

Editorial

Comentarios a la guía ESC 2024 sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos



Comments on the ESC 2024 guidelines for the management of chronic coronary syndromes

Grupo de Trabajo de la SEC sobre la guía ESC 2024 sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos y el Comité de Guías de la SEC[◇]

Historia del artículo:

On-line el 25 de enero de 2025

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) ha presentado recientemente su guía para el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos (SCC), que actualiza la de 2019 con nuevos datos y recomendaciones^{1,2}. En esta revisión, realizada por un grupo de expertos a propuesta del Comité de Guías de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), resumimos las adiciones más importantes, comentamos las consecuencias de su aplicación en nuestro medio e identificamos las lagunas de evidencia existentes.

¿QUÉ APORTA DE NUEVO?

La guía define el SCC como una serie de formas de presentación clínica derivadas de alteraciones estructurales o funcionales relacionadas con enfermedades crónicas de las arterias coronarias o de la microcirculación. El espectro clínico del SCC incluye las siguientes entidades: enfermedad coronaria (EC) obstructiva estable tras un síndrome coronario agudo, intervención coronaria percutánea (ICP) o cirugía de revascularización coronaria (CABG); angina inducida por estrés, o equivalente, con EC obstructiva; angina sin EC obstructiva (ASEC) o isquemia sin EC obstructiva (ISEC); pacientes asintomáticos con resultados anatómicos o funcionales coronarios anormales, y disfunción ventricular izquierda (VI) o insuficiencia cardiaca de origen isquémico.

Diagnóstico

La nueva guía introduce un enfoque clínico secuencial simplificado de 4 pasos para los pacientes con sospecha de SCC, en sustitución del anterior protocolo de 6 pasos:

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas/cardiopatía-isquémica/15236-2024-esc-guidelines-for-the-management-of-chronic-coronary-syndromes>.

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dvivas@secardiologia.es (D. Vivas).

◇ Los nombres de todos los autores del artículo se indican en orden alfabético en el **anexo A**.

Paso 1

Este paso incluye una evaluación clínica general centrada en la valoración de los síntomas —en la que la angina «típica» frente a la «atípica» se reemplaza por una descripción detallada de los síntomas— y los signos del SCC, el electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones en reposo, los análisis de sangre básicos, y en pacientes seleccionados, la radiografía de tórax y las pruebas de la función pulmonar³. Deben tenerse en cuenta los valores plasmáticos de proteína C reactiva de alta sensibilidad y fibrinógeno (IIaB).

Paso 2

Este paso incluye la ecocardiografía y una nueva estimación de la probabilidad clínica pretest de EC obstructiva para evaluar la necesidad de pruebas adicionales mediante el modelo de probabilidad clínica ponderada por factores de riesgo (RF-CL), que tiene en cuenta la edad, el sexo, los síntomas de angina y el número de factores de riesgo (IB). Si la probabilidad pretest de EC obstructiva es muy baja (< 5%), debe considerarse el aplazamiento de otras pruebas diagnósticas. Para una probabilidad pretest baja (5-15%) de EC obstructiva, debe considerarse la puntuación de calcio arterial coronario para reclasificar a los pacientes e identificar a más personas con una probabilidad clínica ponderada por la puntuación de calcio arterial coronario muy baja ($\leq 5\%$) (IIaB). La prueba de ECG de esfuerzo también puede considerarse una alternativa para contemplar o descartar una EC cuando no se dispone de exploraciones de imagen no invasivas. En pacientes seleccionados, también se recomienda evaluar la tolerancia al esfuerzo, los síntomas, las arritmias, la respuesta de la presión arterial y el riesgo de episodios (IC).

