

## ¿Qué tabla es más adecuada para el cálculo del riesgo coronario en atención primaria?

Ana Isabel González González<sup>a</sup> y Juan Carlos Obaya Rebollar<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Vicente Mazas. Área 4 de Madrid. Servicio Madrileño de la Salud. Madrid.

<sup>b</sup>Centro de Salud Chopera. Área 5 de Madrid. Servicio Madrileño de la Salud. Madrid. España.

**Se considera riesgo cardiovascular la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular mortal o no mortal en un período de tiempo determinado, que suele ser de 5 o 10 años. Este riesgo puede medirse fácilmente utilizando tablas, que son métodos sencillos de cálculo basados en el seguimiento de cohortes poblacionales.**

### Puntos clave

- Los factores de riesgo cardiovascular no deben analizarse de forma separada, ya que el riesgo que presenta un individuo con más de un factor es superior a la suma de cada uno de ellos.
- El objetivo del cálculo del riesgo cardiovascular es detectar a los pacientes con riesgo elevado en prevención primaria, porque son los que más se van a beneficiar de una intervención para reducir la morbimortalidad.
- Las tablas de riesgo cardiovascular constituyen la mejor herramienta para establecer prioridades en prevención primaria.
- Después de descartarse la original de Framingham por sobrestimar el riesgo real, las ecuaciones adaptadas de REGICOR y SCORE son las dos mejores disponibles en España.

Se define la prevención cardiovascular (CV) como el “conjunto de actividades e intervenciones que tienen como objetivo reducir la probabilidad o riesgo de padecer o morir por una enfermedad cardiovascular (ECV)”<sup>1</sup>.

La prevención CV puede ser de 3 tipos: *a*) primordial, cuando el objetivo es evitar la aparición de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la población; *b*) primaria, cuando el objetivo es evitar la aparición de ECV en personas que ya presentan algún FRCV, y *c*) secundaria, cuando las actividades se realizan en personas que ya han tenido alguna manifestación clínica de la ECV.

William Kannel definía el FRCV como “aquella característica biológica o hábito de vida que aumenta la probabilidad de padecer una ECV, mortal o no mortal, en aquellos individuos que lo presentan”<sup>2</sup>.

Los FRCV no deben analizarse de forma separada, ya que el riesgo que presenta un individuo con más de un factor es superior a la suma de cada uno de ellos.

Tanto el Grupo de Prevención de las ECV del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud<sup>3</sup> (PAPPS) como el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular<sup>4</sup> consideran el cálculo del RCV como una herramienta básica para el establecimiento de las prioridades de prevención y tratamiento de las ECV.

Los profesionales de atención primaria (AP) se encuentran en una situación privilegiada a la hora de evitar y detectar precozmente el FRCV.

### ¿Qué es el riesgo cardiovascular? ¿Qué es el riesgo coronario?

El riesgo cardiovascular (RCV) puede definirse como la probabilidad de padecer una ECV en un período determinado, que suele ser 5 o 10 años, y el riesgo coronario (RC) es similar, pero limitado a las enfermedades isquémicas del corazón.

El RC global incluye todos los tipos de angina, el infarto agudo de miocardio (IAM) y la muerte coronaria. Este es el RC utilizado en Framingham<sup>5</sup>, que no es del todo equivalente al riesgo expresado en los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Si se multiplica el RC global por 4/3 puede obtenerse de forma aproximada el RCV.

El RC restringido o también llamado “eventos duros” incluye el IAM y la muerte coronaria, y suele ser la variable resultado utilizada en los ECA; por ello, es la estimación más acertada para valorar la indicación e intensidad de una intervención sobre los FRCV. El riesgo del grupo placebo de los ECA es inferior al riesgo que se calcula con las tablas de Framingham<sup>5</sup>, aproximadamente dos terceras partes.

¿Qué son y para qué sirven las tablas de riesgo cardiovascular?

Las tablas de RCV son métodos sencillos de cálculo que están basadas en ecuaciones de riesgo obtenidas tras el seguimiento de una cohorte durante un período de tiempo.

