



Revista Argentina de Cardiología Argentine Journal of Cardiology

JULIO 2023 | Vol. 91 SUPL. 3

ISSN 0034-7000

www.sac.org.ar

Consenso de Prevención Cardiovascular Versión resumida

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA



REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

ORGANO CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

COMITÉ EDITOR

Director

JORGE THIERER
Instituto Universitario CEMIC, CABA

Director Adjunto

CLAUDIO C. HIGA
Hospital Alemán, CABA

Directores Asociados

ERNESTO DURONTO
Fundación Favalaro, CABA
DARÍO C. DI TORO
Hospital Argerich, CABA
WALTER M. MASSON
Instituto Universitario Hospital Italiano,
CABA
JAVIER GUETTA
Instituto Universitario CEMIC, CABA
GASTÓN RODRÍGUEZ GRANILLO
Instituto Médico ENER, Clínica La
Sagrada Familia (CABA)
LUCRECIA BURGOS
ICBA, CABA

Editor Consultor

HERNÁN C. DOVAL
Instituto Universitario Hospital Italiano

Delegado por la SAC

CHRISTIAN SMITH
Hospital Felipe Arnedo, Clorinda,
Formosa

Editor de Ciencias básicas

BRUNO BUCHHOLZ
Universidad de Buenos Aires

Vocales

MARIANO FALCONI (Instituto
Universitario Hospital Italiano, CABA)

SANDRA SWIESZKOWSKI (Hospital de
Clínicas José de San Martín, CABA)

JOSÉ LUIS BARISANI (Hospital Presidente
Perón, Avellaneda, Buenos Aires)

JORGE CARLOS TRAININI (Hospital
Presidente Perón, Avellaneda,
Buenos Aires)

GUILLERMO ERNESTO LINIADO
(Hospital Argerich, CABA)

PABLO LAMELAS (ICBA, CABA)

MARIANO TREVISÁN (Sanatorio San
Carlos, Bariloche, Río Negro)

BIBIANA MARÍA DE LA VEGA
(Hospital Zenón Santillán, Universidad
Nacional de Tucumán)

Consultor en Estadística, Buenos Aires

JAVIER MARIANI
Hospital El Cruce, Buenos Aires

Coordinación Editorial

PATRICIA LÓPEZ DOWLING
MARIELA ROMANO

COMITÉ HONORARIO

MARCELO V. ELIZARI (ARGENTINA)

GUILLERMO KREUTZER (ARGENTINA)

JOSÉ NAVIA (ARGENTINA)

COMITÉ EDITOR INTERNACIONAL

AMBROSIO, GIUSEPPE (ITALIA)

University of Perugia School of Medicine, Perugia

ANTZELEVITCH, CHARLES (EE.UU)

Masonic Medical Research Laboratory

BADIMON, JUAN JOSÉ (EE.UU)

Cardiovascular Institute, The Mount Sinai School of
Medicine

BARANCHUK, ADRIÁN (CANADÁ)

Queen's University, Kingston

BAZÁN, MANUEL (CUBA)

INCOR, La Habana

BLANKSTEIN, RON

Harvard Medical School (EEUU)

BRUGADA, RAMÓN (ESPAÑA)

Cardiology Department, The Thorax Institute, Hospital

Clinic, University of Barcelona, Barcelona

CABO SALVADOR, JAVIER

Departamento de Ciencias de la Salud de la

Universidad de Madrid UDIMA (ESPAÑA)

CAMIM, JOHN (GRAN BRETAÑA)

British Heart Foundation, St. George's University of
London

CARRERAS COSTA, FRANCESC (ESPAÑA)

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat

Autònoma de Barcelona

CHACHQUES, JUAN CARLOS (FRANCIA)

Pompidou Hospital, University of Paris Descartes,
Paris

DEMARIA, ANTHONY N. (EE.UU)

UCSD Medical Center, San Diego, California

DI CARLI, MARCELO (EE.UU)

Harvard Medical School, Boston, MA

EVANGELISTA MASIP, ARTURO (ESPAÑA)

Instituto Cardiológico, Quirónsalud-Teknon, Barcelona

EZEKOWITZ, MICHAEL (EE.UU)

Lankenau Medical Center, Medical Science Building,
Wynnewood, PA

FEIGENBAUM, HARVEY (EE.UU)

Indiana University School of Medicine, Indianapolis

FERRARI, ROBERTO (CANADÁ)

University of Alberta, Edmonton, Alberta

FERRARIO, CARLOS (EE.UU)

Wake Forest University School of Medicine, Winston-
Salem

FLATHER, MARCUS (GRAN BRETAÑA)

Royal Brompton and Harefield NHS Foundation Trust
and Imperial College London

FUSTER, VALENTIN (EE.UU)

The Mount Sinai Medical Center, New York

GARCÍA FERNÁNDEZ, MIGUEL ÁNGEL (ESPAÑA)

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de
Medicina

JUFFÉ STEIN, ALBERTO (ESPAÑA)

Department of Cardiology, A Coruña University
Hospital, La Coruña

KASKI, JUAN CARLOS (GRAN BRETAÑA)

St George's University of London, Cardiovascular

Sciences Research Centre, Cranmer Terrace, London

KHANDERIA, BIJOY (EE.UU)

Aurora Cardiovascular Services

KRUCOFF, MITCHELL W. (EE.UU)

Duke University Medical Center, Durham

LÓPEZ SENDÓN, JOSÉ LUIS (ESPAÑA)

Hospital Universitario La Paz, Instituto de

Investigación La Paz, Madrid

LUSCHER, THOMAS (SUIZA)

European Heart Journal, Zürich Heart House, Zürich,
Switzerland

MARZILLI, MARIO (ITALIA)

Cardiothoracic Department, Division of Cardiology,
University Hospital of Pisa

MAURER, GERALD (AUSTRIA)

Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I,
Christian-Doppler-Klinik, Salzburg

MOHR, FRIEDRICH (ALEMANIA)

Herzzentrum Universität Leipzig, Leipzig

NANDA, NAVIN (EE.UU)

University of Alabama at Birmingham, Birmingham

NEUBAUER, STEFAN

University of Oxford and John Radcliffe Hospital
(GRAN BRETAÑA)

NILSEN, DENNIS (NORUEGA)

Department of Cardiology, Stavanger University
Hospital, Stavanger

PALACIOS, IGOR (EE.UU)

Massachusetts General Hospital

PANZA, JULIO (EE.UU)

MedStar Washington Hospital Center, Washington, DC

PICANO, EUGENIO (ITALIA)

Institute of Clinical Physiology, CNR, Pisa

PINSKI, SERGIO (EE.UU)

Cleveland Clinic Florida

RASTAN, ARDAWAN (ALEMANIA)

Universitäts-Herzzentrum Freiburg-Bad Krozingen

SERRUYS, PATRICK W.

