



Estrategias preventivas del Síndrome Coronario Agudo: Revisión de alcance

Preventive Strategies for Acute Coronary Syndrome: A Scoping Review

Jonathan Gabriel Chuga Guaman ^{1*}, Lissete Carolina Zambrano Sanguinetti ² y Juan Alberto Chávez Gaibor ³

¹ Universidad Politécnica Estatal del Carchi, Ecuador, Quito; <https://orcid.org/0000-0002-4250-1570>

² Universidad Metropolitana del Ecuador, Ecuador, Quito; <https://orcid.org/0000-0001-6479-2295>, lzambrano@umet.edu.ec

³ Universidad Politécnica Estatal del Carchi, Ecuador, Tulcán; <https://orcid.org/0000-0002-4516-7416>, jgaibor@ueb.edu.ec

* Correspondencia: jonathangabrielc0@gmail.com

Cita: Chuga Guaman, J. G., Zambrano Sanguinetti, L. C., & Chávez Gaibor, J. A. (2026). Estrategias preventivas del Síndrome Coronario Agudo: Revisión de alcance. *Horizon Nexus Journal*, 4(3), 315-344. <https://doi.org/10.70881/hnj/v4/n3/163>

 <https://doi.org/10.70881/hnj/v4/n3/163>

Recibido: 09/08/2026

Revisado: 04/09/2026

Aceptado: 11/09/2026

Publicado: 14/09/2026



Copyright: © 2026 por los autores. Este artículo es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la Licencia Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. (CC BY-NC).

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

Resumen: El Síndrome Coronario Agudo (SCA) representa una de las principales causas de morbilidad cardiovascular mundial. Su prevención mediante estrategias primarias, secundarias y terciarias permiten reducir la aparición de eventos, recurrencias y complicaciones asociadas. El objetivo de este estudio es analizar las estrategias de prevención del SCA descritas en la literatura científica reciente. Se realizó una revisión de alcance con enfoque cualitativo basada en la metodología de Joanna Briggs Institute (JBI) y PRISMA-ScR. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, SciELO y BVS, incluyendo estudios publicados entre el 2020 y 2026 en español, inglés y portugués. Se incluyeron 26 estudios, predominando la prevención secundaria (73%), seguida de la terciaria (15%) y la primaria (12%). Las principales estrategias identificadas fueron el control de factores de riesgo cardiovascular, tratamiento hipolipemiante intensivo, terapia antiagregante personalizada, rehabilitación cardíaca, intervenciones digitales, optimización farmacológica y prevención de complicaciones posteriores a la revascularización. De este estudio se puede concluir que la prevención del SCA requiere un abordaje integral basado en intervenciones farmacológicas, educativas y conductuales. La enfermería familiar y comunitaria desempeña un papel esencial mediante la educación sanitaria, seguimiento continuo, promoción del autocuidado y aplicación de estrategias basadas en evidencia para disminuir el riesgo cardiovascular.

Palabras clave: Síndrome Coronario Agudo, prevención cardiovascular; factores de riesgo; rehabilitación cardíaca; enfermería comunitaria.

Abstract: Acute Coronary Syndrome (ACS) is one of the leading causes of cardiovascular morbidity and mortality worldwide. Its prevention through primary, secondary, and tertiary strategies helps reduce the incidence of events, recurrences, and associated complications. The objective of this study is to analyze the ACS prevention strategies described in recent scientific literature. A scoping review with a qualitative approach was conducted based on the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and PRISMA-ScR. The search was performed in PubMed, Scopus, SciELO, and BVS, including studies published between 2020 and 2026 in Spanish, English, and Portuguese. A total of 26 studies were included, with secondary prevention predominating (73%), followed by tertiary prevention (15%) and

primary prevention (12%). The main strategies identified were the control of cardiovascular risk factors, intensive lipid-lowering therapy, personalized antiplatelet therapy, cardiac rehabilitation, digital interventions, optimization of medication, and prevention of post-revascularization complications. This study suggests that the prevention of ACS requires a comprehensive approach based on pharmacological, educational, and behavioral interventions. Family and community nursing plays an essential role through health education, continuous follow-up, promotion of self-care, and the implementation of evidence-based strategies to reduce cardiovascular risk.

Keywords: Acute Coronary Syndrome, cardiovascular prevention; risk factors; cardiac rehabilitation; community nursing

1. Introducción

El Síndrome Coronario Agudo (SCA) se define como un conjunto de manifestaciones clínicas agudas causadas por una disminución súbita o parcial del flujo sanguíneo al miocardio, generalmente como consecuencia de la ruptura de una placa aterosclerótica y la posterior formación de un trombo en una arteria coronaria (Vilariño, Esper, & Badimón, 2024). Esta alteración del sistema cardiovascular comprende un conjunto de manifestaciones que se presenta clínicamente como un dolor o molestia torácica aguda descrita por los pacientes como presión, opresión, pesadez o ardor, pudiendo acompañarse de síntomas equivalentes como disnea, dolor epigástrico o irradiación hacia el cuello, mandíbula o brazos. La valoración inicial requiere una anamnesis detallada, exploración física inmediata y realización de un electrocardiograma (ECG), dentro de los 10 primeros minutos, ya que su diagnóstico oportuno es crucial para disminuir la posibilidad de muerte o enfermedad cardiovascular (Sociedad Europea de Cardiología, 2023).

Desde el punto de vista clínico y electrocardiográfico la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) clasifica al SCA en dos grandes grupos: el Síndrome Coronario Agudo con elevación persistente del segmento ST (SCACEST o STEMI), asociado generalmente a oclusión coronaria completa y necesidad urgente de reperusión; y el Síndrome Coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST o NSTEMI-ACS), en el cual puede presentarse alteraciones como depresión del segmento ST, inversión de la onda T o incluso un ECG normal (Sociedad Europea de Cardiología, 2023). Dentro del SCASEST se incluyen el infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) y la angina inestable, diferenciados principalmente mediante elevación de biomarcadores cardíacos, especialmente la troponina cardíaca de alta sensibilidad. La utilización de biomarcadores permite confirmar lesión miocárdica y mejorar estratificación diagnóstica y su pronóstico, aunque sus resultados deben interpretarse considerando factores como la edad, función renal, tiempo de evolución y contexto clínico del individuo (Sociedad Europea de Cardiología, 2023).

El SCA constituye una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y representa un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia, mortalidad y repercusiones en la calidad de vida del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que cerca de 19.8 millones de personas fallecieron en el año 2022 por enfermedades cardiovasculares, esto representa alrededor de un tercio de todas las muertes a nivel mundial, además, el 85% de estas muertes fueron por dos eventos típicos como el infarto agudo de miocardio y la enfermedad cerebrovascular (Organización Mundial de la Salud, 2025).

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares continúan liderando las estadísticas de mortalidad global, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, donde los factores de riesgo cardiovasculares presentan un incremento sostenido asociado al envejecimiento poblacional, estilos de vida no saludables y desigualdades en el acceso a servicios sanitarios. Además, estas cifras han ido en aumento desde 1990, donde la cantidad de muertos por enfermedad cardiovascular fue de 12.1 millones, hasta el año 2021 donde se reportó alrededor de 20,5 millones de muertes (Asefa, Gemmechu, A/Fogi, & Tukeni, 2025)

El SCA se relaciona estrechamente con factores de riesgo modificables y no modificables. Entre los principales factores modificables destacan la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, estrés y alimentación inadecuada. Asimismo, factores como la edad avanzada, sexo masculino y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular aumentan significativamente el riesgo de desarrollar eventos coronarios agudos (Cenko, y otros, 2026; Khattab & Aljeesh, 2025)

Diversas investigaciones demuestran que la prevención cardiovascular constituye una estrategia fundamental para disminuir la incidencia de complicaciones hospitalizaciones y mortalidad asociada a estas patologías, es más, algunos estudios estiman que el 90% de los factores asociados a IAM son modificables (Schwalm, McKee, Huffman, & Yusuf, 2016). En los últimos años, el abordaje preventivo del Síndrome Coronario Agudo adquiere mayor relevancia dentro de los sistemas sanitarios debido al impacto económico y social que genera esta enfermedad (Sociedad Europea de Cardiología , 2023).

Las estrategias de prevención son intervenciones planificadas dirigidas a disminuir la incidencia, la prevalencia o la recurrencia de eventos cardiovasculares. Estas estrategias pueden ser primarias (prevención en individuos sin enfermedad coronaria establecida), secundarias (identificación precoz y prevención de recurrencias en pacientes con diagnóstico previo) o terciarias (rehabilitación y reducción de secuelas) (American Heart Association, 2025; Prasad, 2021). La literatura científica demuestra que aplicar intervenciones preventivas desde múltiples disciplinas, como la medicina y la enfermería, logra que los pacientes mejoren su calidad de vida y que los servicios sanitarios disminuyan su carga asistencial.

En el ámbito científico, se aprecia un aumento de la investigación relacionada con la prevención cardiovascular, sin embargo, la información existente está diseminada dificultando la integración del conocimiento. Esto pone de manifiesto la necesidad de realizar revisiones de alcance que evidencien el conocimiento existente, las tendencias investigativas y los vacíos de conocimiento que orienten futuras investigaciones y prácticas.

En este sentido, la presente revisión de alcance tiene como objetivo analizar las estrategias de prevención del Síndrome Coronario Agudo reportados en la literatura científica, con el propósito de sintetizar la evidencia disponible sobre las intervenciones preventivas implementadas para disminuir el riesgo cardiovascular y mejorar la atención integral de la población.

