

Evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes: Guías y escalas de uso

Angélica Laurin

Médica Familiar y Comunitaria, miembro del Grupo de Trabajo DMyN de SoCaMFyC y Coordinadora del GdT Cardiovascular SoCaMFyC

RESUMEN

La diabetes mellitus representa un factor determinante en el desarrollo de enfermedad cardiovascular, aunque el riesgo asociado no es homogéneo entre los pacientes. En la actualidad, la evaluación del riesgo cardiovascular ha evolucionado desde un enfoque basado exclusivamente en calculadoras hacia un modelo integral que combina la estratificación clínica, herramientas predictivas y factores modificadores del riesgo.

Este artículo revisa las principales estrategias para la estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes, incluyendo modelos como SCORE2-Diabetes y PREVENT, analizando sus fortalezas, limitaciones y aplicabilidad clínica. Asimismo, se destaca la importancia de variables como la duración de la enfermedad, el control glucémico y la presencia de daño de órgano diana en la clasificación del riesgo.

Se concluye que la valoración del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes debe realizarse mediante un enfoque multimodal e individualizado, en el que las calculadoras de riesgo actúan como herramientas complementarias dentro de un contexto clínico más amplio, permitiendo optimizar la toma de decisiones terapéuticas y mejorar el pronóstico cardiovascular.

Palabras clave: diabetes mellitus, riesgo cardiovascular, SCORE2-Diabetes.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus constituye uno de los principales determinantes del riesgo cardiovascular (RCV) a nivel global, siendo responsable de un incremento significativo de la morbimortalidad por enfermedad aterosclerótica. Tradicionalmente, se ha considerado la diabetes como un equivalente de riesgo cardiovascular; sin embargo, la evidencia actual demuestra una notable heterogeneidad en el riesgo entre los pacientes con diabetes, lo que obliga a una evaluación más individualizada.

En los últimos años, las principales guías clínicas, incluyendo las de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la American Diabetes Association (ADA), han evolucionado desde un enfoque basado exclusivamente en calculadoras de riesgo hacia modelos que integran variables clínicas, daño de órgano diana y factores modificadores del riesgo.

El objetivo de esta revisión es analizar las principales herramientas de estimación del RCV en pacientes con diabetes, sus limitaciones y su aplicación práctica en el contexto actual.

ESTRATIFICACIÓN INICIAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES

Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología sobre diabetes y enfermedad cardiovascular (2023) proponen una clasificación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes que no depende exclusivamente de calculadoras, sino de las características clínicas, la duración de la enfermedad y la presencia de daño de órgano diana.

Se distinguen tres categorías principales:

- Riesgo muy alto: pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, daño de órgano diana (como enfermedad renal crónica, albuminuria o retinopatía), o con la presencia múltiples factores de riesgo cardiovascular. Asimismo se incluyen aquellos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con un riesgo SCORE2-Diabetes $\geq 20\%$.
- Riesgo alto: pacientes con diabetes de larga evolución (≥ 10 años) asociados a al menos un factor de riesgo adicional, así como aquellos con un riesgo estimado SCORE2-Diabetes entre $10- < 20\%$.
- Riesgo moderado: pacientes jóvenes (habitualmente < 50 años) con corta duración de la enfermedad (< 10 años) y sin otros factores de riesgo cardiovascular así como aquellos con un riesgo estimado mediante SCORE2-Diabetes entre $5- < 10\%$.
- Riesgo bajo: pacientes con un riesgo estimado mediante SCORE2-Diabetes $< 5\%$. Situación poco frecuente en la práctica clínica.

En este contexto se consideran factores de riesgo cardiovascular clásicos en el SCORE 2-Diabetes: la edad, el sexo, la hipertensión arterial, la dislipemia, el tabaquismo y variables específicas de diabetes (hemoglobina glicosilada, filtrado glomerular y edad al diagnóstico).

No hay que olvidarse de que existen otros factores que actúan como modificadores del riesgo cardiovascular y que deben tenerse en cuenta para guiar la toma de decisiones clínicas, tales como una historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura, condiciones genéticas como hipercolesterolemia familiar, enfermedad renal crónica, sobrepeso u obesidad, antecedentes obstétricos (preeclampsia, diabetes gestacional o parto pretérmino), la menopausia precoz, enfermedades autoinmunes, síndrome de apnea obstructiva del sueño, factores psicosociales y sedentarismo, entre otros, que permiten refinar la estimación del riesgo.