Imperial College (GRAN BRETAÑA)

SICOURI, SERGE (EE.UU)

Masonic Medical Research Laboratory, Utica

THEROUX, PIERRE (CANADÁ)

University of Toronto, Ontario

TOGNONI, GIANNI (ITALIA)

Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Chieti

VENTURA, HÉCTOR (EE.UU)

Ochsner Clinical School-The University of
Louisiana School of Medicine, New Orleans

WIELGOSZ, ANDREAS (CANADÁ)

University of Calgary, Calgary, Alberta

ZIPES, DOUGLAS (EE.UU)

Indiana University School of Medicine, Indianapolis

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente

CLAUDIO R. MAJUL

Presidente Electo

VÍCTOR M. MAURO

Vicepresidente 1°

PABLO STUTZBACH

Vicepresidente 2°

BELÉN TINARI

Secretario

GABRIEL PEREA

Tesorero

HUGO SILVA

Prosecretario

SILVIA MAKHOUL

Protesorero

DIEGO PÉREZ DE ARENAZA

Vocales Titulares

MARCOS AMUCHÁSTEGUI

CAROLINA SALVATORI

OSCAR A. VOGELMANN

AGUSTINA AMENABAR

Vocal Suplentes

JORGELINA MEDUS

SEBASTIÁN GALDEANO

CHRISTIAN A. SMITH

GRACIELA I. BRUNA

Presidente Anterior

HÉCTOR A. DESCHLE

Revista Argentina de Cardiología

La Revista Argentina de Cardiología es propiedad de la Sociedad Argentina de Cardiología.

ISSN 0034-7000 ISSN 1850-3748 versión electrónica - Registro de la Propiedad Intelectual en trámite

Full English text available. Indexada en SciELO, Scopus, Embase, LILACS, Latindex, Redalyc, Dialnet y DOAJ. Incluida en el Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas del CONICET.

VOL 91 SUPLEMENTO 3 JULIO 2023

Dirección Científica y Administración

Azcuénaga 980 - (1115) Buenos Aires / Tel.: 4961-6027/8/9 / Fax: 4961-6020 / e-mail: revista@sac.org.ar / web site: www.sac.org.ar

Atención al público de lunes a viernes de 13 a 20 horas

Consenso de Prevención Cardiovascular
Versión resumida
SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

ÁREA DE CONSENSOS Y NORMAS

Director

Sebastián Peralta^{MTSAC}

Sub-Director

Mario César Spennato^{MTSAC}

Secretaria

Milagros Seijó

Vocales

Laura Antonietti^{MTSAC}

Ariel Kraselnik

Santiago Lynch

Paola Rojas

Comité Asesor

Maximiliano De Abreu^{MTSAC}

Gustavo Giunta^{MTSAC}

Ignacio Bluro^{MTSAC}

Las opiniones, pautas o lineamientos contenidos en los Consensos o Recomendaciones han sido diseñados y planteados en términos genéricos, a partir de la consideración de situaciones concebidas como un modelo teórico. Allí se describen distintas hipótesis alternativas para arribar a un diagnóstico, a la definición de un tratamiento y/o prevención de una determinada patología. De ningún modo puede interpretarse como un instructivo concreto ni como una indicación absoluta. La aplicación específica en el paciente individual de cualquiera de las descripciones generales obrantes en los Consensos o Recomendaciones dependerá del juicio médico del profesional interviniente y de las características y circunstancias que se presenten en torno al caso en cuestión, considerando los antecedentes personales del paciente y las condiciones específicas de la patología por tratar, los medios y recursos disponibles, la necesidad de adoptar medidas adicionales y/o complementarias, etc. La evaluación de estos antecedentes y factores quedará a criterio y responsabilidad del médico interviniente en la decisión clínica final que se adoptará.

CONSENSO DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

VERSIÓN RESUMIDA

Directores

Gustavo Giunta^{MTSAC}
Augusto Lavalle Cobo^{MTSAC}

Coordinadores generales

Laura Brandani^{MTSAC}
Martín Lobo^{MTSAC}

Secretarios científicos

Ezequiel Forte^{MTSAC}
Gerardo Masson^{MTSAC}

Por Área de Normas y Consensos

Ariel Kraselnik

Revisores

Jorge Lerman^{MTSAC},
Ricardo Iglesias^{MTSAC},
Alberto Cafferata^{MTSAC},
Verónica Volberg^{MTSAC}

Coordinación editorial

Patricia López Dowling

Los autores recomiendan citar el artículo de esta forma:

Giunta G, Lavalle Cobo A, Brandani L, Lobo M, Forte E, Masson G, y cols. Consenso de Prevención Cardiovascular - Versión resumida. Rev Argent Cardiol 2023;91 (Suplemento 3): 1-15. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.s3>



Índice

1. PREVENCIÓN PRIMORDIAL	1
2. ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	1
3. ALIMENTACIÓN SALUDABLE	2
4. ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO	3
5. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL	4
6. DISLIPIDEMIA	4
7. DIABETES	7
8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	8
9. OBESIDAD	10
10. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	11
11. TABAQUISMO	12
12. INFLAMACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR	13
13. ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA Y ANTICOAGULACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA	13
14. INMUNIZACIONES EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR	14
15. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	15