2. Materiales y Métodos

Enfoque y tipo de investigación

El estudio adoptó un enfoque cualitativo, conforme al diseño de revisión de alcance (scoping review). Este tipo de investigación busca mapear el alcance, la naturaleza y las características conceptuales de la literatura existente sobre un tema amplio y heterogéneo, y de esta manera comprender la evidencia disponible sobre la prevención del SCA. La revisión se basó en la metodología propuesta por el Joanna Briggs Institute (JBI) y se reporta los resultados de acuerdo con la lista de verificación PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews).

Pregunta de Investigación

Para formular la pregunta de investigación se utilizó el método PCC ampliamente recomendado para revisiones de alcance, donde P se refiere a la población, C al concepto y C al contexto.

Basado en este método la pregunta de investigación fue la siguiente: ¿De qué manera la evidencia científica actual aborda la prevención del Síndrome Coronario Agudo? La Población incluye el personal de enfermería y otros miembros sanitarios, pacientes, familias y la comunidad que se encuentren relacionados con el problema de salud (SCA). El Concepto se relaciona con las medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria en la historia natural del Síndrome Coronario Agudo. El contexto está relacionado con la aplicación de las medidas preventivas en el primer, el segundo y tercer nivel de atención dirigido a la paciente, sus familias y la comunidad, basado en evidencia científica de impacto regional y de alto impacto.

Procedimientos

La búsqueda de evidencia científica se realizó en bases de datos electrónicas, confiables y pertinentes para el estudio, como: PubMed, Scopus, SciELO y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), complementada con literatura de páginas oficiales de organizaciones internacionales como la OMS y los ministerios de salud de diferentes países alrededor del mundo. La fase de búsqueda tuvo lugar entre enero 2020 a mayo 2026, considerando publicaciones en español, inglés y portugués. Se emplearán los descriptores DeCS/MeSH, y palabras clave libres, unidas mediante los operadores booleanos AND, OR y NOT, adaptados a cada base de datos. Los registros se gestionarán en Rayyan QCRI.

La selección de estudios se realizó en dos etapas: revisión de títulos y resúmenes, seguida de una evaluación del texto completo, aplicando criterios predefinidos por dos revisores independientes. En la Tabla 1 se evidencia la concordancia entre evaluadores mediante el coeficiente Kappa de Cohen, obteniendo en la primera fase en el que se evaluó 53 artículos (títulos y resumen) y segunda fase (Evaluación de texto completo) un coeficiente de Kappa de Cohen 0.773, y una significancia < 0.05 , lo que demuestra una concordancia aceptable durante el proceso de selección de la información, lo que permitió incluir finalmente un total de 26 artículos para su análisis en el presente estudio.

Tabla. 1

Coeficiente Kappa de Cohen

		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	,773	,085	5,776	,000
N de casos válidos		53			

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión se alinean con la pregunta de investigación y los elementos Población-Concepto-Contexto. En ese sentido, las fuentes seleccionadas son Investigaciones originales, informes técnicos o documentos normativos, publicaciones que describen estrategias de prevención del síndrome coronario agudo. intervenciones desarrolladas en la comunidad o atención primaria de salud, estudios que involucran personal de enfermería o equipos de salud, publicaciones del 2020 al 2026 en español, inglés o portugués.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos estudios de revisiones que no respondan a la pregunta de investigación. Artículos sin acceso a la versión completa del texto. Editoriales, cartas al editor, comentarios u opiniones sin una base metodológica. Estudios duplicados o que presenten información incompleta que considere el objetivo de la revisión.

Estrategias de búsqueda

La extracción de datos se realizó a partir de una matriz previamente elaborada, que considera categoría (prevención primaria, secundaria o terciaria), resultados y referencias. Para ello, las ecuaciones de búsqueda utilizadas en las diferentes bases de datos se resumen en la Tabla 2. Mediante este proceso se identificaron inicialmente 1130 artículos científicos siendo la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) la base de datos con mayor número de registros recuperados.

Consideraciones bioéticas

La presente investigación no requerirá aprobación por parte de un comité de ética en investigación, ya que se basará exclusivamente en fuentes secundarias de acceso público, sin recolección de datos primarios ni contacto directo con personas, comunidades o instituciones. Los artículos y documentos incluidos en la revisión ya habrán sido publicados o diseminados con las respectivas autorizaciones éticas por sus autores originales. No obstante, se respetará rigurosamente la propiedad intelectual de los autores mediante la cita adecuada de todas las fuentes utilizadas, conforme a las normas de integridad académica y a los principios de la investigación responsable. Los datos extraídos se utilizarán únicamente con fines académicos y científicos, sin fines comerciales ni de lucro.

Tabla 2.

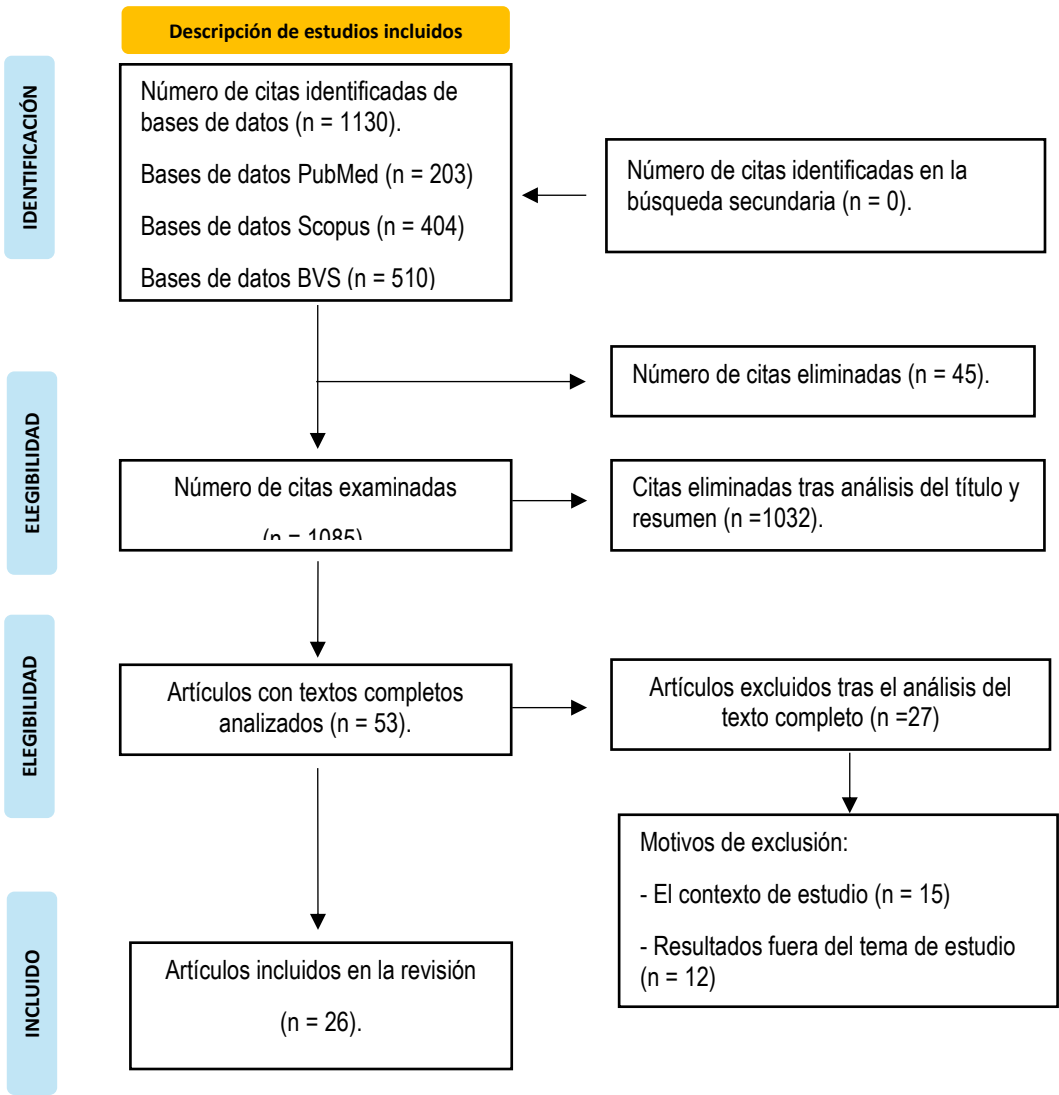
Ecuaciones de búsqueda para prevención del Síndrome Coronario Agudo.

