

## Síndrome coronario crónico: decisión diagnóstico-terapéutica

### Chronic coronary syndrome: diagnostic-therapeutic decision

Ana Karen Torres Palma <sup>1\*</sup>



Maria José Pacheco Coello <sup>2</sup>



Hector Marcelo Hachi Powel <sup>3</sup>



José Antonio Valdiviezo Flores <sup>4</sup>



Edson Ricardo Condo Borja <sup>5</sup>



<sup>1</sup>Hospital Básico El Empalme. Ecuador.

<sup>2</sup>Hospital del IESS Babahoyo. Ecuador.

<sup>3</sup>Hospital General Martín Icaza, Babahoyo. Ecuador.

<sup>4</sup>Servicios Médicos Hospitalarios Daulemed. S. A. Ecuador.

<sup>5</sup>Centro Médico Mi Doc. Av. Costanera, C.C. San Antonio, Mucho Lote 2. Ecuador.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [dr.torreskaren@gmail.com](mailto:dr.torreskaren@gmail.com)

Recibido: 20/06/2023.

Aprobado: 19/07/2023.

#### RESUMEN

El síndrome coronario crónico se ha identificado como diferentes estadios de la enfermedad coronaria, excluyendo los procesos donde están involucradas las trombosis arteriales y estas dominan la sintomatología. El objetivo de esta investigación consiste en presentar información actualizada sobre el síndrome coronario crónico, su diagnóstico y posibles tratamientos. Se realizó una revisión de la literatura entre los meses de febrero a noviembre de 2022. Se consultaron las bases de datos PubMed, EBSCO, Clinicalkey, Scopus y HighWire, en busca de artículos publicados sobre el tema de investigación. El diagnóstico se basa fundamentalmente, en el interrogatorio y el examen físico de los pacientes, debido a la gran gama de patologías que se pueden incluir. Este síndrome una vez instalado, es para toda la vida y afecta tanto a hombres como a mujeres. Se hace hincapié en factores de riesgo presentes en el paciente, por lo que es necesario realizar intervenciones basadas en la modificación de los estilos

#### ABSTRACT

Chronic coronary syndrome has been identified as different stages of coronary artery disease, excluding processes where arterial thrombosis is involved and dominates the symptomatology. The aim of this research is to present updated information on chronic coronary syndrome, its diagnosis and possible treatments. A review of the literature was carried out from February to November 2022. The databases PubMed, EBSCO, Clinicalkey, Scopus and HighWire were consulted in search of articles published on the research topic. Diagnosis is based fundamentally on the interrogation and physical examination of the patients, due to the wide range of pathologies that can be included. This syndrome, once installed, is a life-long condition and affects both men and women. Emphasis is placed on risk factors present in the patient, so it is necessary to carry out interventions based on the lifestyle modification, especially in diet, physical exercise, smoking, weight control and continuous monitoring of certain laboratory data that show the patient's health. Chronic coronary syndrome presents a

de vida especialmente en la dieta, realización de ejercicios físicos, tabaquismo, control del peso y seguimiento continuo de ciertos datos de laboratorio que evidencian la salud del paciente. El síndrome coronario crónico presenta una amplia gama de posibles causas. Resulta imprescindible evaluar las características de los síntomas y analizar los factores de riesgo asociados para lograr la supervivencia del paciente y una mejor calidad de vida.

**Palabras clave:** angina de pecho, síndrome coronario agudo, isquemia miocárdica

wide range of possible causes. It is essential to evaluate the characteristics of the symptoms and analyze the associated risk factors in order to achieve patient survival and a better quality of life.

**Keywords:** angina pectoris, acute coronary syndrome, myocardial ischemia

## Introducción

Debido al desarrollo del tratamiento médico intensivo alcanzado en los últimos años, la modificación de los factores de riesgo coronario, el desarrollo de las estrategias de revascularización coronaria, así como los programas de rehabilitación cardiovascular y de información al paciente, se ha logrado influir notoriamente en la casi desaparición de la angina de pecho estable como forma de presentación. Es por eso que, incluso, se han utilizado diferentes denominaciones para abarcar esta entidad como enfermedad isquémica crónica o enfermedad coronaria crónica estable.