Paso 3

Este paso incluye pruebas diagnósticas para establecer el diagnóstico de SCC y determinar el riesgo de episodios futuros en los pacientes. Se establece la angiografía coronaria mediante tomografía computarizada (angio-TAC coronaria) como exploración diagnóstica de primera línea⁴: en los pacientes con sospecha

de SCC y una probabilidad pretest baja a moderada (> 5-50%), se recomienda diagnosticar una EC obstructiva y estimar el riesgo de episodios (IA). En la angio-TAC coronaria, características como la placa de baja atenuación, el remodelado positivo, las calcificaciones puntuales y el signo del anillo de servilleta se asocian a un mayor riesgo de muerte o infarto de miocardio no mortal. Las exploraciones de imagen funcionales, incluida la ecocardiografía de estrés, la gammagrafía de perfusión miocárdica (SPECT y PET) y la resonancia magnética cardíaca (RMC) de estrés, se recomiendan en pacientes con sospecha de SCC y una probabilidad pretest moderada-alta (> 15-85%) de EC obstructiva, para estimar el riesgo de episodios futuros. La coronariografía invasiva se recomienda para diagnosticar la EC obstructiva en pacientes con una probabilidad clínica de enfermedad muy alta (> 85%), síntomas graves resistentes al tratamiento médico según las guías, angina a niveles bajos de esfuerzo o riesgo alto de episodios. Además, se aconseja disponer de la posibilidad de determinar la presión coronaria, que debe utilizarse para evaluar la gravedad funcional de las estenosis intermedias que no afectan al tronco coronario izquierdo antes de la revascularización (IA). Para las estenosis intermedias, la reserva fraccional de flujo (RFF) y el cociente instantáneo sin onda (iFR) siguen siendo técnicas estándares, con umbrales de significación de $\leq 0,8$ o $\leq 0,89$, respectivamente (IA).

Paso 4

Este paso se centra en la modificación del estilo de vida y de los factores de riesgo, así como en el uso de tratamientos modificadores de la enfermedad, incluidos los medicamentos o la revascularización en caso necesario.

Tratamiento

Se recomienda un enfoque centrado en el paciente para abordar los objetivos del tratamiento, incluidas las medidas de los resultados percibidos por el paciente y las de la experiencia notificada por este. Los resultados de salud mejoran con una comunicación eficaz y una mayor implicación del paciente, en la que la toma de decisiones compartida es fundamental para su asistencia futura y el seguimiento a largo plazo. El control de los factores de riesgo es esencial para prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar el pronóstico de los pacientes con SCC. Las intervenciones multidisciplinares que abordan los factores de riesgo y el control de los síntomas se asocian cada vez más a mejoras en el autocuidado y a modificaciones del estilo de vida.

El apartado sobre medicamentos antianginosos se ha acortado, ya que la mayor parte de la información se ha reubicado en el apartado de datos suplementarios. En esta guía se ha eliminado la clasificación de los medicamentos antianginosos en tratamientos de primera y segunda línea, y se recomienda que los médicos elijan los tratamientos en función del perfil hemodinámico de cada paciente, las comorbilidades, los medicamentos concomitantes y la fisiopatología subyacente en la isquemia miocárdica. Sin embargo, los autores reconocen que el tratamiento debe iniciarse con un betabloqueador o un antagonista del calcio. Para ayudar a los médicos a elegir el fármaco antianginoso más adecuado y a determinar las combinaciones de medicamentos, los autores han incluido un rombo, que resulta muy útil (figura 1). Por último, los autores han establecido una indicación de clase III (no recomendado) para el uso de ivabradina como tratamiento adicional en los pacientes con un SCC, una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) > 40% y sin insuficiencia cardíaca clínica.

Por lo que respecta a la prevención de episodios, el apartado más extenso está dedicado al tratamiento antitrombótico. La nueva evidencia que indica que clopidogrel tiene mayor eficacia y un

riesgo de hemorragia menor o similar en comparación con el ácido acetilsalicílico ha llevado al grupo de trabajo a recomendar la monoterapia con clopidogrel como alternativa segura y eficaz al ácido acetilsalicílico para la prevención secundaria a largo plazo. Otra recomendación actualizada es la del tratamiento con ácido acetilsalicílico de por vida en los pacientes sin antecedentes de infarto de miocardio o revascularización, pero con evidencia de una EC obstructiva significativa.

