. Tamén considérase de alto RCV, aqueles nos cales aparece un factor de risco moi elevado (CT > 320 mg/dl-8,3 mmol/l, cLDL > 240 mg/dl-6,2 mmol/l ou unha PA > 180/110 mmHg).

A táboa de SCORE presenta as seguintes **vantaxes**:

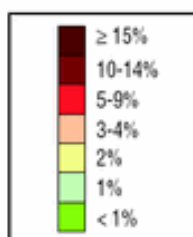
- É intuitiva e sinxela de empregar.
- Considera a natureza multifactorial da ECV.
- Calcula o risco de tódalas ECV.
- Está calibrada para a poboación española.

Entre as **desvantaxes** do sistema SCORE, destacan:

- Soamente pódese aplicar as persoas entre 40 e 65 anos.
- Mide o risco de morte CV aos 10 anos, non tendo en conta a morbilidade.
- No ten en conta a diabetes.
- Por outro lado, algúns autores consideran que a aplicación do SCORE a práctica clínica, comparado co Framingham clásico, deixa de considerar como de risco alto a un grupo de varóns de mediana idade (60 anos) co colesterol alto e PA mais baixa, mentres que clasifican como de alto risco a algunhas mulleres de idade mais avanzada co colesterol normal e cifras de PA elevadas; cambio significativo a hora de pautar tratamento con hipolipemiantes.



Riesgo cardiovascular en 10 años



5. ¿QUE TÁBOA DE RISCO ESCOLLER?

Se tivéramos que elixir un método ideal para calcular o risco cardiovascular e coronario, debería cumprir unha serie de condicións:

1. Que obteña o risco cardiovascular global. É conveniente que o método calcule o risco cardiovascular, non soamente o coronario.
2. Estar baseado en poboación española ou mediterránea, xa que non tódalas poboacións teñen igual RCV. De feito, dentro do noso país existen diferenzas importantes de taxa de morbilidade por ECV entre comunidades autónomas, polo que incluso deberíamos ter distintas táboas calibradas que tiveran en conta este feito.
3. Que tivera en conta o colesterol HDL: esta condición é importante, xa que o HDL da poboación española é diferente do que empregan algunhas táboas para súa elaboración.
4. Que inclúan a diabetes como factor de risco.
5. Incluír o rango de idade do noso paciente. Non se poden empregar táboas en menores de 30 anos ou maiores de 75 anos. En idades fora de rango a única opción é incluír a pacientes con a idade mais próxima que figura na táboa aínda sen saber realmente se o resultado é válido.
6. E finalmente, que sexa un método sinxelo de aplicar na práctica clínica.

En calquera caso, a táboa que se elixida, no debemos esquecer nunca o sentido clínico na nosa práctica habitual e considerar a cada paciente como tal e non como unha recadro de cor en unha táboa.

O Comité Español Interdisciplinario para a Prevención Cardiovascular emitiu un informe onde acepta o SCORE como método de referencia para a cuantificación do risco cardiovascular, xa que é a que cumpre coa meirande parte das características mencionadas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Guía Europea de Prevención Cardiovascular na Práctica Clínica. 2012.
- Programa de actividades preventivas para a saúde 2014 (PAPPS). Recomendacións preventivas cardiovasculares.
- Guía Clínica Basada na evidencia. Valoración clínica do risco cardiovascular. Xunta de Castela e León. Xerencia Rexional de Saúde; 2008.
- Protocolo de risco vascular, 2ª edición. Sociedade Española de Medicina Interna.



A G E F E C

Asociación galega de enfermaría familiar e comunitaria