Desde la primera tabla de RCV construida a partir de la cohorte de Framingham<sup>5</sup>, han ido surgiendo numerosas fórmulas de cálculo, bien derivadas de la función de Framingham o a partir de cohortes nuevas de poblaciones europeas (SCORE<sup>6</sup>, PROCAM<sup>7</sup>). Estas últimas iniciativas nacieron como consecuencia de que el riesgo absoluto de la población de Framingham no es el mismo que el de otras poblaciones, y pueden sobrestimar (población mediterránea) o infraestimar (población africana)<sup>8</sup>.

El objetivo del cálculo del RCV es detectar a los pacientes con elevado RCV en prevención primaria, que con los pacientes que ya presentan una enfermedad arteriosclerótica son los que más se van a beneficiar de una intervención para reducir su morbimortalidad. Como los recursos son limitados, y el tiempo también lo es, permiten identificar subgrupos de población que obtendrán un beneficio absoluto mayor con las actividades preventivas.

Son útiles para decidir cuándo un paciente, en función de su grado de RCV, debe recibir un tratamiento antihipertensivo o un tratamiento hipolipemiante, en aquellos casos en que hay duda porque la elevación individual de dichos FRCV es moderada. También permite priorizar intervenciones, junto con el paciente, en función del grado de elevación de un FRCV determinado y el impacto que su reducción tendrá en el cálculo del RCV global.

También son útiles para motivar al paciente en el cumplimiento terapéutico, mostrándole la evolución de su RCV en función de la desaparición de los distintos FRCV que presente.

El resultado del cálculo del RCV es orientativo y una ayuda en el proceso de toma de decisiones, pero jamás sustituirá al juicio clínico del profesional que conoce al paciente y su entorno.

¿Cuáles son las diferentes tablas de riesgo cardiovascular?

Las tablas de RCV constituyen la mejor herramienta para establecer prioridades en prevención primaria.

En los pacientes que no han sufrido una ECV, el riesgo se obtiene mediante estas tablas que expresan la interacción de los diferentes factores de riesgo.

Después de descartarse la original de Framingham<sup>5</sup> por sobrestimar el riesgo real, las ecuaciones adaptadas de REGICOR<sup>9</sup> y SCORE<sup>6</sup> son las dos disponibles en España.

Tabla de Framingham (Anderson, 1991)

La tabla de Framingham<sup>5</sup> (fig. 1) utiliza un método cuantitativo de puntuación con las siguientes variables: edad (35-74 años), sexo, colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cHDL), colesterol total (CT), presión arterial sistólica (PAS), tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (sí/no).

En función del valor de cada variable, se suman los puntos y se obtiene un número que equivale a un determinado riesgo. Se considera alto riesgo a pacientes con un riesgo ≥ 20% a los 10 años.

Si no se tienen datos de cHDL se asume una cifra de 48 mg/dl (1,24 mmol/l) en varones y de 58 mg/dl (1,50 mmol/l) en mujeres, que son los valores medios en España; además, si no se tiene un electrocardiograma (ECG), se considerará que no presenta HVI, por lo que conociendo su condición de diabetes o no, con datos de su hábito tabáquico, CT y PAS, podríamos realizar un cálculo aproximado de su RC global a los 10 años, asumiendo lo anteriormente expuesto.

Los autores establecieron un método de calibración para su adaptación con el propósito de que se pudiera utilizar en distintas poblaciones.

La observación de una sobrestimación constante en el cálculo del riesgo de la función original en diferentes países, incluidos España, condujo a los investigadores del estudio REGICOR<sup>9</sup> a adaptar esta herramienta a la población española en 2003.

Tabla de Framingham de riesgo coronario calibrada para población española (REGICOR 2003)

La tabla de riesgo de Framingham calibrada para España, basada en el registro poblacional de infarto de Gerona (REGICOR)<sup>9</sup> (figs. 2 y 3) constituye un instrumento para estimar, con más precisión, el RC global a 10 años en la población española de 35-74 años.

En esta tabla se tienen en cuenta las siguientes variables: edad (35-74 años), sexo, tabaco, CT y presión arterial sistólica/diastólica (PAS/PAD); hay tablas específicas para pacientes diabéticos.

Valores de cHDL < 35 mg/dl incrementan el riesgo un 50%, de modo que el riesgo real del paciente es el dado por las tablas y multiplicado por 1,5; si el cHDL es > 60 mg/dl (1,6 mmol/l) el riesgo se reduce en el 50%.

