

PROTOSCOLOS
RIESGO
VASCULAR

2.^a edición

ESP Julio ZAR 18

2.^a edición

Coordinadora

Carmen Suárez Fernández

CAPÍTULO III

Cuantificación del riesgo vascular. Escalas de estratificación de riesgo

JOSÉ IGNACIO CUENDE MELERO
Servicio de Medicina Interna
Complejo Hospitalario de Palencia. Palencia

CONCEPTO DE RIESGO ABSOLUTO

Riesgo, o riesgo absoluto, es la proporción de sujetos de una población que presentan cierta condición a lo largo de determinado período. En esta definición hay 3 conceptos importantes que se deben considerar detenidamente.

El primer concepto es la condición que pueden presentar los sujetos. Si la condición es un episodio coronario hablaríamos de *riesgo coronario*. Pero si es un suceso en cualquier territorio arterial hablaríamos de *riesgo cardiovascular o vascular*. Más adelante volveremos a este concepto.

En segundo concepto es el tiempo durante el que se puede presentar el episodio. Generalmente, se consideran 10 años, aunque hay escalas de riesgo que valoran el riesgo a 5 años o incluso períodos menores.

El tercer concepto es la población que se considera para valorar el riesgo. Si se considera el conjunto de sujetos que no han presenta-

do episodios cardiovasculares previos, que es lo habitual, se está hablando de riesgo en un ámbito de prevención primaria. Si se considera a la población global con y sin episodios previos se puede calcular el riesgo tanto en prevención primaria como secundaria.

El riesgo a escala individual se podría definir como la probabilidad que tiene un sujeto de sufrir un acontecimiento determinado a lo largo de cierto período. No hay que olvidar que realmente el riesgo es un concepto poblacional: si en una población determinada hay un riesgo del 15%, se puede decir que de cada 100 sujetos 15 presentarán un evento, pero quizá no se pueda determinar perfectamente qué 15 sujetos son los que lo presentarán. Cuando decimos que un sujeto tiene un riesgo cardiovascular a 10 años del 15% significa que dicho sujeto tiene unas posibilidades del 15% de presentar en los próximos 10 años un episodio cardiovascular.

RIESGO RELATIVO Y OTROS INDICADORES

Riesgo relativo (RR) es el cociente entre el riesgo de un sujeto y el riesgo de otro sujeto tomado como referencia, por ejemplo, un sujeto con los factores de riesgo cardiovascular controlados. Si un sujeto tiene un riesgo relativo de 3 significa que su riesgo es 3 veces mayor que el de un sujeto de la misma edad y sexo con los factores de riesgo cardiovascular controlados.

La reducción absoluta de riesgo (RAR) es la magnitud que determina cuánto se reduce el riesgo cuando disminuimos los valores de los factores de riesgo cardiovascular. Por ejemplo, si un sujeto fumador tiene un riesgo cardiovascular del 18%, y dejando de fumar éste es del 12%, dejar de fumar le supone a dicho sujeto una RAR del 6%. Es equivalente a la diferencia de riesgos.

La reducción relativa de riesgo (RRR) es el cociente entre la reducción absoluta de riesgo y el riesgo absoluto inicial. En el ejemplo anterior, la RRR es del 33% ($6\%/18\% = 0,33 = 33\%$). En los ensayos clínicos con frecuencia se emplea la RRR, pero en nuestra actividad clínica es más interesante el concepto de número de pacientes que es necesario tratar para evitar un evento (NNT). El NNT se calcula como el inverso de la RAR: $NNT = 1/RAR$, redondeado al alza, y se interpreta como el número de sujetos iguales que hay que tratar para evitar un episodio cardiovascular. En nuestro ejemplo, $NNT = 1/0,06 = 16,7$, es decir, 17; es necesario que 17 sujetos como el nuestro dejen de fumar para evitar un episodio cardiovascular.

RIESGO CORONARIO Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Anteriormente hemos hablado de riesgo coronario y riesgo cardiovascular, según consideremos los episodios coronarios solamente o los que ocurren en cualquier territorio vascular, pero aún podemos afinar más la definición de episodio.

Si ocasiona la muerte hablaríamos de episodio coronario o cardiovascular *fatal*. Si es mortal o no mortal manejamos el concepto de riesgo *global*. Dentro del riesgo coronario podemos hablar de episodios duros (*riesgo coronario duro*) a los que comprenden al infarto de miocardio mortal o no mortal; algunos autores incluyen también a la angina inestable dentro de los episodios duros.

