

PRIMARIA CAMFIC REIVINDICA EL SISTEMA DE CÁLCULO AUTOMÁTICO

## Las tablas de riesgo CV están infrutilizadas

→ La detección precoz de los pacientes con riesgo cardiovascular y el control de las enfermedades coronarias es una prioridad para los médicos de familia, según se ha insistido en el congreso de la Camfic.

■ M<sup>a</sup> Carmen Rodríguez

Las tablas de cálculo de riesgo cardiovascular constituyen un método diagnóstico clave para detectar a los pacientes de riesgo. Sin embargo, aún no se han logrado implantar en primaria debido fundamentalmente a la multiplicidad de métodos y la falta de tiempo. Además, según ha afirmado Joan Josep Cabré, presidente del comité científico del XXI Congreso de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic), celebrado en Salou, la presión asistencial y el escepticismo de algunos profesionales acerca de su valor predictivo explican que en la actualidad el sistema de cálculo esté infrutilizado.

"Aunque existen varias tablas que ayudan a calcular el riesgo cardiovascular, no hay unanimidad entre las instituciones científicas y los facultativos sobre cuál de todas ellas predice mejor el riesgo global del paciente", ha apuntado Cabré.

**Solana: "No podemos pedir a los facultativos que utilicen una herramienta si desde los servicios de salud no tienen clara una estrategia preventiva"**

Conscientes de este hecho, los médicos de primaria catalanes han expuesto las ventajas que tiene su uso como ayuda para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Carles Brotons, del Centro de Salud Cerdeña, en Barcelona, cree que, aunque la tabla de cálculo es eficaz "como todo sistema de cálculo, el método tiene sus limitaciones. "La sensibilidad no supera el 50 por ciento y no incluye otros factores de riesgo que inciden en el pronóstico de la patología, como la obesidad, la intolerancia a la glucosa y los antecedentes familiares de patología cardiovascular precoz".

Pascual Solana, coordina-

dor de la Unidad Docente de Camfyc en Gerona, recuerda las carencias del sistema en materia de prevención. "No podemos pedir a los facultativos que utilicen una herramienta si desde los servicios de salud no tienen clara una estrategia y si además hay poca evidencia científica sobre su eficacia en nuestro ámbito". Pese a la tendencia actual del médico a obviar este método, Solana asegura que la situación mejorará gracias a la validación de Regicor, adaptación de la tabla de Framingham teniendo en cuenta las características de la población española.

**Sin etiquetar**

Por su parte, Lluís Massana, catedrático de la Universidad Rovira y Virgili, en Tarragona, considera un error basar la política de prevención cardiovascular en el uso de tablas de cálculo. "El valor predictivo de estas ecuaciones es bajo y deja a muchos sujetos con riesgo sin etiquetar".

Cree que es necesario dar un paso más en la detección de riesgo cardiovascular y apostar por la estimación de riesgo mediante la evaluación de la arterioesclerosis en diferentes lechos vasculares con pruebas de imagen como el estudio de la función endotelial -en fase de investigación-, el grosor íntima-media en la pared de la carótida -reservado a unidades de riesgo-, y la medición del índice tobillo-brazo. El problema, según Massana, es que en primaria sólo es viable la tercera fórmula, "pero no todos los centros disponen de esta herramienta "muy útil para la estratificación de riesgo en la consulta".

En cualquier caso, no hay que olvidar que el primer paso que ha de seguir el médico es modificar los hábitos de riesgo. Sin embargo, la actitud terapéutica del facultativo en este ámbito no es suficiente. "La modificación de los hábitos de vida exige un cambio de actitud y mucha voluntad por parte del enfermo que requiere un abordaje más profesionalizado, lo que se traduce en personal técnico formado e infraestructuras".