Base de datos	Ecuación de búsqueda (sin truncamiento)	Criterios de inclusión / Filtros aplicados	Tota de artículos
BVS	((("Síndrome Coronario Agudo") OR ("Acute Coronary Syndrome")) AND ((prevención) OR ("estrategias de prevención") OR ("prevención primaria") OR ("prevención secundaria") OR (prevention)) AND ((factores de riesgo) OR ("estilo de vida") OR (educación) OR (ejercicio) OR (dieta) OR (tabaquismo) OR (hipertensión) OR (diabetes)))	Idiomas: español, portugués, inglés. Años: 2021–2026. Tipo de estudio: artículos originales. Texto disponible	510
SCIELO	("Síndrome Coronario Agudo") AND (prevención OR "estrategias preventivas" OR "prevención primaria" OR "prevención secundaria") AND (educación OR estilos de vida OR dieta OR ejercicio OR tabaquismo OR hipertensión OR diabetes)	Idiomas: español, portugués, inglés. Años: 2021–2026. Tipo de estudio: artículos originales. Texto disponible	13
PubMed	("Acute Coronary Syndrome"[Mesh] OR "Acute Coronary Syndromes" OR "Síndrome Coronario Agudo") AND ("Prevention and Control"[Mesh] OR prevention OR preventive strategies OR primary prevention OR secondary prevention) AND (education OR lifestyle OR "risk factor control" OR smoking cessation OR diet OR exercise OR hypertension)	Idiomas: español, portugués, inglés. Años: 2021–2026. Tipo de estudio: artículos originales. Texto disponible	203

		control management)	OR	diabetes		
		("acute coronary syndrome" OR "acute coronary syndromes" OR "síndrome coronario agudo") AND (prevention strategies" OR "primary prevention" OR "secondary prevention")			Idiomas: español, portugués, inglés. Años: 2024–2026. Tipo de estudio: artículos originales. Texto disponible	404
SCOPUS (máx. palabras)	8					

En la Figura 1 se evidencia el proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los estudios. De los 1130 artículos inicialmente identificados en las diferentes bases de datos, tras aplicar los criterios de selección y realizar la evaluación correspondiente, se incluyeron finalmente 26 artículos en la presente revisión de alcance.

Figura 1. Flujograma Prisma-SCR



3. Resultados

Los principales hallazgos de los 26 estudios incluidos en esta revisión de alcance se sintetizan en la tabla 3,4 y 5. Con intención de favorecer un análisis sistemático de la evidencia, las diferentes intervenciones fueron clasificadas según las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria del síndrome coronario agudo, en la que fueron identificadas las principales líneas de investigación y medios preventivos que encontré en la literatura más reciente.

Todos los estudios clasificados como prevención primaria (Tabla 3) hacían referencia a las estrategias tendentes a evitar el evento coronario de primer orden mediante el control de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Tabla 3:

Estrategias de prevención primaria del Síndrome Coronario Agudo.

Categoría	Resultados	Referencias
Prevención primaria	En 6554 participantes SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial), con una edad media de 65 años, el control y manejo intensivo de la PAS (< a 120 mmHg) redujo consistentemente el riesgo cardiovascular (HR 0.70-0.85) en relación con el control y manejo estándar de la PAS (< a 140 mmHg), con mayor beneficio absoluto en pacientes de alto riesgo PREVENT (2.4% vs 0.2% en bajo riesgo), demostrando que las ecuaciones PREVENT identifican mejor a quienes más se benefician del control intensivo de la presión arterial	Derington et al. (2025)
Prevención primaria	En un ensayo con 130 pacientes de alto riesgo cardiovascular atendidos en urgencias, la estrategia EMERALD inició estatinas y seguimiento precoz, con el objetivo de reducir el LDL-C a 30 y 180 días, proponiendo un modelo innovador de prevención primaria de enfermedades cardiovasculares desde el departamento de emergencias.	Ashburn et al. (2025)
Prevención primaria	En 8257 adultos mayores hipertensos seguidos durante 3, 34 años, una mayor exposición de ARA II redujo el riesgo cardiovascular en 45% (HR=0.55) y a calcioantagonistas en 30% (HR=0.70), mientras que los betabloqueantes se asociaron con un mayor riesgo (HR=2.20), posicionando a los ARA II como la estrategia farmacológica con mayor beneficio cardiovascular.	Peng et al. (2025)

La prevención secundaria (Tabla 4) constituye las categorías con mayor número de investigaciones incluidas en esta revisión de alcance. Los estudios evaluaron intervenciones orientadas a prevenir la recurrencia de eventos cardiovasculares y mejorar el pronóstico de pacientes con antecedentes de síndrome coronario agudo.

Tabla 4.

Estrategias de prevención secundaria del Síndrome Coronario Agudo.

Categoría	Resultados	Referencias
Prevención Secundaria	En 11843 pacientes con síndrome coronario agudo, un panel multiplex de 9 apolipoproteínas mejoró la predicción de eventos cardiovasculares (AUC 0,648 vs. 0.579) y mortalidad (AUC 0.699 vs. 0.599) frente al perfil lipídico convencional, además de identificar a quienes tienen mayor beneficio del tratamiento con alirocumab (inhibidor de PCSK9).	Reijnders et al. (2025)
Prevención secundaria	La semaglutida fue considerada útil en pacientes con síndrome coronario agudo y obesidad para mejorar el control metabólico y disminuir el riesgo cardiovascular residual. Estos pacientes presentaron menor incidencia de eventos cardiovasculares (MACE: 4.6% vs 8,6%) y eventos clínicos adversos netos (NACE: 3.6% vs 7.6%) al año, lo que respalda el potencial de la semaglutida como estrategia de prevención secundaria.	De Sio et al. (2025)
Prevención secundaria	En 1129 pacientes en rehabilitación cardíaca con tratamiento estándar (Estatinas, dieta y ejercicio), los triglicéridos bajaron de 117 a 99 mg/dl y el LDL de 106,7 a 62.8 mg/dl, el 10,4% fue elegible para icosapent etilo según REDUCE-IT y solo el 0.53% según criterios AIFA, evidenciando una marcada brecha entre la evidencia científica y la práctica clínica real.	Brucato et al. (2025)
Prevención secundaria	Un ensayo con 7758 pacientes con síndrome coronario agudo post intervención coronaria percutáneo comparó la monoterapia con clopidogrel vs DAPT prolongada según riesgo GRACE, mostrando que la monoterapia redujo sangrado total y en pacientes de riesgo intermedio-alto disminuyó eventos cardiovasculares mayores (MACCE 2.9% vs 4.1% HR 0.69) sin diferencia significativa en sangrado BARC 2-5.	Zhang et al. (2025)

Prevención secundaria	Ensayo clínico de 140 pacientes dentro de los 30 días post síndrome coronario agudo (91% seguimiento a 30 días) comparó polipíldora diaria (aspirina 81 mg + rosuvastatina 40 mg + clopidogrel/prasugrel) vs tratamiento habitual, sin diferencias significativas LDL (-4,58 mg/dl), reactividad plaquetaria (-0,008Ω), adherencia (MMAS -8+0,13) ni eventos clínicos a 30 días.	Coellar et al. (2026)
Prevención secundaria	El clopidogrel resultó menos costoso (\$ 34877) en pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea después de síndrome coronario agudo vs ticagrelor, sin embargo, es menos efectivo el clopidogrel (23,94 AVAC) que el ticagrelor. Este estudio fue realizado en la India.	Abidi et al. (2026)
Prevención secundaria	EL análisis del ensayo REBOOT evaluó 8438 pacientes durante el primer año post infarto y 7783 en la fase crónica (> 1 año), encontrando que en pacientes con fracción de eyección > 40% los betabloqueantes no redujeron el riesgo de muerte, reinfarto u hospitalización por insuficiencia cardiaca (623 eventos totales), cuestionando su uso rutinario como estrategia de prevención secundaria a largo plazo.	Rossello et al. (2026)
Prevención secundaria	Un ensayo clínico aleatorizado con 260 pacientes de alto riesgo con síndrome coronario agudo, la rehabilitación cardíaca mejoró la adherencia al tratamiento (89,2% vs 71,5%), dieta (82, 3% vs 58,5%), actividad física (85,4% vs 42, 3%), abandono del tabaco (76,9% vs 43, 1%) y control de peso (73,1% vs 51,5%) además de reducir la Re-hospitalizaciones totales (12,3% vs 23,1 %) y cardiovasculares (7,7% vs 18.5%) al año siguiente.	Polat et al. (2025)
Prevención secundaria	Realizaron un ensayo clínico aleatorizado con 120 pacientes post intervención coronaria percutánea, quienes recibieron mensajes personalizados 6 veces a la semana durante 6 meses. Aunque no se encontraron diferencias significativas en la presión arterial ni en otros factores de riesgo cardiovascular, los pacientes con mayor adherencia lograron cumplir 4 o 5 metas terapéuticas (PA controlada, LDL controlado, no fumar, actividad física regular e IMC normal) de las 5 planteadas (69% vs, 19.2 %; RR=3,59; IC95%; 1,57-8,18; p< 0,001). Además. El 87 % consideró útiles los mensajes y el 81,4% deseó continuar con la intervención.	Lee et al. (2025)