Cada método de cuantificación del riesgo emplea un concepto diferente, por lo que a veces no son comparables. Como aproximación, se dice que el riesgo coronario duro supone dos tercios del riesgo coronario global y que el riesgo cardiovascular es de

cuatro tercios del riesgo coronario. Es preferible utilizar la escala adecuada al concepto que estemos utilizando y no hacer estas aproximaciones.

ESCALAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS

Según la escala de medida del riesgo vascular podemos hablar de métodos cuantitativos, si nos dan un resultado numérico concreto (p. ej., el 17%), o cualitativos, si nos dan un valor aproximado o categórico del riesgo (p. ej., riesgo moderado). En la mayoría de los métodos cuantitativos se acepta como riesgo bajo un riesgo inferior al 10%; riesgo medio cuando el resultado es entre el 10 y el 20%, y riesgo alto cuando es igual o superior al 20%. Hay otras subdivisiones, aunque de menos interés, como riesgo muy alto, bajo-moderado y moderado-alto. Una excepción importante a esta regla de conversión entre riesgo cuantitativo y cualitativo es el que ofrece el método SCORE, como se verá más adelante, en el que el punto de corte para definir riesgo alto es el 5%, ya que valora riesgo cardiovascular fatal.

Los métodos cuantitativos emplean unas ecuaciones o funciones para calcular exactamente el riesgo vascular. Para simplificar su utilización se han publicado diversas adaptaciones, como tablas de puntuaciones numéricas, que nos ofrecen una aproximación cuantitativa al resultado de la ecuación de base, y gráficos o tablas de colores que ofrecen un resultado aproximado cualitativo, por lo que podríamos definirlos como métodos mixtos.

A continuación repasaremos los métodos de cuantificación de riesgo vascular más utilizados en nuestro medio. Algunas publicaciones sólo ofrecen métodos de cuantificación de riesgo cardiovascular; en cambio, otras son guías de actuación ante enferme-

dades cardiovasculares que pueden incluir o no algún sistema de cuantificación.

MÉTODOS CUALITATIVOS

En 2003 se han publicado las guías de tratamiento de hipertensión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología y de la Sociedad Española de Cardiología, que aportan sus correspondientes tablas de estratificación del riesgo cardiovascular. También, en el mismo año, se ha publicado el séptimo informe del Joint National Committee (JNC 7) americano sobre hipertensión, que no propone ningún método de cuantificación.

Estratificación del riesgo según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión, 2003

Según la última guía de manejo de la hipertensión de la OMS¹ del año 2003, la estratificación del riesgo cardiovascular se debe hacer según el grado de hipertensión arterial, la presencia de condiciones clínicas asociadas (diabetes, enfermedad cerebrovascular o coronaria, enfermedad renal y arteriopatía periférica), lesión de órganos diana (hipertrofia ventricular izquierda, microalbuminuria, placas ateroscleróticas y retinopatía hipertensiva avanzada) y el número de factores de riesgo presentes (edad [varón > 55 años, mujer > 65 años], tabaquismo, colesterol total > 240 mg/dl o colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad [cLDL] > 160 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad [cHDL] < 40 mg/dl en varones y < 45 mg/dl en mujeres, historia familiar precoz de enfermedad cardiovascular [en familiares de primer grado a edad inferior a 50 años] y obesidad/sedentarismo).

Tabla 1. Tabla para la estratificación del riesgo cardiovascular, según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión (2003).

	Presión arterial (mmHg)		
	140-159/90-99 (HTA grado I)	160-179/100-109 (HTA grado II)	≥ 180/110 (HTA grado III)
Ausencia de factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
1 o 2 FR	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo alto
> 2 FR o LOD o CCA	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto

Véanse en el texto los distintos factores de riesgo, las lesiones de órgano diana y las condiciones clínicas asociadas.

FR: factor de riesgo; LOD: lesión de órgano diana; CCA: condición clínica asociada.

Valora el riesgo a 10 años de episodios cardiovasculares mayores (infarto de miocardio y cerebral fatal o no fatal), considerando riesgo bajo como < 15%; medio, 15-20%, y alto > 20%. Se puede utilizar en prevención secundaria, en cuyo caso el resultado siempre es de riesgo alto.

Es un método sencillo que puede memorizarse (**tabla 1**). En su contra podemos decir que es una guía orientada exclusivamente al paciente hipertenso.