La duración del tratamiento antiagregante plaquetario doble tras la colocación de un *stent* depende ahora de los riesgos hemorrágicos y trombóticos, y la recomendación por defecto es de seis meses. En los pacientes con un riesgo isquémico elevado y sin un riesgo hemorrágico alto, se recomienda igualmente el tratamiento antiagregante plaquetario doble prolongado con ácido acetilsalicílico más ticagrelor en dosis de 60 mg 2 veces al día, rivaroxabán a dosis bajas, clopidogrel o prasugrel. También se introduce la opción de tratamiento con ticagrelor en dosis de 90 mg 2 veces al día en monoterapia (IIbC).

Por lo que respecta a los fármacos hipolipemiantes, la guía introduce el uso del ácido bempedoico como tratamiento eficaz para los pacientes que no toleran las estatinas (IB) o como medicación adicional en los pacientes en los que no se alcanzan los objetivos con el empleo de estatinas y ezetimiba (IIaC). Tiene interés señalar que la guía recomienda el uso de semaglutida en los pacientes con SCC que presentan sobrepeso (índice de masa corporal > 27 kg/m²) u obesidad, con el fin de reducir los episodios cardiovasculares. Además, se recomienda el empleo de colchicina (0,5 mg/día) para reducir el riesgo de infarto de miocardio, ictus y necesidad de revascularización en los pacientes con EC (IIaA).

La guía incluye varias actualizaciones importantes en relación con la revascularización miocárdica. Antes de considerar cualquier estrategia invasiva, se recomienda vivamente la optimización del tratamiento médico con el empleo del tratamiento médico según las guías (TMSG). Esto es especialmente pertinente teniendo en cuenta la evidencia reciente obtenida en los pacientes con insuficiencia cardíaca y EC. A pesar de la controversia inicial en torno a los beneficios de la revascularización tras la publicación de los resultados del ensayo ISCHEMIA⁵, los análisis posteriores de los resultados a largo plazo, los metanálisis y otros ensayos clínicos han respaldado el papel de la revascularización en la mejora de la supervivencia en los pacientes con una enfermedad coronaria extensa, como la enfermedad de 3 vasos (IA), la EC del tronco coronario izquierdo (IA) y la estenosis grave de 1 o 2 vasos que afecta a la arteria descendente anterior izquierda (IB).

Un aspecto clave de la nueva guía es la elección personalizada de la estrategia de revascularización. Los autores subrayan la necesidad de un enfoque individualizado a la hora de decidir entre la ICP y la CABG. Entre los factores clave que deben tenerse en cuenta están la extensión y complejidad de la EC, que puede cuantificarse mediante la puntuación SYNTAX (IB); la presencia de comorbilidades, y en particular de diabetes; la evaluación del riesgo quirúrgico con la puntuación de la *Society of Thoracic Surgeons* (STS) (IB), frente a la de EuroSCORE u otras escalas; la función ventricular, y las preferencias del paciente (IC). Si se opta por la ICP para tratar lesiones complejas (como las lesiones del tronco coronario izquierdo, bifurcaciones o lesiones largas), los autores recomiendan el uso de una guía de imagen intracoronaria mediante ecografía endovascular o tomografía de coherencia óptica (OCT) (IA). Como en guías anteriores, se aconseja que las decisiones terapéuticas las tome un equipo multidisciplinario, o equipo cardíaco, para asegurar el uso de la estrategia más adecuada para cada caso individual (IC).

La nueva guía ofrece recomendaciones más orientadas a la clínica y más prácticas sobre la mejor estrategia de revascularización en comparación con el tratamiento médico solo, en diferentes situaciones:

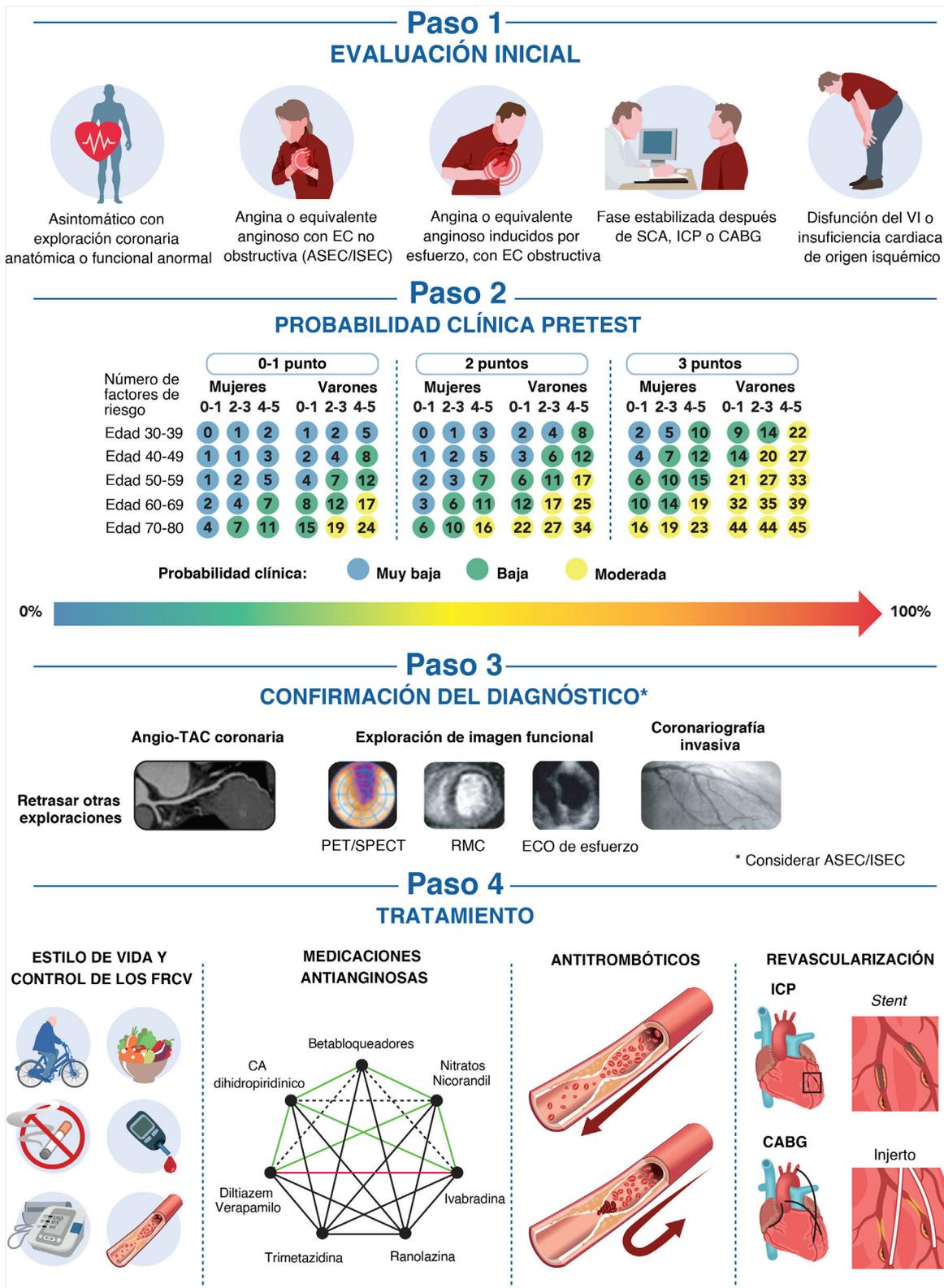


Figura 1. Figura central. Abordaje y tratamiento de los pacientes con síndromes coronarios crónicos. Angio-TAC: angiografía coronaria mediante tomografía computarizada; ASEC: angina sin enfermedad coronaria; CA: antagonista del calcio; CABG: cirugía de revascularización coronaria; EC: enfermedad coronaria; ECO: ecocardiografía; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; ICP: intervención coronaria percutánea; ISEC: isquemia sin enfermedad coronaria; PET: tomografía de emisión de positrones; RMC: resonancia magnética cardiaca; SCA: síndrome coronario agudo; SPECT: tomografía computarizada de emisión fotónica única; VI: ventrículo izquierdo.

Disfunción ventricular

Se hace hincapié en la toma de decisiones en equipo respecto a los pacientes con una FEVI ≤ 35% y enfermedad de múltiples vasos.