En las figuras 2A y 3A se presenta el riesgo de los varones y mujeres no diabéticos, y en las figuras 2B y 3B el de los varones y mujeres diabéticos.

Al igual que en la ecuación de Framingham, se considera alto riesgo a pacientes con un riesgo ≥ 20% a los 10 años.

Una de las limitaciones de estas fórmulas predictivas es que no consideran algunos factores de riesgo descritos recientemente, en particular la proteína C reactiva, pero también la

Figura 1. Tabla de riesgo coronario global de Anderson (1991).

homocisteína, la lipoproteína (a), el fibrinógeno y otros marcadores de inflamación.

Otra limitación es que tampoco se incluyen variables que reflejen el control de los factores de riesgo, como el tratamiento antihipertensivo o hipolipemiante.

Tablas proyecto SCORE

El sistema SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) (figs. 4-6)<sup>6</sup> es el recomendado actualmente por las Sociedades Europeas y el CEIPC para la evaluación del RCV en la práctica clínica<sup>4</sup>.

Figura 2. Tabla de Framingham de riesgo coronario calibrada para población española en pacientes varones (2003).

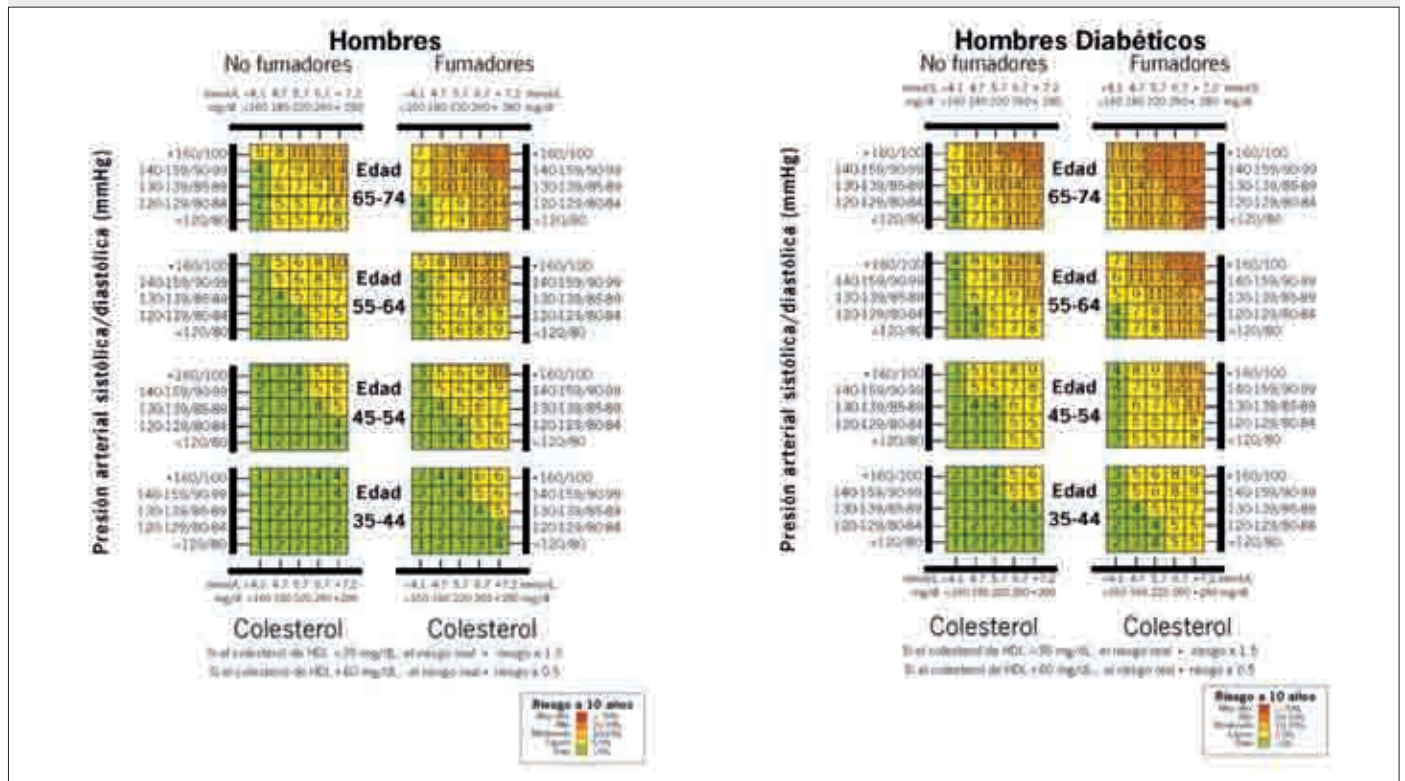
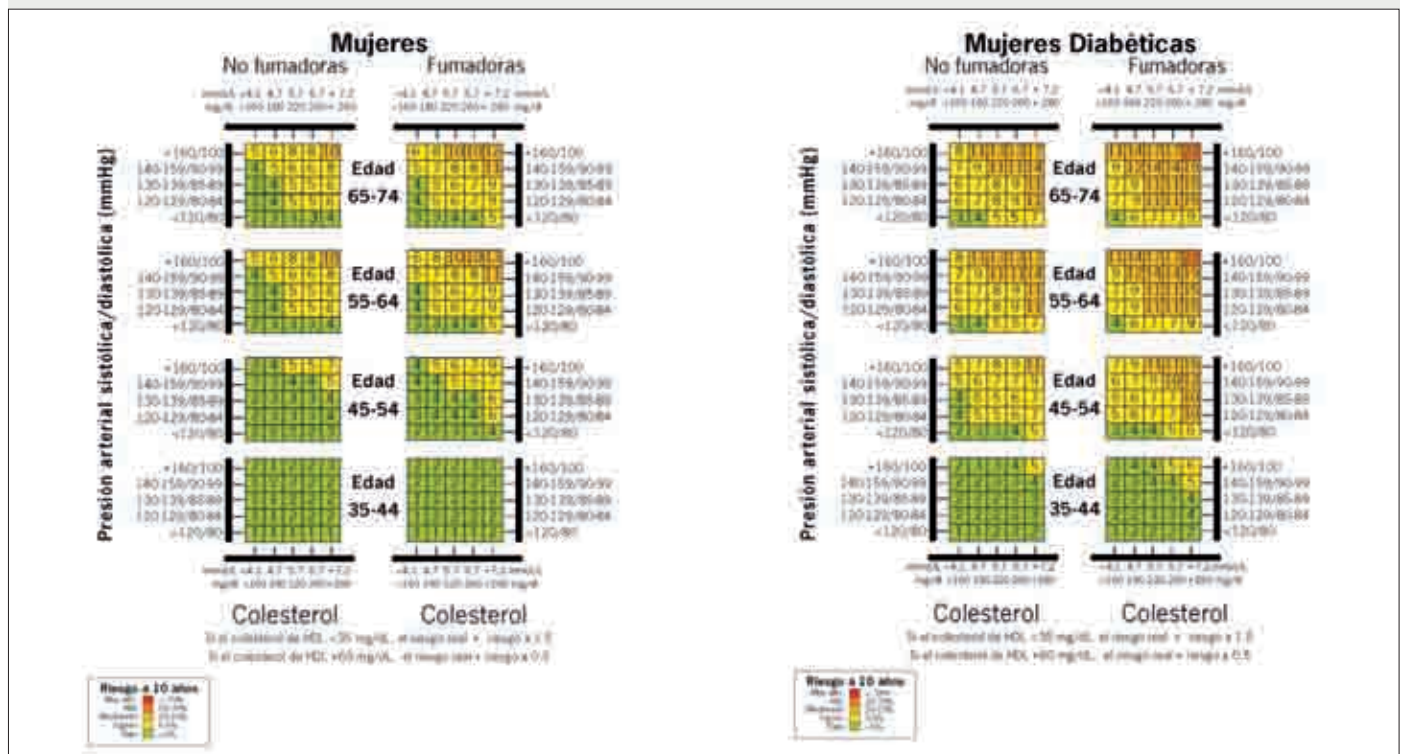