Estratificación del riesgo según las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología, 2003

Las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología han publicado en 2003 una guía de tratamiento de la hipertensión con una tabla de estratificación del riesgo similar a la de la OMS, incluyendo la categoría de riesgo muy alto cuando éste es superior al 30%. Posee 2 características que la diferencian de la tabla de la OMS:

contempla también al paciente normotenso e incluye a la proteína C reactiva como un marcador de riesgo, considerando valores iguales o superiores a 1 mg/dl como un factor de riesgo que se debe tener en cuenta para estratificar. Como guía es más exhaustiva que la de la OMS, pero como tabla para estratificar es muy similar a la anterior. Valora el riesgo cardiovascular total a 10 años.

Estratificación del riesgo según la Sociedad Española de Cardiología, 2003

La Sociedad Española de Cardiología ha actualizado en 2003 su guía² y su tabla de estratificación del riesgo de 2000. Comparte con las 2 anteriores su orientación hacia el paciente hipertenso. Comparte con la tabla de las sociedades europeas las mismas categorías de riesgo, pero no considera como factores mayores de riesgo vascular ni la obesidad ni la proteína C reactiva.

MÉTODOS CUANTITATIVOS

La mayoría de las tablas de riesgo vascular basadas en métodos cuantitativos derivan del estudio Framingham, que ha producido, a lo largo de los años, múltiples funciones o ecuaciones de riesgo. Existen adaptaciones de dichas ecuaciones elaboradas por diferentes sociedades científicas españolas o internacionales, como, por ejemplo, las tablas de las sociedades británicas, europeas, de Nueva Zelanda, de Sheffield... que no revisaremos excepto la calibrada en España. Como ofrecen un resultado cuantitativo, permiten calcular riesgos relativos y NNT en simulaciones de intervenciones terapéuticas sobre el paciente. Excepto si se menciona expresamente, calculan el riesgo en prevención primaria. También del estudio de Framingham derivan ecuaciones y tablas para el cálculo de riesgo de accidentes cerebrovasculares, aunque su utilización en nuestro medio ha sido escasa.

Tabla 2. Tabla por puntos para el cálculo del riesgo coronario según la tabla clásica de Anderson, del estudio Framingham. Sumar los puntos que corresponden a los valores de cada variable. Según el total de puntos, se obtiene el riesgo coronario a los 10 años en la parte inferior de la tabla.

Tabla clásica de predicción del riesgo coronario del estudio de Framingham

Mujeres (edad)	Puntos	Hombres (edad)	Puntos	cHDL (mg/dl)	Puntos
30	-12	30	-2		7
31	-11	31	-1	27-29	6
32	-9	32-33	0	30-32	5
33	-8	34	1	33-35	4
34	-6	35-36	2	36-38	3
35	-5	37-38	3	39-42	2
36	-4	39	4	43-46	1
37	-3	40-41	5	47-50	0
38	-2	42-43	6	51-55	-1
39	-1	44-45	7	56-60	-2
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		

Puntos y riesgo coronario a los 10 años

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

Tabla 2. (Continuación)

Colesterol (mg/dl)	Puntos	PAS (mmHg)	Puntos	Otros	Puntos
139-151	-3	98-104	-2	Tabaquismo	
152-156	-2	105-112	-1	Diabetes varones	3
167-182	-1	113-120	0	Diabetes mujeres	6
183-199	0	121-129	1	HVI	9
200-219	1	130-139	2		
220-239	2	140-149	3		
240-262	3	150-160	4		
263-288	4	161-172	5		
289-315	5	173-185	6		
316-330	6				

Existen otros métodos cuantitativos no derivados de Framingham: PROCAM, INDANA, SCORE... Este último se revisará después.

Tabla de Framingham “clásica”, de Anderson (1991)

Esta tabla de 1991 se considera la clásica del estudio Framingham³, ya que ha dado origen a distintas adaptaciones y versiones, aunque no es la primera derivada de dicho estudio. Calcula el riesgo coronario global a 10 años. Inicialmente se publicaron las ecuaciones en las que se tenían en cuenta las siguientes variables: edad en años, sexo, presencia de tabaquismo, presencia de diabetes, presencia de hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica, colesterol total, cHDL y presión arterial sistólica. Posteriormente, se publicaron unas tablas por puntos (**tabla 2**),

según los valores de las diferentes variables, para simplificar el cálculo y que son las que se han empleado casi universalmente, bien en su formato original o en diversas adaptaciones.