Cuando el riesgo quirúrgico es aceptable, la CABG es la opción preferida (IB) en vez del tratamiento médico, para mejorar la supervivencia. La ICP puede ser una alternativa en pacientes con un riesgo quirúrgico alto (IIBb).

Enfermedad de múltiples vasos con diabetes

La guía recomienda la CABG para mejorar la supervivencia (IA). Sin embargo, en los pacientes con un riesgo quirúrgico muy elevado, la ICP con *stents* farmacoadactivos de nueva generación se considera una alternativa aceptable (IIaB).

Enfermedad de tres vasos sin diabetes

La CABG está indicada para mejorar la supervivencia y los resultados de salud, y aliviar la angina de pecho (IA), mientras que la ICP se recomienda debido a su menor invasividad y a sus tasas de supervivencia generalmente no inferiores, sobre todo en pacientes con una complejidad anatómica baja o intermedia, en los que la ICP puede alcanzar un nivel de revascularización comparable al de la CABG (IA).

Enfermedad grave del tronco coronario izquierdo

Se recomienda la CABG en vez del tratamiento médico para mejorar la supervivencia, independientemente de la complejidad de la anatomía coronaria (IA). Se recomienda la ICP en los pacientes con una puntuación SYNTAX baja, siempre que se consiga una revascularización completa similar a la lograda con la CABG (IA). También puede contemplarse la ICP (IIaA) en los pacientes con una puntuación SYNTAX intermedia.

Síndromes coronarios crónicos e insuficiencia cardiaca

Aproximadamente la mitad de los pacientes con insuficiencia cardiaca tienen una etiología isquémica, y en los últimos años se ha observado una proporción cada vez mayor de insuficiencia cardiaca isquémica con fracción de eyección conservada (ICFEc), con un papel importante de la angina microvascular debida a una disfunción microvascular coronaria. La evaluación de la isquemia inducible es importante en los pacientes con insuficiencia cardiaca y, dado que la evaluación clínica por sí sola puede infravalorar la presencia de EC, debe considerarse la obtención de imágenes funcionales, especialmente en los pacientes con ICFEc, para detectar posibles beneficios de la revascularización. También se recomienda la angio-TAC coronaria en los pacientes con una probabilidad pretest de EC obstructiva baja o intermedia, y en los que tienen resultados equívocos en las pruebas de esfuerzo no invasivas. En los pacientes con insuficiencia cardiaca con una FEVI $\leq 35\%$ en los que se sospeche una EC obstructiva, se recomienda el uso directo de la coronariografía invasiva (IB). En pacientes seleccionados con una insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFEr) a los que se les practica una ICP de alto riesgo, puede considerarse el uso de una bomba de flujo microaxial (IIbC).

Angina e isquemia sin enfermedad coronaria obstructiva

En los pacientes con una angina refractaria que afecta significativamente a la calidad de vida y sospecha de ASEC/ISEC o confirmación de su presencia (es decir, síntomas anginosos con arterias coronarias normales, lesiones no obstructivas en las exploraciones de imagen no invasivas o estenosis intermedias con RFF/iFR normal durante la coronariografía), se recomienda realizar pruebas funcionales coronarias invasivas para definir los endotipos subyacentes y orientar el tratamiento adecuado, teniendo en cuenta las preferencias de los sujetos (IB). En los pacientes sintomáticos con ASEC/ISEC, debe contemplarse un tratamiento médico individualizado en función de los resultados de las pruebas funcionales coronarias para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida (IIaA).

Además, en los pacientes con sospecha de angina vasoespástica y síntomas frecuentes, debe considerarse el uso de una monitorización ambulatoria del segmento ST para detectar desviaciones de este durante los episodios anginosos (IIaB).

Los resultados de salud mejoran con una comunicación adecuada y una mayor implicación del paciente, en la que la toma de decisiones compartida es fundamental para su futuro cuidado y el seguimiento a largo plazo. Este seguimiento a largo plazo, en los pacientes con un SCC que tienen una EC establecida (antecedentes de infarto agudo de miocardio, revascularización o EC conocida [o EC no obstructiva]), incluye la monitorización de la progresión de la enfermedad. También se recomienda la estratificación del riesgo en los pacientes con síntomas nuevos o que empeoran, preferiblemente mediante exploraciones de imagen en estrés.