El mejor conocimiento de la fisiopatología ha permitido establecer que puede existir isquemia miocárdica sin lesiones obstructivas coronarias asociadas configurando el cuadro conocido como INOCA (del inglés: ischemia and non obstructive coronary artery disease), que incluye alteraciones en la función arterial coronaria, el vasoespasma y la angina microvascular.<sup>(1)</sup>

Los fundamentos fisiopatológicos de las enfermedades coronarias están basados en la acumulación de las placas de ateroma en el pericardio arterial, pudiendo o no provocar procesos obstructivos. Los estilos de vida, los medicamentos y los procesos invasivos, tienen un rol fundamental tanto diagnóstico como terapéutico, y pueden influenciar en la evolución de este proceso, a través de la estabilización e incluso regresión de la enfermedad. Las enfermedades coronarias son conocidas por sus prolongados periodos de estabilización, pero siempre tenemos que estar atentos a la posibilidad de aparición de un evento aterotrombótico agudo secundario a la ruptura o erosión plaquetaria. Estos procesos pueden incrementar el riesgo de convertirse en angina inestable en cualquier momento. Incluso en periodos de estabilidad hemodinámica de la enfermedad, puesto que usualmente es una enfermedad progresiva y por lo tanto severa.

Debido a esta amplia gama de manifestaciones clínicas se han dividido en dos diferentes presentaciones clínicas conocidas como síndrome coronario agudo (SCA) y síndrome coronario crónico (SCC).<sup>(2,3)</sup>

Realizar una descripción breve sobre los diferentes estadios del síndrome coronario crónico es todo un desafío, ya que ha sido identificado como diferentes estadios de la enfermedad coronaria, excluyendo los procesos donde están involucradas las trombosis arteriales y estas dominan la sintomatología.<sup>(2,4)</sup>

La Sociedad Europea de Cardiología, en vistas de aumentar la calidad del diagnóstico y tratamiento en esta entidad introdujo el concepto de síndromes coronarios crónicos en contraposición con los síndromes coronarios agudos, para denominar una serie de escenarios de la cardiopatía isquémica crónica, incluyen:<sup>(1)</sup>

1. Pacientes con sospecha de enfermedad coronaria y angina estable y/o disnea.
2. Pacientes con insuficiencia cardíaca de reciente comienzo o disfunción ventricular izquierda y sospecha de enfermedad coronaria.
3. Pacientes sintomáticos y asintomáticos con síntomas estabilizados <1 año luego de un síndrome coronario agudo o pacientes con revascularización reciente.
4. Pacientes sintomáticos y asintomáticos >1 año del diagnóstico inicial o revascularización.
5. Pacientes con angina y sospecha de enfermedad vasoespástica o microvascular.
6. Sujetos asintomáticos en quienes se detecta enfermedad coronaria en estudios de control o screening.

Representan diferentes niveles de riesgo de eventos en el seguimiento, que pueden aumentar si no se controlan adecuadamente los factores de riesgo coronario, si las modificaciones del estilo de vida y/o el tratamiento médico son subóptimas o la revascularización no es exitosa. De la misma forma, el riesgo puede disminuir como consecuencia de una adecuada prevención secundaria y una revascularización exitosa.

En la actualidad algunos estudios muestran un aumento en el riesgo de padecer este síndrome en la población mayor de 60 años, tal vez derivado de un diagnóstico inadecuado o de un incorrecto tratamiento. Debido a que en muchas ocasiones pasa desapercibido en estas edades por ser sus síntomas atípicos.<sup>(4)</sup>

El objetivo de este estudio es presentar información actualizada sobre el síndrome coronario crónico. Se revisan los datos disponibles sobre la clasificación, síntomas, signos y un acercamiento al diagnóstico y tratamiento del mismo para que de esta manera se logre un manejo óptimo y precoz que impacte en los desenlaces clínicos y la mortalidad por estas enfermedades. Se realizó una búsqueda avanzada para la selección de los artículos, entre los meses de enero a noviembre de 2022 en las bases de datos PubMed, EBSCO, Clinicalkey y Scopus.

