

7. ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR. ALGORITMO GENERAL DE ACTUACIÓN.

El objetivo de la prevención cardiovascular es reducir el riesgo cardiovascular y no el mero control de los factores de riesgo de forma independiente.



Hasta hace algo más de una década, las recomendaciones clínicas en la prevención cardiovascular iban dirigidas fundamentalmente al manejo independiente de sus factores de riesgo (FR) ("estrategia unifactorial"), especialmente hacia la hipertensión y la hipercolesterolemia. Con este enfoque, y de forma sistemática, se fueron elaborando por los respectivos paneles de expertos y de forma independiente sucesivas guías para el abordaje de cada uno de los factores de riesgo. Así, se difundieron guías de actuación para pacientes con hipertensión arterial¹, con dislipemia^{2,3}, con diabetes mellitus^{4,5}, etc.

Se aplicaba pues una estrategia orientada meramente a la prevención y control de los factores de riesgo^{6,7}. Esta estrategia presentaba importantes limitaciones tales como, no considerar la interdependencia o el efecto multiplicador y sinérgico que presentan los distintos factores de riesgo al presentarse en una misma persona. En estos casos, la práctica clínica estaba basada en la aplicación aditiva de las recomendaciones recogidas en las diversas guías que le fueran de aplicación a un individuo en particular según los factores de riesgos que estuvieran presentes⁸.

La idea de entender la enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) como una única entidad nosológica con carácter multifactorial ha ido cobrando cada vez mayor importancia en los últimos años. En este contexto, la cardiopatía isquémica, el ictus aterotrombótico, la claudicación intermitente, la estenosis carotídea, etc. son interpretadas como distintas manifestaciones de esta única entidad nosológica: la enfermedad vascular aterosclerótica. Estas manifestaciones comparten no sólo factores de riesgo e intervenciones comunes, sino además una fisiopatología común centrada en la disfunción endotelial.

Surge así la denominada estrategia orientada a la prevención y control de la enfermedad vascular, en contraposición a la orientada a la prevención y control de los factores de riesgo^{9,11}. Para su desarrollo se exige, entre otras, una metodología de trabajo en la que cobra protagonismo el riesgo cardiovascular (RCV) del individuo más allá de la presencia o ausencia de determinados factores de riesgo, planteándose con ello la necesidad de la estimación individual de este riesgo y su posterior incorporación en la toma de decisiones del clínico.

El Riesgo Cardiovascular expresa la probabilidad de sufrir un evento de la enfermedad vascular aterosclerótica en un determinado período de tiempo, generalmente 5 o 10 años*.

* La explicación en la práctica de este hecho es que de 100 personas con un mismo porcentaje de riesgo cardiovascular (Ej. RCV de 21%), de esas 100 personas, 21 desarrollaran una Enfermedad Vascular Aterosclerótica en los próximos 5 o 10 años.

De esta forma, la toma de decisiones en un paciente en particular se ha de basar en riesgos absolutos, tal como propuso en años anteriores Geoffrey Rose, reservándose los riesgos relativos para la investigación.

Así pues, en la actualidad el objetivo es reducir el riesgo absoluto de los individuos más allá del control de los factores de riesgos presentes de forma aislada, constituyendo éste la piedra angular de las últimas guías clínicas de prevención cardiovascular.

7.1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La estrategia de prevención de la enfermedad vascular aterosclerótica precisa la estratificación de la población según su nivel de riesgo. Para ello deben identificarse los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV).

Los factores de riesgo cardiovasculares son condicionantes endógenos y/o ligados a estilos de vida que incrementan la probabilidad de padecer o morir por enfermedad vascular aterosclerótica en aquellas personas en las que inciden. Se catalogan como tales cuando cumplen unos requisitos que permiten establecer una relación de causa-efecto con respecto a la enfermedad vascular. Se pueden clasificar como se muestra en la tabla 1.

Estos factores de riesgo cardiovasculares, ya sea de forma aislada o como sucede con mucha mayor frecuencia, en combinación, explican la mayoría de casos de enfermedad vascular aterosclerótica o de muerte que ocurre en individuos de alto riesgo y una proporción considerable de casos en la población general.