CONSECUENCIAS DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA EN NUESTRO ENTORNO

Diagnóstico

La obtención de la historia clínica y las exploraciones físicas detalladas requieren que los médicos de atención primaria dediquen tiempo a la atención del paciente. Las recomendaciones actuales, que abogan por el uso de la angio-TAC coronaria como exploración complementaria de primera línea, chocan con su infrautilización en nuestro medio, debido principalmente a que su disponibilidad es limitada. Del mismo modo, la RMC de estrés y otras pruebas funcionales, como la PET, también se enfrentan a importantes problemas de disponibilidad, lo que dificulta la correcta aplicación de las recomendaciones diagnósticas. La guía hace hincapié en la necesidad tanto de una tecnología adecuada como de formación profesional para garantizar una asistencia estándar. Dado que un equipo de diagnóstico por la imagen adecuadamente capacitado es un requisito previo para el uso de la angio-TAC coronaria, es esencial centrar nuestros esfuerzos en proporcionar a los profesionales formación específica en diagnóstico por la imagen cardiaca, así como estandarizar la obtención y evaluación de estas exploraciones.

La nueva guía supone un avance significativo en la estratificación del riesgo de la EC al introducir un algoritmo basado en los síntomas y los factores de riesgo. Este algoritmo destaca la importancia de exploraciones complementarias, como el ECG, la evaluación funcional no invasiva y la angio-TAC coronaria, en pacientes con perfiles de riesgo moderado-alto. Al aplicar estas recomendaciones, debería producirse un incremento sustancial en el uso de angio-TAC coronaria, que actualmente muestra grandes diferencias en su implantación entre las distintas regiones y centros sanitarios del país⁶.

Por lo que respecta a las exploraciones invasivas, la guía establece claramente la indicación de la evaluación con guía de presión de las estenosis intermedias (estenosis del 40-90% del diámetro para las estenosis que no afectan al tronco coronario izquierdo y estenosis del 40-70% del diámetro para las lesiones del tronco coronario izquierdo). Esto tiene especial importancia, ya que el grado de reclasificación de la gravedad de la estenosis tras la evaluación con guía de presión es muy notable en nuestro entorno⁷. Aunque el uso de la guía de presión ha aumentado de manera continuada en los últimos años, su utilización sigue estando por detrás de la existente en los países vecinos⁶.

Tratamiento

En España, cada vez son más los centros que están implantando equipos multidisciplinarios para evaluar a los pacientes de forma integral e implicarlos en las decisiones terapéuticas. Sin embargo,

no hay un único modelo eficaz, y los datos disponibles que evalúan la eficacia y los resultados para los pacientes son limitados. La aplicación desigual de los programas de educación sanitaria para los pacientes con EC podría mejorarse mediante la telerrehabilitación, que es una alternativa eficaz para llegar a un mayor número de pacientes. Además, el sistema sanitario español no reembolsa los costes de los medicamentos GLP-1 para la reducción del peso en los pacientes no diabéticos, y hay restricciones para los fármacos para dejar de fumar, lo que dificulta su disponibilidad generalizada para todos los pacientes. Además, el hecho de que no se comercialicen algunos de los tratamientos recomendados, como nicorandil o rivaroxabán a dosis bajas, y la falta de una indicación aprobada para el uso de colchicina en los pacientes con SCC son otras limitaciones para la aplicación de esta guía en nuestro entorno.

La aplicación de esta nueva guía clínica es crucial, teniendo en cuenta ciertos factores regionales específicos de España. La guía recomienda una toma de decisiones basada en los equipos cardiacos, centrada en los resultados de salud de los pacientes, y se alinea con la Estrategia de Salud Cardiovascular del Ministerio de Sanidad de España⁸, lo cual facilita su despliegue y aplicación. España sigue siendo uno de los países con las tasas más bajas de revascularización (ICP o CABG)⁹. Las recomendaciones establecidas en esta guía deben promoverse más allá del ámbito de la cardiología, involucrando a la administración sanitaria para superar los obstáculos que dificultan el acceso de los pacientes a estos tratamientos invasivos.

