

XXV Curso de actualización

# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

## Directrices ESC 2024 para el manejo de los síndromes coronarios crónicos

**Paola Andrea Mera Paredes**

Residente de tercer año de Medicina Interna  
Facultad de Medicina  
Universidad de Antioquia

**Juan Pedro Neira Gómez**

Residente de primer año de Medicina Interna  
Facultad de Medicina  
Universidad de Antioquia

# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

## Introducción

Los síndromes coronarios crónicos (SCC) comprenden un amplio espectro de afecciones relacionadas con la enfermedad arterial coronaria. Esto genera que nos enfrentemos a estrategias de abordaje y modalidades de tratamiento diferentes que se han tratado de simplificar en varias directrices con base en la evidencia disponible y con el fin de guiar hacia las mejores decisiones. En la actualización del año 2024 de las guías europeas (ESC, por sus siglas en inglés) se establecen cambios significativos comparados con la versión previa del año 2019, los cuales se discutirán en el presente capítulo.

## Definición

La guía de la ESC del año 2024 define los SCC como una gama de presentaciones clínicas que surgen debido a alteraciones estructurales y/o funcionales relacionadas con enfermedades crónicas de las arterias coronarias y/o microcirculación. Estas alteraciones pueden conducir a un desajuste reversible y transitorio de la demanda miocárdica frente al suministro de sangre, lo que resulta en hipoperfusión (isquemia), generalmente (pero no siempre) provocada por el esfuerzo, la emoción u otro estrés, y pueden manifestarse como angina, otras molestias torácicas, disnea o ser asintomáticas. Estas afecciones pueden permanecer estables durante

largos períodos, pero con frecuencia son progresivas y pueden desestabilizarse en cualquier momento con el desarrollo de un síndrome coronario agudo (SCA).

## Fisiopatología

El desarrollo de un SCC abarca anomalías estructurales y/o funcionales en los compartimentos macro y microvasculares del árbol coronario que pueden conducir a una isquemia miocárdica transitoria. A nivel macrovascular, no solo las estenosis fijas y limitantes del flujo, sino también las lesiones ateroscleróticas difusas sin estrechamiento luminal identificable pueden causar isquemia bajo estrés (puente miocárdico, vasoespasmo, anomalías congénitas). A nivel microvascular, también se presentan anomalías funcionales y estructurales que pueden desencadenar angina o isquemia sin obstrucción de las arterias coronarias (ANOCA e INOCA, respectivamente).

## Presentaciones clínicas

Los pacientes se pueden presentar dentro de los 5 escenarios mencionados en la Figura 1. Es importante tener en cuenta que los SCC no siempre se presentan como angina de pecho clásica y los síntomas pueden variar dependiendo de la edad y del sexo.



**Figura 1. Presentaciones de los síndromes coronarios crónicos**

Adaptado de: (1)

**Nota:** SCA, síndrome coronario agudo; ANOCA, angina con arterias coronarias no obstructivas; CABG, cirugía de *bypass* de la arteria coronaria; INOCA, isquemia con arterias coronarias no obstructivas; ICP, intervención coronaria percutánea

## Enfoque gradual para el manejo inicial de individuos con sospecha de síndrome coronario crónico

**Paso 1. Evaluación clínica para identificar síntomas y signos de SCC.** Se debe tener en cuenta que no todos los pacientes se presentan con el dolor anginoso típico. En estudios contemporáneos, solo lo presentan entre el 10 % y el 25 % de los pacientes, mientras que un porcentaje entre el 57 % al 78 % tienen síntomas menos característicos de angina de pecho, y entre el 10 % al 15 % disnea al hacer ejercicio. Además, la angina puede estar ausente en pacientes con diabetes con neuropatía autonómica o

en ancianos con un estilo de vida muy sedentario. Se enfatiza, entonces, en no mencionar los términos de angina "típica" o "atípica" por su valor pronóstico limitado (resultados similares a un año en el estudio PRECISE) y, en lugar de ello, hacer una descripción detallada de los síntomas, teniendo en cuenta incluir la disnea inducida por el esfuerzo, que tiene un gran valor para la estratificación del riesgo. Es importante investigar a fondo los factores de riesgo, comorbilidades y enfermedades en la familia, ya que pueden ser modificables y se utilizarán para la estimación de probabilidad previa a la prueba. Finalmente, es necesario diferenciar las causas no cardíacas del dolor de pecho. Dentro de los estudios en esta primera aproximación se requiere:

# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

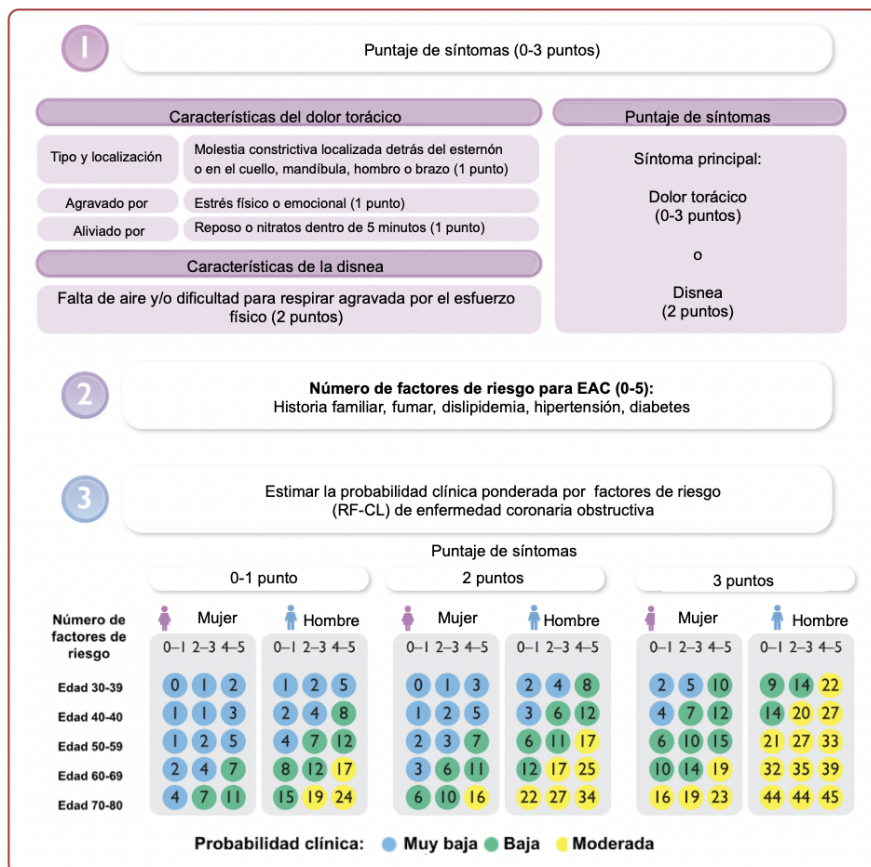
electrocardiograma (ECG), análisis de sangre básicos (hemograma, función renal, perfil hepático, lipídico y tiroideo, glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina glicada) y, en individuos seleccionados, radiografía de tórax y pruebas de función pulmonar. La troponina solo debe solicitarse en caso de sospecha de SCA.

De manera novedosa, en esta entrega, brindan una recomendación Clase IIa con nivel de evidencia B para realizar marcadores de inflamación como la proteína C reactiva (PCR) y el fibrinógeno, por su valor como predictores del riesgo de enfermedad coronaria y eventos cardiovasculares en pacientes con SCC; principalmente en pacientes que toman estatinas, con la consideración de que podrían beneficiarse del uso de terapias adicionales para la reducción del colesterol LDL (por ejemplo, ezetimibe, PCSK9 y ácido bempedoico).

**Paso 2. Ecocardiografía y estimación de la probabilidad clínica de enfermedad coronaria obstructiva.** El siguiente paso es interpretar los síntomas del individuo, equilibrar el impacto de la edad, el sexo, los factores de riesgo y las comorbilidades en la probabilidad de que todo esto

se corresponda con un SCC a través de modelos de predicción. En comparación con el modelo de probabilidad previo a la prueba presentado en la guía del año 2019, ahora se incorporan factores de riesgo, lo cual triplica la clasificación de sujetos categorizados como probabilidad muy baja ( $\leq 5\%$ ) de enfermedad arterial coronaria (EAC) obstructiva, manteniendo una alta calibración.