Prevención secundaria	Un estudio multicéntrico aleatorizado con 156 pacientes con enfermedad coronaria y diabetes tipo 2 sometidos a intervención coronaria percutánea. Evaluó el tratamiento multifactorial intensificado con objetivos estrictos de HbA1c < 6.2%. LDL-C < 55 mg/dL y PA <120/80 mmHg, reduce la progresión de aterosclerosis coronaria frente al manejo estándar.	Okada et al. (2025)
Prevención secundaria	Se evaluaron 3258 pacientes con alto riesgo de sangrado sometidos a intervención percutánea, la estrategia sin aspirina (prasugrel en monoterapia) no redujo el sangrado mayor frente a la doble antiagregación (aspirina + prasugrel) en el primer mes. En pacientes con síndrome coronario agudo se observó una mayor tendencia a eventos cardiovasculares, especialmente infartos de miocardio con monoterapia, mientras que en pacientes sin síndrome coronario agudo mostró un perfil de seguridad aceptable.	Ishikawa et al. (2025)
Prevención secundaria	En un ensayo clínico evaluaron la inhibición temprana intrahospitalaria de PCSK9 tras un infarto agudo de miocardio. Los pacientes que recibieron inhibidores de PCSK9 (evolocumab) presentaron una menor inflamación miocárdica y una reducción pronunciada del colesterol LDL en comparación con el tratamiento estándar, sin diferencias en eventos adversos.	Ziogos et al. (2025)
Prevención secundaria	En un estudio con 4323 pacientes con Síndrome Coronario Agudo, de los cuales 1711 presentaban riesgo de sangrado y 2457 infarto con elevación ST, se comparó la monoterapia con aspirina frente al clopidogrel entre 1 mes y un año tras la intervención coronaria percutánea. No se encontraron diferencias significativas en eventos cardiovasculares ni en sangrado mayor entre ambos tratamientos, independientemente del riesgo hemorrágico o el tipo de síndrome coronario agudo se respaldan ambas estrategias como opciones de prevención secundaria.	Obayashi et al. (2025)
Prevención secundaria	En un ensayo controlado por conglomerados realizado en 101 hospitales con 23258 pacientes con síndrome coronario agudo, un programa de intervención intrahospitalaria para mejorar la calidad de la atención incrementó el uso de medicación preventiva a los 6 meses (65,8% vs. 60,4%; diferencia ajustada: 3,7; IC 95%; 0.3-7,0). Sin	Xie et al. (2025)

	embargo, no redujo la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (5,8% vs. 6,6%; OR=1,04; IC95%: 0.83-1.29).	
Prevención secundaria	En este estudio se analizó la suspensión de betabloqueadores en 2077 pacientes tras síndrome coronario agudo y fracción de eyección > o igual al 40%. A los 5 años, la suspensión no mostró diferencias significativas en eventos cardiovasculares mayores frente a continuar con el tratamiento (14, 1% vs 14,3; HR 0,98; IC95% 0.72-1.34). No aumentó la mortalidad ni el infarto, aunque en pacientes con IAM con elevación del ST se observa una tendencia a mayor riesgo.	Johner et al. (2025)
Prevención secundaria	En un estudio se evaluó la monoterapia con inhibidores P2Y12 después de una terapia antiplaquetaria dual corta (< 3 meses) en pacientes con síndrome coronario agudo. Incluyó 7 ensayos clínicos con 27284 pacientes. Comparada con DAPT (terapia antiplaquetaria DUAL) de 12 meses, no redujo eventos cardiovasculares mayores (OR 0,92), pero disminuyó sangrado total (OR 0.54) y sangrado mayor (OR 0.47). Ticagrelor mostró mayor beneficio que el clopidogrel.	Galli et al. (2024)
Prevención secundaria	Este estudio evaluó la prevención del Síndrome Coronario Agudo (SCA) mediante la suspensión de aspirina después de una intervención coronaria percutánea, comparándola con la terapia antiplaquetaria dual (DAPT). incluyó a 4476 pacientes con SCA. La estrategia sin aspirina no redujo significativamente los sangrados mayores ni mejoró los eventos cardiovasculares al mes. En pacientes con alto riesgo de sangrado y SCA sin elevación del ST se observó una tendencia a mayor riesgo cardiovascular, por lo que es necesario aplicar esta recomendación bajo una valoración individualizada.	Obayashi et al. (2024)
Prevención secundaria	El estudio evaluó una estrategia escalonada para reducir el colesterol LDL-C como medida de prevención secundaria en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) posterior al evento cardiovascular. En un ensayo multicéntrico con 999 pacientes, se aplicaron tres etapas terapéuticas; estatinas de alta intensidad, adición de ezetimiba y posteriormente inhibidores PCSK9. El 84% alcanzó el objetivo de LDL-C < o igual a 1.8 mmol/L con	Khader et al. (2024)

	tratamiento oral, aumentando al 87% con PCSK9i, demostrando efectividad de la intensificación progresiva del tratamiento hipolipemiante.	
Prevención secundaria	Este estudio evaluó la eficacia del clopidogrel como monoterapia antiagregante frente a la aspirina en la prevención secundaria después de una intervención coronaria percutánea. Se incluyeron 5403 pacientes sin eventos durante un periodo de 6 a 18 meses de terapia antiplaquetaria dual (DAPT). Dos años después, clopidogrel se asoció con una reducción del desenlace compuesto muerte, infarto, ACV, readmisión por SCA y hemorragia mayor (HR: 0,73; IC95% 0,59-0,90), el beneficio se mantuvo independientemente de la estratificación por riesgo isquémico o hemorrágico, sugiriendo que clopidogrel es preferible al ácido acetilsalicílico para la prevención secundaria tras la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).	Yang et al. (2023)

Los estudios incluidos en esta categoría se enfocaron en estrategias de prevención terciaria (Tabla 5), destinadas a prevenir complicaciones derivadas del síndrome coronario agudo y de los procedimientos de revascularización, con el propósito de mejorar la recuperación clínica y disminuir la morbilidad y mortalidad.

Tabla 5.

Estrategias de prevención terciaria del Síndrome Coronario Agudo.

Categoría	Resultados	Referencias
Prevención terciaria	Ensayo clínico aleatorizado, prospectivo y controlado en 245 pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST sometidos a intervenciones coronaria percutánea. Comparó tratamiento estándar más inyección de Shenfu (n=123) vs tratamiento estándar (n=122). Shenfu redujo las arritmias intrahospitalarias (24,4% vs 38,5%; p 0.017). El tamaño del infarto, la obstrucción microvascular y aumento de supervivencia libre de eventos cardiovasculares mayores a 12 meses (84,6% vs. 73,0%; p=0.028). Shenfu es una preparación inyectable de la medicina tradicional china, sus componentes principales son Ginseng rojo, Aconitum carmichaelii, esta no reemplaza el tratamiento convencional, se administra como tratamiento complementario.	Qiu et al. (2025)

Prevención terciaria	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico con 550 pacientes con síndrome coronario agudo sometidos a intervención coronaria percutánea. Comparó un sistema de reducción del volumen del contraste (n=276) frente al manejo convencional (n=274). El grupo de intervención recibió menor volumen de contraste (95ml vs. 160ml; $p<0.001$) y presentó menor incidencia de lesión renal aguda (16% vs. 24,3%; $RR=0,66$; $p=0,018$), reduciendo además el daño persistente.	Briguori et al. (2024)
Prevención terciaria	Análisis combinado de 2 ensayos clínicos aleatorizados con 791 pacientes sin diabetes sometidos a cirugía de bypass coronario. Comparó infusión intravenosa de glutamato (n=391) frente a la solución salina (n=400) el glutamato redujo significativamente el riesgo de lesión renal aguda postoperatoria ($RR=0,49$; OR ajustada=0,47), disminuyó la necesidad de diálisis (2 vs. 5 pacientes) y mostró menores tasas de mortalidad y accidente cerebrovascular postoperatorio.	Holm et al. (2024)
Prevención terciaria	Ensayo clínico con 150 pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST sometidos a intervención coronaria percutánea primaria. Comparó coenzima Q 10 más hidratación intravenosa frente a placebo. La coenzima Q10 redujo la incidencia de lesión renal aguda inducida por contraste (8,0% vs. 20%; $p=0,034$), disminuyó la creatina sérica a las 48 y 72 horas y mejoró los marcadores de estrés oxidativo.	Ahmadimoghaddam et al. (2023)

Los resultados evidencian que la prevención secundaria representó el principal foco de investigación de los estudios incluidos, concentrando 19 de los 26 artículos analizados (12% prevención primaria, 73% prevención secundaria y 15% de prevención terciaria). Este predominio refleja el creciente interés de la comunidad científica por desarrollar estrategias dirigidas a disminuir recurrencias de eventos cardiovasculares, optimizar el tratamiento posterior al síndrome coronario agudo y mejorar la supervivencia a largo plazo.

En su totalidad, es importante mencionar que las intervenciones preventivas integrales, farmacológicas y no farmacológicas, son fundamentales para disminuir la carga del síndrome coronario agudo y mejorar los desenlaces clínicos a corto y largo plazo.

4. Discusión

Los hallazgos de esta revisión de alcance evidencian que las estrategias de prevención del síndrome coronario agudo abarcan intervenciones dirigidas a los diferentes niveles de prevención, con un predominio de aquellas orientadas a la prevención secundaria.

Desde el enfoque de la enfermería familiar y comunitaria, estos resultados destacan la importancia de fortalecer las actividades desde el primer nivel de atención, priorizando la identificación temprana de factores de riesgo modificables como hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, tabaquismo y sedentarismo. Para profundizar estos hallazgos se ha dividido en los siguientes componentes:

Prevención primaria del Síndrome Coronario Agudo

Control Intensivo de los factores de riesgo cardiovascular

La prevención primaria del síndrome coronario agudo continúa sustentándose en el control oportuno e intensivo de los factores de riesgo cardiovascular modificables. La hipertensión arterial es uno de los principales determinantes de la enfermedad coronaria; por tal motivo, la evidencia de los últimos años da soporte a utilizar objetivos terapéuticos más estrictos en pacientes de alto riesgo cardiovascular. A tal efecto, Derington et al. (2025) demostraron que un control intensivo de la presión arterial sistólica (< 120 mmHg) disminuye de manera significativa el riesgo de eventos cardiovasculares frente a los objetivos convencionales (< 140 mmHg), siendo la mayor reducción observada en aquellos que presentan un alto riesgo cardiovascular evaluado con las ecuaciones de riesgo cardiovascular.