Otro aspecto importante de la guía es la evaluación de los pacientes con ASEC/ISEC. La guía hace hincapié en la necesidad de una evaluación invasiva cuando se sospechan estos trastornos, con el fin de identificar el fenotipo del paciente (disfunción endotelial, espasmo epicárdico, espasmo microvascular o disfunción microvascular) para orientar el tratamiento farmacológico específico o descartar una causa coronaria de los síntomas. Dada la elevada prevalencia de estos trastornos, se prevé un aumento considerable del número de exploraciones invasivas en este ámbito⁶.

A pesar de la evidencia sólida indicativa de los beneficios en cuanto a mortalidad y morbilidad, la adherencia a la medicación basada en las guías sigue siendo deficiente. Se recomiendan las intervenciones de salud conductuales y móviles, incluidas las aplicaciones y los dispositivos portátiles, para mejorar la adherencia de los pacientes a los estilos de vida saludables y al tratamiento médico durante el seguimiento a largo plazo. También se recomienda simplificar las pautas de medicación (por ejemplo, con combinaciones de fármacos en dosis fijas), junto con la participación de múltiples profesionales y de la familia, para mejorar la adherencia de los pacientes a la medicación, y promover su educación sanitaria e implicación.

LAGUNAS EXISTENTES

Es necesaria una mayor estandarización en la presentación de los resultados de la angio-TAC coronaria, para resaltar las características clave de la placa, con el fin de recopilar sistemáticamente información pronóstica y mejorar las estrategias de gestión del riesgo. La RMC de perfusión en estrés cuantitativa es una herramienta prometedora, especialmente para evaluar la disfunción microvascular mediante la cuantificación del flujo sanguíneo miocárdico. Sin embargo, todavía requiere de una mayor estandarización y experiencia para su aplicación efectiva en la práctica clínica. La RFF-TAC puede complementar la angio-TAC coronaria proporcionando valores de RFF computacionales basados en modelos, pero sigue siendo una técnica costosa con una disponibilidad limitada y ciertos inconvenientes.

La isquemia residual tras la ICP, determinada por la RFF/iFR, puede indicar la presencia de lesiones ateroscleróticas residuales o

de una disfunción microvascular persistente, o resultados deficientes de la ICP. Sin embargo, no se sabe con certeza si la RFF/iFR tras la ICP es un factor de riesgo realmente modificable, y se necesita más evidencia para aclarar su papel en el tratamiento después de la ICP y en los resultados a largo plazo.

Se ha demostrado la eficacia de los programas de educación sanitaria dirigidos a los factores de riesgo modificables para mejorar la alimentación, los conocimientos y la actividad física, y se ha observado que los programas de mayor duración (≥ 3 meses) suelen dar mejores resultados. Continúa sin estar clara la necesidad de repetir los programas para mantener la adherencia a estilos de vida saludables. Por lo que respecta al tratamiento médico, hay una laguna significativa en la evidencia debido a la falta de estudios pronósticos sobre la mayoría de los tratamientos antianginosos, como los nitratos, los antagonistas del calcio y los betabloqueadores (con la excepción de los casos de insuficiencia cardiaca tras un infarto de miocardio). Otra laguna importante es el uso de ácido acetilsalicílico en pacientes asintomáticos con una EC no obstructiva diagnosticada mediante angio-TAC coronaria. Teniendo en cuenta los resultados del ensayo SECURE, se está pasando por alto el potencial del policomprimido como nueva estrategia de prevención secundaria dirigida a reducir los episodios cardiovasculares¹⁰. Del mismo modo, la ausencia de una recomendación para el uso de icosapenta-etilo como tratamiento para reducir los episodios cardiovasculares en pacientes con SCC es motivo de preocupación.