## **Desarrollo**

### Epidemiología del Síndrome coronario crónico

Resulta difícil hablar de las ECC como un conjunto debido a que, como ya explicamos, constituyen un conjunto heterogéneo de afecciones que reúnen características similares. De forma general los síndromes coronarios presentan una mortalidad de 659 000 casos aproximadamente por año y un total de 805 000 eventos al año solo en Estados Unidos.<sup>(2)</sup>

En el caso de la angina crónica estable que es el subgrupo con mayores estudios epidemiológicos realizados, se encuentra que sólo el 32,7% de estos pacientes presentan síntomas mensualmente, variando entre diario y semanal. De forma general la prevalencia disminuyó de 21,9/20,3 por 100 000 hombres entre los años 1990 a 2010, por otro lado en el caso de las mujeres este disminuyó de 17,7/15,9 por 100 000 en el mismo periodo.<sup>(2)</sup>

En los países más desarrollados se observó un descenso de estas patologías con predominio de las mujeres, asociándose este descenso a las diferentes causas que lo provocan que condicionan una base fisiopatológica diferente para cada una de las afecciones involucradas. Se plantea mayor prevalencia en adultos mayores (65-85 años), con una incidencia anual de 2,03% en hombres y 1,89% en mujeres. Estos estudios demuestran una mayor incidencia en mujeres en edades tempranas, que luego se invierte y aumenta afectado en su mayoría a los hombres.

### Diagnóstico

El diagnóstico de este síndrome se basa fundamentalmente, en el interrogatorio y el examen físico de los pacientes, debido a la gran gama de patologías que se pueden incluir, y una vez que se instala, es para toda la vida, afectando tanto a hombres como a mujeres. En la realización de estos procedimientos se hace hincapié en factores de riesgo presentes en el paciente, por lo que es necesario

realizar intervenciones basadas en la modificación de los estilos de vida especialmente en la dieta, realización de ejercicios físicos, tabaquismo, control del peso así como seguimiento continuo de ciertos datos de laboratorio que evidencian la salud del paciente.<sup>(5)</sup>

En Europa, los enfoques actuales de prevención de la enfermedad coronaria incluyen consejos sobre el cambio de estilos de vida y la gestión de los factores de riesgo, según la Sociedad Europea de Cardiología.<sup>(6)</sup> En repetidas ocasiones, se ha puesto en marcha un programa de educación y rehabilitación cardíaca abordado como una parte central del control de la prevención secundaria.<sup>(7)</sup> Es conocido que la relación médico/paciente es compleja y la fidelidad en la información es de vital importancia para el adecuado actuar del médico por lo que se impone un reto que no siempre se logra vencer.<sup>(8)</sup>

En un estudio realizado en el 2022 por Sinnadurai et al,<sup>(9)</sup> se determinó que independientemente de la información que tuvieran los pacientes sobre los factores de riesgo estos presentaban peor control sobre los mismos, siendo la mayoría de ellos obesos o diabéticos. Los médicos pueden estar menos inclinado a derivar a los ancianos a una intervención específica recomendada oficialmente,<sup>(10)</sup> debido a la fragilidad y dificultades en la movilización para ir al hospital; por lo tanto, los cambios de estilo de vida en el hogar serían los mejores enfoque preventivo secundario. Un metanálisis reciente incluyó 22 estudios que evaluaron la asociación entre los índices de estilo de vida y los factores de riesgo de ECV y reveló que la adopción de estilo de vida saludable mostró una reducción del 66% en los riesgos de ECV en comparación a la toma de al menos uno o ningún comportamiento de estilo de vida saludable.<sup>(10)</sup>

