



4. El Riesgo Cardiovascular

El desarrollo de la prevención cardiovascular es una de las principales medidas para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Su objetivo no debe ser controlar los FR de forma independiente, sino reducir el RCV, presente en cada persona.

La aterosclerosis que subyace en las principales causas de morbilidad y mortalidad vascular se desarrolla lentamente desde las primeras décadas de la vida y está íntimamente relacionada con los estilos de vida y los FR asociados. Esta enfermedad es multifactorial en su origen y, en muchos casos, prevenible actuando sobre ella, tanto en prevención primaria, con actuaciones precoces y preventivas, como en prevención secundaria, con actuaciones que permiten en muchos casos solventar la fase crítica.

Entender la Enfermedad Vascolar Aterosclerótica como una única entidad nosológica de carácter multifactorial, permite considerar las distintas manifestaciones de la misma, como la cardiopatía isquémica, el ictus aterotrombótico, la arteriopatía periférica, la estenosis carotídea etc., con una fisiopatología común, centrada en la disfunción endotelial, que comparten factores de riesgo e intervenciones comunes.

Surgen así las actuaciones encaminadas a la prevención y control de la EVA, cuyo objetivo no es controlar aisladamente los FR que inciden en su desarrollo y aparición, como son la diabetes mellitus (DM), la HTA, las dislipemias, el hábito de fumar o la obesidad, sino reducir el RCV en su conjunto, dado que los FR tienden a asociarse y actuar de forma sinérgica, elevando el RCV de cada persona. Siendo además fundamental incidir en los cambios necesarios en el estilo de vida, como una alimentación saludable, la realización de ejercicio físico regular y el abandono del hábito de fumar y alcohol [6].

Desde una perspectiva integral, en la prevención cardiovascular se deben tener en cuenta además los aspectos emocionales y psicosociales de la vida de una persona que se asocian a FRCV, a una peor salud cardiovascular y a resultados clínicos más adversos [7, 8].

Entre ellos destacamos:

- Estados emocionales negativos como el estrés, la hostilidad, la ansiedad y la depresión. Durante los últimos años, ha aumentado el nivel de la evidencia que sugiere que la salud mental tiene un impacto significativo en la salud cardiovascular. Por tanto, también es importante abordar estos factores con un enfoque preventivo y de manera efectiva para reducir el RCV [9, 10, 11, 12, 13].
- Aspectos como la edad y el sexo, los condicionantes de género, la clase social, las expectativas de vida, la etnia o la raza, el territorio de procedencia o de residencia son factores que condicionan las posibilidades de tener una buena salud y evidencian, así mismo, la existencia de desigualdades importantes a tener en cuenta para la valoración y adaptación de las intervenciones.

En España, diferentes estudios han constatado que el nivel socioeconómico, los condicionantes de género, el territorio y en los últimos años también la inmigración, constituyen ejes de desigualdad con una gran repercusión en el estado de salud de la población [14]. Así, por ejemplo, el nivel socioeconómico bajo definido como un nivel de ingresos reducido, bajo nivel de estudios o tener un trabajo precario, es un predictor de mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) [15]. Las personas con menos



recursos socioeconómicos presentan más FRCV y tienen menos acceso a las prestaciones sanitarias y tratamientos. Se ha demostrado correlación entre el bajo nivel socioeconómico y la presencia de aterosclerosis subclínica [16]. Del mismo modo, un reciente estudio demuestra que un nivel educativo más bajo se asocia a mayor desigualdad en la mortalidad cardiovascular global en España, siendo especialmente marcada para la mortalidad por cardiopatía isquémica y por insuficiencia cardíaca en las mujeres jóvenes [17].

Teniendo todo esto en cuenta, el objetivo actual de la prevención de RCV es desarrollar actuaciones que tengan en cuenta todas las dimensiones de la vida de las personas, incluyendo factores físicos, psicológicos y sociales, para así mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares de manera integral y personalizada.

4.1. Factores de riesgo cardiovascular

La estrategia de prevención de la EVA precisa identificar los FRCV, presentes en una persona, para realizar la **estratificación de su nivel de riesgo**.

Los FRCV son condicionantes endógenos y/o ligados a estilos de vida que incrementan la probabilidad de padecer o morir por EVA en las 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 catalogar como se muestra en la tabla 6.

Estos FRCV, ya sea de forma aislada o, como sucede con mucha mayor frecuencia, en combinación, explican la mayoría de los casos de EVA o de muerte que ocurre en personas de alto riesgo y una proporción considerable de casos en la población general.