TABLA 1

Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV)		
Factores de Riesgo Cardiovascular Mayores	Factores de Riesgo Cardiovascular Bien Validados	Otros Factores de Riesgo Cardiovascular
Antecedentes Personales de ECV	Sobrepeso / Obesidad	Factores lipídicos:
Tabaquismo	Inactividad física	- Triglicéridos
Hipertensión Arterial	Síndrome Metabólico	- Apolipoproteínas
Diabetes Mellitus	GBA / TAG	- Lipoproteína a
LDLc elevado	Historia familiar de EVA prematura	- Subfracciones lipoproteicas
HDLc disminuido	Aterosclerosis subclínica	Factores no lipídicos:
Edad / Sexo	Microalbuminuria / ERC	- Resistencia a la insulina
	Hipertrofia Ventricular Izda.	- Marcadores protombóticos
	Fibrilación Auricular	- Marcadores proinflamatorios
	Factores genéticos y raciales	- Alcohol
		- Score Cálculo
		Dieta aterogénica
		Estrés socioeconómico / psicosocial
		SHAOS

Modificado de: Smith SC et cols¹² y New Zealand Guidelines Group¹³.

Factores de riesgo cardiovasculares mayores

Los factores de riesgo de edad, sexo y antecedentes personales de haber padecido una enfermedad vascular aterosclerótica, no ofrecen por sí mismos la posibilidad de intervenir sobre ellos para modificar el riesgo (factores de riesgo no modificables). No obstante, estos factores, incluso de forma independiente, presentan un demostrado valor predictivo de enfermedad aterosclerótica, por lo que juegan un importante papel en la estimación del riesgo.

De los factores de riesgo modificables, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes son los que determinan el mayor porcentaje de aparición de enfermedad vascular aterosclerótica. A efectos de este programa, la presencia de al menos uno de ellos conlleva la estimación del riesgo cardiovascular.

El Tabaquismo, la Hipertensión Arterial, la Dislipemia y la Diabetes son los FRCV mayores modificables que se utilizan para la estimación del RCV mediante la tabla de cálculo de riesgo.

7.2. ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

El abordaje multifactorial de la prevención cardiovascular, requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo mediante la estimación del riesgo cardiovascular del individuo. Esto, permite definir niveles de riesgo con los que el personal sanitario y los propios pacientes pueden

valorar cómo se modifica el mismo a medida que se van logrando los objetivos pactados.

La mayoría de las tablas disponibles para la estimación del RCV se basan en datos epidemiológicos de poblaciones del Norte de Europa y Norteamérica que tienen una mayor morbimortalidad por EVA que los países del Sur de Europa; produciéndose una sobreestimación de riesgo en estas poblaciones. No obstante, no debemos olvidar que la Comunidad Autónoma Canaria tiene unas tasas de mortalidad por CI superiores a la media nacional. Las tablas más utilizadas se han ajustado para estimación de eventos coronarios, sin embargo, de forma general se acepta su extrapolación al riesgo cardiovascular global.

Existen diversos métodos para estimar el RCV y ninguno de ellos es perfecto. Todos presentan limitaciones, algunas de ellas comunes entre las distintas ecuaciones, como los límites de edad o la variabilidad en los FRCV que se ponderan.

En el año 2004 el III Joint Task Force de las Sociedades Europeas¹⁴ recomendó para su aplicación en Europa las tablas elaboradas a partir de Programa SCORE¹⁵. Este estudio incorporó 12 cohortes de distintos países europeos con 205.178 personas y un total de 2,7 millones personas-año de seguimiento con 7.934 muertes cardiovasculares (España quedó representada por una muestra de población de Gerona, entre los años 1970 y 1988). A diferencia de las tablas basadas en el estudio de Framingham, el modelo del SCORE estima el riesgo de presentar una muerte cardiovascular, incluyendo las muertes por cardiopatía isquémica coronaria y por enfermedad cerebrovascular.



Esto explica que los puntos de corte para definir los niveles de riesgo sean diferentes a los que se usan en las tablas de Framingham. La recomendación de su utilización en Europa ha sido refrendada en el IV Joint Task Force¹⁶ y en las recomendaciones del CEIPC¹⁷.