De forma general para determinar el diagnóstico de esta entidad, luego de determinar los factores de riesgo se debe evaluar el estado general del paciente y descartar la posibilidad de la revascularización, puede realizarse una prueba con medicación antianginosa, incluso si no se ha confirmado el diagnóstico. Está indicado la realización de imágenes funcionales no invasivas para detectar isquemia, si es necesario verificar el diagnóstico. Si se determina que el dolor es no anginoso, pueden realizarse otras pruebas para identificar enfermedades gastrointestinales, pulmonares o musculoesqueléticas que hablen a favor de otro diagnóstico en referencia al dolor.<sup>(1)</sup>

### Síntomas y signos

El interrogatorio en estos pacientes es primordial, de esta forma el conocimiento del dolor torácico sería más fidedigno junto con la historia clínica y los antecedentes, así el médico estaría en Correo Científico Médico (CCM) 2023; 27(4)

condiciones de realizar un diagnóstico certero. A pesar de que el origen y expresión de los síntomas cardiacos son muy variables y se presenta en un sinnúmero de enfermedades no necesariamente de origen cardiovascular.

Si nos referimos a la forma de presentación de la angina crónica esta suele ser referida como un dolor con características opresivas a nivel retro esternal que aumenta en intensidad y esta desencadenada por algún tipo de estrés, se puede asociar otros síntomas como dificultad para respirar, náuseas o sincopes con más frecuencia en paciente con factores de riesgo asociadas o comorbilidades y en ancianos.<sup>(11)</sup> Se han descrito además, diferentes índices de sospecha que facilitan el diagnóstico.<sup>(13)</sup>

De forma resumida para el posible diagnóstico de estos pacientes podemos tener presente que:<sup>(12)</sup>

	Mayor probabilidad	Menor probabilidad
Localización	Retroesternal, Cuello y mandíbula	Infraumbilical, maxilar superior.
Características	Opresivo, pesadez, ardor.	Agudo, inicio súbito.
Superficie	Más extenso, del tamaño de la palma de la mano.	Puntual.
Duración	2-20 minutos.	Fugaz, segundos.
Factores desencadenantes	Estrés.	Movilización del segmento afectado.
Factores que lo alivian.	Reposo, nitritos.	Tos, inspiración, analgésicos.

#### Exámenes complementarios

Existen múltiples pruebas que se pueden realizar a estos pacientes, pero es recomendable determinar cuáles son necesarias, para lograr un uso óptimo de las mismas e interpretar sus resultados sin interferencias de análisis.

Las pruebas básicas incluyen un electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma en reposo, puede resultar normal en algunos pacientes y esto no excluye el diagnóstico de isquemia; sin embargo, puede mostrar signos de enfermedad coronaria (infarto de miocardio previo o alteraciones de la repolarización), además permite el seguimiento de esta patología.

Asociado a la realización de un ECG se deben hacer exámenes de sangre que pueden ser útiles en la identificación de factores de riesgo cardiovasculares y otras enfermedades asociadas que pueden

exacerbar un evento de este tipo. Dentro de estos análisis podemos realizar glucosa plasmática y hemoglobina glucosiladas (HbA1c), que están indicadas en todos los pacientes que sufran de SCC. El metabolismo de la glucosa tiene influencia importante debido a la asociación conocida entre los diferentes tipos de diabetes y los trastornos cardiovasculares que pueden incrementar el riesgo de aparición de complicaciones específicas. Derivando en que inicialmente estos pacientes deben ser tratados para controlar la enfermedad subyacente de acuerdo a protocolos establecidos para ello.<sup>(1,11)</sup>

A través de estos exámenes de laboratorio se puede identificar la causa de la isquemia, establecer los factores de riesgo y determinar el pronóstico por lo que además se debe conocer el estado de las hormonas tiroideas.<sup>(14,15)</sup> Se debe analizar además el perfil lipídico de estos pacientes, con la estrategia de establecer riesgo y pronóstico, imponiendo tratamiento temprano de las diferentes enfermedades que se derivan de su alteración. Es imperativo evaluar la función renal con la determinación del filtrado glomerular, urea, creatinina por su asociación con la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad renovascular.