Tabla 6. Factores de Riesgo Cardiovascular

Factores de Riesgo Cardiovascular		
FRCV Mayores	FRCV Bien Validados	Otros FRCV
Antecedentes Personales de ECV	Sobrepeso / Obesidad	Factores lipídicos: <ul style="list-style-type: none"> • Triglicéridos • Apolipoproteínas • Lipoproteína a • Subfracciones lipoproteicas
Hábito de fumar	Inactividad física	
HTA	Síndrome Metabólico	
DM	Glucemia Basal Alterada (GBA) / Tolerancia Alterada a la Glucosa (TAG)	
cLDL elevado	Historia familiar de EVA prematura	
cHDL disminuido	Aterosclerosis subclínica	Resistencia a la insulina
Edad / sexo	Enfermedad Renal Crónica	Alcohol
	Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI)	Score Cálculo
	Fibrilación Auricular	Menopausia precoz
	Factores genéticos y raciales	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
	Trastornos mentales	Índice tobillo-brazo (ITB) < 0,9
		Quimioterapia / radioterapia
		Síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS)



Factores de Riesgo Cardiovascular		
FRCV Mayores	FRCV Bien Validados	Otros FRCV
		Disfunción eréctil (DE)
		Migraña con aura
		Artritis Reumatoide
		Psoriasis
		Espondiloartritis anquilosante
		Enfermedad inflamatoria intestinal
		Preeclampsia, parto prematuro, muerte fetal diabetes gestacional
		Factores socioeconómicos y psicosociales

Fuente: adaptado de Smith et al. y *New Zealand Guidelines Group* [18, 19].

4.1.1. Factores de riesgo cardiovasculares mayores

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

De los FR modificables, el hábito de fumar, la HTA, la dislipemia y la diabetes son los que determinan el mayor porcentaje de aparición de EVA. A efectos de este programa, la presencia de al menos uno de ellos conlleva la estimación del RCV.

El hábito de fumar, la HTA, 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.

4.2. Estimación del riesgo cardiovascular

El abordaje multifactorial de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los FR, mediante la estimación del RCV de cada persona. Esto permite establecer objetivos con cada persona, según su nivel de RCV, establecer las medidas farmacológicas y no farmacológicas más adecuadas y medir los progresos en la reducción del mismo.

El RCV expresa la probabilidad* de sufrir un evento de la EVA en un determinado periodo de tiempo, generalmente de 5 a 10 años.

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

Para la selección del método adecuado para la estimación del RCV es aconsejable basarse en análisis específicos que permitan determinar cuál se comporta mejor a la hora de predecir la aparición de eventos cardiovasculares en cada población. Ninguno de los métodos de estimación del RCV es perfecto y todos presentan limitaciones en



factores como los límites de edad o la variabilidad en los FRCV que se ponderan. Generalmente, la recomendación de utilizar uno u otro se basa en que la tabla esté elaborada con datos de una cohorte poblacional similar a la de la población a la que se aplicará la tabla.

Ante la alta prevalencia de FRCV y de mortalidad por EVA en nuestra población y, al tener el Servicio Canario de la Salud (SCS) integrado, desde hace años, la metodología de abordaje conjunto de los FRCV, utilizando para la estimación del riesgo la calculadora de la HCE Drago AP, basada en el método Framingham, será esta la que continuará utilizando este programa, para estratificar a la población, según los FRCV mayores presentes.

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 la persona en cuanto a la obtención de objetivos para la reducción de su riesgo.

Tabla 7. Tabla de Predicción del RCV de Framingham (Anderson, 1991)

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	Hábito de fumar	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	VIH	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								

Fuente: Framingham Heart Study



Tabla 8. Resultados de la tabla de Predicción del RCV de Framingham (Anderson, 1991)

Resultados de la tabla de predicción del RCV de Framingham							
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

Fuente: Framingham Heart Study

En función resultado obtenido, este método nos proporciona el riesgo probabilístico de sufrir EVA en los próximos 10 años, para cualquier persona entre los 30 y 74 años.

En la práctica, el uso de la tabla solo permite diferenciar el RCV Alto del RCV Moderado, en aquellas personas que presenten FRCV mayores. No es necesaria la estimación del RCV cuando exista EVA Establecida o cuando No presentan FRCV mayores.

Con el fin de facilitar el cálculo del RCV (RCV Alto o RCV Moderado), así como el registro de la estratificación del riesgo de cada persona, en la HCE Drago AP se dispone de la calculadora del riesgo, que tiene incorporados los FRCV mayores, así como los determinantes de RCV Alto.