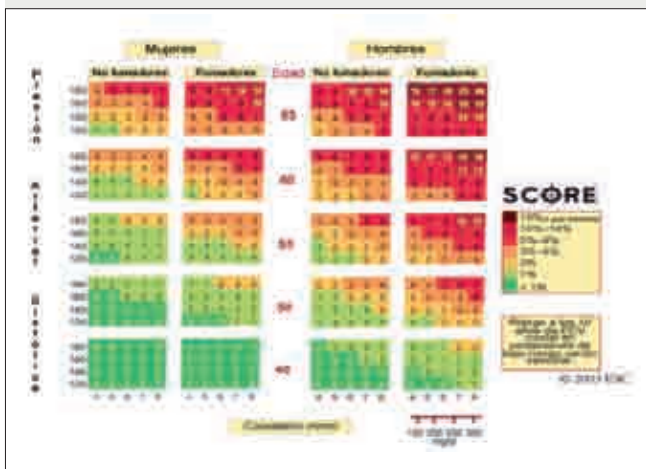
Figura 3. Tabla de Framingham de riesgo coronario calibrada para población española en pacientes mujeres (2003).



Igual que modelos anteriores, utiliza distintas combinaciones de FRCV y se ha construido en función de un análisis de riesgo multifactorial en poblaciones seguidas durante años, provenientes de amplias poblaciones europeas (12 cohortes, incluyendo más de 200.000 personas), incluida población española.

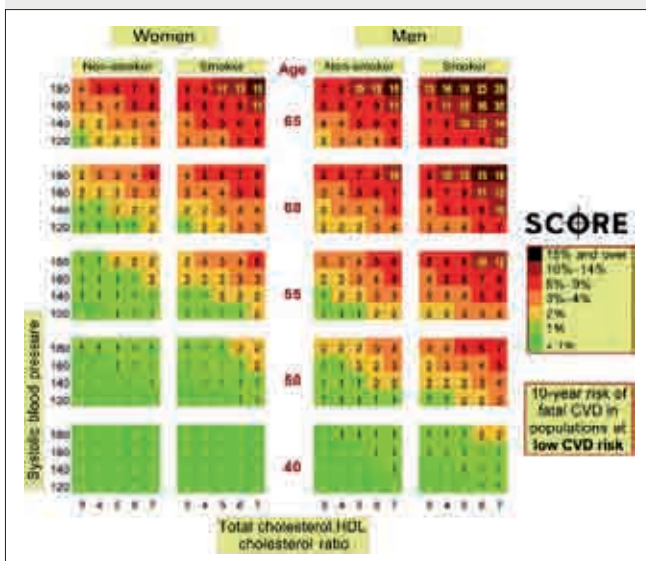
Como cambio más relevante respecto a métodos previos, introduce la ECV en general, no sólo la enfermedad coronaria, pero no se consideraron los episodios no mortales por falta de fiabilidad de los datos recogidos en las diferentes cohortes. Conociéndose los datos de mortalidad de una determinada región, podrían elaborarse tablas propias específicas con relativa facilidad. Por lo tanto, mide el riesgo de mortalidad CV a los 10 años, incluyendo muertes coronarias y de causa cerebrovascular.

Figura 4. Tabla SCORE.



Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular (Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Italia, Grecia, Francia, Portugal, España). Basada en colesterol total.

Figura 5. Tabla SCORE.



Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular (Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Italia, Grecia, Francia, Portugal, España). Basada en cociente colesterol HDL.

Dado que estas tablas predicen episodios mortales, el umbral de alto riesgo se establece en  $\geq 5\%$ , en lugar del  $\geq 20\%$  usado anteriormente en tablas que calculaban episodios coronarios.

Se dispone de un modelo informático denominado HeartScore (www.escardio.org/heartScore).

Las variables recogidas en este modelo son: edad (40-65 años), sexo, PAS, tabaco (sí/no) y CT. La novedad es que hay tablas para países de alto RCV (Noruega, Finlandia y Dinamarca) y otras distintas para países de bajo riesgo (España, Italia y Bélgica) (figs. 4 y 5). Si se dispone del valor de cHDL, pueden utilizarse las tablas basadas en el *ratio* CT/chal (fig. 5).

Recientemente se ha publicado una calibración de la tabla SCORE de RCV para España (fig. 6)<sup>10</sup>.