Es importante destacar que estos modelos no incluyen la probabilidad de ANOCA/INOCA, los cuales deben considerarse si los síntomas persisten después de excluir EAC obstructiva. Además, se debe individualizar a los pacientes con comorbilidades asociadas con una mayor prevalencia de EAC, que no se reflejan en el modelo de probabilidad clínica ponderada por factores de riesgo (RF-CL), por ejemplo, hipercolesterolemia familiar, disfunción renal grave, enfermedades reumáticas/inflamatorias y enfermedad arterial periférica.



**Figura 2. Estimación de la probabilidad clínica de enfermedad coronaria obstructiva**

Adaptado de (1)

**Nota:** los antecedentes familiares se definen como uno o más parientes de primer grado con signos tempranos de EAC (hombres <55 y mujeres <65 años de edad); fumar, como fumador actual o anterior; dislipidemia, hipertensión y diabetes, como presentes en el momento del diagnóstico.

Luego de la primera clasificación, es posible ajustar y reclasificar el riesgo, teniendo en cuenta hallazgos clínicos y paraclínicos anormales que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de estar frente a una enfermedad coronaria obstructiva y que, por lo tanto, ayudarían al clínico a evaluar más

exhaustivamente a algunos individuos y evitar pruebas adicionales en otros, respectivamente. Entre ellas, tenemos los cambios encontrados en un electrocardiograma basal (ondas Q o alteraciones en el ST/T), arritmias ventriculares, enfermedad arterial

# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

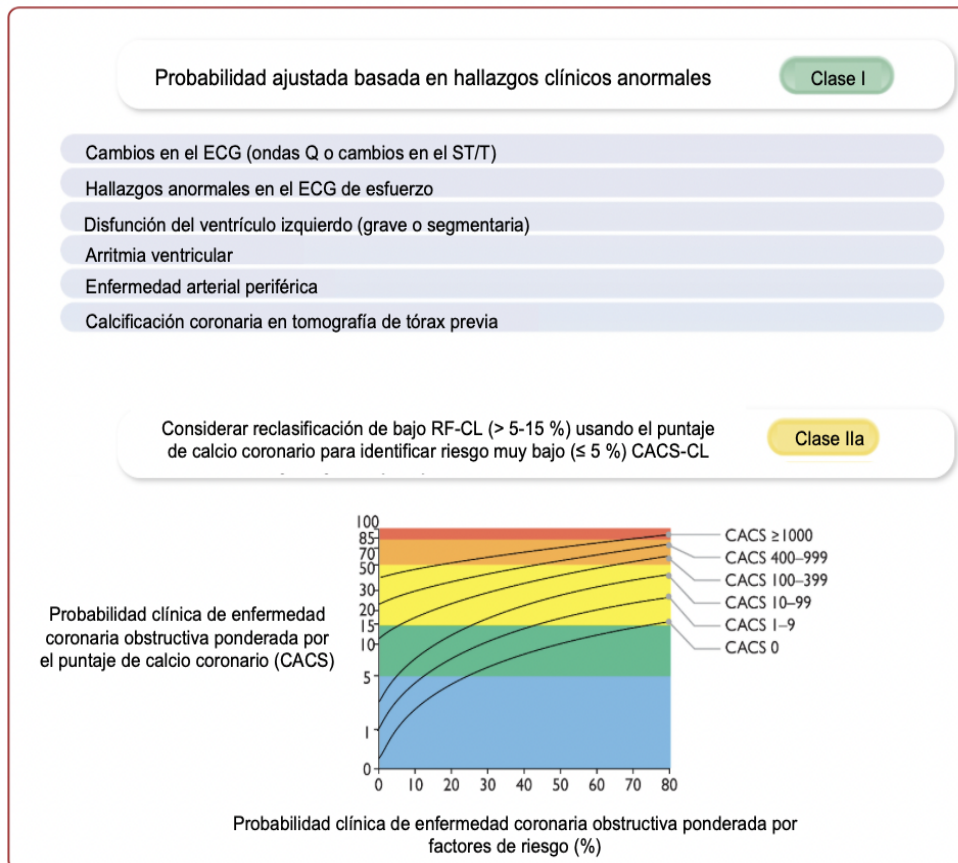
periférica que, de estar presentes, aumentarían el riesgo de los pacientes.

En cuanto al electrocardiograma de esfuerzo, se conoce que tiene un menor rendimiento diagnóstico en comparación con las imágenes funcionales modernas y la angiotomografía de coronarias; sin embargo, en un análisis *post hoc* del estudio SCOT-HEART se encontró que los resultados anormales son un indicador específico de EAC y están asociados con una futura revascularización coronaria y el riesgo de IAM (infarto agudo de miocardio). Por lo tanto, para esta guía, aunque los autores resaltan que no es el estudio de elección, mencionan que puede ser un modificador en pacientes con probabilidad clínica baja (>5 %-15 %), en los que una prueba negativa permite la reclasificación al grupo de probabilidad clínica muy baja ( $\leq 5$  %) con un pronóstico favorable. Así que, podría utilizarse en regiones con acceso limitado a otras pruebas para la estratificación del riesgo (recomendación clase IIb, nivel de evidencia B).

Asimismo, la visualización de la placa aterosclerótica calcificada en las arterias coronarias

afecta significativamente la probabilidad clínica y se puede medir utilizando la puntuación de calcio coronario o la revisión de tomografías previas. La ausencia de calcio en las arterias coronarias (puntuación igual a cero) tiene un valor predictivo negativo muy alto (>95 %) para EAC obstructiva y se ha comprobado en estudios aleatorizados que, en este caso, se pueden diferir pruebas adicionales. En los estudios, la combinación de la puntuación de calcio coronario (CACS) con el modelo RF-CL ha mostrado el potencial más fuerte para posponer eficazmente otros estudios.

Otra ayuda de utilidad es la ecocardiografía, ya que una disminución de la función del ventrículo izquierdo y/o alteraciones de la contractilidad pueden aumentar la sospecha de daño miocárdico isquémico y, además, permite detectar causas alternativas de dolor en el pecho. Cuando este estudio no es concluyente, una alternativa es la resonancia magnética cardíaca (recomendación clase IIb con nivel de evidencia C).



**Figura 3. Ajuste y reclasificación de la probabilidad clínica estimada de enfermedad arterial coronaria obstructiva**

Adaptado de (1)

**Nota:** CACS, puntuación de calcio de la arteria coronaria; CACS-CL, puntuación de calcio de la arteria coronaria + modelo RF-CL; ECG, electrocardiograma; RF-CL, probabilidad clínica ponderada por factor de riesgo.

**Paso 3. Confirmación del diagnóstico.** El siguiente paso es elegir la mejor prueba invasiva o no invasiva, de acuerdo con la probabilidad. A continuación, mencionaremos algunas de las características y evidencia que las respaldan.

**Angiotomografía de coronarias.** Es una prueba práctica no invasiva que tiene un rendimiento diagnóstico probado para detectar las estenosis coronarias obstructivas. El estudio SCOT-HEART

demostró una reducción pequeña pero significativa del objetivo combinado de muerte o IM (infarto de miocardio) no mortal (del 3.9 % al 2.3 % durante 5 años de seguimiento) en pacientes en los que se realizó una angiotomografía asociada a pruebas rutinarias (ECG de esfuerzo). Posteriormente, se demostró que las características de la placa (baja atenuación, remodelado positivo, calcificaciones puntiformes y signo del servilletero) confieren un aumento de ese riesgo. En comparación con las

# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

pruebas funcionales, los metaanálisis han mostrado resultados clínicos similares o beneficios pequeños (0.4 %) a favor de la prueba anatómica. Sin embargo, es importante tener en cuenta las limitaciones de resolución en arterias coronarias muy calcificadas (típicamente puntajes de calcio  $\geq 400$ ), la necesidad de una frecuencia cardíaca baja y regular, y las apneas para obtener un resultado adecuado.