Es importante destacar que el algoritmo SCORE2-Diabetes contempla la enfermedad renal únicamente a través de la eGFR, omitiendo la albuminuria en su ecuación. No obstante, la presencia de albuminuria debe considerarse un modificador de riesgo crítico: un paciente con una función renal (eGFR) normal según el score, pero con albuminuria persistente, debe ser reclasificado clínicamente hacia una categoría de riesgo superior (alto o muy alto riesgo)

Este enfoque refleja un cambio conceptual relevante, en muchos pacientes con diabetes, especialmente en aquellos con

daño orgánico diana o con larga evolución de la enfermedad no es necesario estimar el riesgo mediante calculadoras, ya que se consideran de alto o muy alto riesgo cardiovascular.

En la práctica clínica, la estratificación inicial basada en las características clínicas tiene prioridad sobre las calculadoras de riesgo en la mayoría de los pacientes con diabetes.

HERRAMIENTAS DE ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DM2

A pesar de esta estratificación clínica, las calculadoras de riesgo siguen teniendo un papel complementario en determinados escenarios, especialmente en pacientes con riesgo intermedio o en fases iniciales de la enfermedad.

El manejo del riesgo cardiovascular (RCV) en la diabetes está en constante evolución. Actualmente, el debate se centra en los siguientes referentes:

A. El modelo SCORE2-Diabetes (SCORE2-DM)

Desarrollado por la Sociedad Europea de Cardiología, representa una evolución significativa en la estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con DM2 en prevención primaria al superar el enfoque tradicional que consideraba esta población como de alto riesgo de forma homogénea. Este algoritmo integra variables clásicas —edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol no-HDL— junto con factores específicos de la diabetes, como la duración de la enfermedad o el grado de control glucémico (HbA1c), e incorpora de forma indirecta y parcial el impacto de las complicaciones microvasculares a través del filtrado glomerular (sin incluir otras como albuminuria, retinopatía o neuropatía) permitiendo una estratificación del riesgo a 10 años de eventos cardiovasculares ateroscleróticos en personas entre 40 y 60 años.

Entre sus principales fortalezas destaca su capacidad para reflejar la marcada heterogeneidad pronóstica de la DM2, mejorar la discriminación del riesgo respecto a modelos generalistas y facilitar una toma de decisiones más ajustada en cuanto a la intensidad de las intervenciones preventivas, especialmente en el contexto actual de terapias con beneficio cardiovascular demostrado. Asimismo, su desarrollo a partir de cohortes contemporáneas europeas y su calibración regional han favorecido su adopción progresiva como herramienta de referencia en el ámbito europeo, tanto en la práctica clínica como en el desarrollo de recomendaciones.

Su utilidad principal se sitúa en pacientes sin lesión de órgano diana ni enfermedad cardiovascular establecida, especialmente en las fases iniciales o con riesgo intermedio.

Tabla 1. Variables incluidas en la calculadora SCORE2-Diabetes.

Variable
Región geográfica europea
Sexo
Edad
Edad al diagnóstico de la diabetes
Presión arterial sistólica
Colesterol total
Colesterol HDL
Hemoglobina glicada (HbA1c)
Filtrado glomerular estimado (eGFR)

Fuente: Adaptado de European Society of Cardiology (ESC). SCORE2-Diabetes risk prediction model, 2023.

Limitaciones del SCORE2-Diabetes

- Población y rango de edad:** el algoritmo está validado principalmente para personas de entre 40 y 60 años. En pacientes mayores de 70 años, el modelo puede ser menos preciso al no considerar adecuadamente el riesgo competitivo de muerte por causas no cardiovasculares. Además, no es aplicable a personas con diabetes tipo 1.
- Factores de riesgo omitidos:** la herramienta se limita a variables estándar (presión sistólica, colesterol no-HDL, HbA1c y función renal). Deja fuera factores determinantes como la albuminuria o el nivel socioeconómico.
- Complicaciones microvasculares:** aunque integra el filtrado glomerular, el score no tiene en cuenta la presencia de albuminuria, retinopatía o neuropatía diabética. Estas complicaciones ya indican un daño de órgano blanco que sitúa al paciente en un escalón de riesgo real superior al calculado numéricamente.
- Subestimación del riesgo acumulado en jóvenes:** el modelo calcula el riesgo cardiovascular a un plazo de 10 años, lo cual puede resultar no fiable en pacientes jóvenes (menores de 50 años). Aunque el porcentaje obtenido sea bajo debido a la edad, estos pacientes pueden presentar una carga de factores de riesgo elevada que comprometa seriamente su salud a largo plazo. En estos casos, el SCORE2-DM2

no refleja el riesgo vital o acumulado, lo que podría llevar a una infravaloración de la necesidad de intervenir de forma temprana y agresiva en sus hábitos de vida.