En España, a pesar de la recomendación del CEIPC, no existe consenso en los diferentes Servicios de Salud en la elección de unas tablas de estimación de riesgo cardiovascular. De hecho, en la recientemente elaborada Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2 del Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁸, se recomienda la utilización de la ecuación de Framingham calibrada para población española¹⁹. La justificación para esa recomendación viene dada por ser la única que ha sido validada para la población española. La calibración de estas tablas para la población de nuestro país se realizó utilizando la prevalencia de FRCV y de eventos cardiovasculares de Gerona, provincia que tiene una mortalidad cardiovascular un 15% inferior a la población española. De la misma forma, la validación de las referidas tablas, no incluyó población de Canarias.

Actualmente disponemos de unas tablas de estimación del RCV calibradas para la población de Canarias²⁰. Cuando se ha comparado las tablas originales del Estudio de Framingham, con las calibradas para Canarias y con las del modelo SCORE también calibradas para nuestra población, se ha comprobado que son las tablas de Framingham calibradas (tablas del estudio CDC) las que mejor se comportan a la hora de predecir la aparición de eventos cardiovasculares²¹. En el momento actual, aún no

se dispone de los datos del estudio que permitirá conocer cuál es el comportamiento de estas tablas calibradas en nuestros pacientes.

Por lo tanto, mientras no se disponga de dicho estudio, continuamos recomendando la tabla clásica de Framingham-Anderson²², la cual ha sido utilizada hasta ahora en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular, y cuyo uso conocen y tienen integrado en su práctica habitual los profesionales del Servicio Canario de la Salud.

En la práctica, el uso de la tabla permite diferenciar el riesgo cardiovascular alto del moderado en aquellas personas que presenten FRCV mayores. No es necesaria la estimación del RCV cuando existe Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica Establecida o cuando no presentan FRCV mayores.

La utilidad práctica del uso de la tabla radica en que permite:

- Priorizar los cuidados, controles y seguimientos en aquellas personas que presentan un mayor riesgo.
- Apoyar en las decisiones de tratamiento farmacológico en cuanto a hipolipemiantes, antihipertensivos y antiagregantes.
- Monitorizar la evolución del RCV.
- Constituir una herramienta educativa y motivacional para el paciente en cuanto a la obtención de objetivos para la reducción de su riesgo.

Tabla de Predicción del RCV de Framingham (Anderson, 1991)

Mujeres (edad)	Puntos	Varones (edad)	Puntos	cHDL (mg/dl)	Puntos	Colesterol (mg/dl)	Puntos	PAS	Puntos	Otros factores	Puntos
30	-12	30	-2	25-26	7	139-151	-3	98-104	-2	Tabaquismo	4
31	-11	31	-1	27-29	6	152-166	-2	105-112	-1	Diabetes:	
32	-9	32-33	0	30-32	5	167-182	-1	113-120	0	- varones	3
33	-8	34	1	33-35	4	183-199	0	121-129	1	- mujeres	6
34	-6	35-36	2	36-38	3	200-219	1	130-139	2	HVI	9
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								



Predicción del RCV de Framingham (Anderson, 1991)

Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos
<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

7.2.1. PRIORIDADES EN PREVENCIÓN

Según su nivel de RCV se puede estratificar a la población en los siguientes grupos por orden de mayor a menor riesgo:

1. Pacientes con Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica Establecida
2. Pacientes con una estimación del RCV Alto
3. Pacientes con una estimación del RCV Moderado
4. Pacientes con un RCV Bajo

La necesidad de establecer prioridades de actuación en función del riesgo de padecer una enfermedad vascular viene motivada por:

- El mayor impacto y eficacia de las intervenciones cuanto mayor es el riesgo.
- La sobrecarga asistencial producida por el seguimiento, control y tratamiento de los FR considerados aisladamente.
- La limitación en los recursos.

Pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica establecida

Como ya se ha señalado, la enfermedad cardiovascular se puede manifestar clínicamente en diferentes localizaciones del territorio vascular. En este programa, de acuerdo a lo establecido en el Framingham Heart Study, consideramos como "Enfermedad vascular establecida" a:

- Cardiopatía Isquémica
- Ictus Isquémico (incluido episodios transitorios)
- Enfermedad Arterial Periférica
- Aneurisma Aórtico Aterotrombótico
- Insuficiencia Cardíaca de etiología isquémica y/o hipertensiva

Las personas que hayan padecido una de estas manifestaciones de la EVA, han de ser consideradas de RCV muy alto para la aparición de un nuevo evento. Quedan por tanto, excluidas de la estimación del riesgo cardiovascular por la tabla, dado que ésta, lo que precide es la aparición de un primer evento.

Pacientes de riesgo cardiovascular alto

Consideraremos pacientes con RCV ALTO a:

- a) Los "clínicamente definidos" son aquellas personas que presentan alguno de los siguientes condicionantes clínicos que por sí mismo ya les confiere un RCV Alto sin necesidad de estimar el RCV por la tabla. Estos son:
 - Alteraciones específicas de los lípidos de carácter genético: Hipercolesterolemia Familiar (HF), Hiperlipemia Familiar Combinada (HFC) y deficiencia familiar de lipoproteínas de alta densidad (Hipoalfalipoproteinemia, cHDL < 35 mg/dl).
 - Alteración acusada de uno o más de los siguientes factores de riesgo:
 - TA \geq 180/110 mmHg.
 - CT \geq 320 mg/dl
 - cLDL \geq 240 mg/dl
 - Hipertensión Arterial con lesión de órgano diana.
 - Diabetes tipo 1 con microalbuminuria
 - Diabetes tipo 2.
- b) Aquellas personas que presentan algún factor de riesgo cardiovascular mayor, Tabaquismo, Hipertensión Arterial, Dislipemia o Diabetes(*) y un **riesgo estimado \geq 20%** de sufrir una enfermedad vascular aterosclerótica en los próximos 10 años.

(*)La diabetes confiere por sí misma un RCV Alto, sin embargo, se debe estimar el riesgo según la tabla para ponderar el efecto de otros FRCV concomitantes y apoyar la toma de decisiones en las intervenciones.

Pacientes de riesgo moderado

Son aquellas personas que presentan algún factor de riesgo cardiovascular mayor y un riesgo estimado inferior al 20% de sufrir una enfermedad vascular aterosclerótica en los próximos 10 años y no presenten ninguno de los condicionantes clínicos de riesgo alto ya señalados.

Pacientes de riesgo bajo

Son aquellas personas que no presentan ninguno de los factores de riesgo cardiovasculares mayores.