La calculadora hace una primera pregunta:

¿Existe Enfermedad Cardiovascular?

Si la respuesta es afirmativa, queda el registro automático de EVA establecida.

Si NO presenta ningún FRCV mayor (hábito de fumar, dislipemia, diabetes o HTA), al responder que no en la calculadora, queda el registro automático de RCV Bajo.

Si presenta algún FRCV mayor, al indicarlo en la calculadora y de forma automática, ésta calcula el RCV de la persona, cuyo resultado puede ser RCV Alto o RCV Moderado. En la misma calculadora también se contemplan los determinantes de RCV Alto. Si presentara alguno de ellos, quedaría registro automático de RCV Alto.

4.2.1. Prioridades en Prevención

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

- Pacientes con EVA Establecida
- Pacientes con estimación del RCV Alto
- Pacientes con estimación del RCV Moderado.
- 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.

Personas con enfermedad vascular aterosclerótica establecida

El Programa EVA, de acuerdo con lo establecido en el *Framingham Heart Study*, considera como "Enfermedad Vascul Establecida" a:

- Cardiopatía Isquémica.
- Ictus Isquémico (incluidos 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 RCV por la tabla, dado que ésta, lo que predice es la aparición de un primer evento.

Personas de riesgo cardiovascular alto

Se consideran pacientes con **RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO**:

- Los "clínicamente definidos", personas que presentan alguno de los siguientes condicionantes clínicos que por sí mismos ya les confiere un RCV alto sin necesidad de estimar el RCV por la tabla. Estos son:
 - DM2.
 - DM1 con microalbuminuria.
 - Alteraciones específicas de los lípidos de carácter genético: HF, HFC y deficiencia familiar de lipoproteínas de alta densidad (Hipoalfalipoproteinemia, cHDL < 35 mg/dL).
 - Elevación acusada de uno o más de los siguientes factores de riesgo:
 - TA \geq 180/110 mmHg.
 - CT \geq 320 mg/dL.
 - cLDL \geq 190 mg/dL.
 - HTA con lesión de órgano diana.
 - ERC.



- Aquellas personas que presentan algún factor de riesgo cardiovascular mayor, Hábito de fumar, Hipertensión Arterial, Dislipemia o Diabetes¹ y **un riesgo estimado $\geq 20\%$** de sufrir una EVA en los próximos diez años (según resultado de la tabla).

Personas de riesgo moderado

Son personas de riesgo moderado las que presentan algún factor de RCV mayor y un **riesgo estimado inferior al 20%** de sufrir EVA en los próximos 10 años, sin presentar ninguno de los condicionantes clínicos de riesgo alto ya señalados.

Personas de riesgo bajo

Son aquellas personas que no presentan ninguno de los FRCV mayores.

4.2.2. Factores modificadores de riesgo cardiovascular

En la estratificación del RCV de una persona, es esencial considerar la presencia de **factores modificadores de riesgo**. Estos factores representan circunstancias clínicas que confieren un mayor riesgo del estimado mediante las tablas e incluso, en ausencia de FRCV mayores, nos indican una mayor probabilidad de la aparición de estos o de EVA. Por lo tanto, deben tenerse en cuenta y realizar una evaluación individualizada en cada caso.

Factores modificadores de riesgo:

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.

Sedentarismo.

Personas asintomáticas con pruebas de aterosclerosis subclínica (ITB, Ecografía, etc.).

SAHOS.

Personas sin hábito de fumar, pero con antecedentes de ser fumador/a en los últimos 10 años.

Obesidad ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) o perímetro abdominal (PA) $\geq 102 \text{ cm}$ en los hombres y $\geq 88 \text{ cm}$ en las mujeres.

Antecedentes personales de prediabetes: GBA, TAG o HbA1c entre 5,7-6,4%.

Trastornos mentales que den lugar a un deterioro funcional significativo o un menor uso de los sistemas sanitarios: trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos por sustancias, trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, y trastornos psicóticos.

Disfunción eréctil

Determinadas enfermedades inflamatorias crónicas:

¹La 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.



- Artritis Reumatoide.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Psoriasis.
- Espondiloartritis anquilosante.

Tratamiento VIH.

Antecedentes de quimioterapia / radioterapia.

Antecedentes personales de preeclampsia, parto prematuro, diabetes gestacional.

Menopausia precoz.

Migraña con aura.

ITB < 0,9.