El ecocardiograma transtorácico (ETT) proporciona información valiosa sobre las estructuras cardíacas así como su funcionamiento, las cuales suelen estar preservadas en estos eventos. Valores de fracción de eyección disminuida o alteraciones regionales de la contracción pueden aumentar la sospecha de daño miocárdico isquémico. El ETT permite evaluar causas alternativas de dolor precordial y ayuda al diagnóstico de enfermedades cardíacas como valvulopatías, insuficiencia cardíaca congestiva y la mayoría de las miocardiopatías.<sup>(1,4,13,16,17)</sup>

El diagnóstico a través de pruebas funcionales no invasivas está indicado principalmente para pacientes en los que la enfermedad arterial coronaria no está bien definida. Estos pacientes tiene por lo general síntomas refractarios a los medicamentos o presentan dolor en la caja torácica al mínimo esfuerzo, podría realizarse una cinecoronariografía (CCG) invasiva, luego de lo cual la revascularización se realizara en dependencia de la magnitud y el compromiso hemodinámico del sistema coronario.<sup>(13,16)</sup>

## Tratamiento

De forma general el tratamiento de estos pacientes se basa en la utilización de los medicamentos adecuados y la intervención de los factores de riesgo cardiovascular a través de la modificación de los estilos de vida.<sup>(18)</sup>

Se debe tener un enfoque multidisciplinario con un tratamiento único que puede lograr un actuar único, personalizado y flexible en estos pacientes. Las medidas de soporte pueden proporcionar información relevante y sistemática sobre los síntomas, el funcionamiento y la preocupaciones, siendo cada vez más implementados en el cuidado de la salud, y ha demostrado mejorar la atención clínica y las experiencias de los pacientes, la comunicación entre médicos y pacientes, ahorra tiempo, errores en el diagnóstico y aumenta efectividad en el tratamiento específico de la enfermedad.<sup>(19)</sup>

Las recomendaciones de cambios en el estilo de vida para pacientes con síndromes coronarios crónicos incluyen, fundamentalmente sobre:

- Dejar de fumar: usar estrategias farmacológicas y conductuales para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Evite el tabaquismo pasivo.
- Dieta saludable: dieta rica en verduras, frutas y cereales integrales. Limite las grasas saturadas a <10% de la ingesta total. Limite el alcohol a <100 g/semana o 15 g/día.
- Actividad física: 30-60 min actividad física moderada la mayoría de los días, pero incluso la actividad irregular es beneficiosa.
- Peso saludable: obtener y mantener un peso saludable (<25 kg/m<sup>2</sup>), o reducir el peso mediante la ingesta de energía recomendada y el aumento de la actividad física.
- Otros: tomar los medicamentos según lo prescrito. La actividad sexual es de bajo riesgo para pacientes estables que no presentan síntomas con niveles de actividad bajos a moderados.

La adherencia a las modificaciones del estilo de vida y a los medicamentos es un desafío. Una revisión sistemática de estudios epidemiológicos indicó que una proporción sustancial de pacientes no realizan los tratamientos cardiovasculares con medicamentos, y que el 9% de los eventos cardiovasculares en Europa fueron atribuible a esta incorrecta asociación.<sup>(20)</sup> En hombres mayores con síndrome coronario crónico, un mayor seguimiento a las pautas de medicación parece ser positivamente asociado con mejores resultados clínicos, independientemente de otras condiciones.<sup>(21)</sup> La polifarmacia juega un papel negativo en la adherencia al tratamiento, y la complejidad del régimen farmacológico se asocia con la no adherencia y mayores tasas de hospitalizaciones.<sup>(20,21,22)</sup> La prescripción de medicamentos debe priorizar los que han demostrado su beneficio con el más alto nivel de evidencia y aquellos para quienes la amplitud de beneficio es mayor. La simplificación de los regímenes de medicación puede ayudar, y existe alguna evidencia de los beneficios de las estrategias educativas cognitivas, retroalimentación monitoreada