7.2.2. FACTORES MODIFICADORES EN LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

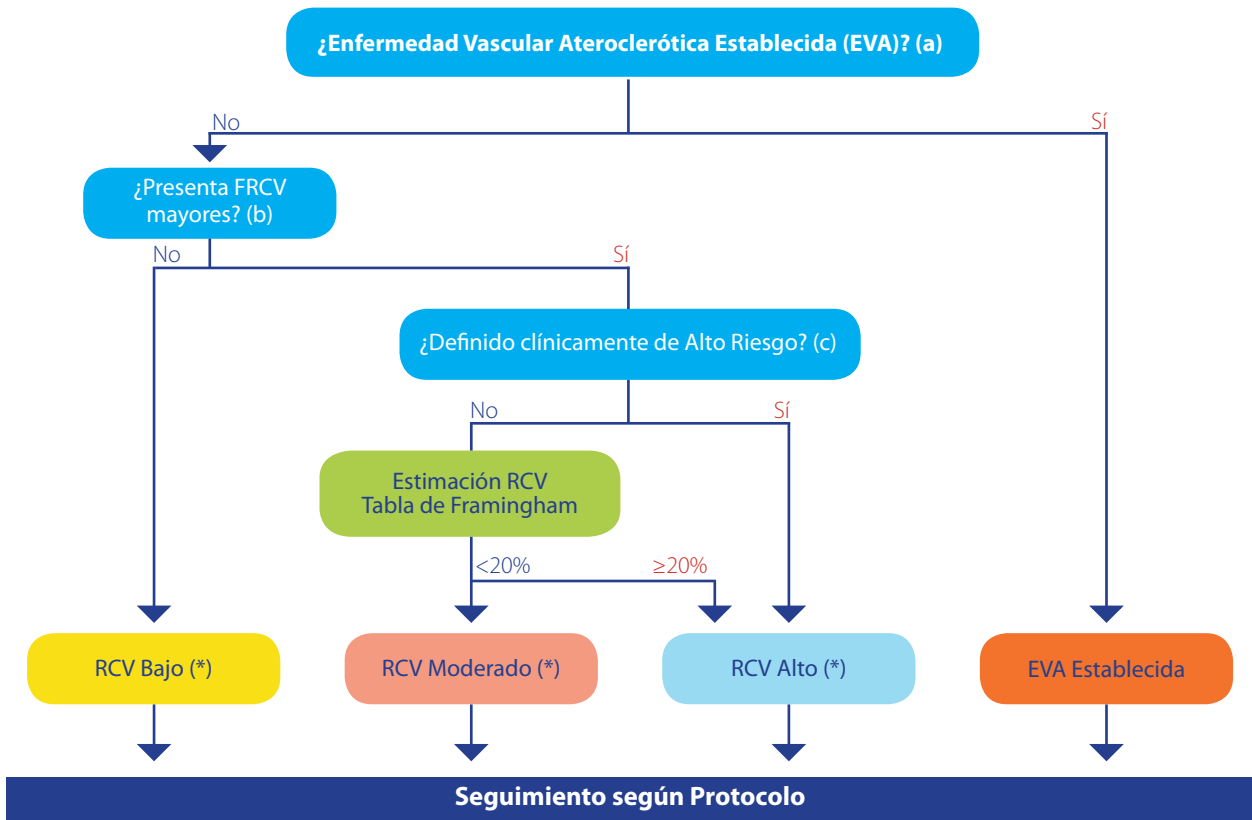
En la estratificación de una persona en un determinado grupo de riesgo, **debe considerarse siempre la existencia de los llamados modificadores de riesgo**. Representan circunstancias clínicas que confieren un mayor riesgo del estimado mediante las tablas, y en ausencia de FRCV mayores nos indican una mayor probabilidad de la aparición de éstos o de Enfermedad Vascular Aterosclerótica. Por lo tanto, debe realizarse una valoración individualizada de las circunstancias particulares de cada persona, independientemente de su RCV²³.

Estos factores modificadores del riesgo estimado son:

- Antecedentes familiares de EVA prematura familiares consanguíneos de primer grado (padre, madre, hermanos/as, hijos/as) que hayan sufrido un evento cardiovascular prematuramente: < 55 años en los varones o < 65 en las mujeres.

- Filtrado Glomerular < 60 ml/min/1,73m².
- Sedentarismo
- Personas asintomáticas con pruebas de aterosclerosis subclínica (ITB, Ecografía, etc.)
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SHAOS)
- Personas sin hábito tabáquico activo pero con antecedentes de tabaquismo en los últimos 10 años.
- Obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m²) o Perímetro Abdominal ≥ 102 cm en los hombres y ≥ 88 cm en las mujeres.
- Antecedentes personales de Prediabetes: GBA, TAG o HbA1c entre 5,7 - 6,4%
- Factores Psicosociales:
 - Nivel socio-económico bajo, bajo nivel de estudios.
 - Aislamiento social, falta de apoyo social.
 - Estrés en el trabajo y en la vida familiar.
 - Emociones negativas: depresión, ansiedad y hostilidad.