- Variabilidad étnica y geográfica:** al basarse en cohortes mayoritariamente europeas, su capacidad predictiva puede variar en otras poblaciones. La precisión del score disminuye al aplicarse a grupos étnicos con perfiles metabólicos distintos o en regiones con condiciones socioeconómicas muy diferentes a las de los países de validación.

Es el modelo más estricto en cuanto a estratificación. Clasifica a los pacientes con DM2 en tres categorías de riesgo según la presencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) establecida o daño de órgano diana (DOD):

- **Riesgo muy alto:** pacientes con ECVA establecida o daño de órgano diana grave (filtrado glomerular < 45 ml/min o microalbuminuria persistente).
- **Riesgo alto:** la mayoría de los pacientes con DM2 de >10 años de evolución sin daño de órgano diana grave.
- **Riesgo moderado:** pacientes jóvenes (< 50 años) con DM2 de corta duración (< 10 años).

B. PREVENT (AHA 2023)

El modelo PREVENT (*Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTS*), desarrollado por la American Heart Association, es una herramienta reciente para la estimación del riesgo cardiovascular en prevención primaria que amplía el enfoque de los modelos tradicionales mediante la incorporación de variables más contemporáneas y una visión más integral del riesgo cardiometabólico. A diferencia de calculadoras previas, PREVENT no se limita a los factores clásicos, sino que integra tanto variables tradicionales —edad, sexo, presión arterial, perfil lipídico, tabaquismo y diabetes— como determinantes adicionales relevantes, incluyendo el índice de masa corporal y la función renal, evaluada mediante el filtrado glomerular estimado (eGFR). Este enfoque permite una estimación más global y adaptada al perfil actual de los pacientes, especialmente en contextos donde la obesidad y la enfermedad renal tienen un papel creciente en el riesgo cardiovascular.

Además, permite incorporar variables opcionales como:

- El cociente albúmina/creatinina (UACR).
- La hemoglobina glicosilada (HbA1c).
- Los índices sociales.

Permite estimar el riesgo a 10 y 30 años en adultos entre 30-79 años de distintos eventos cardiovasculares. Incluyendo

enfermedad aterosclerótica, insuficiencia cardíaca y riesgo cardiovascular total.

Tabla 2. Variables incluidas en la calculadora PREVENT (AHA).

Tipos de variables	Variables incluidas
Variables básicas	Edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica, colesterol total, colesterol HDL, diabetes, índice de masa corporal (IMC).
Tratamiento	Uso de medicación antihipertensiva, uso de estatinas.
Función renal	Filtrado glomerular estimado (eGFR).
Variables opcionales	Cociente albúmina/creatinina (UACR, albuminuria), hemoglobina glicada (HbA1c).
Factores sociales	Código postal / determinantes sociales de la salud.

Fuente: Adaptado del modelo PREVENT, American Heart Association (AHA), 2023.

Entre sus principales fortalezas destaca su desarrollo a partir de cohortes contemporáneas, su mayor capacidad para reflejar el riesgo cardiometabólico global y su alineación con un enfoque de medicina personalizada. No obstante, presenta limitaciones relevantes que debemos considerar:

1. No incluye la historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.
2. Puede infraestimar el riesgo en perfiles específicos, como pacientes jóvenes con alto riesgo relativo o individuos con carga genética significativa.
3. Tiene una mayor complejidad en su aplicación, al requerir más variables que los modelos clásicos, lo que puede dificultar su uso sistemático en la práctica clínica.
4. Posee una limitada validación externa y experiencia acumulada, dado su desarrollo reciente, en comparación con otros modelos más consolidados.
5. Como otros modelos predictivos, se basa en estimaciones poblacionales y mantiene una dependencia relevante de la edad, por lo que debe interpretarse siempre en el contexto de una valoración clínica individualizada.

En conjunto, PREVENT representa una evolución hacia modelos más integradores del riesgo cardiovascular, aunque su

utilidad clínica óptima reside en su aplicación complementaria al juicio clínico.

En definitiva, SCORE 2 es el modelo europeo centrado en factores cardiovasculares tradicionales y pensado para la población general (incorpora también factores modificadores de riesgo). Es un modelo centrado en aterosclerosis y mide el riesgo a los 10 años mientras que PREVENT, desarrollada por la Sociedad Americana de Cardiología, es más actual e integra el enfoque cardiorrenal-metabólico, por lo que se ajusta más el riesgo individual y permite medir el riesgo a los 30 años (útil en jóvenes con diabetes).