Consenso de Prevención Cardiovascular

Versión resumida

1. PREVENCIÓN PRIMORDIAL

Coordinador: Alejandro Di Cío Gimena

Grupo de redacción: Diana Millan, Lorena Helman, María Isabel Rodríguez Acuña

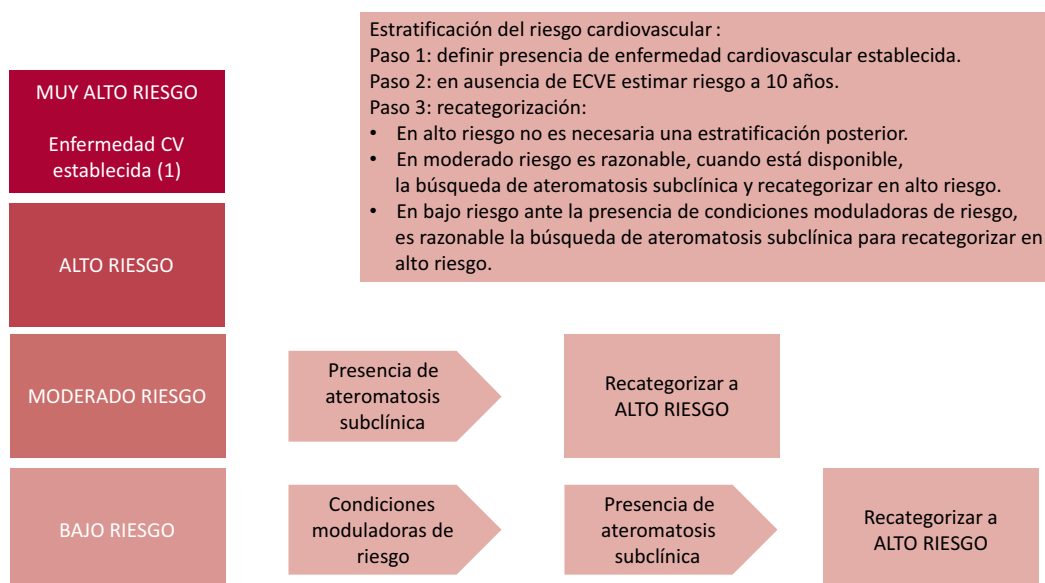
Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Pesquisar como antecedente positivo la presencia de ECV diagnosticada (coronaria, cerebrovascular, vascular periférica) o muerte de causa cardiovascular en un familiar de primer grado masculino <55 años o femenino <65 años.	I	B
– Constatar en la historia clínica del paciente los antecedentes familiares positivos que permitan detectar un perfil de riesgo aumentado para ECV (obesidad, dislipidemias, HTA, diabetes) en familiares de 1.º grado	I	B
– Si se identifican en el paciente FR para ECV, debe considerarse la evaluación de padres, hermanos o convivientes para dichos factores.	I	B
– Promocionar la salud cardiovascular en el paciente y en su grupo familiar a través de cambios alimentarios, actividad física, cesación tabáquica y estimular la detección temprana de los factores de riesgo cardiovasculares (diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia).	I	C
– A nivel escolar se debe trabajar a través de la inclusión familiar, la promoción de la actividad física, la oferta de alimentos nutritivos, la capacitación para docentes y cuidadores y el ambiente favorecedor de hábitos saludables.	I	B

2. ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Coordinador: Mariano Giorgi^{MTSAC}

Grupo de redacción: Ignacio Bluro^{MTSAC}, Daniel Comtesse, Gabriel Cejas, Diego Manente^{MTSAC}, Emiliano Salmeri^{MTSAC}, Lucas Leonardo Suárez

Esquema propuesto de estratificación de riesgo.



*Cardiopatía isquémica (IAM, revascularización coronaria, enfermedad coronaria), accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio, enfermedad vascular periférica (carotídea, miembros inferiores).

3. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Coordinador: Ariel Kraselnik

Grupo de redacción: María Florencia Aguilo Iztueta, Gabriela Flores, Evelyn Gitz, Jorgelina Latorraga

RECOMENDACIONES GENERALES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda limitar el consumo de alimentos fuentes de ácidos grasos saturados y reemplazarlos por fuentes de ácidos grasos mono y poliinsaturados, para la prevención de eventos cardiovasculares.	I	A
– Se recomienda evitar un consumo mayor de 2000 mg de sodio por día (5 g de sal), para reducir el riesgo de hipertensión arterial.	I	A
– Se recomienda que los carbohidratos de la dieta provengan de alimentos naturales o mínimamente procesados, y limitar la ingesta de carbohidratos refinados y azúcares libres, para la prevención de eventos cardiovasculares.	I	B
– Es razonable limitar la ingesta de colesterol, especialmente en personas con factores de riesgo cardiovascular.	Ila	B
– Se recomienda evitar la ingesta de ácidos grasos trans* para la prevención de eventos cardiovasculares.	III	B

* El objetivo propuesto por la OMS es que no superen el 1% de la energía total.

RECOMENDACIONES DE PATRONES ALIMENTARIOS

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda un patrón alimentario de tipo mediterráneo, para la prevención de eventos cardiovasculares.	I	A
– Se recomienda fomentar la incorporación de hortalizas, frutas, legumbres, frutos secos, semillas y granos integrales como componentes centrales de un patrón alimentario cardiosaludable.	I	B
– Los patrones alimentarios de tipo DASH y vegetariano se recomiendan para la reducción del riesgo y la prevención de eventos cardiovasculares.	I	B
– Una restricción moderada de carbohidratos podría reducir el riesgo cardiovascular, siempre que no aumente significativamente el consumo de grasas saturadas y colesterol, se mantenga un aporte adecuado de fibra y se prioricen las proteínas y grasas de origen vegetal y marino.	Ila	B

4. ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

Coordinador: Roberto Peidro^{MTSAC}

Grupo de redacción: Gonzalo Díaz Babio^{MTSAC}, Graciela Brión^{MTSAC}, Ignacio Dávalos^{MTSAC}, Diego Iglesias^{MTSAC}

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda realizar actividad física aeróbica de intensidad leve-moderada al menos 150-300 minutos/semana, o intensa 75-150 min/semana.	I	A
– Para mayores beneficios en adultos sin enfermedades asociadas, se recomienda incrementar gradualmente la cantidad de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a 300 minutos/semana, o vigorosa a 150 minutos/semana.	I	A
– Se recomienda incorporar ejercicios de fuerza muscular en intensidad moderada o vigorosa que involucren grandes grupos musculares, durante 2 o más días a la semana para obtener beneficios cardiovasculares adicionales.	I	A
– Se recomienda realizar controles y asesoramiento periódico regular para promover adherencia y ayudar a sostener en el tiempo la realización de actividad física.	I	B
– En niños y adolescentes se recomienda realizar al menos un promedio de 60 minutos/día de actividad física moderada-vigorosa, predominantemente aeróbica.	I	B
– En infantes y adolescentes se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento osteomuscular acordes con su etapa de desarrollo, al menos 3 veces a la semana.	I	B
– Como parte de su actividad diaria, se recomienda en adultos mayores realizar ejercicios de moderada-vigorosa intensidad, que mejoren su equilibrio y fuerza muscular, al menos 3 veces/semana para optimizar la capacidad funcional y evitar caídas.	I	B
– El entrenamiento de alta intensidad con intervalos (HIIT) puede ser considerado como una herramienta efectiva y eficaz para mejorar la salud y la prevención cardiovascular a través de sesiones más cortas de ejercicio.	Ila	B
– El entrenamiento intervalado aeróbico submáximo podría ser útil y con bajo riesgo para personas con obesidad, sedentarias, adultos mayores o con enfermedad cardiovascular, siempre y cuando se realicen los controles médicos correspondientes y se ajuste la intensidad de manera individualizada.	Ilb	B
– No se recomiendan los períodos prolongados de inactividad física y tiempo recreativo frente a pantallas, especialmente en niño/as y adolescentes.	III	B

5. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

Coordinador: Cesár Berenstein^{MTSAC}

Grupo de redacción: Ezequiel Forte^{MTSAC}, Gustavo Giunta^{MTSAC}, Daniel Suárez^{MTSAC}, María Florencia Pérez

RECOMENDACIONES RELACIONADAS A CONTAMINACIÓN

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Evitar la quema ineficiente de la biomasa para calefacción doméstica. En caso de no ser posible, asegurar un tiraje externo y una ventilación adecuados.	I	C
– Conocer los niveles de ruido y contaminación atmosférica a los que están expuestos nuestros pacientes.	I	C
– Priorizar las zonas de menor nivel de contaminación ambiental para realizar actividad física.	Ila	C

6. DISLIPIDEMIAS

Coordinador: Walter Masson^{MTSAC}

Grupo de redacción: Fernando Brites, Pablo Corral^{MTSAC}, Gerardo Elikir, Gustavo Giunta^{MTSAC}, Alfredo Lozada^{MTSAC}, Diana Millan, Ricardo Rey^{MTSAC}, Laura Schreier, Daniel Siniawsky^{MTSAC}

RECOMENDACIONES DE MEDICIÓN DE FRACCIONES LIPÍDICAS

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda el tamizaje universal en niños entre los 6 y 11 años de edad, para la detección de dislipidemias primarias.	I	C
– Se recomienda la medición sistemática de lípidos en adultos a partir de los 18 años.	I	C
– En los individuos de bajo riesgo, con valores lipídicos considerados adecuados, se recomienda reevaluar cada 3 años hasta la cuarta década de la vida y luego anualmente.	I	C
– El estudio de lípidos debe incluir la medición de colesterol total, TG, C-HDL y C-LDL, así como el cálculo del C-no HDL.	I	C
– En pacientes de alto riesgo y con hipertrigliceridemia se recomienda la medición de Apo B para verificar el cumplimiento de las metas lipídicas.	I	C
– Se recomienda la medición de Lp(a) al menos una vez en la vida.	I	C
– Se recomienda la búsqueda sistemática de causas secundarias de dislipidemias.	I	C

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Indicaciones de tratamiento y metas lipídicas recomendadas según el riesgo cardiovascular.

Indicaciones de tratamiento y metas lipídicas recomendadas según el riesgo cardiovascular

Población	Tratamiento	Clase de recomendación	Nivel de C-LDL sugerido como meta (mg/dL)	Nivel de C-no HDL sugerido como meta (mg/dL)
Prevención secundaria				
Prevención secundaria de muy alto riesgo .	Estatinas de alta intensidad.	I A	<55 y 50% de reducción	<85
Antecedentes cardiovasculares con alguna de las siguientes características asociadas: -Diabetes. -Hipercolesterolemia familiar. -Síndrome isquémico agudo. -Recurrencia de eventos. -Enfermedad panvascular.	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica. Agregar inhibidores de iPCSK9 cuando, a pesar del tratamiento con la máxima dosis tolerada de estatinas y ezetimibe, el C-LDL persiste >70 mg/dL.	I A I A		
Prevención secundaria (sin las características citadas).	Estatinas de alta intensidad. Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica. Agregar iPCSK9 cuando, a pesar del tratamiento con la máxima dosis tolerada de estatinas y ezetimibe, el C-LDL persiste arriba de 100 mg/dL	I A I A I A	<70 y 50% de reducción	<100
Prevención primaria				
Hipercolesterolemia familiar de alto riesgo .	Estatinas de alta intensidad.	I C	<70 y 50% de reducción	<100
Alguna de las siguientes características asociadas: -Ateromatosis subclínica. -Lp(a) >50 mg/dL -Diabetes. -Otros dos o más FR asociados (HTA, TBQ, obesidad, sexo masculino).	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica. Agregar iPCSK9 cuando, a pesar del tratamiento con la máxima dosis tolerada de estatinas y ezetimibe, el C-LDL persiste por encima de 100 mg/dL.	I C I C		
Hipercolesterolemia familiar de moderado riesgo. Sin las características de alto riesgo.	Estatinas de alta intensidad. Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica. Agregar iPCSK9 cuando, a pesar del tratamiento con la máxima dosis tolerada de estatinas y ezetimibe, el C-LDL persiste arriba de 130 mg/dL.	I C I C I C	<100 y 50% de reducción	<130
C-LDL >190 mg/dL (sin hipercolesterolemia familiar)	Estatinas de alta intensidad. Agregar ezetimibe cuando a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas no se cumple la meta lipídica.	I B I C	<100	<130
IRC moderada (TFG 30-59 mL/min/1,73 m ²) sin hemodiálisis	Estatinas de moderada/alta intensidad. Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	I B I B	<100	<130

(continúa)

(continuación)

IRC grave (TFG <30 mL/min/1,73m ²) sin hemodiálisis	Estatinas de moderada/alta intensidad.	I B	<70	<100
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	I B		
Diabético con 1 o más factores de riesgo asociados o daño de órgano blanco.	Estatinas de alta intensidad.	I A	<70	<100
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	I B		
Diabético sin 1 factores de riesgo asociados o daño de órgano blanco.	Estatinas de moderada/alta intensidad	Ila A	<100	<130
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis de estatinas tolerada, no se cumple la meta lipídica.	Ila B		
Riesgo CV alto o muy alto por puntaje de riesgo.	Estatinas de moderada o alta intensidad. Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	I B Ila C	<70	<100
Riesgo CV moderado por puntaje de riesgo con 1 o más FR o PCR >2 mg/L	Estatinas de moderada a alta intensidad. Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	Ila B Ila C	<100	<130
Ateromatosis subclínica: – Placa arterial detectada por ultrasonido	Estatinas de moderada a alta intensidad.	Ila C	<70 y 50% de reducción	<100
– Puntaje de calcio coronario >percentil 75 o >100 unidades Agatston	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	Ila C		
– Placa coronaria en angiotomografía				

Recomendaciones del manejo de pacientes con hipertrigliceridemia

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– En el paciente con hipertrigliceridemia leve a moderada se recomienda priorizar la disminución del C-LDL y el C-no HDL con estatinas/ezetimibe, según el riesgo cardiovascular.	I	C
– Ante la persistencia de TG elevados a pesar del tratamiento no farmacológico y farmacológico, es razonable asociar fibratos y/u omega 3, fundamentalmente ante pacientes con TG > 500 para disminuir el riesgo de pancreatitis.	I	C
– En pacientes con diabetes que, a pesar del tratamiento con estatinas ± ezetimibe, persisten con hipertrigliceridemia >200 mg/dL y HDLc <35 mg/dL, el uso de fenofibrato podría reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.	Ila	B
– En los casos de hipertrigliceridemia grave (>880 g/dL) se recomienda priorizar el uso de fibratos para reducir el riesgo de pancreatitis, derivar el paciente a un especialista en lípidos y asociar estatinas/ezetimibe cuando la condición clínica lo requiera.	I	B
– Se debe evitar la combinación de estatinas y gemfibrozil.	III	B