**Ecocardiografía de estrés.** Esta prueba tiene una precisión diagnóstica y una capacidad para estratificar el riesgo, similar a otras de pruebas funcionales de imagen, como se demostró en el estudio PROMISE. Pero se deben tener en cuenta limitaciones de imagen, especialmente en personas con obesidad o con EPOC. Además, es posible que las anomalías sistólicas regionales del grosor de la pared no ocurran cuando el aumento de la demanda de oxígeno es inadecuado o cuando las anomalías inducidas no son suficientemente extensas (<10 % del miocardio), como ocurre en la enfermedad coronaria aterosclerótica leve o de un solo vaso, o en la enfermedad microvascular. Para contrarrestar estas limitaciones, las directrices proponen el uso de medios de contraste (microburbujas); sin embargo, no están disponibles en nuestro medio.

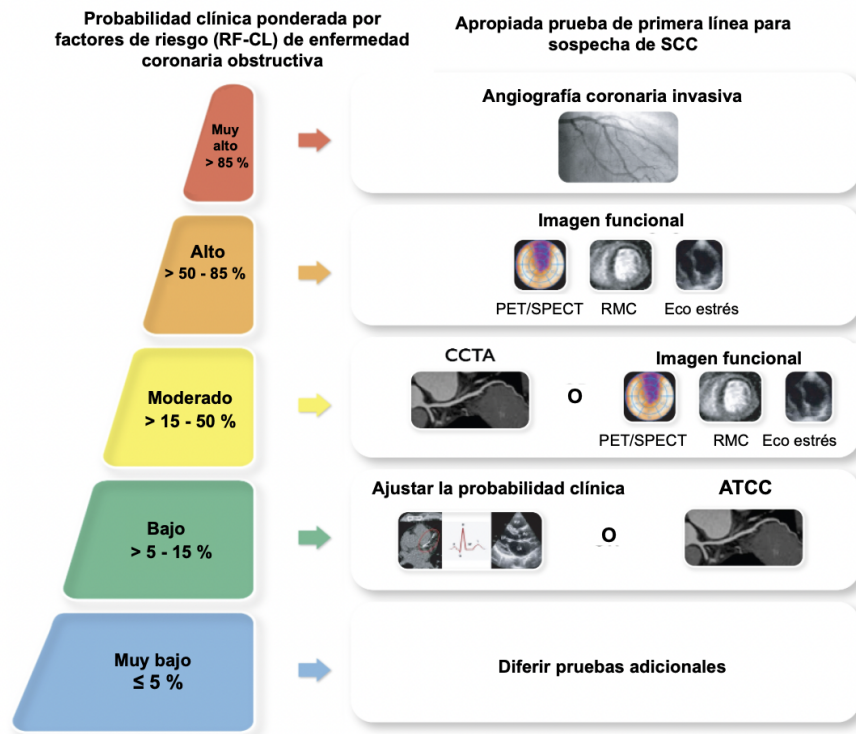
**Gammagrafía de perfusión miocárdica y tomografía por emisión de fotón único (SPECT).** Se basa en la captación y retención de radiofármacos (tecnecio-99 m). Varios ensayos y metaanálisis la han asociado con una buena precisión para la detección de estenosis limitantes del flujo, obtención de información pronóstica y mejoría en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Sin embargo, la necesidad inherente de un territorio miocárdico de referencia con perfusión normal que permita visualizar miocardio con hipoperfusión relativa constituye la limitación principal de la SPECT (y de la resonancia magnética cardíaca de

estrés), particularmente en la enfermedad coronaria multivaso.

**Tomografía por emisión de positrones (PET).** Requiere el uso de radiofármacos que tienen una vida corta (minutos), produce imágenes de retención que muestran diferencias relativas en el flujo sanguíneo miocárdico regional similares a las de la SPECT, aunque con mayor calidad de imagen y dosis mucho más bajas de radiación. En varios estudios de comparación directa ha sido superior a otras modalidades de imagen funcional, aunque no se ha demostrado una mayor eficacia clínica o un tratamiento más adecuado de los pacientes. Está recomendada en pacientes obesos (debido a la alta energía de los fotones), en pacientes jóvenes (debido a la baja dosis de radiación) y en aquellos con evidencia o sospecha de alteraciones difusas del flujo sanguíneo miocárdico, por ejemplo, en pacientes con enfermedad coronaria multivaso o con disfunción microvascular.

**Resonancia magnética cardíaca de estrés.** Proporciona evaluaciones altamente precisas y reproducibles de la anatomía cardíaca general, los volúmenes cardíacos, la función y la caracterización de los tejidos. La resonancia magnética cardíaca (RMC) también tiene la capacidad de evaluar la perfusión miocárdica basándose en el primer paso de contraste con gadolinio. Las limitaciones son su escasa disponibilidad, la claustrofobia, la duración de la adquisición de las imágenes y el uso de dispositivos de metal u otro material que interfieran con la imagen.

A continuación, mostramos la propuesta de las directrices para la elección de la prueba, según el riesgo de los pacientes y los hallazgos que predicen un alto riesgo de eventos adversos, los cuales definen el alto riesgo de eventos adversos.



**Figura 4. Pruebas de primera línea apropiadas en individuos sintomáticos con sospecha de síndrome coronario crónico**

Adaptado de (1)

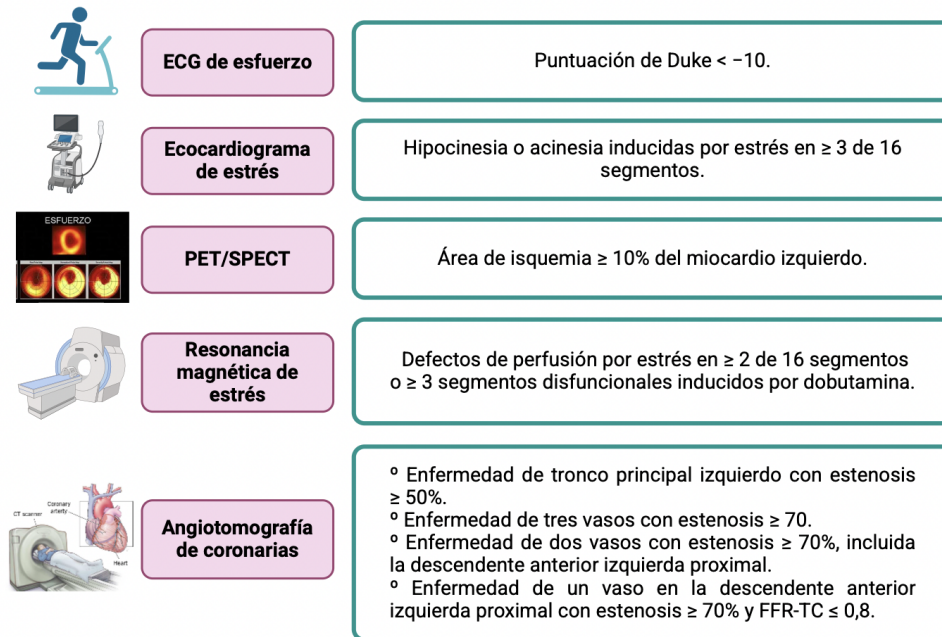
# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina



**Figura 5. Pacientes de alto riesgo de eventos adversos**

**Paso 4. Establecer tratamiento de acuerdo a los resultados.** La base del manejo es la modificación de los estilos de vida, la reducción de los factores de riesgo cardiovascular y el control de las comorbilidades de los pacientes. Adicional a esto, en la mayoría de los casos, la primera estrategia será la disminución de los síntomas y en algunos escenarios se requerirá la revascularización quirúrgica o percutánea. Se desarrollarán, a continuación, mediante casos clínicos, los posibles escenarios y la evidencia al respecto.

## Viñeta 1

Hombre de 64 años, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2, quien se presenta con dolor torácico opresivo de 8 meses de evolución, desencadenado cuando sube las escaleras y que cede con el reposo. Electrocardiograma y ecocardiograma sin alteraciones. Su probabilidad de enfermedad coronaria obstructiva por RF-CL es del 35 % (moderada). Por esta razón, se decidió realizar

angiotomografía de coronarias, donde se demostró estenosis del 80 % en las arterias descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha.