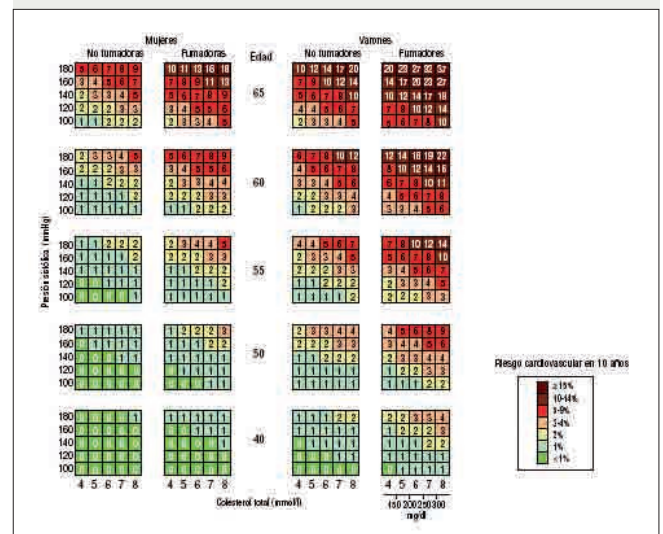
Se representa el riesgo en forma de gráfico de colores, con la ventaja, al igual que las de Framingham calibrada para población española, que en cada casilla está reflejado en número el RCV; así se clasifican en riesgo  $< 1\%$ ,  $1\%$ ,  $2\%$ ,  $3-4\%$ ,  $5-9\%$ ,  $10-14\%$  y  $> 15\%$ .

La tabla SCORE se utiliza tanto para el tratamiento de la HTA como de la dislipemia, y es la recomendada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica<sup>4</sup>. Esta guía considera la diabetes tipo 2 y la diabetes tipo 1 con microalbuminuria, como pacientes de alto RCV, por lo que no se les debe calcular el riesgo. También se considera de alto RCV, aquellos en los cuales aparece un factor de riesgo muy elevado (CT  $> 320$  mg/dl-8,3 mmol/l, cLDL  $> 240$  mg/dl-6,2 mmol/l o una PA  $> 180/110$  mmHg).

Se considera que el riesgo medido en las tablas del proyecto SCORE será menor del que realmente tiene el paciente si: a) se aproxima a la siguiente categoría de edad; b) presenta una aterosclerosis subclínica un paciente asintomático; c) tiene cHDL bajo y triglicéridos elevados; d) es intolerante a la glucosa o presenta valores elevados de proteína C reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B o lipoproteína (a), y e) es obeso y/o sedentario.

El CEIPC elaboró un documento para la adaptación a la población española<sup>4</sup>, recomendando este método para el cálculo del RCV (SCORE, tablas para países de bajo riesgo); dentro

Figura 6. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España.



**Tabla I. Principales diferencias entre las ecuaciones de riesgo disponibles en España**

	Framingham original	Calibrada REGICOR	SCORE
Intervalo de edad (años)	35-74	35-74	40-65
Tipo de acontecimiento estimado	Morbimortalidad	Morbimortalidad	Mortalidad
Acontecimiento estimado	IAM, mortal o no; angina	IAM, mortal o no; angina	Muerte por EC, EVC, EAP, IC, aneurisma disecante de aorta y otras
Metodología	Estudio de cohortes	Calibración de una función basada en un estudio de cohortes	Estudio de cohortes
Población de la que se obtienen los riesgos relativos	EE.UU.	EE.UU.	2,3% España; 39,7% sur y centro de Europa; 58% norte de Europa
Población de la que se obtiene el riesgo basal	-	España	6,1% España; 93,9% Italia
Valora pacientes diabéticos	Sí	Sí	No
Utiliza datos de cHDL	Sí	Sí	No
Validación completada en España	Sí	Sí	No

cHDL: colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad; EAP: enfermedad arterial periférica; EC: enfermedad coronaria; EVC: enfermedad vascular cerebral; IC: insuficiencia cardíaca.  
Adaptada de Marrugat<sup>9</sup> y Grau<sup>11</sup>.

de las modificaciones, destaca la no extrapolación de riesgo de personas jóvenes a la edad de 60 años, como preconizan las europeas.