Tablas de riesgo de Framingham por categorías de Wilson (1998) y de Grundy (1999)

Estas tablas, procedentes del estudio de Framingham, utilizan categorías de los valores de los distintos factores de riesgo: sexo, edad, colesterol total o cLDL, cHDL, presión arterial sistólica y diastólica, diabetes y tabaquismo. Se ha publicado la ecuación original, así como unas tablas por puntos para obtener el riesgo coronario total a los 10 años.

Las tablas de Wilson se han adaptado recientemente a nuestro medio, con datos de Gerona, con lo que se ha obtenido la conocida “ecuación de Framingham adaptada” (2003), que se comentará más adelante.

Nuevas tablas de Framingham (D’Agostino, 2000)

Basadas en un modelo matemático nuevo, tienen una serie de características diferenciadoras. Hay tablas para la prevención primaria y otras para la prevención secundaria (para sujetos con antecedentes de enfermedad cardiovascular sintomática previa). Siguen valorando el riesgo coronario total pero a corto plazo (de uno a 4 años). Se incorporan nuevas variables, como los valores de triglicéridos, el consumo de alcohol, la menopausia en las mujeres y la presencia de tratamiento antihipertensivo. Además de las ecuaciones, se ofrecen tablas por puntos para el cálculo del riesgo coronario global a 2 años para varones y mujeres en prevención primaria y secundaria.

Tablas de Framingham del Tercer Panel de Expertos del Programa Nacional de Educación sobre Colesterol (2001)

El Tercer Panel de Expertos (ATP-III) del Programa Nacional de Educación sobre Colesterol (NCEP) americano ha publicado una guía de tratamiento del paciente dislipémico que utiliza una nueva tabla de puntos de riesgo coronario procedente del estudio de Framingham. Dicha tabla calcula el riesgo coronario duro a 10 años, teniendo en cuenta las variables de sexo, edad, colesterol, cHDL, tabaquismo, presión arterial sistólica y presencia o no de tratamiento antihipertensivo. Considera la diabetes como un equivalente de alto riesgo coronario (más del 20%). Esta guía hace referencia especial al síndrome metabólico, con nuevos criterios diagnósticos, pero no lo incluye como tal, o sea como un factor que debe tenerse en cuenta en la estratificación del riesgo.

Tablas calibradas del estudio de Framingham en España (2003)

Recientemente se han publicado unas tablas de colores de riesgo coronario, derivadas de la ecuación por categorías de Wilson del estudio de Framingham. Como hemos visto, la mayoría de las tablas y los sistemas de estratificación derivan del estudio de Framingham, población americana no equiparable a la española, por lo que sobrevaloran el riesgo coronario de una población como la española, de bajo riesgo cardiovascular. Una solución es la adaptación de las tablas de riesgo del estudio Framingham a la sociedad española. Esta adaptación se realizó en el año 2003 con datos de la población de Gerona que, introducidos en la ecuación por categorías de Wilson, permiten una estimación del riesgo coronario más acorde a nuestra realidad nacional⁴.

La tabla, que deriva de la ecuación calibrada, valora el riesgo coronario global a 10 años, teniendo en cuenta las cifras de presión arterial sistólica y diastólica y la colesterolemia, según la edad, el sexo, el tabaquismo y la presencia de diabetes, suponiendo unas cifras de cHDL de 35-39 mg/dl.