C. Otros modelos de estimación del riesgo cardiovascular en DM2

Además de SCORE2-Diabetes y PREVENT, existen otros modelos de estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes. Algunos fueron desarrollados específicamente en población con diabetes (UKPDS, ADVANCE), mientras que otros proceden de cohortes de población general e incluyen la diabetes como una variable dentro del cálculo (REGICOR, QRISK3). No obstante, su papel actual es más limitado, bien por su menor vigencia, por su escasa implantación en la práctica clínica, por no incorporar nuevas terapias cardioprotectoras modernas y por no reflejar adecuadamente la heterogeneidad del riesgo cardiovascular en la diabetes. Por ello, su papel actual en la práctica clínica es limitado.

En conjunto, estos modelos han contribuido al desarrollo de la estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes, pero presentan limitaciones importantes, especialmente cuando no incorporan variables propias de la enfermedad ni el daño de órgano diana. Esto refuerza la necesidad de un enfoque integral, basado en la combinación de herramientas de estimación, juicio clínico y una estratificación individualizada.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA DIABETES TIPO 1

La evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) presenta particularidades que la diferencian de la DM2.

Las guías actuales de la Sociedad Europea de Cardiología señalan que el riesgo cardiovascular en DM1 está estrechamente relacionado con la duración de la enfermedad y la presencia de complicaciones microvasculares, considerándose elevado

especialmente en pacientes con larga evolución o con daño de órgano diana.

A diferencia de la DM2, no existen herramientas ampliamente implementadas equivalentes a SCORE2-Diabetes. Se han desarrollado modelos específicos para DM1, como el Steno Type 1 Risk Engine o el modelo DIAL, que permiten estimar el riesgo cardiovascular a largo plazo. Sin embargo, su uso en la práctica clínica es limitado.

En ausencia de herramientas específicas ampliamente utilizadas, las calculadoras generales de riesgo cardiovascular, como SCORE2 o PREVENT, pueden emplearse de forma orientativa en algunos casos, aunque presentan limitaciones relevantes, ya que no incluyen variables clave propias de la DM1, como la duración de la enfermedad o la carga metabólica acumulada, lo que puede conducir a una infraestimación del riesgo.

Por ello, en la práctica clínica, la estratificación del riesgo en DM1 se basa fundamentalmente en la valoración clínica individual, teniendo en cuenta la duración de la enfermedad, el control glucémico y la presencia de complicaciones, más que en el uso sistemático de calculadoras de riesgo.

LIMITACIONES DE LAS CALCULADORAS DE RIESGO EN DM2

Las herramientas actuales de estimación del riesgo cardiovascular, incluyendo SCORE2-Diabetes y PREVENT, presentan limitaciones relevantes en pacientes con diabetes:

- Dependencia significativa de la edad, lo que puede infraestimar el riesgo en pacientes jóvenes con diabetes de larga evolución o alto riesgo relativo.
- Capacidad limitada para captar la complejidad de la diabetes, incluyendo la carga metabólica acumulada y la evolución clínica de la enfermedad.
- Representación incompleta del daño de órgano diana, ya que, aunque incorporan variables como la función renal, no integran de forma global las complicaciones microvasculares.
- Incorporación parcial de factores modificadores del riesgo, como antecedentes familiares, factores sociales o estilo de vida.
- Falta de adaptación a los cambios terapéuticos recientes, incluyendo el impacto de fármacos con beneficio cardiovascular demostrado, como los inhibidores de SGLT-2 y los agonistas del receptor GLP-1.

Reclasificación del riesgo cardiovascular

Resulta de especial utilidad disponer de herramientas sencillas y accesibles en Atención Primaria, como la determinación del índice tobillo-brazo (ITB). Esta técnica no invasiva permite detectar enfermedad arterial periférica de forma precoz y aporta un valor añadido en la estratificación del riesgo. Tras la estimación inicial del riesgo, las guías actuales recomiendan interpretar los resultados de las calculadoras en el contexto clínico, teniendo en cuenta factores adicionales y modificadores de riesgo. La incorporación de estos elementos, junto con la medición del ITB, permite identificar subgrupos de pacientes con mayor riesgo cardiovascular que podrían beneficiarse de un abordaje más intensivo.

Papel de la imagen en la estratificación del riesgo

Las técnicas de imagen pueden ser útiles en situaciones seleccionadas, especialmente en pacientes con riesgo intermedio o incertidumbre clínica.