Entre las limitaciones del sistema SCORE, cabe destacar:

- Solamente se puede aplicar a personas de 40 a 65 años.
- Mide el riesgo de muerte CV a los 10 años, no teniendo en cuenta la morbilidad, distanciándose del objetivo primario de los grandes ECA.
- No tiene en cuenta la diabetes, por falta de datos fiables en las cohortes.
- Por otro lado, algunos autores consideran que la aplicación del SCORE a la práctica clínica, comparado con Framingham clásico, deja de considerar como de riesgo alto a un grupo de varones de mediana edad (60 años) con colesterol alto y PA más baja, mientras que clasifican como de alto riesgo a algunas mujeres de edad más avanzada con colesterol normal y cifras de PA elevadas, cambio significativo a la hora de pautar tratamiento con hipolipemiantes.
- Su manejo es sencillo. Para estimar el riesgo de muerte CV que tiene una persona a lo largo de 10 años, hay que buscar la parte de la tabla que corresponde a su sexo, edad y hábito tabáquico. A continuación, localizar la celda de la tabla más próxima a la PAS (mmHg) de la persona y su CT (mmol/l o mg/dl) o el cociente CT/cHDL, según la tabla utilizada.

A los individuos de bajo riesgo se les debe ofrecer consejo para mantener su bajo riesgo. Aquellos con un riesgo del 5% o mayor, o aquellos que lo alcancen en la edad media de la vida, deben recibir la máxima atención.

Para obtener el riesgo relativo de una persona, hay que comparar su grado de riesgo con el de un no fumador de la misma edad y sexo, con PA < 140/90 mmHg y CT < 5 mmol/l (190 mg/dl).

La tabla puede utilizarse para ilustrar el efecto del control de algún factor de riesgo sobre el riesgo CV (p. ej., cuando un sujeto deja de fumar).

### ¿Cuáles son las diferencias entre las tres tablas principales?

En nuestro medio disponemos básicamente de las tres ecuaciones de riesgo mencionadas: la ecuación de Framingham<sup>5</sup>, la ecuación calibrada de REGICOR (Registre Gironi del Cor)<sup>9</sup>, y la SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)<sup>6</sup>.

En la tabla I se recogen las principales diferencias entre las ecuaciones de riesgo disponibles en España, basadas en la revisión de María Grau y Jaume Marrugat<sup>11</sup>.

### ¿Cuáles son las limitaciones del cálculo del riesgo cardiovascular?

Es un hecho incuestionable que la mayoría de las tablas contemplan en general una serie de FRCV, pero hoy sabemos que hay otros factores que influyen en el pronóstico de un individuo, como el antecedente familiar de enfermedad coronaria precoz (familiar de primer grado menor de 55 años en varones y menor de 65 años en mujeres), la asociación de triglicéridos altos y cHDL bajo, fibrinógeno, proteína C reactiva, etc.

Las funciones de riesgo presentan una sensibilidad que no supera en el mejor de los casos el 50%, así como un bajo poder predictivo para identificar personas que en el futuro van a tener en un episodio CV mortal o no mortal.

Las tablas de riesgo, como hemos visto hasta ahora, dependen en su mayoría de la ecuación de riesgo de Framingham, población con una mayor prevalencia y riesgo de enfermedad coronaria que las poblaciones mediterráneas, por lo que se deberían aplicar con cierta cautela en estos casos; además, estos métodos de cálculo de riesgo son útiles para comparar poblaciones, pero plantean algunas dudas a la hora de valorar el riesgo individual.

Otro de los inconvenientes es que predice mejor el riesgo en pacientes de mayor edad que en jóvenes.

Por último, si el paciente también si presenta un FRCV muy elevado o grave, por ejemplo PA > 180/110 mm Hg, CT > 300

mg/dl (7,8 mmol/l) o tabaquismo importante (más de 20 cigarrillos diarios), el riesgo obtenido en las tablas será inferior al riesgo real de ese individuo y no se debería utilizar para decidir el empleo de tratamiento farmacológico (se ha propuesto multiplicar por un factor de corrección 1,5 tal como se recomienda en caso de antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz).