Correo Científico Médico (CCM) 2023; 27(4)



electrónicamente y apoyo por parte de enfermeras. Los seguimientos estrictos por parte de los médicos de atención primaria pueden ser útiles para pacientes con múltiples comorbilidades para minimizar el riesgo de efectos adversos, interacciones y simplificar los regímenes de medicación.<sup>(22,23,24)</sup> La promoción del cambio de comportamiento y el seguimiento a la medicación debe ser parte de cada encuentro clínico en atención primaria y seguimiento especializado, enfatizando su importancia. Se necesita además el apoyo a largo plazo (intensivo en los primeros seis meses, luego cada seis meses durante tres años).

Los objetivos del manejo farmacológico de los pacientes con SCC son reducir los síntomas de angina y la isquemia inducida por el ejercicio, y prevenir la aparición de eventos cardiovasculares. Alivio inmediato de los síntomas anginosos, o la prevención de los síntomas. Determinar bajo qué circunstancias puede aparecer angina, y realizar intervención efectiva que por lo general se obtiene con formulaciones de nitroglicerina de acción rápida.

Consideraciones generales en el tratamiento médico de pacientes con SCC<sup>(23,24)</sup>

- Requiere uno o más fármacos para el alivio de la angina/isquemia en asociación con medicamento(s) para la prevención de eventos.
  1. Se recomienda educar a los pacientes sobre la enfermedad, los factores de riesgo y la estrategia de tratamiento.
  2. Se recomienda una revisión oportuna de la respuesta del paciente a las terapias médicas (p. ej., 2 a 4 semanas después del inicio del fármaco).
- Alivio de la angina/isquemia
  1. Los nitratos de acción corta se recomiendan para el alivio inmediato de la angina de esfuerzo.
  2. El tratamiento de primera línea está indicado con bloqueadores beta y/o BCC (bloqueador de los canales de calcio) para controlar la frecuencia cardíaca y los síntomas.
  3. Si los síntomas de la angina no se controlan satisfactoriamente con un betabloqueante o un BCC, la combinación de un betabloqueante con un Se debe considerar DHP-CCB (bloqueador de los canales de calcio de dihidropiridina).
  4. Se debe considerar el tratamiento inicial de primera línea con la combinación de un betabloqueante y un DHP-CCB.
  5. Los nitratos de acción prolongada se deben considerar como una opción de tratamiento de segunda línea cuando la terapia inicial con un betabloqueante y/o un no-DHP-CCB está contraindicado, se tolera mal o es inadecuado para controlar los síntomas de la angina.

6. Cuando se prescriben nitratos de acción prolongada, se debe considerar un intervalo sin nitratos o bajo en nitratos para reducir la tolerancia.
7. Nicorandil, ranolazina, ivabradina, o trimetazidina deben considerarse como tratamiento de segunda línea, para reducir la frecuencia de la angina y mejorar la tolerancia al ejercicio o cuyos síntomas no se controlan adecuadamente con betabloqueantes, BCC y nitratos de acción prolongada.
8. En sujetos con frecuencia cardíaca basal baja y presión arterial baja, la ranolazina o la trimetazidina se pueden considerar como un fármaco de primera línea para reducir la frecuencia de la angina y mejorar la tolerancia al ejercicio.
9. En pacientes seleccionados, la combinación de un betabloqueante o un BCC con fármacos de segunda línea (ranolazina, nicorandil, ivabradina, y trimetazidina) pueden considerarse como tratamiento de primera línea de acuerdo con la frecuencia cardíaca, la PA (presión arterial) y la tolerancia.
10. No se recomienda los nitratos en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva o la coadministración de fósforo, inhibidores de la fodiesterasa.

## **Conclusiones**

El síndrome coronario crónico presenta una amplia gama de causas. Resulta imprescindible evaluar las características de los síntomas referidos y analizar los factores de riesgo asociados para lograr la sobrevida del paciente y una mejor calidad de vida. Su manejo se basa en la modificación del estilo de vida de los pacientes y la prevención de eventos cardiovasculares.