De manera complementaria, Peng et al. (2025) evidenciaron que la elección del tratamiento antihipertensivo también influye en la reducción del riesgo cardiovascular. Los antagonistas de los receptores de angiotensina II mostraron la mayor protección frente a eventos cardiovasculares, seguidos de los calcio antagonistas, mientras que el uso predominante de betabloqueadores se asoció con un mayor riesgo.

Los antagonistas de los receptores de angiotensina II ejercen una cardioprotección superior debido al bloqueo del receptor AT1, con reducción de la vasoconstricción, la secreción de aldosterona, la activación simpática y el remodelado cardiovascular; los calcio antagonistas actúan principalmente mediante vasodilatación arterial por inhibición de los canales de calcio tipo L, mientras que los bloqueadores reducen la frecuencia y contractilidad cardíaca sin modular de forma directa el sistema renina-angiotensina, lo que puede traducirse en una menor protección frente a eventos cardiovasculares en pacientes hipertensos sin indicaciones específicas para beta bloqueo (Lindholm, Carlberg, & Samuelsson, 2005) (Burnier & Brunner, 2000) (Carlberg,

Samuelsson, & Lindholm, 2024). Estos resultados llevan a concluir que la prevención primaria no se fundamenta sólo en el control de los valores tensionales, sino que también apela a la selección del tratamiento farmacológico con arreglo al perfil clínico del paciente.

En el fondo, la literatura es unánime en postular que la prevención primaria ha de orientarse hacia el control integral de los factores de riesgo, por medio de estrategias individualizadas que procuren maximizar el beneficio clínico y a la vez aprovechar la probabilidad de sufrir un primer evento coronario. En este contexto la valoración sistemática del riesgo cardiovascular adquiere un papel fundamental para identificar a las personas con mayor probabilidad de presentar un evento cardiovascular y priorizar las intervenciones preventivas.

Entre las herramientas disponibles, las tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la Organización Panamericana de la Salud (2019) , las ecuaciones PREVENT desarrolladas por Asociación Americana del Corazón (2024), representan una de las opciones más recomendadas, ya que han sido desarrolladas y validadas para diferentes regiones del mundo, permiten su utilización tanto con parámetros de laboratorio como sin ellos, facilitan su implementación en diversos niveles de atención y contextos con distintos recursos disponibles y estiman el riesgo 10 a 30 años antes de sufrir enfermedad cardiovascular.

En este marco de referencia, el valor añadido de las intervenciones orientadas por enfermería no per se en la mejora de indicadores clínicos como presión arterial, perfil lipídico o adherencia al tratamiento farmacológico, sino en su capacidad para poder entretener educación para la salud, seguimiento longitudinal y acompañamiento a lo largo del proceso asistencial que favorece la adopción mantenida de conductas saludables y que potencia la corresponsabilidad de las personas en el autocuidado de su salud cardiovascular (uno de los principios básicos de la promoción de salud), consolidando la enfermería como un agente clave en el despliegue de estrategias preventivas centradas en la persona, la familia y la comunidad. (Garea & Díaz, 2025).

Intervenciones farmacológicas tempranas en pacientes de alto riesgo

La evidencia actual también resalta la importancia de iniciar precozmente intervenciones farmacológicas en personas con alto riesgo cardiovascular antes de la aparición de un evento coronario. El estudio EMERALD propuso un modelo innovador basado en el inicio inmediato de estatinas desde los servicios de urgencias acompañado de seguimiento ambulatorio estructurado, con el propósito de mejorar el control de colesterol LDL y disminuir el riesgo cardiovascular futuro Ashburn (2025).

Las estatinas o también denominadas inhibidores de la hidroximetilglutaril-CoA (HMG-CoA) reductasa, son considerados en la actualidad como fármacos de primera línea para la prevención primaria y secundaria de la enfermedad

cardiovascular aterosclerótica debido a su capacidad para reducir el colesterol LDL mediante la inhibición competitiva de la enzima HMG-CoA reductasa, lo que incrementa la expresión de receptores hepáticos de LDL y favorece su eliminación plasmática. Más allá de su relevante efecto hipolipemiante, presentan propiedades pleiotrópicas como la estabilización de la placa de aterosclerosis, el efecto antiinflamatorio sobre la inflamación vascular, la mejora en el funcionamiento del endotelio y el efecto antitrombótico, aportando de forma significativa al riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y mortalidad cardiovascular. La elección del tratamiento (Baja, Moderada o alta) se tiene que individualizar de acuerdo con el riesgo cardiovascular, a las cuotas de LDL-C, a la edad y a las comorbilidades del paciente, con controles regulares de la respuesta terapéutica y de los posibles efectos adversos para maximizar la efectividad y la seguridad del tratamiento (Bansal & Cassagnol, 2023).

Este tipo de enfoque supone un cambio significativo con respecto al modelo habitual, es decir, el de la aparición de las intervenciones preventivas en el seguimiento en el cuidado ambulatorio, la detección en forma temprana de los pacientes de alto riesgo en situaciones asistenciales de primer contacto, la reducción en los retrasos terapéuticos debidos a una falta de intervención y el aprovechamiento de una oportunidad clínica no utilizada para aplicar, de forma sistemática, alguna intervención preventiva. Los resultados han demostrado una tendencia hacia modelos preventivos más intensivos, donde la intervención farmacológica temprana se complementa con programas de seguimiento y control de factores de riesgo, permitiendo el desarrollo de un cuidado más temprano y centrado en el paciente.

Desde la vertiente comunitaria se muestra la necesidad de fortalecer el seguimiento continuado entre niveles asistenciales y los abordajes de seguimiento para las intervenciones farmacológicas que comenzaban de forma temprana; la enfermera puede tener un papel estratégico en el seguimiento clínico, la identificación de las barreras del tratamiento y el seguimiento del éxito del tratamiento, favoreciendo la transición del paciente desde la atención hospitalaria hacia la comunitaria.

Esta estrategia fomenta un acortamiento de las brechas existentes entre un diagnóstico a tiempo y el real inicio del tratamiento de forma adecuada y proactiva. Igualmente, la documentación internacional da soporte a la inclusión de modelos de Enfermería de Práctica Avanzada en la que las enfermeras, con unas capacidades clínicas extendidas, realizarán en forma competente labores de valoración y estratificación del riesgo cardiovascular, seguimiento protocolizado y optimización ante las terapias lo que, ayuda a mejorar la continuidad del cuidado. Estos cambios han dado buenos resultados en países desarrollados, sin embargo, en países en vías de desarrollo se ha convertido en un verdadero reto por múltiples factores como el económico, legales entre otros (Iqbal, y otros, 2023).

Prevención secundaria del Síndrome Coronario Agudo

Optimización del tratamiento hipolipemiante

La reducción intensiva del colesterol LDL continúa siendo uno de los pilares de la prevención secundaria del síndrome coronario agudo. La evidencia demuestra que la utilización escalonada de estatinas de alta intensidad, ezetimiba e inhibidores de la proteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) permite alcanzar los objetivos lipídicos recomendados en un elevado porcentaje de pacientes (Khader, y otros, 2024).

De igual manera, la administración temprana de inhibidores de PCSK9 durante la hospitalización posterior al infarto agudo de miocardio redujo la inflamación miocárdica y produjo un descenso más pronunciado del colesterol LDL respecto al tratamiento convencional (Ziogos, y otros, 2025). En la misma línea, Reijnders et al. (2025) demostraron que la incorporación de biomarcadores como las apolipoproteínas mejora la predicción de eventos cardiovasculares y permite identificar a los pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse del tratamiento con alirocumab.

Por otra parte, la semaglutida mostró beneficios adicionales al mejorar el control metabólico y disminuir la incidencia de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con obesidad y síndrome coronario agudo (De Sio, y otros, 2025). Sin embargo, Brucato et al. (2025) evidenciaron una importante brecha entre las recomendaciones basadas en evidencia y su implementación en la práctica clínica, particularmente respecto al uso de icosapent etilo, situación que refleja la necesidad de optimizar la adherencia a las guías terapéuticas.

En este contexto, las estatinas continúan siendo la piedra angular del tratamiento hipolipemiante en la prevención secundaria, respaldadas por una sólida evidencia procedente de múltiples ensayos clínicos y metaanálisis que han demostrado de forma consistente su capacidad para reducir la recurrencia de eventos cardiovasculares y mortalidad, constituyendo la base sobre la cual se incorporan las terapias hipolipemiantes más recientes (Committee, Cardiology, & Association, 2026).

En conjunto estos estudios reflejan una transición desde el control exclusivo del colesterol hacia estrategias integrales dirigidas a disminuir el riesgo cardiovascular residual mediante terapias hipolipemiantes personalizadas.

Estrategias de antiagregación plaquetaria después del síndrome coronario agudo

La terapia antiagregante continúa siendo uno de los componentes fundamentales de la prevención secundaria, sin embargo, la evidencia reciente demuestra que la duración e intensidad del tratamiento deben individualizarse de acuerdo con el riesgo isquémico y hemorrágico.