Después de la confirmación del diagnóstico con la primera línea de pruebas, todos los pacientes deben recibir recomendaciones de modificación del estilo de vida y de los factores de riesgo, y se debe recetar una terapia modificadora de la enfermedad y antianginosa. La decisión sobre la revascularización es el punto que entra a discusión en la mayoría de los escenarios, debido a la evidencia contradictoria en los estudios publicados hasta la fecha. El ensayo ISCHEMIA (5 años de seguimiento) mostró que una estrategia de revascularización temprana no produjo un beneficio de la supervivencia a corto plazo en pacientes sin enfermedad del tronco coronario izquierdo ni fracción de eyección reducida y con isquemia moderada a grave en pruebas no invasivas, lo que sugiere que la mayoría de estos pacientes deben ser tratados inicialmente de forma conservadora con terapia médica óptima (TMO). El seguimiento extendido de la población del ensayo de

ISCHEMIA hasta 7 años (ISCHEMIA-EXTEND) reveló una disminución absoluta significativa del 2.2 % en la mortalidad cardiovascular, favoreciendo a la estrategia invasiva, y en un análisis *post hoc*, la gravedad de la enfermedad coronaria se asoció con un mayor riesgo de muerte por todas las causas e infarto de miocardio. Además, el ensayo ORBITA 2 demostró que los pacientes con angina estable tuvieron una puntuación de síntomas más baja después del tratamiento invasivo, aunque cabe anotar que los participantes recibieron poco o ningún medicamento antianginoso.

Las directrices de la ESC recomiendan la revascularización en pacientes con FEVI >35 %, si continúan sintomáticos luego de recibir TMO, y en los que tienen estenosis funcionalmente significativa del tronco principal izquierdo, enfermedad de tres vasos (clase I, nivel de evidencia A) o enfermedad de dos vasos, si afecta la arteria descendente anterior proximal (clase I, nivel de evidencia B).

## Viñeta 2

Hombre de 58 años, con antecedente de hipertensión arterial, quien se presenta con disnea de 7 meses de evolución desencadenada al subir pendientes y que cede con el reposo. Tiene un ecocardiograma que reportó disfunción ventricular (FEVI 25 %), con alteraciones de la contractilidad segmentaria y una prueba funcional positiva.

Esta guía trae un apartado específico para los pacientes en contexto de falla cardíaca. La evidencia de llevar a estratificación invasiva se basa en el ensayo STICH, que aleatorizó a 1212 pacientes con enfermedad coronaria (sin compromiso del tronco coronario izquierdo) y FEVI ≤35 % para realizar revascularización quirúrgica más TMO o TMO sola. En el seguimiento a 4 años no se logró el desenlace primario de mortalidad por todas las causas. Sin embargo, en el ensayo STICHES, donde se prolongó el seguimiento a 9.8 años, se redujo la mortalidad por todas las causas en un 16 % y mortalidad

cardiovascular en un 21 %. Por otro lado, el ensayo REVIVED-BCIS2 aleatorizó a 700 pacientes con FEVI ≤35 %, con enfermedad coronaria extensa y viabilidad miocárdica a una estrategia de revascularización coronaria percutánea más TMO o TMO sola. No se encontró una reducción significativa en el compuesto de muerte por todas las causas o rehospitalización por falla cardíaca. Se debe tener en cuenta que los pacientes del ensayo REVIVED-BCIS2 eran, en promedio, 10 años mayores que los del ensayo STICH. Asimismo, tenían menos infarto de miocardio, menos angina y menos pacientes con enfermedad de tres vasos. Además, los pacientes en REVIVED-BCIS2 recibieron una terapia de falla cardíaca más moderna y fueron tratados más comúnmente con una terapia de resincronización cardíaca. Finalmente, la duración del seguimiento fue más corta. Por lo cual, estos factores pueden haber contribuido a la ausencia del efecto en la supervivencia. Se motiva al lector a ampliar la información de estas diferencias en los artículos originales y otros análisis como los presentados en marzo de 2025 por Matthew Ryan y colaboradores en el *European Heart Journal*.

Las directrices de la ESC recomiendan la revascularización en pacientes con FEVI ≤35 %, en quienes se sospeche enfermedad coronaria (clase I, nivel de evidencia B). Y la modalidad de elección es quirúrgica, a menos que existan contraindicaciones.

## Viñeta 3

Hombre de 58 años, con antecedente de IAM desde hace 12 meses. Requiere revascularización percutánea con implante de stent medicado en la arteria coronaria derecha.

La literatura publicada es escasa en cuanto al modo, la frecuencia y la duración del seguimiento de los pacientes con SCC que tienen enfermedad coronaria establecida (IAM previo, revascularización conocida). Por ello, la estrategia empleada es principalmente empírica, basada en el juicio clínico

# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

y en los mismos criterios aplicados al proceso diagnóstico inicial. Es importante considerar factores como el tipo de paciente, la presencia de factores de riesgo, la disponibilidad de técnicas diagnósticas y la relación costo-efectividad, según las políticas de salud regionales o nacionales. El primer paso, de nuevo, involucra la evaluación clínica completa anual por un médico, más algunos exámenes como el ECG, perfil lipídico, función renal, glucemia y hemograma. Si los pacientes desarrollan nuevos síntomas de angina o empeoramiento de la angina, o síntomas de insuficiencia cardíaca, arritmias o cambios electrocardiográficos, se debe determinar el riesgo de eventos recurrentes, descartar SCA y adicionar un ecocardiograma para evaluar la función del ventrículo izquierdo, las dimensiones cardíacas y anomalías valvulares. En los pacientes previamente revascularizados se deben considerar complicaciones como reestenosis o trombosis del *stent*. Sin embargo, las pruebas funcionales sistemáticas no están recomendadas para pacientes asintomáticos tras la ICP, ya que no se ha demostrado que mejore los resultados, comparados con la atención estándar a los 2 años de seguimiento (POST-PCI Trial). Cuando los pacientes tienen síntomas persistentes con niveles bajos de ejercicio, pese a recibir TMO, o con función ventricular inesperadamente reducida, particularmente con anomalías de contractilidad segmentarias, requieren pruebas cardíacas adicionales. Todas las pruebas diagnósticas no invasivas han demostrado que proporcionan información pronóstica en pacientes con enfermedad coronaria establecida. Las imágenes anatómicas tienen la ventaja de proporcionar información sobre la enfermedad de tronco principal izquierdo y la permeabilidad de los injertos, mientras que las pruebas funcionales proporcionan información sobre el grado de isquemia. Sin embargo, en pacientes con angina muy limitante e isquemia grave diagnosticada mediante pruebas funcionales o con enfermedad coronaria de riesgo alto en la angiografía, es preferible la derivación directa a coronariografía invasiva para la revascularización, debido al riesgo muy alto de eventos coronarios recurrentes. Finalmente, en todos los pacientes se deben

intensificar los cambios en el estilo de vida, el control de los factores de riesgo y la TMO, antes de considerar otras intervenciones adicionales.