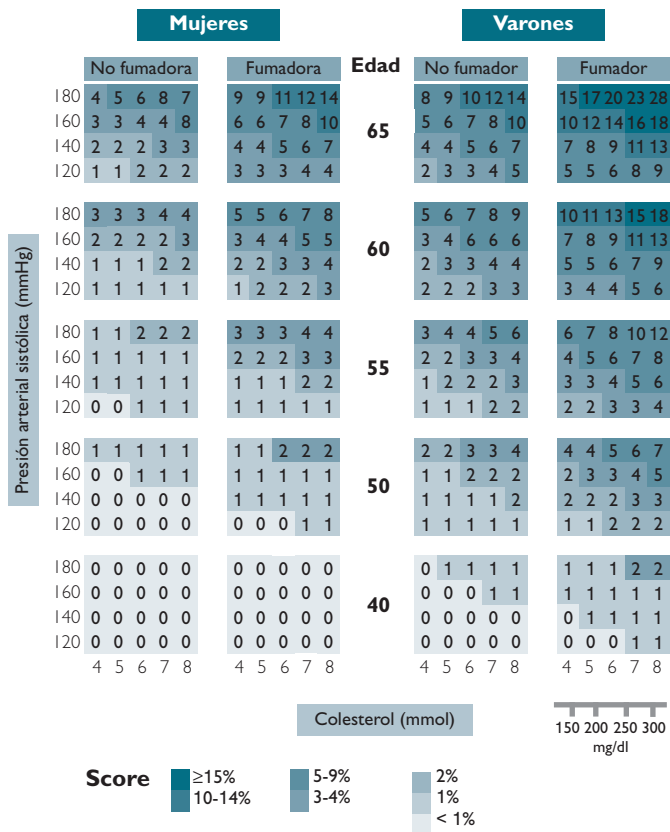
Se ha demostrado la utilidad de la ecuación calibrada mediante un estudio de casos y controles en Barcelona en 2003.

Proyecto Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) (2003)

En 2003 se han publicado unas nuevas ecuaciones y tablas de riesgo cardiovascular con datos europeos⁵ y que han sido tomadas como referencia por el tercer comité interdisciplinario europeo constituido por las Sociedades Europeas de Diabetes, Aterosclerosis, Cardiología, Hipertensión y Medicina General/ Medicina de Familia, entre otras, para la creación de las nuevas guías europeas de prevención cardiovascular. Estas tablas son el fruto del proyecto SCORE (**fig. 1**). A continuación, mencionaremos las características fundamentales de este proyecto.

En el proyecto SCORE se han utilizado los datos de 14 estudios de 12 países europeos, entre ellos España (con 3 estudios). Aunque la mayoría de los estudios son poblacionales, se han incluido algunas cohortes ocupacionales procedentes de países de bajo riesgo cardiovascular, entre ellas 2 de Cataluña. Seis estudios, entre ellos las 2 cohortes ocupacionales españolas, se han realizado sólo con varones. Se ha estudiado a 88.080 mujeres y a 117.098 varones, con una media de seguimiento de más de 13 años, y se han observado 7.934 muertes cardiovasculares, de las cuales 5.652 fueron de origen coronario.

Figura 1. Tabla de colores para el cálculo del riesgo cardiovascular fatal, según el proyecto SCORE, para países de bajo riesgo cardiovascular, como España. Elegir la cuadrícula que corresponda al paciente según edad, sexo y tabaquismo, y obtener el riesgo según los valores de presión arterial sistólica y de colesterolemia. (Eur Heart J 2003; 24: 987-1003.)



Se han calculado ecuaciones de riesgo para países de alto riesgo cardiovascular y otros de bajo riesgo cardiovascular, como España. El riesgo calculado es cardiovascular fatal a 10 años, y consiste en la suma de 2 componentes separados: riesgo de muerte coronaria y riesgo de muerte cardiovascular no coronaria, a 10 años.

Se considera como umbral para definir alto riesgo cardiovascular el 5% de riesgo fatal cardiovascular, que sustituye al 20% de riesgo coronario total. Las tablas se deben emplear en prevención primaria.

Se calcularon tablas teniendo en cuenta el colesterol total o el cociente colesterol total/cHDL, y se obtienen tablas equivalentes, por lo que es suficiente considerar sólo el colesterol total para el cálculo del riesgo.

Las tablas, diferentes para países de alto y bajo riesgo cardiovascular, presentan cuadrículas de colores en base al colesterol total y presión arterial sistólica según la edad, el sexo y el tabaquismo.

Aunque en las cohortes originales se incluyeron sujetos diabéticos, el método diagnóstico y el registro de diabetes ha sido muy diferente de unas cohortes a otras, por lo que se decidió no introducir a la diabetes como variable de estratificación. No obstante, recomiendan como aproximación para sujetos diabéticos multiplicar por 2, en el caso de los varones, y por 4, en el caso de las mujeres, el riesgo obtenido por las tablas.

LIMITACIONES DE LAS TABLAS DE RIESGO VASCULAR

Una de las principales limitaciones de las tablas es su aplicación a poblaciones concretas diferentes de la población de origen que

se utilizó para crear las tablas. Todas las tablas o ecuaciones que derivan del estudio de Framingham sobreestiman el riesgo coronario en la población española, de menor riesgo cardiovascular a unos mismos valores de los diferentes factores de riesgo. Por ello, se ha intentado calibrar una ecuación procedente de dicho estudio a diferentes poblaciones. Así, como se ha explicado, la tabla por categorías de Wilson se ha calibrado con los datos poblacionales de Gerona, más acorde a la realidad española.