Estos beneficios se explican por el mecanismo de acción de los inhibidores de los P2Y₁₂, los cuales bloquean la unión del adenosin difosfato (ADP) a las plaquetas, inhibiendo su activación y agregación, disminuyendo la formación de trombos sobre la placa aterosclerótica y reduciendo el riesgo de eventos isquémicos recurrentes. A diferencia de la Aspirina, que inhibe la ciclooxigenasas -1 y la síntesis de tromboxanos A₂, los antagonistas de los receptores P2Y₁₂ proporcionan una inhibición plaquetaria más potente y sostenida, lo que explica los beneficios observados con la monoterapia en pacientes seleccionados, aunque a expensas de considerar el beneficio y riesgo de sangrado (Byrne, y otros, 2023).

Diversos estudios mostraron que la monoterapia con clopidogrel después de la intervención coronaria percutánea ofrece resultados favorables frente a la aspirina, disminuyendo eventos cardiovasculares y complicación de hemorragias (Yang, y otros, 2023) (Zhang, y otros, 2025). Así mismo, la monoterapia con inhibidores P2Y₁₂ tras una terapia dual corta redujo significativamente el riesgo de sangrado sin incrementar los eventos cardiovasculares mayores, especialmente cuando se utilizó ticagrelor (Galli, y otros, 2024).

No obstante, otros ensayos encontraron resultados menos favorables respecto a la suspensión precoz de la aspirina, especialmente en pacientes con síndrome coronario agudo y elevado riesgo hemorrágico, donde se observó una tendencia hacia un mayor riesgo de infarto de miocardio (Obayashi, y otros, 2024) (Ishikawa, y otros, 2025). De igual forma, el análisis económico realizado por Abidi et al (2026) mostró que, aunque el clopidogrel representa una alternativa menos costosa, el ticagrelor continúa ofreciendo mejores resultados clínicos.

Como resultado de ello, optamos por la posibilidad de que la literatura sea coincidente en la necesidad de una valoración de la relación riesgo isquémico/riesgo hemorrágico para la elección del tratamiento antiplaquetario, siendo la cuarta y última opción la que más se aúna con el concepto de medicina personalizada.

Rehabilitación cardíaca y modificación del estilo de vida

Las intervenciones enfocadas en la modificación de hábitos de vida se muestran persistentes en la evidencia para disminuir con fuerza el riesgo de recurrencia del síndrome coronario agudo. Polat et al. (2025) evidenciaron que la rehabilitación cardíaca mejora la adherencia farmacológica, la alimentación saludable, la actividad física, el abandono del tabaquismo y disminuye las rehospitalización durante el primer año de seguimiento.

La rehabilitación cardíaca constituye un programa integral y multidisciplinario basado en la evidencia que combina entrenamiento físico supervisado, optimización del tratamiento farmacológico, educación para la salud, control de factores de riesgo, apoyo psicosocial y estrategias de cambio conductual, con el objetivo de mejorar la capacidad funcional, reducir la recurrencia de eventos

cardiovasculares y favorecer la reintegración de paciente a sus actividades cotidianas (Balady, y otros, 2024).

De forma complementaria, Lee et al. (2025) demostraron que las intervenciones digitales mediante mensajes personalizados favorecen el cumplimiento simultáneo de múltiples terapias terapéuticas y presentan una elevada aceptación por parte de los pacientes. En conjunto estos hallazgos evidencian que las intervenciones conductuales constituyen un complemento indispensable del tratamiento farmacológico, favoreciendo el control sostenido de múltiples factores de riesgo cardiovascular durante el seguimiento.

Individualización del tratamiento farmacológico

La prevención secundaria evoluciona hacia un modelo de atención personalizado. Rossello et al. (2026) y Johner et al. (2025) cuestionan el uso prolongado rutinario de betabloqueadores en pacientes con fracción de eyección preservada, al no demostrar beneficios significativos sobre la mortalidad o nuevos eventos cardiovasculares.

Por otra parte, Okada et al. (2025) demostraron que un tratamiento multifactorial intensificado con objetivos estrictos de presión arterial, colesterol LDL y hemoglobina glicada reduce la progresión de la aterosclerosis coronaria. En contraste, Coellar et al. (2026) no encontró ventajas significativas de la polipíldora frente al tratamiento convencional a corto plazo, lo que evidencia que la simplificación terapéutica, por sí sola, no garantiza mejores resultados clínicos.

En conjunto, estos estudios respaldan la transición hacia estrategias terapéuticas individualizadas, ajustadas a las características clínicas y perfil de riesgo de cada paciente.

Calidad asistencial y modelos organizacionales

La implementación de programas institucionales orientados a mejorar la calidad asistencial constituye otra estrategia relevante de prevención secundaria. Xie et al. (2016) revelaron que, a partir de una intervención hospitalaria estructurada, se mejoró el uso de medicación preventiva según las recomendaciones clínicas, sin embargo, este aumento del uso de la medicación preventiva no se tradujo en una caída de los eventos cardiovasculares durante el seguimiento.

Estos resultados sugieren que a la mejora de los indicadores asistenciales hay en añadir estrategias que fomenten la real adherencia, la continuidad del cuidado y el seguimiento después del alta hospitalaria, éstas siempre serán cuestiones clave para asentar los beneficios alcanzados durante la hospitalización.

Implicaciones para la enfermería familiar y comunitaria

La información analizada pone de manifiesto que uno de los principales retos no consiste sólo en realizar nuevas intervenciones para la prevención, sino en hacer factible su aplicación sistemática en los servicios de salud. Si bien un gran

número de estrategias llevaron a evidenciar una reducción del riesgo cardiovascular, varios de los estudios analizados mostraron diferencias significativas entre las recomendaciones de las guías clínicas y su puesta en práctica en la asistencia clínica, en especial en el uso de terapias hipolipemiantes y programas estructurados de prevención secundaria.

En este contexto, la enfermería familiar y comunitaria puede asumir un papel estratégico como facilitadora de la implementación de la evidencia científica, promoviendo la incorporación de protocolos basados en guías de práctica clínica, indicadores de calidad y modelos de atención estandarizados, favoreciendo una atención más resolutive y basada en evidencia, especialmente en el primer nivel de atención.

Prevención terciaria del Síndrome Coronario Agudo

Prevención de complicaciones cardiovasculares posteriores a la revascularización.

Las estrategias de prevención terciaria tienen como finalidad reducir las complicaciones derivadas del síndrome coronario agudo y de los procedimientos de revascularización.

En este contexto, Shenfu, una formulación compuesta por ginsenósidos y alcaloides de acónito, ejercen efectos cardioprotectores mediante múltiples mecanismos, entre ellos la atenuación de la respuesta inflamatoria a través de la inhibición de la vía NF- κ B, la disminución del estrés oxidativo, el incremento de la biodisponibilidad de óxido nítrico favoreciendo la función microvascular, la inhibición de la apoptosis de los cardiomiocitos y la reducción de fibrosis miocárdica mediante la modulación de la vía TGF- β /Smads (Xu, Xie, Hu, Tong, & Peng, 2024).

Estos efectos contribuyen a limitar la lesión por isquemia-reperfusión, preservar la microcirculación coronaria y disminuir el remodelado ventricular tras el infarto de miocardio (Xu, Xie, Hu, Tong, & Peng, 2024).

Qiu et al. (2025) demostraron que la administración complementaria de Shenfu redujo significativamente la incidencia de arritmias intrahospitalarias, el tamaño del infarto, la obstrucción microvascular y los eventos cardiovasculares mayores durante el seguimiento de un año. Aunque estos resultados son prometedores, los autores reconocen que se requieren estudios multicéntricos que permitan confirmar su eficacia y establecer su papel dentro del tratamiento convencional.

Prevención de la lesión renal aguda asociada al tratamiento cardiovascular

La lesión renal aguda constituye una de las complicaciones más frecuentes después de los procedimientos de revascularización coronaria

La lesión renal aguda asociada a los procedimientos coronarios se produce principalmente por la combinación de vasoconstricción intrarrenal, toxicidad

tubular directa del medio de contraste, alteración de la función mitocondrial y generación excesiva de especies reactiva de oxígeno, lo que desencadena inflamación, apoptosis celular y disminución de la filtración glomerular. Por ello las estrategias preventivas buscan limitar la carga de contraste optimizar la perfusión renal y proteger el metabolismo energético y equilibrio redox del tejido renal (Persson, y otros, 2023).

En este sentido, Briguori et al. (2024) demostraron que la reducción de sistemática del volumen de contraste disminuye significativamente la incidencia de lesión renal aguda inducida por contraste. De manera similar, Holm et al. (2024) evidenciaron que la infusión intravenosa de glutamato reduce el riesgo de lesión renal aguda y la necesidad de diálisis tras la cirugía de revascularización coronaria. Asimismo, Ahmadimoghaddam et al. (2023) observaron que la asociación de coenzima Q10 más hidratación intravenosa reduce la incidencia de lesión renal inducida por contraste y mejora los marcadores del estrés oxidativo.

En total, estos estudios ponen de manifiesto que la prevención de complicaciones renales es una de las piezas fundamentales a incluir en el tratamiento integral del paciente con síndrome coronario agudo, especialmente para aquellos que van a someterse a procedimientos invasivos, dado que este tipo de complicaciones influye en la morbimortalidad y la evolución clínica a largo plazo.