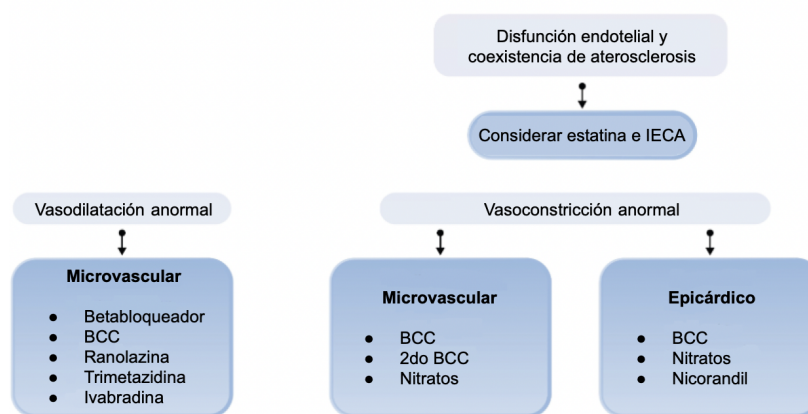
## Viñeta 4

Mujer de 71 años, con antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia y artritis reumatoide, quien se presenta con 8 meses de evolución de dolor torácico opresivo irradiado a mandíbula. Este aparece principalmente cuando va a gimnasia y cede cuando descansa. Su probabilidad de enfermedad coronaria es del 19 % (moderada). Se realiza un electrocardiograma, donde se evidencia ondas T negativas de V1 a V3, y un ecocardiograma en reposo que muestra una FEVI del 40 % con alteraciones en la contractilidad, lo que aumentaría su probabilidad a alto riesgo. Por lo cual, se decidió realizar ecocardiograma de estrés con ejercicio que determinó 4 segmentos con hipocinesia. Fue llevada a coronariografía donde no se encontró enfermedad coronaria obstructiva.

Una gran proporción de los pacientes sometidos a una angiografía coronaria debido a angina no tienen arterias coronarias epicárdicas con lesiones obstructivas (ANOCA). En estos pacientes, la prevalencia de la isquemia demostrable (INOCA) varía, dependiendo de la prueba de esfuerzo realizada, entre el 10 % y el 30 %. Esto es más frecuente entre las mujeres (aproximadamente del 50 % al 70 %) que en los hombres (30 % al 50 %). Estos pacientes suelen no diagnosticarse con frecuencia en la práctica diaria, a pesar de síntomas persistentes, lo cual conlleva a resultados cardiovasculares adversos. Estas alteraciones se pueden presentar con diferentes endotipos: (I) disfunción endotelial, (II) vasodilatación alterada (baja reserva de flujo coronario o alta resistencia microvascular), (III) angina vasoespástica epicárdica, (IV) angina vasoespástica microvascular, (V) combinaciones de endotipos y (VI) respuesta equívoca.

La presencia de isquemia miocárdica en imágenes funcionales sin enfermedad obstructiva debe hacer sospechar ANOCA/INOCA. Su diagnóstico se basa exclusivamente en la evaluación funcional invasiva de la microcirculación coronaria, mediante la combinación de angiografía y la evaluación de la hemodinámica coronaria, a través de la presión intracoronaria y el flujo, y pruebas farmacológicas vasomotoras con acetilcolina (clase I, nivel de evidencia B). De manera no invasiva, se puede hacer una aproximación con pruebas que permitan medir la reserva de flujo coronario, sin embargo, en nuestro medio no contamos con la tecnología específica para esta indicación (clase IIa, nivel de evidencia B).

No hay mucha evidencia acerca del manejo en estos escenarios. La propuesta es dirigir la terapia de acuerdo al endotipo (clase IIa, nivel de evidencia B), cuya primera línea son, para casi todos los casos los bloqueadores de canales de calcio (BCC). En los casos de difícil control se pueden emplear combinaciones de medicamentos. En la Figura 6 se presenta el orden de preferencia. Finalmente, se están desarrollando varios estudios que evalúan otros medicamentos, como el tratamiento intensivo con estatinas e IECA/ARA, y un antagonista oral del receptor de la endotelina A (Zibotentan), que podrían ser beneficiosos y proporcionar al clínico nuevas herramientas.



**Figura 6. Tratamiento médico basado en endotipos**

Adaptado de (1)

### Viñeta 5

Mujer de 45 años, sin antecedentes conocidos, asintomática con probabilidad de enfermedad coronaria del 1 % (muy baja), en una tomografía de tórax para seguimiento de nódulo pulmonar. Reportaron calcificación coronaria.

La presencia de la enfermedad coronaria aterosclerótica asintomática es común en la población general, con informes de hasta el 63 % (estudio PESA). Sin embargo, la tamización sistemática de los factores de riesgo no se puede recomendar en la población general, ya que no afecta los resultados cardiovasculares. Hay dos grandes ensayos clínicos que evaluaron la realización de exámenes de detección para enfermedades cardiovasculares subclínicas. En el estudio

# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

DANCAVAS, se aleatorizaron 46 611 hombres de 65 a 74 años a someterse o no a una tomografía sin contraste, electrocardiograma, índice tobillo-brazo y laboratorios (HbA1C, perfil lipídico), con el fin de encontrar calcificaciones coronarias (puntuación de calcio), fibrilación auricular, aneurismas, enfermedad arterial periférica, hipertensión arterial, diabetes *mellitus* y dislipidemia. En el seguimiento a 5 años, no se encontró reducción en la muerte por cualquier causa. En el estudio de San Francisco, se evaluaron pacientes con puntuaciones de calcio coronario altas para tratamiento con atorvastatina, vitamina C y vitamina E, y todos ellos recibían ácido acetilsalicílico (ASA), donde tampoco se demostró una reducción del compuesto de eventos cardiovasculares. En los subanálisis de estos estudios, se encontró que la población de menor edad ( $\leq 65$  años) y mayores puntuaciones de calcio podría beneficiarse. Por otro lado, en el Dallas Heart Study se examinaron los eventos de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) y el riesgo de sangrado en pacientes que recibían ASA como prevención primaria. Se documentó que había un beneficio en los participantes con un CAC  $\geq 300$  o  $\geq 100$  si el riesgo de sangrado era bajo. Estos hallazgos fueron similares, independientemente del valor de CAC, en aquellos con un alto riesgo de ASCVD a 10 años ( $\geq 20\%$ ). En aquellos con mayor riesgo de sangrado no hubo beneficio, independientemente del valor de CAC en todos los grupos de riesgo de ASCVD.

Para esta edición, las directrices recomiendan la detección oportunista con el fin de iniciar tratamiento hipolipemiente y antiisquémico en los pacientes que estén en riesgo, el cual debe ser evaluado por modelos de predicción SCORE 2 o SCORE-OP para Europa, y ASCVD para Colombia (clase I, nivel de evidencia C). Lo más importante es enfatizar en que no hay evidencia que permita recomendar la realización de pruebas diagnósticas de imagen en pacientes asintomáticos, con base solamente en la presencia de una placa calcificada o por otras razones, por lo que no se deben hacer de manera rutinaria.

## Viñeta 6

Escenario clínico especial. Hombre de 85 años, antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2 y dislipidemia. Residente en hogar geriátrico. Barthel 20 puntos. Cuadro de 6 meses de dolor torácico ocasional cuando realiza alguna actividad (movilidad reducida).

Se define edad avanzada como  $\geq 75$  años; sin embargo, las características clínicas de esta población son heterogéneas. Entre ellas, se debe considerar la fragilidad, las comorbilidades, la función cognitiva y la calidad de vida para orientar la atención clínica, ya que tanto las estrategias conservadoras como las invasivas se complican por la mayor vulnerabilidad al sangrado, la insuficiencia renal y el déficit neurológico. Adicionalmente, la mayoría de los ensayos clínicos han excluido a estos pacientes. Recientemente se publicaron los resultados del SENIOR-RITA (aunque en el contexto de síndrome coronario agudo), donde una estrategia invasiva no resultó en un riesgo menor de muerte cardiovascular o infarto de miocardio no fatal. La recomendación, entonces, es realizar un abordaje individualizado, basado en todas las particularidades mencionadas.

## Modalidad de intervención

Los resultados de estudios aleatorizados y metaanálisis avalan el beneficio para la supervivencia de la cirugía de revascularización frente a la intervención coronaria percutánea en pacientes con enfermedad de tronco principal izquierdo, enfermedad de tres vasos, disfunción del ventrículo izquierdo, mayor complejidad coronaria y en aquellos que tienen diabetes. Sin embargo, algunos metaanálisis sugieren un beneficio potencial de la PCI en la supervivencia cardiovascular en escenarios menos complejos. Por lo anterior, se recomienda realizar la evaluación clínica del riesgo y de la complejidad anatómica a través de modelos como el STS-PROM y el SYNTAX,

---

respectivamente, con el objetivo de definir la opción de tratamiento más adecuada para mejorar los resultados y la calidad de vida. Esto debe ir apoyado de la discusión del equipo de cardiología clínica e intervencionista, cirujanos cardiovasculares y los deseos de los pacientes. Se remite al lector a la guía para ampliar la información sobre la evidencia y uso de estos modelos.