## **Referencias bibliográficas**

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J .2020 [citado 14/06/2022];41(3):407-477. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137>

2. Davis Ajami ML, Chang PS, Wu J. Hospital readmission and mortality associations to frailty in hospitalized patients with coronary heart disease. *Aging Health Res.* 2021[citado 07/03/2023];1(4). Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667032121000408?via%3Dihub>

3. Madhavan MV, Gersh BJ, Alexander KP, Granger CB, Stone GW. Coronary Artery Disease in Patients  $\geq$  80 Years of Age. *J Am Coll Cardiol.* 2018 [citado 03/06/2022];71(18):2015-2040. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718336167?via%3Dihub>

4. Ozmen C, Deniz A, Günay I, Ünal I, Celik AI, Çağlıyan ÇE, et al. Frailty Significantly Associated with a Risk for Mid-term Outcomes in Elderly Chronic Coronary Syndrome Patients: A Prospective Study. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2020 [citado 20/03/2023];35(6):897-905. Disponible en:

<https://cdn.publisher.gn1.link/bjcv.org/pdf/v35n6a08.pdf>

5. Rees K, Takeda A, Martin N, Ellis L, Wijesekara D, Vepa A, et al. Mediterranean-style diet for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 [citado 12/06/2022];3(3). Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6414510/>

6. Kotseva K. The EUROASPIRE surveys: Lessons learned in cardiovascular disease prevention. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2017 [citado 10/05/2022];7(6):633-639. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5752826/>

7. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol.* 2019 [citado 07/03/2023];26(8):824-835. Disponible en:

<https://academic.oup.com/eurjpc/article/26/8/824/5925117?login=false>

8 Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Băc, M. et al. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) Eur Heart J 2021 [citado 12/04/2023];42(34):3227-3337. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713?login=false>

9. Sinnadurai S, Sowa P, Jankowski P, Gasior Z, Kosior DA, Haberka M, et al. Recollection of Physician Information about Risk Factor and Lifestyle Changes in Chronic Coronary Syndrome Patients. Int J Environ Res Public Health. 2022 [citado 11/08/2022];19(11):6416. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/11/6416>

10. Barkas F, Nomikos T, Liberopoulos E, Panagiotakos, D. Diet and Cardiovascular Disease Risk Among Individuals with Familial Hypercholesterolemia: Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients.2020 [citado 17/03/2023];12(8):2436. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7468930/>

11.Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK, et al. 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2021 [citado 12/03/2023];144(22):368-454. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000001029>

12. Duronto E, Navarro Estrada JL. Consenso para el Manejo de Pacientes con Dolor Precordial. Rev Argent Cardiol. 2016 [citado 21/01/2023];84(4):378-401. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2017/10/consenso-para-el-manejo-de-pacientes-con-dolor-precordial.pdf>

13. Barbagelata L. Enfermedad coronaria y dolor torácico crónico: abordaje actual según las últimas guías. Acta Gastroenterol Latinoam. 2022 [citado 11/07/2022];52(4):418-423. Disponible en: <https://actaojs.org.ar/ojs/index.php/acta/article/download/262/579>

14. Madjid M, Fatemi O. Components of the complete blood count as risk predictors for coronary heart disease: in-depth review and update. *Tex Heart Inst J.*2013 [citado 11/02/2023];40(1):17-29. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568280/pdf/20130200s00007p17.pdf>

15. Wang H, Liu Z, Shao J, Lin L, Jiang M, Wang L, et al. Immune and Inflammation in Acute Coronary Syndrome: Molecular Mechanisms and Therapeutic Implications. *J Immunol Res.* 2020 [citado 14/01/2023];2020:4904217. Disponible en:

<https://downloads.hindawi.com/journals/jir/2020/4904217.pdf>

16. Giunta G. Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular. *Rev Argent Cardiol.*2019 [citado 17/03/2022];87(Supl 3).Disponible en:

<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/consenso-87-3-resumen.pdf>

17. Thomas RJ, Beatty AL, Beckie TM, Brewer LC, Brown TM, Forman DE, et al. Home-Based Cardiac Rehabilitation: A Scientific Statement From the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol.*2019 [citado 14/11/2022];74(1):133-153. Disponible en:

<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7341112&blobtype=pdf>

18. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med* 2019;380(7):629-637.