Rol del personal de enfermería

Los resultados también evidencian que la prevención terciaria debe abordarse desde la vertiente de la seguridad del paciente, implementando estrategias que vayan dirigidas a reducir la peligrosidad de los procedimientos cardiovasculares invasivos. En este sentido, la enfermería familiar y comunitaria puede contribuir mediante la llevanza organizado de las personas después del alta hospitalaria, sobre todo los primeros meses después de un síndrome coronario agudo. El primer nivel de atención es el espacio adecuado para reconocer de forma precoz signos de deterioro clínico, seguir la función renal en los pacientes expuestos a medios de contraste o cirugía cardiovascular y oportunidad para detectar complicaciones que requieran de una primera derivación. Este procedimiento ayuda a obtener una atención global que va a permitir mantener la funcionalidad, prevenir nuevas descompensaciones y disminuir el uso evitable de los servicios hospitalarios.

5. Conclusiones

La presente revisión de alcance permitió examinar los tipos de estrategias de prevención del síndrome coronario agudo que se encuentran en la literatura científica, de tal modo que las evidencias dan cuenta del hecho de que la prevención cardiovascular requiere una visión que englobe intervenciones en los niveles de la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención

terciaria. Junto a lo anterior, evidencia que ha ido progresando desde modelos centrados en el tratamiento del evento agudo a modelos de estrategias más personalizadas, continuas y dirigidas a la reducción del riesgo cardiovascular durante todo el curso de la enfermedad.

Los resultados muestran que la prevención primaria sigue sustentándose en la identificación temprana de factores de riesgo modificables, la estratificación del riesgo cardiovascular y la instauración de medidas farmacológicas y no farmacológicas de forma oportuna. En la prevención secundaria se destacan las estrategias dirigidas a optimizar el tratamiento, individualizar las decisiones en el trato a los pacientes, favorecer la adherencia y mejorar la calidad asistencial. La prevención terciaria considera estrategias dirigidas a la reducción de complicaciones asociadas a los procedimientos cardiovasculares, para favorecer una recuperación más segura, donde la prevención ha de continuar durante todas las etapas del proceso asistencial.

Uno de los aspectos más significativos que presenta esta revisión tiene que ver con la capacidad para articular la evidencia disponible según la perspectiva de los niveles de prevención, dado que, de este modo, se puede comprender cómo las distintas estrategias se van complementando con el fin de disminuir el riesgo cardiovascular y optimizar la atención a las personas que presentan un síndrome coronario agudo. Esta clasificación permite detectar las oportunidades para la mejora de la práctica clínica, pero centrada, de un modo especial, en el primer nivel de atención, donde la identificación, el seguimiento y la coordinación del cuidado son aspectos básicos para prevenir la aparición de nuevos episodios cardiovasculares.

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, los resultados van en la línea de reforzar el papel de la enfermera en la prevención cardiovascular, impulsando la valoración integral del riesgo cardiovascular, la promoción de hábitos saludables, la educación para el autocuidado, la puesta en práctica de intervenciones basadas en la evidencia y la articulación del cuidado para la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención. Este enfoque contribuye a consolidar modelos de atención más preventivos, centrados en el individuo la familia y la comunidad.

Para finalizar, la revisión identifica la necesidad de continuar generando evidencia de alta calidad que evalúe la efectividad de estrategias preventivas en diferentes contextos sanitarios, especialmente en atención primaria y en países de ingresos bajos y medios. Asimismo, se requieren investigaciones que fortalezcan el liderazgo de enfermería en la implementación de programas de prevención cardiovascular y ella translación del conocimiento científico hacia la práctica clínica, favoreciendo una atención más equitativa, sostenible y actualizada.

Contribución de los autores: Conceptualización: J.G.CH.; Metodología: J.G.CH.; L.C.Z.; J.A.CH.; Análisis formal J.G.CH.; Investigación: J.G.CH.; L.C.Z.; Curación de datos: J.G.CH.; Visualización: J.G.CH.; Redacción borrador original: J.G.CH.; Redacción, revisión y edición: J.G.CH.; L.C.Z.; J.A.CH.; Supervisión: L.C.Z.; J.A.CH.; Los autores han leído y aprobado la versión publicada del manuscrito.

Financiamiento: Esta investigación no recibió financiación externa.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos están disponibles previa solicitud a los autores de correspondencia: jonathangabrielc0@gmail.com

Referencias

- Abidi, S., John, D., Dwivedi, S., Sharma, V., Kumar, A., & Talegaonkar, S. (2026). Rentabilidad de Clopidogrel en pacientes con síndrome coronario agudo sometidos a intervención coronaria percutánea en la India. Value in Health Regional Issues. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2026.101635>
- Ahmadimoghaddam, D., Talebi, S. S., Rahmani, A., Zamanirafe, M., Parvaneh, E., Ranjbar, A., . . . Mehrpooya, M. (2023). Prevention of Contrast Induced-Acute Kidney Injury Using Coenzyme Q10 in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. European Journal of Clinical Pharmacology, 79. <https://doi.org/10.1007/s00228-023-03554-3>
- American Heart Association. (2024). Calculadora en línea PREVENT™. Obtenido de <https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator>
- American Heart Association. (2025). Guía ACC/AHA de 2019 sobre la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares: Informe del Grupo de Trabajo del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón sobre Guías de Práctica Clínica. American Heart Association, 140(11). Obtenido de <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001309>
- Asefa, E. T., Gemmechu, T. D., A/Fogi, M. M., & Tukeni, K. N. (2025). Increase in Cardiovascular Disease Mortality in Low- and Middle-Income Countries: A Time for Action. Ethiopian Journal of Health Sciences. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v35i1.1>
- Ashburn, N. P., Snaveley, A. C., Ehrig, M. R., Shapiro, M. D., Herrington, D. M., Reboussin, D. M., . . . Mahler, S. A. (2025). Initiating Preventive Hyperlipidemia Care in the Emergency Department: The Emergency Medicine Cardiovascular Risk Assessment for Lipid Disorders Trial.

- Critical Pathways in Cardiology, 24(3).
<https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000390>
- Balady, G. J., Ades, P. A., Bittner, V. A., Franklin, B. A., Arena, R., Beatty, A. L., & al., e. (2024). Core Components of Cardiac Rehabilitation Programs: 2024 Update. *Circulation*.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001271>
- Bansal, A. B., & Cassagnol, M. (2023). HMG-CoA Reductase Inhibitors. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542212/>
- Briguori, C., Quintavalle, C., Mariano, E., D'Agostino, A., Scarpelli, M., Focaccio, A., . . . Condorelli, G. (2024). Kidney Injury After Minimal Radiographic Contrast Administration in Patients With Acute Coronary Syndromes. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*, 83(11). Obtenido de <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2024.01.016>
- Brucato, F., Tognola, C., Moreo, A., Bellomare, M., Prencipe, G. P., Lettino, M., . . . Maloberti, A. (2025). Elegibilidad para Icosapent etil en pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca: un estudio de cohorte del mundo real. *International Journal of Cardiology*.
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2025.134046>
- Burnier, M., & Brunner, H. R. (2000). Angiotensin II receptor antagonists. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)10365-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)10365-9)
- Byrne, R. A., Rosselló, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., . . . al., e. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44(38).
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Carlberg, B., Samuelsson, O., & Lindholm, L. H. (2024). McKeever, Rita G.; Patel, Preeti; Hamilton, Richard J. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482473/>
- Cenko, E., Yoon, J., Bergami, M., Vasiljevic, Z., Mendieta, G., Zdravkovic, M., . . . Bugiardini, R. (2026). Standard modifiable cardiovascular risk factors and acute coronary syndrome free survival. *Atherosclerosis*, 417.
<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2025.120616>
- Chan, C. W., Lopez, V., & Chung, J. W. (2010). A qualitative study of the perceptions of coronary heart disease among Hong Kong Chinese people. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03526.x>
- Coellar, J. D., Keshvani, N., Jain, A. K., Usman, M. S., Segar, M. W., Miller, J. W., . . . Pandey, A. (2026). Una estrategia de polipíldora para la reducción de lípidos y la terapia antiplaquetaria después del síndrome coronario

- agudo: un ensayo controlado aleatorio piloto. *American Journal of Preventive Cardiology*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2026.101499>
- Committee, W., Cardiology, A. C., & Association, A. H. (2026). 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.11.016>
- De Sio, V., Gragnano, F., Capolongo, A., Guarnaccia, N., Maddaluna, P., Acerbo, V., . . . Anton. (2025). Eligibility for and Practical Implications of Semaglutide in Overweight and Obese Patients With Acute Coronary Syndrome. *International Journal of Cardiology*. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2025.133028>
- Derington, C. G., Berchie, R. O., Greene, T., Jacobs, J. A., Moran, A. E., Xu, Y., . . . Bress, A. P. (20 de Octubre de 2025). Using PREVENT Equations to Compare Intensive vs Standard Systolic Blood Pressure Control for Primary Prevention in SPRINT. *Journal of the American College of Cardiology*, 86(17). <https://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2025.07.037>
- Galli, M., Laudani, C., Occhipinti, G., Spagnolo, M., Gragnano, F., D'Amario, D., . . . Capodanno, D. (2024). P2Y12 inhibitor monotherapy after short DAPT in acute coronary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy*, 10(7). <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvae057>
- Garea, S. C., & Díaz, M. J. (2025). Nursing interventions for cardiovascular disease prevention: A narrative review of evidence-based strategies. *BMC Nursing*, 24(7). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03885-1>
- Holm, J., Vanky, F., & Svedjeholm, R. (2024). Association of Glutamate Infusion With Risk of Acute Kidney Injury Following Coronary Artery Bypass Surgery: A Pooled Analysis of 2 Randomized Clinical Trials. *JAMA Network Open*, 7(1). Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10804267/>
- Iqbal, S., Ali, N. F., Ladak, L. A., Shivji, R., Zulfiqar, M., & Barolia, R. (2023). The Scope of Practice for Primary Cardiovascular Disease Prevention Expanded to Advanced Practice Providers: What Does the Data Show? *Current Cardiology Reports*, 25(7). <https://doi.org/10.1007/s11886-023-01899-2>
- Ishikawa, T., Natsuaki, M., Watanabe, H., Morimoto, T., Yamamoto, K., Obayashi, Y., . . . Kimura, T. (2025). Aspirin-Free Strategy for PCI in Patients With High Bleeding Risk With or Without Acute Coronary Syndrome: A Subgroup Analysis From the STOPDAPT-3 Trial. *Circulation: Cardiovascular Interventions*, 18(7). <https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.124.015197>