Factores psicosociales*:

- Nivel socioeconómico bajo, bajo nivel de estudios.
- Aislamiento social y falta de apoyo social.
- Estrés en el trabajo y la vida familiar.
- Emociones negativas: depresión, ansiedad, etc.

(*) Adicionalmente, deben tenerse en cuenta los **factores psicosociales** de cada persona. Un nivel socioeconómico bajo y un bajo nivel de estudios se han relacionado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, posiblemente debido a un acceso más limitado a la adopción de hábitos de vida saludables [22].

El aislamiento social y la falta de apoyo social también se han identificado como FR para enfermedades cardiovasculares. La investigación sugiere que la presencia de una amplia red social y el apoyo emocional son protectores contra el estrés y la ansiedad, y pueden mejorar la calidad de vida y la salud cardiovascular.

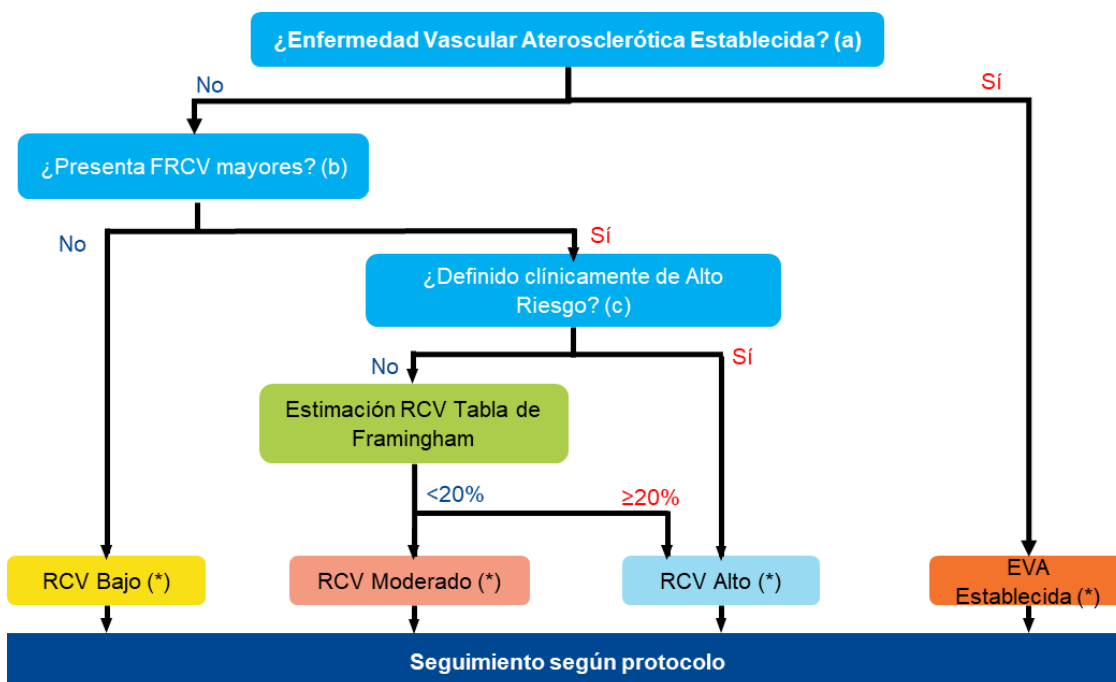
Asimismo, el estrés tanto en el trabajo como en la vida familiar también se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. El estrés psicosocial puede aumentar los niveles de hormonas como la adrenalina y el cortisol, lo que puede aumentar la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial, y tener un impacto negativo en la salud cardiovascular a largo plazo.

Por último, las emociones negativas, como la ira y la hostilidad alteran la función del sistema cardiovascular y aumentan los niveles de inflamación, lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.



4.3. Algoritmo general de actuación

Ilustración 3. Algoritmo general de actuación para la prevención y control de FRCV y EVA



Fuente: elaboración propia.

- a) Cardiopatía isquémica, ictus isquémico, arteriopatía periférica, aneurisma aórtico aterotrombótico e insuficiencia cardíaca de causa isquémica o hipertensiva.
- b) Diabetes, HTA, dislipemia y hábito de fumar.
- c) Dislipemia familiar; alteraciones extremas de uno o más FR (CT \geq 320 mg/dL, cLDL \geq 190 mg/dL; HTA \geq 180/110 mmHg); HTA con lesión de órgano diana; DM1 con microalbuminuria y DM2; Enfermedad Renal Crónica.

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 descritos en este programa.