19. Zhao M, Woodward M, Vaartjes LI, Millett ERC, Klipstein Grobusch K, Hyun K, et al. Sex differences in cardiovascular medication prescription in primary care: A systematic review and meta-analysis. *J. Am Heart Assoc.*2020 [citado 14/11/2022];9(11):e014742. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429003/>

20. Leslie KH, McCowan C, Pell JP. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. *J Public Health (Oxf).*2019 [citado 11/03/2023];41(1):e84-e94. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6459362/>

21. Hwang D, Lee JM, Kim HK, Choi KH, Rhee TM, Park J, et al. Prognostic Impact of  $\beta$ -Blocker Dose After Acute Myocardial Infarction. *Circ J*.2019 [12/12/2022];83(2):410-417. Disponible en: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/83/2/83\\_CJ-18-0662/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/83/2/83_CJ-18-0662/_pdf)

22. Dahl Aarvik M, Sandven I, Dondo TB, Gale CP, Ruddox V, Munkhaugen J. et al. et al. Effect of oral  $\beta$ -blocker treatment on mortality in contemporary post-myocardial infarction patients: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*.2019 [citado 12/03/2023];5(1):12-20. Disponible en: <https://academic.oup.com/ehjcvp/article-pdf/5/1/12/27418265/pvy034.pdf>

23. Lip GYH, Collet JP, Haude M, Byrne R, Chung EH, Fauchier L, et al. 2018 Joint European consensus document on the management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous cardiovascular interventions: a joint consensus document of the European Heart Rhythm Association (EHRA), European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRs), Latin America Heart Rhythm Society (LAHRS), and Cardiac Arrhythmia Society of Southern Africa (CASSA). *Europace*. 2019 [citado 19/10/2022];21(2):192-193. Disponible en: <https://academic.oup.com/europace/article-pdf/21/2/192/27715506/euy174.pdf>

24. Lopes RD, Heizer G, Aronson R, Vora AN, Massaro T, Mehran R, et al. Antithrombotic therapy after acute coronary syndrome or PCI in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2019;380(16):1509-1524.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

#### **Financiamiento**

Esta investigación no contó con financiamiento.

#### **Contribución de autoría**

Conceptualización: Ana Karen Torres Palma, Maria José Pacheco Coello

Correo Científico Médico (CCM) 2023; 27(4)

Curación de datos: Ana Karen Torres Palma, Maria José Pacheco Coello

Análisis formal: Ana Karen Torres Palma, José Antonio Valdiviezo Flores

Adquisición de fondos: Ana Karen Torres Palma, José Antonio Valdiviezo Flores

Investigación: Maria José Pacheco Coello, Hector Marcelo Hachi Powel

Metodología: Maria José Pacheco Coello, Hector Marcelo Hachi Powel

Administración del proyecto: Hector Marcelo Hachi Powel, Edson Ricardo Condo Borja

Recursos: Hector Marcelo Hachi Powel, Edson Ricardo Condo Borja

Software: José Antonio Valdiviezo Flores, Edson Ricardo Condo Borja

Supervisión: José Antonio Valdiviezo Flores, Edson Ricardo Condo Borja

Validación: Ana Karen Torres Palma, Edson Ricardo Condo Borja

Visualización: José Antonio Valdiviezo Flores, Edson Ricardo Condo Borja

Redacción – borrador original: Ana Karen Torres Palma, Maria José Pacheco Coello

Redacción – revisión y edición: Ana Karen Torres Palma, Maria José Pacheco Coello



Esta obra está bajo [una licencia de Creative Commons Reconocimiento-  
No Comercial 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)