Las tablas derivadas del proyecto SCORE, aunque obtenidas a partir de diferentes poblaciones europeas, es posible que no representen correctamente a la población española, aunque utilizan las tablas específicas para poblaciones de bajo riesgo, ya que son varios los estudios que incluyen sólo a varones y los que utilizan cohortes ocupacionales. En cualquier caso, se ajustan más a la población española que las originales derivadas de Framingham.

Otra limitación muy importante es que utilizan sólo un número determinado de factores de riesgo para calcular el riesgo. Se conocen factores de riesgo independientes que no se han incluido en ninguna tabla de riesgo. Por ello, los métodos cuantitativos pueden no determinar correctamente el riesgo, al incluir un mínimo número de variables en sus modelos. En cambio, los métodos cualitativos pueden considerar más factores de riesgo estratificando el nivel de riesgo según el número de factores de riesgo presentes; recordemos que la tabla de las Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión es la única que incluye la proteína C reactiva como factor de riesgo. En su contra, los métodos cualitativos sólo dan una aproximación categórica al grado de riesgo y no permiten un cálculo de los NNT.

Para evitar estos problemas, las tablas del ATP-III hacen una aproximación mixta al problema: dentro de la prevención primaria,

consideran que si no se tienen factores de riesgo o sólo se tiene uno, no haría falta cuantificar el riesgo, ya que siempre se considera bajo; si está presente la diabetes tampoco es necesario cuantificar, porque se considera ya un riesgo alto, y sólo es preciso estratificar en las demás condiciones. Quizá esta aproximación tampoco sea aplicable a España, donde la diabetes puede suponer diferente riesgo cardiovascular que en la sociedad norteamericana.

Estas limitaciones metodológicas ocasionan la tercera limitación, que puede ser la más preocupante. Las tablas pueden estratificar o cuantificar bien el riesgo a escala poblacional, pero no corresponderse correctamente con el riesgo real de una persona concreta. En este terreno se han hecho pocos estudios, y uno de los realizados en nuestro medio ha sido un estudio de casos y controles, con la ecuación calibrada de Framingham, donde se demuestra que el grado de riesgo del 20% es el que mejor clasifica a los casos y controles, con un 70% de buenas clasificaciones. Sería necesario realizar estudios similares a escala poblacional.

¿QUÉ TABLA DE RIESGO ELEGIR?

Hemos visto las características de las diferentes tablas y para responder a esta pregunta mencionaremos las características o condiciones que debería cumplir una tabla ideal.

Dentro de las características necesarias podemos señalar las siguientes:

1. La característica más importante es que sea una tabla fácil de aplicar para que la utilicen los médicos.
2. Que esté basada en la población española o una similar a la nuestra.

3. Que valore el riesgo cardiovascular y no sólo el coronario.
4. Que utilice el máximo número de variables de interés clínico y fáciles de medir, incluyendo el cHDL, sin que ello suponga una complicación excesiva que fuera en contra del primer punto.
5. Que tenga en cuenta la diabetes de una forma o de otra. Sería discutible si como variable dicotómica, como factor de corrección al resultado final o con una medida clínico-analítica a introducir en las ecuaciones.
6. Que supongan una auténtica evaluación integral del paciente y no estén sólo enfocadas al paciente hipertenso (como las tablas de la OMS) o al dislipémico (tablas de Sheffield).

En cualquier caso, cualquiera que sea la tabla elegida, no debemos olvidar nunca el sentido clínico en nuestra práctica habitual y considerar a cada paciente como tal y no como una casilla de color en una tabla.

El Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC) emitirá, en breves fechas, un informe o guía donde se aceptará al SCORE como método de referencia de cuantificación de riesgo cardiovascular, ya que es la que cumple con la mayoría de las características mencionadas.

Bibliografía

1. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1983-92.
2. González-Juanatey JR, Mazón Ramos P, Soria Arcos F, Barrios Alonso V, Rodríguez Padial L, Bertomeu Martínez V. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:487-97.

3. Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, Kannel WB. An update coronary risk profile: a statement for health professionals. *Circulation* 1991;83: 356-62.
4. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:253-61.
5. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al, SCORE Project Group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.