Por lo que respecta a la revascularización, persisten importantes limitaciones y lagunas en el conocimiento, que justifican un estudio más profundo para futuras guías. Entre ellas se encuentran evaluar la repercusión del TMSG en comparación con el TMSG más un abordaje invasivo, en la mortalidad por cualquier causa en pacientes con SCC; esclarecer cómo afecta la revascularización a la mortalidad cardiovascular y no cardiovascular; definir el concepto de «revascularización incompleta» (anatómica frente a funcional) y sus efectos a largo plazo; determinar si la ICP y la CABG son comparables en pacientes con ICFer (especialmente a la luz de los nuevos tratamientos de la insuficiencia cardiaca), e investigar la seguridad y la eficacia de la revascularización híbrida mediante cirugía mínimamente invasiva de la arteria descendente anterior izquierda combinada con ICP.

El tratamiento farmacológico de la ASEC/ISEC sigue siendo en gran medida empírico, lo que pone de manifiesto una importante laguna en la guía actual. Se necesitan ensayos clínicos prospectivos y aleatorizados para evaluar la eficacia de los tratamientos antianginosos en la mejora de los síntomas y los resultados clínicos en los diversos endotipos de estos trastornos. Además, sigue siendo necesario investigar métodos eficaces para respaldar los comportamientos de estilo de vida saludable (incluida la aplicación de políticas y prácticas de promoción de la salud en el lugar de trabajo), y mantener la adherencia a la medicación y al estilo de vida saludable a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

La nueva guía para el tratamiento de los SCC ofrece recomendaciones orientadas a la clínica y a la práctica para elaborar algoritmos diagnósticos y orientaciones terapéuticas. Con este comentario se pretende resumir estas novedades, destacar los retos de su implementación en el ámbito clínico español e identificar las lagunas de la evidencia que aún persisten.

FINANCIACIÓN

Este artículo no ha contado con ninguna financiación.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

En la elaboración de este artículo no se ha utilizado inteligencia artificial.

CONFLICTO DE INTERESES

Pueden consultarse los documentos de declaración de conflicto de intereses de todos los autores en el [anexo B](#).

ANEXO A. AUTORES

Comité de Guías de la SEC: Pablo Avanzas (presidente), Pilar Mazón, (secretaria), Rut Andrea Ribas, Marisol Bravo Amaro, Alberto Cordero Fort, Marisa Crespo, F. Javier Jiménez Candil, María Antonia Martínez Momblan, Sonia Mirabet Pérez, Juan Sanchis Forés, Marta Sitges Carreño, José M. de la Torre, Javier Torres Llergo y David Vivas.

Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2024 sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos: David Vivas (coordinador), Belén Cid (coordinadora), Manuel Carnero-Alcázar, Juan Cosín-Sales, Elena Díaz-Peláez, Silvia Pérez-Ortega, Oriol Rodríguez-Leor y Nieves Romero.

ANEXO B. MATERIAL ADICIONAL

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2024.10.009>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020;41:407–477.
2. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2024;45:3415–3537.
3. Douglas PS, Nanna MG, Kelsey MD, et al. Comparison of an initial risk-based testing strategy vs usual testing in stable symptomatic patients with suspected coronary artery disease: the PRECISE randomized clinical trial. *JAMA Cardiol*. 2023;8:904–914.
4. Newby DE, Adamson PD, Berry C, et al. SCOT-HEART Investigators. Coronary CT angiography and 5-year risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2018;379:924–933.
5. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2020;382:1395–1407.
6. Bastante T, Arzamendi D, Martín-Moreiras J, Cid-Alvarez AB. Spanish cardiac catheterization and coronary intervention registry. 33rd official report of the Interventional Cardiology Association of the Spanish Society of Cardiology (1990–2023). *Rev Esp Cardiol*. 2024;77:936–946.
7. Rodríguez-Leor, Toledano B, López-Palop R, et al. Changes in the treatment strategy following intracoronary pressure wire in a contemporaneous real-life cohort of patients with intermediate coronary stenosis. Results from a nationwide registry. *Cardiovasc Revasc Med*. 2023;51:55–64.
8. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/>. Consultado 15 Sep 2024.
9. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. 2019. OECD Publishing, Paris. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Consultado 15 Sep 2024.
10. Castellano JM, Pocock SJ, Bhatt DL, et al. Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention. *N Engl J Med*. 2022;387:967–977.