7. DIABETES MELLITUS

Coordinador: Hugo Sanabria

Grupo de redacción: Ezequiel Forte^{MTSAC}, Carolina Gómez Martin, Dr. Augusto Lavalle Cobo^{MTSAC}, Matías Re, Emiliano Salmeri^{MTSAC}

Tabla 1. Criterios diagnósticos de diabetes

• Síntomas característicos de DM (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) junto a una glucemia plasmática aislada ≥ 200 mg/dL.
• Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL (posterior a un ayuno de 8 horas).
• Glucemia plasmática obtenida a las 2 horas de la ingestión de 75 g de glucosa anhidra disuelta en 375 mL de agua en el contexto de una prueba de tolerancia oral a la glucosa ≥ 200 mg/dL.
• Hemoglobina glucosilada A1c $\geq 6,5\%$ *

*La hemoglobina glucosilada es otro parámetro sugerido para el diagnóstico de diabetes. Sin embargo, en nuestro medio, la falta de estandarización de los métodos de medición dificulta muchas veces su utilización glucosilada como método diagnóstico.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de disglucemia

• Glucemia de ayuno alterada: glucemias de ayuno entre 100 mg/dL y 125 mg/dL.
• Intolerancia a la glucosa: glucemia de ayuno menor de 126 mg/dL pero a las 2 horas, luego de la sobrecarga con 75 g de glucosa anhidra en 375 mL de agua, se encuentra entre 140 mg/dL y 199 mg/dL.

Objetivos de control glucémico

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda individualizar objetivos de control glucémico de acuerdo con el riesgo de hipoglucemias.	I	A
– Se sugiere un objetivo de A1c menor del 7% minimizando el riesgo de hipoglucemias.	I	A
– Se sugiere A1c menor de 6,5% siempre que se evite la utilización de fármacos con riesgo de hipoglucemias.	I	B

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN DIABETES

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– En pacientes con DM2 con alto riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida, independientemente del control metabólico, se recomienda el uso de iSGLT2 con beneficio cardiovascular demostrado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.	I	A
– En pacientes con DM2 con alto riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida, independientemente del control metabólico, se recomienda el uso de arGLP-1 con beneficio cardiovascular demostrado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.	I	A
– En pacientes con DM2 e insuficiencia cardíaca se recomienda el uso de iSGLT2 con beneficio cardiovascular demostrado.	I	A
– En caso de utilizar sulfonilureas, se desaconseja la utilización glibenclamida para el tratamiento de la hiperglucemia del paciente con DM2.	III	A
– En pacientes con DM2 y alto riesgo de desarrollar IC se desaconseja el uso de saxagliptina.	III	B
– En pacientes con DM2 con riesgo de desarrollar IC se desaconseja el uso de tiazolindinedionas.	III	A

8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Coordinador: Ramiro Sánchez^{MTSAC}

Grupo de redacción: Jessica Barochiner, Carol V Kotliar, Ana Constanza Lagos, Agustín Ramírez

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial en consultorio (adultos)

Categoría	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mm Hg)
PA normal	< 130	y	<85
PA limítrofe	130-139	y/o	85-89
Hipertensión			
HTA nivel 1	140-159	y/o	90-99
HTA nivel 2	160-179	y/o	100-109
HTA nivel 3	≥180	y/o	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	y	<90

Tabla 2. Umbrales de definición de HTA

		PAS/PAD (mm Hg)
PA de consultorio		≥140 y/o ≥90
MAPA	Promedio de 24 horas	≥130 y/o ≥80
	Promedio en vigilia	≥135 y/o ≥85
	Promedio durante el sueño	≥120 y/o ≥70
MDPA		≥135 y/o ≥85

MAPA, monitoreo ambulatorio de presión arterial; MDPA, monitoreo domiciliario de presión arterial; PAD, presión arterial diastólica; PAS, presión arterial sistólica.

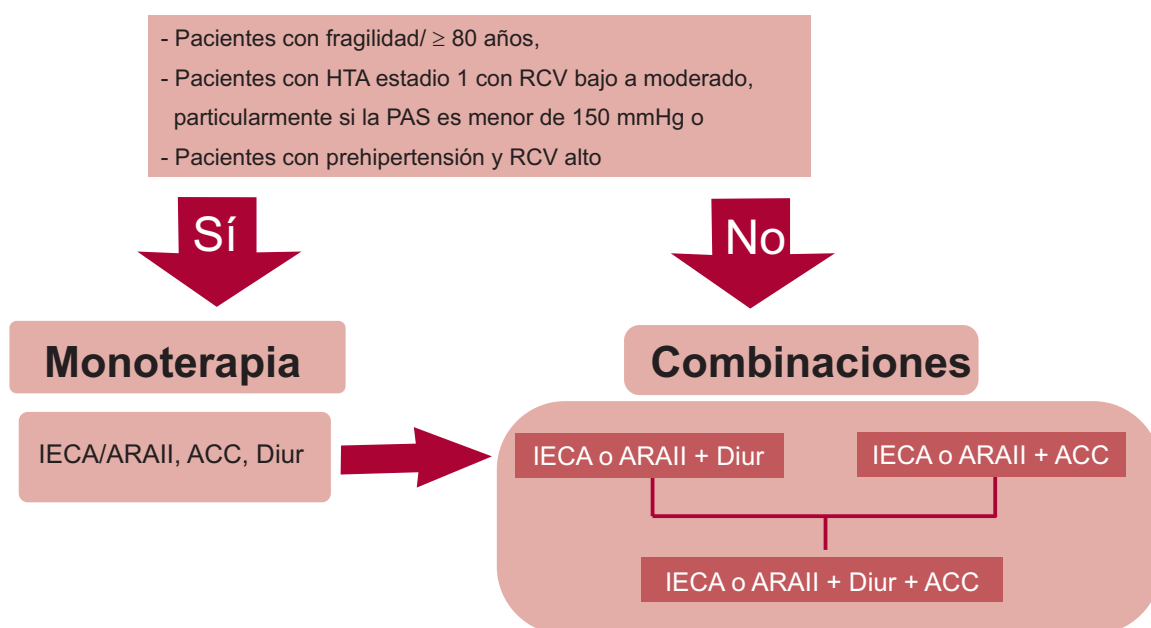
RECOMENDACIONES DE CAMBIO DEL ESTILO DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Recomendación		Clase de recomendación	Nivel de evidencia
Cambio en el estilo de vida	Sugerencia		
Disminución de la ingesta de sodio	Menos de 2 gramos de sodio (5 gramos de sal)	I	A
Aumento de ingesta de alimentos ricos en potasio	Al menos 3,5 g/día	I	A
Patrón alimentario saludable	Dieta DASH	I	A
Consumo de alcohol moderado **	Menos de 20 a 40 g/d alcohol en mujeres y de 40 a 60 g/d en varones	I	A
Mantenimiento de peso adecuado	Perímetro de cintura < 94 cm en varones y < 80 cm en mujeres	I	A
Ejercicio aeróbico	Al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, o 75 minutos de alta intensidad, entre 3 y 5 días/semana	I	A
Ejercicio de resistencia dinámica	2-3 series de 8-12 repeticiones con una intensidad del 60-80%, al menos 2 días/semana	Ila	B
Ejercicio isométrico		Ilb	C

