

## Calculadora del riesgo cardiovascular según el estudio de Framingham calibrada por REGICOR

Sr. Director: El establecimiento de programas de prevención de la enfermedad cardiovascular requiere identificar a los pacientes con un perfil de riesgo más alto, de modo que se puedan definir políticas de priorización<sup>1</sup>.

Recientemente, el grupo de Jaume Marrugat desarrolló un proyecto para la calibración de la función, ya clásica, de riesgo cardiovascular del estudio de Framingham<sup>2</sup>. Esta función calibrada es conocida como la función REGICOR<sup>3,4</sup>.

Sin embargo, el cálculo del riesgo cardiovascular es complejo, lo que dificulta su aplicación en la práctica clínica. Para paliar este problema se han desarrollado tablas que permiten el cálculo de una manera sencilla. La precisión de las tablas queda, empero, limitada por cuestiones de espacio y simplificación. Esto sugeriría que el cálculo del riesgo cardiovascular en atención primaria era un prototipo válido para el desarrollo de una herramienta informática de soporte de la decisión clínica<sup>5</sup>.

Durante el trascurso de un proyecto de investigación europeo (SMARTIE), cuyo objetivo era el diseño de dichas herramientas, se implementó una calculadora de riesgo cardiovascular para la función de REGICOR.

La aplicación, que puede ser descargada y utilizada de manera gratuita de la web <http://www.juliobonis.com/mednotes/regicor.html>, permite el cálculo del riesgo cardiovascular, tanto según la fórmula original de Framingham como la calibrada por REGICOR.

Para ello, la calculadora solicita la introducción secuencial de las variables que constituyen los factores de riesgo, a saber: edad, sexo, presencia de diabetes, hábito tabáquico, colesterol total, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad y presión arterial.

La calculadora permite la generación de informes, de los que puede obtenerse una copia impresa.

**Palabras clave:** Cálculo del riesgo cardiovascular. Calculadora electrónica. Estudio de Framingham. Estudio REGICOR.

Entre las características de las calculadoras desarrolladas en el proyecto SMARTIE están: *a)* la presencia de elementos de ayuda contextual validados por clínicos; *b)* la referencia a las evidencias bibliográficas disponibles, y *c)* un proceso exhaustivo de prueba que confiere una alta fiabilidad a cada aplicativo.

La versión disponible se ejecuta a través de un navegador web, por lo que puede ser instalada tanto en un PC local como a través de una intranet o en internet. Requiere el uso de Internet Explorer 6.0 o superior.

**J. Bonis**

GRIB-IMIM-UPF Barcelona.  
Área 3. Madrid. España.

1. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. Eur Heart J. 1998;19:1434-503.
2. D'Agostino RB Sr, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. J Am Med Assoc. 2001;286:180-7.
3. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to southern Europe Mediterranean areas. J Epidemiol Comm Health. 2003;57:1-6.
4. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordon F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la función de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol. 2003;56:253-61.
5. Bonis J, Sancho JJ, Sanz F. Sistemas informáticos de soporte a la decisión clínica. Med Clin (Barc). 2004;122 Supl 1:39-44.

## Los últimos serán los primeros

Sr. Director: Otro año más contemplamos estupefactos cómo se cierran las agendas

**Palabras clave:** Accesibilidad. Planificación. Lista de espera.

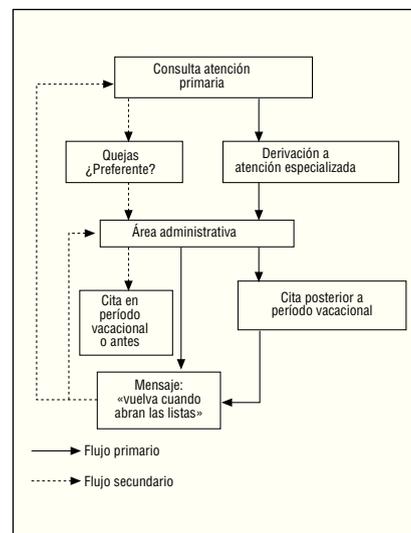


FIGURA 1 Movimiento del paciente.

para citarse en consultas de atención especializada hasta que decidan cuándo van a coger sus vacaciones.

Este fenómeno casi bíblico («Los últimos serán los primeros y los primeros, últimos» [Mateo 20: 16]) que acontece anualmente hace que pacientes que soliciten cita en abril pueden obtenerla en septiembre y, sin embargo, si la piden en mayo o junio pueden tener cita en 15-30 días, e incluso al día siguiente.

Además de la injusticia que supone, también representa una molestia para el paciente (disminución de la accesibilidad) y una sobrecarga para el sistema, dado que el paciente suele aceptar la cita que le dan («por si acaso») y vuelve posteriormente a ver si se la pueden adelantar o acude a su médico a quejarse e intentar buscar una solución (fig. 1).

Sabiendo que está en boga la planificación y luchar contra la lista de espera, ¿es acaso mucho pedir que en atención especializada soliciten sus vacaciones con 2 meses de antelación?

M.A. Gómez Medina<sup>a</sup>, S. Machín Hamalainen<sup>b</sup>, S.M. Grandes Velasco<sup>c</sup> y R. Maeso Corroto<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Delicias. Área 11. Madrid. España. <sup>b</sup>Centro de Salud El Espinillo. Área 11. Madrid. España. <sup>c</sup>Centro de Salud Castilla la Nueva. Área 9. Madrid. España. <sup>d</sup>Centro de Salud Panaderas II. Área 9. Madrid. España.