- El calcio coronario (CAC):
 - Puede ayudar a refinar la estimación del riesgo.
 - Tiene valor pronóstico.
 - Puede ser útil en decisiones terapéuticas individuales.

No obstante, la evidencia actual no respalda su uso sistemático para la reclasificación del riesgo en todos los pacientes con DM2, por lo que debe emplearse de forma individualizada.

- Ecografía vascular:

Las guías reconocen también la identificación de placas ateroscleróticas en territorios accesibles, como las arterias carótidas o femorales, como un marcador directo de enfermedad aterosclerótica.

La presencia de placa indica enfermedad aterosclerótica subclínica y permite reclasificar al paciente a una categoría de mayor riesgo, independientemente del resultado de las calculadoras, aunque en la actualidad las guías indican su uso de forma individualizada para apoyar la toma de decisiones.

IMPLICACIONES CLÍNICAS

La evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes debe basarse en un enfoque multimodal:

1. Estratificación clínica inicial (según guías ESC/ADA).
2. Uso de calculadoras de riesgo en casos de incertidumbre.

3. Incorporación de factores modificadores del riesgo.
4. Uso de técnicas de imagen en pacientes seleccionados.

Este enfoque permite una mejor individualización del tratamiento, especialmente en la indicación de terapias cardioprotectoras.

CONCLUSIONES

El cálculo del riesgo cardiovascular está experimentando una evolución constante, pasando de modelos clásicos centrados en la predicción de eventos ateroscleróticos a 10 años, como SCORE2 y su adaptación en diabetes (SCORE2-Diabetes), hacia un enfoque más amplio e integrado. Este nuevo paradigma, representado por herramientas como PREVENT, incorpora el concepto de riesgo cardiometabólico global, incluyendo no solo infarto e ictus, sino también insuficiencia cardíaca, función renal, factores metabólicos, tratamientos y determinantes sociales de la salud. Además, permite estimaciones a más largo plazo (hasta 30 años), lo que resulta especialmente útil en pacientes jóvenes.

Sin embargo, esta evolución no implica la sustitución inmediata de los modelos clásicos. SCORE2-Diabetes continúa siendo una herramienta sencilla, validada y bien adaptada a la población europea, mientras que PREVENT, aunque más completa,

aún requiere validación externa y una mejor definición de sus umbrales clínicos para su implementación generalizada.

En el caso específico de los pacientes con diabetes, la estimación del riesgo cardiovascular ha evolucionado desde un modelo centrado exclusivamente en calculadoras hacia una estrategia más integral y personalizada. Las herramientas clásicas mantienen un papel complementario útil, pero presentan limitaciones en esta población. Por ello, las guías actuales recomiendan priorizar una estratificación basada en variables clínicas clave como la duración de la diabetes, la presencia de daño de órgano diana y la coexistencia de otros factores modificadores del riesgo.

En este contexto, la incorporación de técnicas de imagen, como la cuantificación del calcio coronario, puede aportar valor adicional en situaciones seleccionadas, mejorando la precisión en la clasificación del riesgo.

En definitiva, el abordaje del riesgo cardiovascular ha evolucionado hacia un modelo integrador, dinámico y centrado en la persona, en el que la estimación del riesgo no debe entenderse como un resultado aislado, sino como una herramienta que debe interpretarse dentro del contexto clínico global del paciente. Este enfoque permite guiar una toma de decisiones terapéuticas más precisa, individualizada y orientada no solo a la reducción de eventos, sino también a la trayectoria vital y al riesgo cardiometabólico global del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al.
2. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023;44(39):4043-4140.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1).
4. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Gabbay RA, et al. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S158-S190.
5. American Heart Association. PREVENT™: Predicting Risk of Cardiovascular Disease Events (risk calculator and model). *Circulation/AHA Scientific Statement*. 2023.
6. D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117(6):743-753.
7. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cerdón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la función de Framingham calibrada (REGICOR). *Rev Esp Cardiol*. 2003;56(3):253-261.
8. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease. *BMJ*. 2017;357:j2099.
9. Stevens RJ, Kothari V, Adler AI, Stratton IM. The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in type 2 diabetes. *Clin Sci (Lond)*. 2001;101(6):671-679.
10. Kengne AP, Patel A, Marre M, Travert F, Chalmers J, Colagiuri S, et al. Contemporary model for cardiovascular risk prediction in people with type 2 diabetes (ADVANCE). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011;18(6):746-754.
11. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases. *Eur Heart J*. 2020;41(2):255-323.
12. Grupo de Trabajo de Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la RedGDPS. Documento de consenso sobre manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *RedGDPS*. 2022.
13. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227-3337.