(*) Véase capítulo 3: Alimentación saludable. La dieta DASH está compuesta por frutas, verduras, cereales, lácteos descremados, ácidos grasos monoinsaturados, pescados, aves, nueces; es pobre en ácidos grasos saturados, carne roja, dulces y bebidas azucaradas. La dieta mediterránea se basa en frutas, legumbres, pan, nueces, aceite de oliva y dosis moderada de vino tinto. Otras modificaciones en la alimentación: incorporar suplementos de calcio y magnesio, dieta vegetariana, restricción de ácidos grasos saturados e hidratos de carbono, consumo de proteínas vegetales, fibras, ácidos grasos monoinsaturados, omega 3 y 6. (**) No debe indicarse iniciar el consumo de alcohol como medida de prevención cardiovascular, pues la recomendación afecta a aquellos individuos que consumen alcohol habitualmente.

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Recomendaciones en función de los valores de PA	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Rápida iniciación del tratamiento de la PA en aquellos pacientes con estadio 2 de HTA con cualquier nivel de RCV asociado simultáneamente con el inicio de los cambios de hábito de vida.	I	A
– En pacientes HTA estadio 1: Se recomienda iniciar con cambios de estilo de vida y evaluar si la PA se normaliza.	II	B
– En los pacientes con HTA estadio 1 con un riesgo cardiovascular bajo o moderado y sin evidencias de daño de órgano blanco, se recomienda el tratamiento farmacológico si su PA no se normaliza luego de 30 días bajo cambios de hábito de vida.	I	A
– En pacientes con HTA estadio 1 y con alto RCV o evidencia de daño de órgano blanco (DOB), se recomienda que el tratamiento farmacológico se inicie rápidamente en simultáneo a los cambios del estilo de vida.	I	A
– En aquellos pacientes mayores de 65 años, sin fragilidad y con HTA, aun en aquellos mayores 80 años, se recomienda comenzar el tratamiento farmacológico cuando su presión arterial sistólica sea igual a 160 mm Hg o mayor.	I	A
– En los pacientes ancianos sin fragilidad con edad entre los 65 y 80 años se recomienda la reducción de la PA y los cambios de estilo de vida, cuando la presión arterial sistólica se ubique en el estadio 1 (140-159 mm Hg) en la medida en que el tratamiento sea bien tolerado.	I	A
– No se recomienda retirar el tratamiento farmacológico sobre la base de la edad, aun en pacientes mayores de 80 años, siempre y cuando el tratamiento sea bien tolerado.	III	A
– En pacientes con hipertensión límitrofe o normal alta (130-139/85-89 mm Hg) deben indicarse los cambios de hábito de vida y controles periódicos.	I	A
– En estos pacientes puede considerarse el tratamiento farmacológico cuando el riesgo cardiovascular sea muy alto debido a ECV establecida, tal como la enfermedad coronaria.	IIb	A



IECA/ARAI: inhibidores de la enzima de conversión/Antagonistas de los receptores de angiotensina II; ACC: antagonistas de los canales de calcio; Diur: diurético.

Fig. 2. Recomendación para el inicio del tratamiento farmacológico

9. OBESIDAD

Coordinación: Paola Harwicz^{MTSAC}

Grupo de redacción: Carla Gauna, Susana Gutt, Juliana Mociulsky, Susana Fuentes

RECOMENDACIONES DE VALORACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se sugiere medir, pesar y realizar el cálculo de IMC en todos los individuos adultos para categorizar el riesgo cardiometabólico, según el grado de sobrepeso y obesidad.	Ila	B
– Se sugiere medir el perímetro de cintura en los individuos con IMC entre 25 y 35 kg/m ² para definir la distribución de la grasa corporal.	Ilb	B

RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda, en los individuos con sobrepeso y comorbilidades o con obesidad, iniciar cambios en el estilo de vida con el objetivo de lograr un descenso del 5-10% del peso corporal en el transcurso de 6-12 meses, sostenido en el tiempo para reducir el riesgo cardiovascular y optimizar el control de los factores de riesgo asociados.	I	A
– Se recomienda implementar un plan nutricional con un déficit calórico de entre 500 y 1.000 kcal/día con respecto al requerimiento calórico previo del paciente.	I	B
– Para prevenir la ganancia de peso y mejorar la salud cardiovascular se recomienda la práctica de 30 minutos de actividad física o más, cinco a siete días a la semana.	I	B
– Los individuos con obesidad deben recibir consejo nutricional individualizado a cargo de un especialista en nutrición, para mejorar el control de peso y alcanzar las metas terapéuticas en el tratamiento de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias.	I	A

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN OBESIDAD

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Puede considerarse el inicio de farmacoterapia en el paciente con IMC ≥ 30 kg/m ² o ≥ 27 kg/m ² con comorbilidades asociadas a la obesidad, como complemento de los cambios de estilo de vida, plan alimentario hipocalórico y actividad física e intervención psicológica, con el fin de lograr el descenso de peso y reducir el riesgo de complicaciones asociadas.	Ila	B
– Puede considerarse el tratamiento con liraglutida, orlistat o naltrexona-bupropión para descenso de peso, mantenimiento o prevenir la reganancia de peso.	Ila	B
– Debe considerarse el uso de liraglutida en pacientes con DM2 e IMC ≥ 27 kg/m ² asociado a cambios en el estilo de vida y descenso de peso para mejorar el control glucémico.	I	A
– Debe considerarse la cirugía de la obesidad en los individuos con IMC ≥ 35 asociado con comorbilidades ≥ 40 sin comorbilidades.	Ila	B

10. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

Coordinador: Julio C. Giorgini^{MTSAC}

Grupo de redacción: Alejandra Ávalos Oddi^{MTSAC}, Casandra Lilién Godoy Armando^{MTSAC}

Anamnesis psicosocial del paciente en el consultorio de cardiología (4)