## Tratamiento médico

### Recomendaciones generales

Las guías actuales proponen un enfoque centrado en el paciente para mejorar, en primera instancia, su estilo de vida, impactando en factores de riesgo modificables e implementando intervenciones para reducir el riesgo cardiovascular. Como medidas generales, las recomendaciones actuales incluyen: disminuir el consumo de licor y adoptar una dieta rica en vegetales, frutas y granos, limitando la ingesta de grasas saturadas; evitar el sedentarismo e idealmente realizar 30 - 60 minutos de actividad física moderada, 5 días a la semana o más; cesar el consumo de tabaco (incluyendo la exposición pasiva y cigarrillos electrónicos) y sustancias de abuso; evitar el estrés psicosocial, tratar las patologías psiquiátricas (especialmente ansiedad y depresión), y mejorar la calidad del sueño.

Así mismo, se debe optimizar al máximo el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente aquellas que pueden contribuir a la aparición y progresión de la enfermedad coronaria. Por lo anterior, es indispensable tener un control estricto de los niveles de LDL (ver más adelante), de la hipertensión, la obesidad y la diabetes. Las recomendaciones actuales de las guías de síndrome coronario crónico proponen metas de presión arterial sistólica entre 120-129 mmHg para los pacientes hipertensos (siempre y cuando toleren los medicamentos), hemoglobina glicada < 7 % y un índice de masa corporal entre 18.5 y 25 kg/m<sup>2</sup>. Adicionalmente, los pacientes deberían vacunarse

contra influenza, neumococo y COVID-19, de acuerdo con los protocolos nacionales de vacunación.

### Terapia antianginosa

Antes de mencionar las diferentes opciones disponibles, es importante tener en cuenta algunas consideraciones. En primera instancia, no hay evidencia directa de que alguna terapia sea mejor que las demás. En 2019, Ferrari y colaboradores publicaron una revisión sistemática que incluyó 13 ensayos clínicos, con un total de 4429 pacientes, que compararon la efectividad de diferentes agentes antianginosos orales, donde no encontraron que un medicamento o grupo farmacológico fuera superior a los demás en el manejo de los pacientes con síndrome coronario crónico. Adicionalmente, hasta la fecha no hay datos de que estos tratamientos impacten en desenlaces cardiovasculares a largo plazo, con excepción de los betabloqueadores en el primer año, tras un infarto agudo de miocardio. Finalmente, en la actualidad contamos con varios grupos farmacológicos y con diferentes propiedades para el manejo de estos pacientes, y es posible que se prefiera uno u otro medicamento con base en el mecanismo fisiopatológico del síndrome coronario.

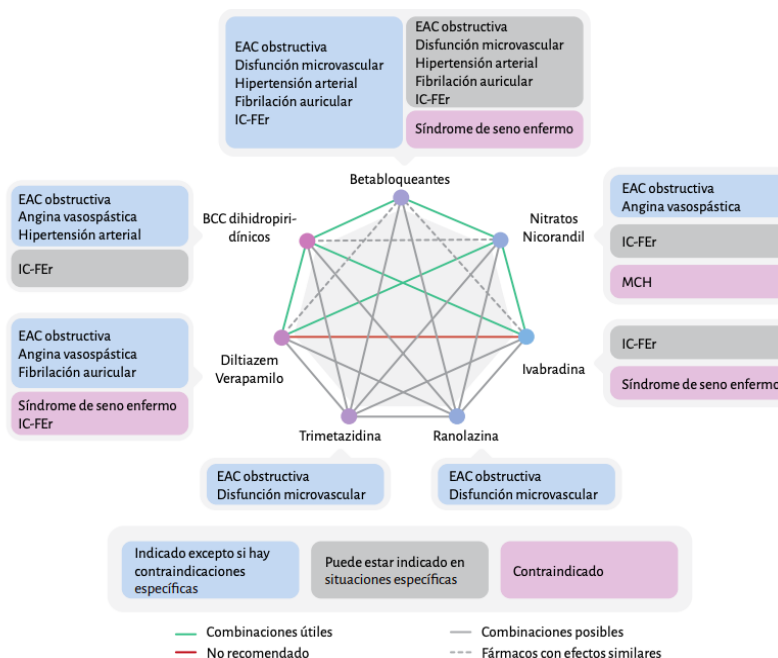
El objetivo de la terapia antianginosa es lograr el alivio sintomático con una buena tolerancia y adherencia. Los medicamentos de primera línea son los betabloqueadores y los antagonistas de canales de calcio, y los de segunda línea son los nitratos de acción prolongada, el nicorandil, la ranolazina, la ivabradina y la trimetazidina. La introducción de los fármacos antiisquémicos debe hacerse de forma jerárquica e individualizando la selección para cada paciente, de acuerdo con su perfil hemodinámico, comorbilidades, interacciones farmacológicas y los fundamentos fisiopatológicos de su enfermedad (recomendación clase I, nivel de evidencia C). En términos generales, para la mayoría de los pacientes la terapia incluirá un betabloqueador y/o un antagonista de canales de calcio. Los demás fármacos de segunda línea pueden añadirse a los de primera



línea según la evolución, o pueden ser parte de una estrategia inicial combinada en pacientes adecuadamente seleccionados, pues muchos pacientes requerirán más de un medicamento para el control de los síntomas. Aunque en la guía se considera como una posible terapia la combinación de betabloqueadores y calcioantagonistas, se debe tener en cuenta que esto aumenta el riesgo de bloqueos cardíacos. Lo más importante es evaluar periódicamente la respuesta a la terapia antianginosa, evitar la inercia terapéutica y ajustar el tratamiento según el curso clínico de cada individuo.

En la Figura 7 se muestran las opciones disponibles para el manejo de la angina en pacientes con

síndrome coronario crónico. Los nitratos de acción corta siguen siendo recomendados como primera línea para el alivio inmediato de la angina (recomendación clase I, nivel de evidencia B), y para el control de la frecuencia cardíaca y control sintomático, la primera línea son los betabloqueadores y los antagonistas de canales de calcio (recomendación clase I, nivel de evidencia B). En caso de no lograr control sintomático con los fármacos de primera línea, se recomienda la adición de nitratos de larga acción o ranolazina, y podrían emplearse de entrada en pacientes selectos (recomendación clase IIa, nivel de evidencia B).



**Figura 7. Medicamentos antianginosos disponibles, posibles combinaciones y potencial utilidad, según fisiopatología del síndrome coronario crónico**

Adaptado de (1)

## Terapia antiagregante

El manejo estándar para los pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica es la antiagregación con ASA en monoterapia, por tiempo indefinido; y en aquellos con historia de síndrome coronario agudo o revascularización coronaria percutánea, el tratamiento recomendado incluye antiagregación dual (DAPT) con ASA y un inhibidor del receptor P2Y12 (iP2Y12), con una duración ideal de 12 meses tras el evento agudo, y de 6 meses tras la revascularización por síndrome coronario crónico. Para los pacientes en quienes se realiza revascularización quirúrgica, se debe iniciar ASA en el posoperatorio y mantenerlo de manera indefinida.

Sin embargo, la decisión de administrar antiagregación intensificada y su duración depende del balance entre el riesgo isquémico y el hemorrágico. Múltiples estudios han investigado la DAPT por duraciones más cortas, y a raíz de esto las guías actuales recomiendan que, en aquellos pacientes con alto riesgo de sangrado y sin alto riesgo isquémico que son llevados a ICP, se podría discontinuar la DAPT de 1 a 3 meses después del procedimiento, y continuar con un antiagregante en monoterapia (recomendación clase I, nivel de evidencia A).

