

Reynold's Risk Score ¿tiene utilidad en la práctica clínica en poblaciones de bajo riesgo?

Introducción. La estratificación de riesgo cardiovascular es el criterio fundamental para el tratamiento farmacológico con estatinas de los pacientes con hipercolesterolemia, y los de alto riesgo son los candidatos idóneos en que se ha demostrado el mejor coste-beneficio de las estatinas en prevención primaria¹⁻³. Sin embargo, hay una parte importante de la población con riesgo moderado o intermedio, en la que se plantea la duda respecto a si deben o no ser tratados con fármacos.

Ridker et al⁴, en su publicación en *JAMA* de 14 de febrero de 2007, han desarrollado algoritmos en mujeres, para intentar reclasificar a las de riesgo intermedio, bien en bajo riesgo (sin tratamiento) o alto riesgo (tratamiento). Entre ellos, un modelo simplificado, el Reynold's Risk Score, que utiliza, entre otras variables, la proteína C reactiva de alta sensibilidad.

Objetivo. Conocer la repercusión de esta escala al aplicarla en una población de mujeres con baja incidencia de eventos cardiovasculares. Conocer la distribución según riesgo y sexo por el método de Framingham por categorías (Wilson)⁵. Conocer la utilidad de la escala de Reynold's en mujeres.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Atención primaria.

Población. Sujetos de 40 a 75 años de la población adscrita al Centro de Salud Ventanielles-Colloto, seleccionados de forma aleatoria. El tamaño de la muestra (407 pacientes) se calculó para una prevalencia del 23% con un margen de error del 4% y asumiendo unas pérdidas del 15%. Hubo 49 (12%) pérdidas.

Mediciones principales. Clasificación de riesgo en 3 categorías: bajo (< 5%), intermedio (entre el 5 y el 19%) y alto (> 20%). Posteriormente, se aplicó la escala de Reynold's a mujeres a partir de las siguientes variables: edad, presión arterial sistólica, proteína C reactiva de alta sensibilidad, colesterol total,

TABLA 1 Clasificación del riesgo según Framingham por categorías (Wilson) y la escala de Reynold's

	RSS bajo (< 5%), n (%)	RSS intermedio (5-19%), n (%)	RSS alto (> 20%), n (%)	Total
FCW bajo (< 5%)	133 (88,1%)	18 (11,9%)	0	151
FCW intermedio (5-19%)	8 (38,1%)	12 (57,1%)	1 (4,8%)	21
FCW alto (≥ 20%)	0	0	0	0
Totales	141	30	1	172

FCW: Framingham por categorías (Wilson); RSS: Reynold's Risk Score.

ser fumador y antecedentes familiares de enfermedad coronaria precoz.

Resultados. De los 358 pacientes, se excluyó a 39 diabéticos y 19 pacientes que ya presentaban eventos cardiovasculares, por lo que se estudió a 300 pacientes (128 varones y 172 mujeres). La clasificación de riesgo de los varones (bajo, 14,8%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 9,4-22,5; intermedio, 74,2%; IC del 95%, 65,6-81,4; alto, 10,9%; IC del 95%, 6,3-18,0) es distinta de la de las mujeres (bajo, 88%; IC del 95%, 81,7-92,1; intermedio, 12%; IC del 95%, 7,9-18,3; alto, 0%) (p < 0,05). En las mujeres de riesgo intermedio según Framingham por categorías (Wilson) al aplicar la escala de Reynold's encontramos que el 43% cambia de categoría (el 38% pasa a riesgo bajo y el 5%, a riesgo alto) (tabla 1). El coeficiente kappa entre los dos métodos de Wilson y la escala de Reynold's en mujeres ha sido de 0,39 (error estándar = 0,073).

Conclusiones. A pesar de encontrar resultados similares a los publicados por Ridker et al⁴, en nuestro medio, se considera de bajo riesgo a un 88% de las mujeres, por lo que la escala de Reynold's tiene escasa utilidad en la práctica clínica, además de utilizar variables que no se manejan en atención primaria; sin embargo, es en la población masculina (el 74% de riesgo intermedio), en que sí sería muy útil un instrumento para discernir entre quiénes deben recibir tratamiento hipolipemiente.

Artemio Álvarez Cosmea,
Luis Díaz González,
Saúl Suárez García
y Vicente López Fernández

Centro de Salud Ventanielles. Colloto.
Oviedo. Asturias. España.

- Miguel García F, García Ortiz A, Montero Alonso MJ. Prevención primaria con estatinas, consensos y tablas de riesgo. *Aten Primaria*. 2005;36:31-8.
- Thavendiranathan P, Bagai A, Alan Brookhart M, Choudhry NK. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy. *Arch Intern Med*. 2006;166:2307-13.
- Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women. The Reynolds Risk Score. *JAMA*. 2007;297:611-9.
- Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB, et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*. 1998;97:1837-47.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular. Atención primaria. Mujeres.

- Villar Álvarez F. La prevención cardiovascular en España. Promoviendo el uso de recomendaciones. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:421-34.