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda preguntar durante la anamnesis, además de los factores de riesgo cardiovascular modificables convencionales, sobre la existencia de los factores de riesgo psicosocial: Estrés laboral y/o financiero Estrés familiar y/o marital Episodios de ira o enojo Red de soporte social Aislamiento social y soledad	I	B
– En caso de detectar factores de riesgo psicosociales, poner al paciente en contacto con el Servicio de Salud Mental para su mejor caracterización.	I	C

RECOMENDACIONES SOBRE REGULACIÓN DEL ESTRÉS

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Derivar a los pacientes con estrés a participar de programas basados en psicología positiva.	I	A
– Indicar meditación a pacientes con estrés percibido, ansiedad y afectividad negativa puede ser útil para disminuir la tensión arterial y aumentar las tasas de abandono del cigarrillo.	Ila	B
– El <i>mindfulness</i> puede ser útil para disminuir la reactividad en pacientes con estrés.	Ila	B

RECOMENDACIONES SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE AISLAMIENTO SOCIAL Y SOLEDAD

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Utilizar escalas validadas para detectar poblaciones en riesgo de soledad.	Ila	C
– Promover la autonomía de los pacientes con sentimientos de soledad impulsando intervenciones con el objetivo de reestructurar pensamientos sociales desadaptativos, a fin de conseguir su participación en actividades desarrolladas dentro de la comunidad que favorezcan su socialización.	Ila	C
– En pacientes con soledad, el tratamiento de la depresión podría ser útil en pacientes con diagnóstico de esta.	Ila	C

11. TABAQUISMO

Coordinadora: María Inés Sosa Liprandi^{MTSAC}

Grupo de redacción: Adriana Ángel^{MTSAC}, Julieta Cassone, Marta Eugenia Braschi, Ana Karina Hurtado Márquez

Estrategias destinadas a la cesación tabáquica	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Todo personal de salud debe estar preparado para impartir un consejo breve a las personas que fuman.	I	A
– Todo el personal de salud debe realizar consejo breve para alentar la cesación tabáquica.	I	A

Intervenciones para aumentar la motivación de dejar de fumar	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Uso intensivo de la entrevista motivacional.	I	A
– Uso de líneas telefónicas con seguimiento.	I	A
– Uso de teleconsultas individuales o grupales y de programas interactivos basados en páginas web y formatos basados en mensajes de texto.	Ila	B
– Material de autoayuda asociado a otras intervenciones (presenciales, telefónicas o telemedicina).	I	B
– Intervenciones intensivas tanto de forma individual como grupal.	I	A
– Asesoramiento para la modificación del comportamiento.	Ila	B
– Asesoramiento asociado a tratamiento farmacológico.	I	A
– Mediciones biológicas y búsqueda de daño.	III	B

Recomendaciones

Intervenciones para personas que están listas	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– En pacientes motivados, ofrecer tratamiento farmacológico o remitirlo e iniciar seguimiento.	I	A

Recomendaciones

Recomendaciones acerca de cannabis	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Iniciar el proceso de cesación cannábica terapéutica acompañada de un equipo multidisciplinario.	I	B
– Realizar los tests de dependencia cannábica CUDIT AR (Adultos) y CAST (Adolescentes) para evaluar la intensidad del consumo.	Ila	A
– Realizar la evaluación cognitiva MoCA de los consumidores de cannabis por presentar deterioro cognitivo leve que puede influenciar las habilidades de la vida diaria y el curso del tratamiento.	Ila	A
– Realizar prácticas de buen consumo.	Ilb	B
– Es una estrategia de reducción de daño mediante la cual se motiva al paciente para el descenso de la frecuencia del consumo y las concentraciones. Es una estrategia recomendada para pacientes precontemplativos.		
– Realizar evaluación cardiológica para determinar la seguridad de los psicofármacos en caso de ser utilizados para el tratamiento de la cesación cannábica.	Ila	A
– No se recomienda el uso de vapeador, debido al grave daño respiratorio.	III	B

12. INFLAMACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR

Coordinador: Melina Huerin^{MTSAC}

Grupo de redacción: Mariela Boccadoro, Ricardo Geronazzo^{MTSAC}, Juan Carlos Kaski, Alberto Lorenzatti, Ignacio Seropian, Enrique Soriano, Pablo Werba

RECOMENDACIONES DE MANEJO DE INFLAMACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Podría considerarse la medición de PCRus en pacientes de prevención primaria con riesgo intermedio, en quienes los valores ≥ 2 mg/dL podrían beneficiarse de la iniciación de estatinas.	Ilb	B
– Podría considerarse la medición de PCRus en pacientes de prevención secundaria, en quienes se esté considerando iniciar tratamiento específico antiinflamatorio basado en este resultado.	Ilb	B
– En caso de resultados de PCRus >10 mg/L se recomienda repetir la muestra a las 2 a 3 semanas.	Ila	B
– La medición sistemática de PCRus para estimación del riesgo cardiovascular en individuos de prevención primaria no está indicada.	Illl	C

13. ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA Y ANTICOAGULACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Coordinador: Juan Pablo Costabel^{MTSAC}

Grupo de redacción: Alan Sigal, Gastón Procopio, Rodrigo Ocampos

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Podría considerarse la medición de PCRus en pacientes de prevención primaria con riesgo intermedio, en quienes los valores ≥ 2 mg/dL podrían beneficiarse de la iniciación de estatinas.	Ilb	B
– Podría considerarse la medición de PCRus en pacientes de prevención secundaria, en quienes se esté considerando iniciar tratamiento específico antiinflamatorio basado en este resultado.	Ilb	B
– En caso de resultados de PCRus >10 mg/L se recomienda repetir la muestra a las 2 a 3 semanas.	Ila	B
– La medición sistemática de PCRus para estimación del riesgo cardiovascular en individuos de prevención primaria no está indicada.	Illl	C

14. INMUNIZACIONES EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Coordinador: Sebastián García-Zamora

Grupo de redacción: José M. Picco, María Gabriela Matta^{MTSAC}, Ricardo Villarreal^{MTSAC}, Ricardo León de la Fuente, Juan José Herrera-Paz