Cada nivel de riesgo: EVA establecida, RCV Alto, RCV Moderado y RCV Bajo tiene su correspondiente protocolo de control y seguimiento en este programa.



Bibliografía

- [1] Eurostat, «Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence (Ischaemic heart diseases)» 2019. [En línea]. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_AS DR2__custom_3778145/default/map?lang=en. [Último acceso: 11 Noviembre 2022].
- [2] Eurostat, «Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence (Cerebrovascular disease)» 2019. [En línea]. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_AS DR2__custom_5574181/default/map?lang=en. [Último acceso: 28 marzo 2023].
- [3] Instituto de Salud Carlos III, «Mapas de Mortalidad» 2020. [En línea]. Available: <http://raziel.cne.isciii.es/maps/fMap.php>. [Último acceso: 17 Noviembre 2022].
- [4] Instituto de Salud Carlos III, «Tendencia Temporal de la Mortalidad» 2020. [En línea]. Available: <http://raziel.cne.isciii.es/grafs/fTend.php>. [Último acceso: 21 Noviembre 2022].
- [5] Ministerio de Sanidad, «Encuesta Europea de Salud en España 2020. Determinantes de Salud» 2020. [En línea]. Available: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/MODULO3RELATIVO.pdf>. [Último acceso: 24 Noviembre 2022].
- [6] ESC Scientific Document Group, «2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice» *European Heart Journal*, vol. 42, nº 34, p. 3227–3337, 7 September 2021.
- [7] Smith PJ, Blumenthal JA, «Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento.» *Revista Española de Cardiología*, vol. 64, nº 10, pp. 924-933, 2011.
- [8] Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, et al. , «Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association» *Circulation*, vol. 132, nº 9, pp. 873-898, 2015.
- [9] Krupchanka D, Mladá K, Winkler P, Yasser K, Albanese E, «Mortality in people with mental disorders in the Czech Republic: a nationwide, register-based cohort study» *The Lancet. Public health.*, vol. 36, pp. e289-e295, 2018.
- [10] Starace F, Mungai F, Baccari F, Galeazzi GM, «Excess mortality in people with mental illness: findings from a Northern Italy psychiatric case register» *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.*, vol. 53, nº 3, p. 249–257, 2018.
- [11] John U, Rumpf H, Hanke M, Meyer C, «Mental disorders and total mortality after 20 years in an adult general population sample» *European Psychiatry : the Journal of the Association of European Psychiatrists.*, vol. 63, nº 1, p. 30, 2020.



- [12] Lawrence D, J Hancock K, Kisely S, «The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers» *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 346, p. 2539, 2013.
- [13] Scott KM, de Jonge P, Alonso J, et al., «Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent heart disease onset: beyond depression» *Int J Cardiol*, vol. 168, pp. 5293-99, 2013.
- [14] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, ««Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones», de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España» pp. 77-82, 2015.
- [15] Albert MA, Glynn RJ, Buring J, Paul S, Ridker M, «Impact of Traditional and Novel Risk Factors on the Relationship Between Socioeconomic Status and Incident Cardiovascular Events» *Circulation*, vol. 114, nº 24, pp. 2619-2626, 2006.
- [16] Redondo-Bravo L, Fernández-Alvira J, Górriz J, Mendiguren J, Sanz J, Fernández-Friera L, «Does Socioeconomic Status Influence the Risk of Subclinical Atherosclerosis?: A Mediation Model» *Journal of the american college of cardiology*, vol. 74, nº 4, pp. 526-535, 2019.
- [17] Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I, «Social inequalities in cardiovascular mortality in Spain from an intersectional perspective» *Rev Esp Cardiol*, vol. 73, nº 4, pp. 282-289, 2020.
- [18] Smith SC Jr, Jackson R, Pearson TA, et al., «Principles for national and regional guidelines on cardiovascular disease prevention: a scientific statement from the World Heart and Stroke Forum» *Circulation*, vol. 109, nº 25, p. 3112–3121, 2004.
- [19] New Zealand Guidelines Group, «Assessment and management of cardiovascular risk. Wellington: New Zealand Guidelines Group» 2003.
- [20] Cabrera de León A, Alemán J., Rodríguez MC, et al., «En la población Canaria, la función de Framingham estima mejor el riesgo de mortalidad cardiovascular que la función SCORE» *Gaceta Sanitaria*, vol. 23, nº 3, pp. 216-221, 2009.
- [21] 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.
- [22] Rozanski A, «Behavioral cardiology: current advances and future directions» *J Am Coll Cardiol*, vol. 64, pp. 100-110, 2014.