Asimismo, también se ha estudiado la administración de iP2Y12 en monoterapia para aquellos pacientes con alto riesgo de sangrado. El estudio CAPRIE, publicado en 1998, comparó la eficacia de clopidogrel (75 mg diarios) y ASA (325 mg diarios) como prevención secundaria en 19 185 pacientes con historial de infarto, accidente cerebrovascular y/o enfermedad arterial periférica, y encontró que el clopidogrel se asoció a una reducción del riesgo relativo del 8.7 % de desarrollar eventos cardiovasculares mayores, comparado con ASA. Más recientemente, en el estudio HOST-EXAM se comparó el clopidogrel frente a dosis bajas de aspirina en 5530 pacientes, tras 6 y hasta 18 meses de TAPD, y después de una ICP, donde el clopidogrel

redujo el criterio compuesto de muerte por cualquier causa, IM no mortal, reingreso atribuible a SCA, ictus y sangrado del 7.7 % al 5.7 % al final de 2 años de seguimiento. En un análisis posterior, por protocolo, los resultados se mantuvieron a los 5.8 años. Estos hallazgos se han encontrado, de igual forma, en metaanálisis como el publicado por Gragnano y colaboradores, que incluyó 7 ensayos clínicos y 24 325 pacientes, y comparó la monoterapia con iP2Y12 contra ASA en prevención secundaria en individuos con enfermedad coronaria aterosclerótica establecida. En este estudio, la terapia con iP2Y12 se asoció a menos eventos cardiovasculares a 2 años que el ASA (HR 0.88; IC 95 % 0.79-0.97), principalmente por disminución en la incidencia de infarto de miocardio (HR 0.77; IC 95 % 0.66-0.90), sin aumento del riesgo de sangrado e incluso con menos frecuencia de eventos de hemorragia intracraneal y gastrointestinal. Por lo anterior, las guías actuales recomiendan que, en los pacientes con alto riesgo de sangrado, el clopidogrel en monoterapia como una estrategia segura y que puede reemplazar la terapia indefinida con ASA (recomendación clase I, nivel de evidencia A).

Finalmente, en los pacientes con síndrome coronario crónico, alto riesgo isquémico y bajo riesgo de sangrado, se podría considerar administrar terapia antitrombótica extendida (recomendación clase IIa, nivel de evidencia A).

Para información sobre el manejo de la antiagregación en pacientes con indicación concomitante de anticoagulación y escenarios puntuales en la terapia antitrombótica, como el uso de otros iP2Y12 (ticagrelor, prasugrel) o adición de dosis bajas de rivaroxabán (estudio COMPASS), se remite al lector a las guías del año 2024 de la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de los síndromes coronarios crónicos.

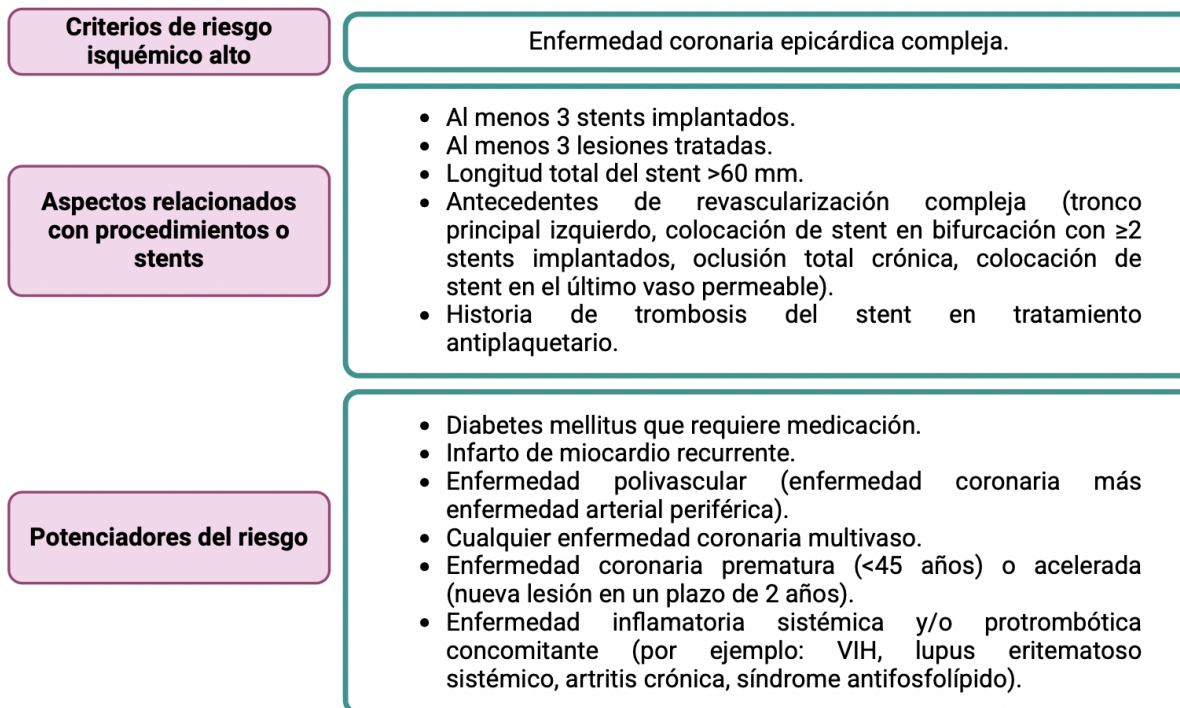
# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina



**Figura 5. Criterios de riesgo isquémico**

## Terapia hipolipemiente

Hay evidencia extensa del rol causal de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y las lipoproteínas ricas en ApoB en el desarrollo de la aterosclerosis, así como de la reducción de eventos cardiovasculares mayores mediante la reducción del LDL en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Dado que los pacientes con síndrome coronario crónico se consideran de muy alto riesgo cardiovascular, las guías de la Sociedad Europea de Cardiología del 2021 para la prevención de enfermedad cardiovascular recomiendan una reducción de LDL a niveles menores de 55 mg/dl, con una disminución de al menos 50 % del nivel basal en un primer evento y menores de 40 mg/dl si hay recurrencia (recomendación clase I, nivel de evidencia A).

Un metaanálisis publicado en 2010 por la Colaboración de Investigadores del Tratamiento del

Colesterol, que incluyó 26 ensayos clínicos y un total de 169 138 pacientes, encontró que la terapia con estatinas reduce el desarrollo de eventos cardiovasculares mayores en un 22 % y la mortalidad por todas las causas en un 10 %, por cada 1 mmol/L de reducción del LDL. Por lo anterior, además del control del peso, dieta y ejercicio, se recomienda que todos los pacientes cuyos niveles de colesterol estén fuera de metas tengan tratamiento con estatina de alta intensidad a la dosis máxima tolerada (recomendación clase I, nivel de evidencia A).

Cuando no se logran las metas con la estatina en monoterapia, se recomienda la adición de ezetimibe,

---

buscando una reducción adicional del 20 % al 25 % en los niveles de LDL (recomendación clase I, nivel de evidencia B). Si a pesar de terapia combinada de estatinas y ezetimibe, los pacientes no alcanzan los objetivos de LDL, las guías actuales recomiendan la adición de un inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9), ya sea alirocumab o evolocumab (recomendación clase I, nivel de evidencia A), aunque los altos costos de estos medicamentos son un limitante importante para su implementación generalizada.

El ácido bempedoico es un inhibidor oral de la síntesis de colesterol recientemente incluido dentro de las terapias hipolipemiantes. El estudio CLEAR incluyó 2230 pacientes con enfermedad aterosclerótica y/o hipercolesterolemia familiar, y aleatorizó 1488 individuos a ácido bempedoico y 740 a placebo. Tras 12 semanas de seguimiento el tratamiento, se asoció a una reducción del 18 % el LDL. Nissen y colaboradores publicaron en 2023 un ensayo clínico en pacientes con alto riesgo cardiovascular e intolerancia o contraindicación para recibir estatinas, donde aleatorizaron 6992 pacientes a recibir ácido bempedoico y 6972 a placebo, y encontraron una disminución del 21 % en el LDL y una menor incidencia del compuesto de desenlaces cardiovasculares mayores con el ácido bempedoico. A raíz de los beneficios evidenciados con este medicamento, en la actual guía se recomienda que se considere el uso de ácido bempedoico, en combinación con ezetimibe, en los a los pacientes que tienen intolerancia a las estatinas (recomendación clase I, nivel de evidencia B), y se puede considerar como tercera línea en los pacientes que no llegan a metas a pesar de la terapia combinada de estatinas y ezetimibe (recomendación clase IIa, nivel de evidencia C), como una alternativa diferente a los iPCSK9 como terapia aditiva.