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Vacunar anualmente contra gripe (influenza) a toda persona mayor de 65 años , independientemente de los factores de riesgo (FR) que padezca.	I	A
– Vacunar anualmente contra gripe (influenza) a todo el personal de salud , independientemente de los factores de riesgo (FR) que padezca.	I	B
– Vacunar contra neumococo a toda persona mayor de 65 años independientemente de los FR que padezca	I	B
– Vacunar contra neumococo e influenza (anualmente) a menores de 65 años con al menos un FR de: ICC, SCA dentro de los 5 años previos, diabetes, IRC, EPOC o asma, entre otros.*	I	B
– Vacunar contra neumococo e influenza (anualmente) a menores de 65 años con al menos un FR de: cardiopatías congénitas del adulto (complejas o sin corregir), valvulopatías graves sintomáticas, reemplazo valvular o hipertensión pulmonar grave.	I	C
– Vacunar contra neumococo e influenza (anualmente) a todo individuo trasplantado cardíaco . El esquema de vacuna antineumocócica en estos pacientes incluye un refuerzo adicional de VPN23 luego de, al menos, 8 semanas de la dosis inicial de VCN13, y posteriormente continuar con el esquema habitual.	I	C
– En personas anticoaguladas con AVK se recomienda revisar el estado de anticoagulación antes de la administración de cualquier vacuna.	I	C
– En personas anticoaguladas (AVK o AOD) que deben recibir vacuna antigripal se recomienda emplear la vía intramuscular en la región deltoidea , y realizar hemostasia local (aproximadamente 2 minutos).	I	B
– En personas anticoaguladas (AVK o AOD) que deben recibir otras vacunas (incluyendo dT) se recomienda individualizar la vía de administración de acuerdo con el tamaño de la aguja y la experiencia del operador, haciendo especial énfasis en realizar adecuada hemostasia local (aproximadamente 2 minutos).	I	C
– Vacunar contra neumococo y contra influenza (anualmente) a menores de 65 años con al menos un FR: SCA de más de 5 años revascularizado, o valvulopatías graves asintomáticas, sin disfunción ventricular.	I	B
– Vacunar contra neumococo a sujetos tabaquistas activos de al menos 15 paquetes/año o ex-tabaquistas (mínimo 10 paquetes/año y abandonaron hace < 10 años).	I	B
– En personas anticoaguladas (AVK o AOD) que deben recibir vacuna antineumocócica se sugiere emplear la vía intramuscular en la región deltoidea , a excepción de que el operador se encuentre más entrenado en la vía subcutánea, y realizar hemostasia local (aproximadamente 2 minutos).	I	C
– En personas anticoaguladas con AOD se deberá individualizar el manejo de acuerdo con su riesgo embólico y de sangrado, para decidir si continuar el tratamiento o diferir/discontinuar algunas dosis para la administración de las vacunas.	I	C
– Vacunar contra neumococo e influenza (anualmente) a menores de 65 años con al menos un FR : angina crónica estable sin revascularización, valvulopatías moderadas asintomáticas sin disfunción ventricular, cardiopatías congénitas del adulto simples, corregidas y sin alteraciones estructurales residuales.	IIb	C

FR: factores de riesgo; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; SCA: síndrome coronario agudo; IRC: insuficiencia renal crónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VCN13: vacuna conjugada 13; VPN23: vacuna polisacárida 23; dT: doble adultos; AVK: antagonistas de la vitamina K; AOD: anticoagulantes orales directos.

*Existen más comorbilidades pero, a los fines prácticos del presente consenso, se resaltan las más frecuentes en pacientes con cardiopatías.

15. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Coordinación: Laura Brandani^{MTSAC}

Grupo de redacción: Rubén Mayer, Martín Schitter

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– La medición de la adherencia debe realizarse en cada consulta médica.	I	C
– La prueba de Morisky-Green de 4 preguntas puede utilizarse para la medición clínica de la adherencia.	Ila	B
– Ante la evidencia de falta de adherencia en el paciente, considerar la identificación de factores influyentes y barreras a la adherencia, para presentar propuestas individualizadas para cada paciente.	I	C

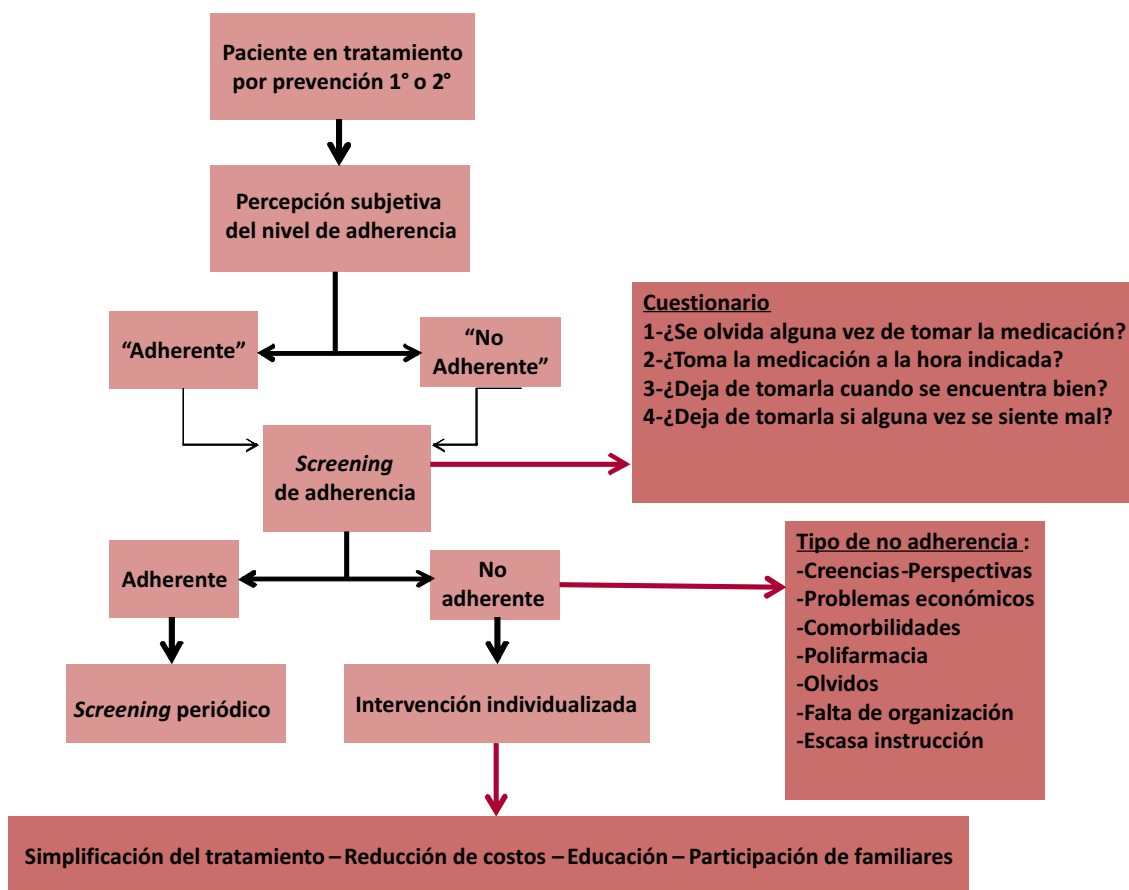


Fig. 1. Algoritmo para la evaluación y tratamiento de la no adherencia terapéutica.