ALGORITMO GENERAL DE ACTUACIÓN



(a) Cardiopatía isquémica, ictus isquémico, arteriopatía periférica, aneurisma aórtico aterotrombótico e insuficiencia cardiaca de causa isquémica o hipertensiva
 (b) Diabetes, hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo
 (c) Dislipemia familiar; alteraciones extremas de uno o más factores de riesgo (CT ≥320 mg/dl, cLDL ≥240 mg/dl; HTA ≥ 180/110 mmHg); HTA con lesión de órgano diana; DM tipo 1 con microalbuminuria y DM tipo 2.
 A pesar de que la diabetes confiere por sí misma un RCV Alto, se debe estimar el riesgo según la tabla para ponderar el efecto de otros FRCV concomitantes y apoyar la toma de decisiones.
 (*) Independientemente de la estratificación del RCV se debe considerar la presencia de los modificadores del riesgo: Antecedentes en familiares con sanguíneos de 1º grado de EVA prematura, filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73m², sedentarismo, aterosclerosis subclínica (ITB, Ecografía, etc.), SHAOS, personas sin hábito tabáquico activo pero con antecedentes de tabaquismo en los últimos 10 años, obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m²) o perímetro abdominal ≥ 102 cm en los hombres y ≥ 88 cm en las mujeres, prediabetes o factores psicosociales.



Bibliografía

1. The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch.Intern.Med.* 1993;153(2):154-83.
2. The recognition and management of hyperlipidaemia in adults: A policy statement of the European Atherosclerosis Society. *Eur.Heart J.* 1988;9(5):571-600.
3. National Cholesterol Education Program. Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). *Circulation* 1994;89(3):1333-445.
4. Stolar MW. Clinical management of the NIDDM patient. Impact of the American Diabetes Association practice guidelines, 1985-1993. *Endocrine Fellows Foundation Study Group. Diabetes Care* 1995;18(5):701-7.
5. Zimmerman Br. Medical Management of Type 2 Diabetes. 4th ed. American Diabetes Association; 1998.
6. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford University Press; 1992.
7. Jackson R. Guidelines on preventing cardiovascular disease in clinical practice. *BMJ* 2000;320(7236):659-61.
8. Tunstall-Pedoe H, Woodward M, Tavendale R, A'Brook R, McCluskey MK. Comparison of the prediction by 27 different factors of coronary heart disease and death in men and women of the Scottish Heart Health Study: cohort study. *BMJ* 1997;315(7110):722-9.
9. Kannel WB. New perspectives on cardiovascular risk factors. *Am.Heart J.* 1987;114(1 Pt 2):213-9.
10. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham: a statement for healthcare professionals from the AHA Task Force on Risk Reduction. *American Heart Association. Circulation* 1998;97(18):1876-87.
11. Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991;83(1):356-62.
12. Smith SC, Jr., Jackson R, Pearson TA, Fuster V, Yusuf S, Faergeman O et al. Principles for national and regional guidelines on cardiovascular disease prevention: a scientific statement from the World Heart and Stroke Forum. *Circulation* 2004;109(25):3112-21.
13. New Zealand Guidelines Group. The Assessment and Management of Cardiovascular Risk. Evidence-Based Best Practice Guideline 2003. New Zealand Guidelines Group 2003.
14. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur.J.Cardiovasc.Prev. Rehabil.* 2003;10(4):S1-S10.
15. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur.Heart J.* 2003;24(11):987-1003.
16. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur.Heart J.* 2007.
17. Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur.Heart J.* 2007.
18. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Alvarez-Sala L, Armario P, Maiques A et al. [European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: CEIPC 2008 Spanish adaptation]. *Rev.Esp.Salud Publica* 2008;82(6):581-616.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2. 1ªed. 2008.
20. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordon F et al. [Coronary risk estimation in Spain using a calibrated Framingham function]. *Rev.Esp.Cardiol.* 2003;56(3):253-61.
21. Cabrera de León A, Alemán Sánchez JJ, Rodríguez Pérez MC, del Castillo-Rodríguez JC, Domínguez-Coello S, Almeida-González D, Anía Lafuente B, Aguirre Jaime A, Brito Díaz B. *Gac Sanit.* 2009 May-Jun;23(3):216-21. Epub 2009 Feb 27. Spanish.PMID: 19250709 [PubMed - indexed for MEDLINE]
22. Del Castillo Rodríguez J. Estimación del Riesgo Cardiovascular en la población de Canarias [dissertation]. Departamento de Salud Pública y Epidemiología. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna; 2007.
23. Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991;83(1):356-62.
24. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur.Heart J.* 2007.