- Johner, N., Branca, M., Carballo, D., Baggio, S., Nanchen, D., Tessitore, E., . . . Windecker, S. (2025). Safety of beta-blocker discontinuation after acute coronary syndromes with preserved or mildly reduced left ventricular ejection fraction: a target trial emulation from a real-world cohort. *European Journal of Preventive Cardiology*, 32(8). <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwae346>
- Khader, A. O., van Trier, T., van der Brug, S., Liem, A.-h., Groenemeijer, B. E., Schut, A., . . . Alings, M. A. (2024). Effects of a stepwise LDL-C reduction strategy in patients with post-acute coronary syndrome. *Netherlands Heart Journal*, 32(5). <https://doi.org/10.1007/s12471-023-01851-7>
- Khattab, T., & Aljeesh, Y. (2025). Risk factors of acute coronary syndrome among patients admitted to cardiac care units at governmental hospitals in the Gaza Strip: Case-control study. *International Journal of Cardiology: Cardiovascular Risk and Prevention*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2025.200466>
- Lee, S., Kim, J. B., Shin, S. E., Ahn, J., Jeong, H.-G., Jung, K. H., . . . Kim, E. J. (2025). Tailored Messages for Secondary Prevention After Percutaneous Coronary Intervention: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 27. <https://doi.org/10.2196/81524>
- Lindholm, L. H., Carlberg, B., & Samuelsson, O. (2005). Should β blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *The Lancet*, 366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67573-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67573-3)
- Obayashi, Y., Natsuaki, M., Watanabe, H., Morimoto, T., Yamamoto, K., Nishikawa, R., & Kimura, T. (2025). Aspirin vs Clopidogrel 1 Month After Acute Coronary Syndrome With High-Bleeding Risk or ST-Segment Elevation. *JACC: Cardiovascular Interventions*, 18(17). Obtenido de <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jcin.2025.03.029>
- Obayashi, Y., Natsuaki, M., Watanabe, H., Morimoto, T., Yamamoto, K., Nishikawa, R., . . . Takenaka, H. (2024). Aspirin-free strategy for percutaneous coronary intervention in acute coronary syndrome based on the subtypes of acute coronary syndrome and high bleeding risk: the STOPDAPT-3 trial. *European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy*, 10(5). <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvae009>
- Obayashi, Y., Natsuaki, M., Watanabe, H., Morimoto, T., Yamamoto, K., Nishikawa, R., . . . Takenaka, H. (2024). Aspirin-free strategy for percutaneous coronary intervention in acute coronary syndrome based on the subtypes of acute coronary syndrome and high bleeding risk: the STOPDAPT-3 trial. *European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy*, 10(5). <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvae009>

- Okada, K., Kikuchi, S., Maejima, N., Kawaura, N., Kodama, S., Nakayama, N., . . . Hanajima, Y. (2025). Effect of Intensified Multifactorial Treatments on Coronary Atherosclerosis in Patients With Coronary Artery Disease and Type 2 Diabetes Mellitus: Rationale and Design of the Randomized IMPACT-DM Trial. *Circulation Journal*, 89. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-24-0625>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Cardiovascular diseases (CVDs). (O. M. (OMS), Editor) Recuperado el 09 de 05 de 2026, de [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Calculadora de Riesgo Cardiovascular. Recuperado el 27 de 07 de 2026, de <https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular>
- Pedro-Botet, J. (2025). Icosapent Ethyl: From the REDUCE-IT Trial to Clinical Practice. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis (English Edition)*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2025.500820>
- Peng, X., Olsen, M. H., Pareek, M., Bai, J., Liu, Y., Song, Q., & Cai, J. (2025). Impact of Antihypertensive Drug Classes on Cardiovascular Outcomes: Insights From the STEP Study. *BMC Medicine*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04158-z>
- Persson, P. B., Tepel, M., van der Molen, A. J., Mehran, R., Barrett, B. J., Nijssen, E. C., & al., e. (2023). Prevention of contrast-associated acute kidney injury in an era of increasingly complex interventional procedures. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1180861>
- Polat, F., Tüner, H., Çakmak, Ç. B., & Özbek, E. (2025). Impact of Cardiac Rehabilitation on Adherence to Secondary Prevention Measures Across STEMI, NSTEMI, and Unstable Angina Pectoris Subgroups: A Randomized Controlled Trial in High-Risk Patients. *Acta Cardiologica*, 80. <https://doi.org/10.1080/00015385.2025.2576433>
- Prasad, K. (2021). Current Status of Primary, Secondary, and Tertiary Prevention of Coronary Artery Disease. *International Journal of Angiology*, 30(3). Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8580611/>
- Qiu, X., Wang, Y., Ke, J., Wang, M., Zeng, H., Zhu, H., & Gu, J. (2025). Preventive Effect of Shenfu Injection on Arrhythmia After Percutaneous Coronary Intervention in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: A Prospective Randomized Controlled Trial. *Cardiovascular Therapeutics*, 2025. <https://doi.org/10.1155/cdr/4097327>

- Reijnders, E., Bossuyt, P. M., Jukema, J. W., Ruhaak, L. R., Romijn, F. P., Szarek, M., . . . Schwartz, G. G. (2025). Multiplex Apolipoprotein Panel Improves Cardiovascular Event Prediction and Cardiovascular Outcome by Identifying Patients Who Benefit From Targeted PCSK9 Inhibitor Therapy. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 45(11). <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.124.322336>
- Rosselló, X., Barrabés, J. A., Piepoli, M., Domínguez-Rodríguez, A., Sánchez, P. L., Anguita, M., . . . Torres, A. (2026). Effect of beta blockers in acute and chronic coronary syndromes without reduced ejection fraction: A landmark analysis from the REBOOT trial. *European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy*. <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvag002>
- Schwalm, J. D., McKee, M., Huffman, M. D., & Yusuf, S. (2016). Resource Effective Strategies to Prevent and Treat Cardiovascular Disease. *Circulation*, 133(8). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.008721>
- Sociedad Europea de Cardiología . (2023). Guías ESC 2023 para el manejo de los síndromes coronarios agudos: Elaboradas por el grupo de trabajo sobre el manejo de los síndromes coronarios agudos de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). (O. U. Press, Ed.) Sociedad Europea de Cardiología (ESC), 44(38). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Vilariño, J. O., Esper, R., & Badimón, J. J. (2024). Fisiopatología de los síndromes coronarios agudos. Tres paradigmas para un nuevo dogma. *Revista Española de Cardiología* , 4(6). Obtenido de <https://www.revespcardiol.org/es-fisiopatologia-de-los-sindromes-coronari-articulo-13071736-pdf-file>
- Xie, G., Patel, A., Du, X., Sun, Y., Li, X., Wu, T., . . . Wu, Y. (2025). Impact of In-Hospital Quality of Care Improvement Initiative on Secondary Prevention of Acute Coronary Syndrome in Six Months After Patient Discharge: A Large Stepped Wedge- and Cluster-Randomized Controlled Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and*, 18(5). <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.124.011441>
- Xu, F.-F., Xie, X.-F., Hu, H.-Y., Tong, R.-S., & Peng, C. (2024). Shenfu injection: A review of pharmacological effects on cardiovascular diseases. *Frontiers in Pharmacology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1279584>
- Yang, S., Kang, J., Park, K. W., Hur, S.-H., Lee, N. H., Hwang, D., . . . colaboradores, y. (2023). Comparison of Antiplatelet Monotherapies After Percutaneous Coronary Intervention According to Clinical, Ischemic, and Bleeding Risks. *JACC (Journal of the American College of Cardiology)*, 82(16). Obtenido de <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2023.07.031>

- Zhang, S., Li, J., Qiu, M., Li, Y., Wang, X., Wang, Z., . . . Han, Y. (2025). Comparación de la monoterapia con clopidogrel frente a la DAPT prolongada basada en la puntuación de riesgo GRACE en pacientes con síndromes coronarios agudos con alto riesgo isquémico y de sangrado: un análisis de subgrupos del ensayo clínico aleatorizado. *European Journal of Pharmacology*. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2025.178151>
- Ziogos, E., Harb, T., Valenta, I., Vavuranakis, M. A., Foran, P. L., Williams, M. S., . . . Leucker, T. M. (2025). Impact of In-Hospital PCSK9 Inhibition on Myocardial Inflammation After Myocardial Infarction: A Randomized Clinical Trial. *JACC: Basic to Translational Science*, 10(6). <https://doi.org/10.1016/j.jacbts.2025.03.010>