Lamentablemente, cualquier tabla existente hoy en día está bastante lejos de ser un instrumento de alta precisión, por lo que se deben considerar como herramientas útiles en prevención primaria de la ECV siempre y cuando no sustituyan el juicio clínico, y se contemplen todas las excepciones y precauciones posibles en el momento de aplicarlas.

## ¿Qué tabla es más adecuada para el cálculo del riesgo cardiovascular en atención primaria?

En realidad es una pregunta de difícil respuesta, ya que de lo contrario no habría tantos métodos de cálculo de riesgo.

La tabla más adecuada es aquella que se acerca más a la realidad de nuestro paciente, sin olvidar que el cálculo del riesgo cardiovascular es una estimación no exenta de limitaciones que constituye una herramienta para la toma de decisiones pero que no sustituye al juicio clínico del profesional de atención primaria.

Las condiciones que debería de cumplir un método ideal serían:

- Medir el RCV global y no sólo el RC, para disminuir la morbimortalidad CV tras la intervención con fármacos antihipertensivos o hipolipemiantes.
- Estar basado en población española o mediterránea (en nuestro caso), ya que no todas las poblaciones tienen igual RCV. De hecho, dentro de nuestro país existen diferencias importantes de tasas de morbimortalidad por ECV entre comunidades autónomas, por lo que incluso deberíamos tener distintas tablas calibradas que tuvieran en cuenta este hecho.
- Incluir el rango de edad de nuestro paciente. No se pueden usar tablas en menores de 30 años o mayores de 79 años, ya que ninguna tabla las contempla. En edades fuera de rango la única opción es incluir al paciente con la edad más próxima que figura en la tabla aunque sin saber realmente si el resultado es válido.
- Tener en cuenta el cHDL, ya que en España tenemos valores moderadamente altos de esta variable lipídica, lo que podría explicar, en parte, la tasa baja de morbimortalidad coronaria de nuestro país.
- Tener en cuenta todos los FRCV posibles, incluso la diabetes.
- Ser fácil de aplicar en la práctica clínica diaria, ya que de lo contrario no se va a utilizar.

Aunque la tabla perfecta no existe es importante que todos hablemos el mismo idioma a la hora de calcular el RCV. Por esa razón, tanto el PAPPs<sup>3</sup> como CEIPC<sup>4</sup> recomiendan la utilización de la tabla SCORE para población de bajo riesgo a pesar de sus limitaciones. ]

## Bibliografía

1. Brotons C, Lapetra J. Plan Integral de cardiopatía isquémica. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2004.
2. Kannel WB, McGee D, Gordon T. A general cardiovascular risk profile: The Framingham Study. *Am J Cardiol.* 1976;38:46-51.
3. Maiques A, Villar F, Brotons C, Torcal J, Orozco D, Navarro J, et al. Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPs. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria.* 2007;39(Supl 3):15-26.
4. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación Española del CEIPC 2008. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation.* 1991;83:356-62.
6. Conroy RM, Pyörälä 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;24:987-1003.
7. Assmann G, Cullen P, Schulte H. Simple Score Scheme for Calculating the Risk of Acute Coronary Events based on 10-Year Follow-up of the Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM) Study. *Circulation.* 2002;105:310-5.
8. Brotons C. Mejoremos la predicción del riesgo coronario en España. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:225-7.
9. 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.
10. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:476-85.
11. Grau M, Marrugat J. Prevención cardiovascular (II). Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:404-16.

## Bibliografía comentada

### Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación Española del CEIPC 2008. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Adaptación española de la Guía Europea de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares 2008, realizada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC), integrado por 14 sociedades científicas españolas y sendos representantes de los Ministerios de Sanidad y Consumo y Ciencia e Innovación. La guía hace énfasis en la prevención primaria y en el papel del médico y la enfermería de atención primaria en la promoción de un estilo de vida saludable, basado en el incremento de los valores de actividad física, la adopción de una alimentación saludable y, en los fumadores, el abandono del tabaco.

### Guía Clínica Basada en la evidencia. Valoración clínica del riesgo cardiovascular. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud; 2008.

Se trata de una adaptación y actualización de la Guía de Práctica Clínica publicada en el año 2003 por el New Zealand Guidelines Group que describe las diferentes intervenciones en función del riesgo cardiovascular con criterios de medicina basada en la evidencia.