## Terapia antiinflamatoria

El proceso fisiopatológico de la aterosclerosis incluye un componente inflamatorio, y en vista de que con las terapias convencionales se está

impactando la exposición a niveles elevados de colesterol y la agregación plaquetaria, en los últimos años se ha evaluado la utilidad de múltiples medicamentos con potencial antiinflamatorio para reducir la progresión y complicaciones asociadas a la enfermedad aterosclerótica, siendo la colchicina probablemente el más estudiado de estos fármacos.

El 2019, se publicó el COLCOT, que incluyó 4745 pacientes con diagnóstico de infarto en los 30 días previos, y aleatorizó 2366 a recibir colchicina (0,5 mg diarios) y 2379 a recibir placebo. Tras una media de seguimiento de 22.6 meses, este estudio encontró una menor incidencia de eventos cardiovasculares mayores en el grupo intervención (131/2366) que en el grupo control (170/2.379) (HR 0.77; IC 95 % 0,61 - 0,96). Poco después se publicaron los resultados del LoDoCo2, que contó con 5522 participantes con enfermedad coronaria estable y los aleatorizó a recibir placebo (2.760) o 0,5 mg de colchicina una vez al día (2.62). Tras un seguimiento promedio de 28 meses, se encontró una reducción de los eventos cardiovasculares mayores en el grupo que recibió colchicina (HR 0.69; IC 95 % 0.57-0.83).

Por los resultados de los estudios previamente expuestos, la guía actual recomienda que en los pacientes con síndrome coronario crónico se considere la administración de colchicina 0,5 mg diarios para reducir el reinfarcto, los accidentes cerebrovasculares y la necesidad de revascularización (recomendación clase IIb, nivel de evidencia A). Sin embargo, se debe tener en cuenta que a finales del 2024 se publicó el CLEAR SYNERGY (OASIS-9), un estudio que, al igual que los anteriores, evaluó la efectividad de la colchicina como prevención secundaria en los pacientes con enfermedad coronaria (tras síndrome coronario agudo), y no se observaron los beneficios previamente evidenciados en el COLCOT y el LoDoCo2. Por lo anterior, los autores del presente capítulo sugieren al lector interpretar cuidadosamente la recomendación emitida por la guía, y evaluar adecuadamente el beneficio de la

# Medicina Interna

Innovación, humanidad y excelencia  
2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

prescripción de colchicina en síndrome coronario crónico.

## Terapia antiobesidad

El tratamiento recomendado como primera línea para el control del peso sigue siendo la dieta saludable asociada con actividad física. Sin embargo, si no se alcanza el peso objetivo con estas intervenciones, el tratamiento farmacológico puede considerarse para la reducción del peso. Los medicamentos de primera línea son los agonistas del receptor del péptido-1, similar al glucagón (aGLP-1), que además han demostrado beneficios sobre los desenlaces cardiovasculares.

El tirzepatide, un fármaco novedoso que combina los efectos de los aGLP-1 y el péptido insulínico dependiente de glucosa (GIP), demostró tener beneficio en la pérdida de peso en el estudio SURMOUNT-1, con un efecto dosis-dependiente que fue posteriormente confirmado en el SURMOUNT-2. Por lo anterior, las guías actuales lo incluyen dentro de las opciones farmacológicas para el control del peso. Finalmente, la cirugía bariátrica es una intervención efectiva para los pacientes con obesidad grave y síndrome coronario crónico.

## Mensajes indispensables

- La estrategia de estratificación del riesgo mediante el modelo RF-CL y el ajuste posterior con el CASC-CL o hallazgos en estudios adicionales (electrocardiograma, ecocardiograma, tomografía de tórax, índice tobillo-brazo) ayuda a una mejor clasificación de los pacientes y guía la decisión para la necesidad de pruebas adicionales.
- La elección de la prueba diagnóstica se basa en la probabilidad pretest, la disponibilidad y las posibles contraindicaciones o desventajas.
- Recordar que no se deben enviar pruebas funcionales ni anatómicas en pacientes asintomáticos.
- El síndrome coronario crónico es, en esencia, de manejo médico. Se basa en la modificación de los estilos de vida, la reducción de los factores de riesgo cardiovascular, el control de las comorbilidades y el alivio de los síntomas de los pacientes.
- Se debe iniciar el tratamiento antianginoso de acuerdo al perfil de los pacientes, titular las dosis y combinar medicamentos si se requiere para lograr el control de los síntomas.
- La terapia antitrombótica se basa en el uso individual o combinación de ASA e iP2Y12, balanceando el riesgo trombotico, de sangrado y la necesidad de otras terapias adicionales como la anticoagulación en comorbilidades que lo requieran.
- A lo largo del tiempo, los ensayos clínicos que han comparado la terapia médica óptima versus estrategias de revascularización han mostrado resultados discordantes. Por lo tanto, se deben tener en cuenta los criterios de inclusión de los estudios principales (ISCHEMIA, ORBITA 2, STICH, STICHES) para considerar el manejo invasivo.
- La indicación más clara para el manejo invasivo, hasta el momento, siguen siendo los pacientes que no responden a la terapia médica óptica y continúan presentando síntomas.
- Los resultados de estudios aleatorizados y metaanálisis avalan el beneficio para la supervivencia de la revascularización frente al tratamiento médico, principalmente en enfermedad tronco común izquierdo, enfermedad de tres vasos y afectación de la parte proximal de la arteria descendente anterior,

particularmente en pacientes con disfunción del ventrículo izquierdo.

2025 Feb 11;14(4):1161.  
doi:10.3390/jcm14041161.

## Referencias bibliográficas

1. Vrints CJ, Knuuti J, Katus HA, *et al.* 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2024 Sep 29;45(36):3415–3537. doi:10.1093/eurheartj/ehae177
2. Krittanawong C, Khawaja M, Virani SS, *et al.* Strategies for chronic coronary disease: A brief guide for clinicians. *npj Cardiovasc Health.* 2024 Jun 4;1(1).
3. Vivas D. Comments on the ESC 2024 guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2025 Mar;78(3):170–175. doi:10.1016/j.rec.2024.10.007.
4. Colla J, Napoli M. Congreso Europeo de Cardiología 2024: guía para el manejo de los síndromes coronarios crónicos. Sociedad Interamericana de Cardiología. 2024 Oct 26.
5. Selección del Editor. Guía ESC 2024 Síndromes Coronarios Crónicos: Novedades y recomendaciones. *CardioTeca.* 18 de septiembre de 2024.
6. Pham V, Moroni A, Gall E, *et al.* Revascularization and medical therapy for chronic coronary syndromes: Lessons learnt from recent trials, a literature review. *J Clin Med.* 2023 Apr 12;12(8):2833. doi:10.3390/jcm12082833.
7. Ferrari R, Camici PG, Crea F, *et al.* The European Society of Cardiology 2024 Guidelines on Chronic Coronary Syndromes: A critical appraisal. *J Clin Med.* 2025 Feb 11;14(4):1161. doi:10.3390/jcm14041161.
8. Libby P, Buring JE, Badimon L, *et al.* Atherosclerosis. *Nat Rev Dis Primers.* 2019 Aug 16;5(1):56. doi:10.1038/s41572-019-0106-z.
9. Deftereos SG, Giannopoulos G, Vrachatis DA, *et al.* Colchicine in cardiovascular disease: In-depth review. *Circulation.* 2022 Jan 4;145(1):61–78. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056171.
10. Ryan M, Petrie MC, Dodd M, *et al.* Medical therapy and outcomes in REVIVED-BCIS2 and STICHES: an individual patient data analysis. *Eur Heart J.* 2025 Mar 6. doi:10.1093/eurheartj/ehaf080.