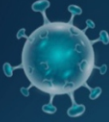




INFARTO AL MIOCARDIO EN CUARENTENA Y COVID-19



SEGUIMIENTO...



AMENAZAS A LA SALUD

¿La Pandemia modificará los protocolos de acción terapéutica en pacientes con Síndrome Coronario Agudo y COVID-19?

Existe una fuerte asociación entre la enfermedad cardiovascular y el COVID-19. Hasta un tercio de los pacientes con COVID-19 presentan injuria cardíaca aguda con manifestaciones cardiovasculares complejas como IAM, miocarditis, miocardiopatía por estrés, espasmo coronario o injuria microvascular.

La injuria miocárdica aguda, que puede existir durante la infección viral, provoca elevación de biomarcadores cardíacos, cambios electrocardiográficos y deterioro de la función ventricular izquierda. Ante estas alteraciones se corre el riesgo de llevar al paciente a cateterismo cardíaco y no documentar enfermedad coronaria angiográficamente evidente. Por ende, tenemos que hacer un diagnóstico diferencial adecuado y establecer un manejo sistematizado para el abordaje de estos pacientes con IAM en tiempos de la pandemia de COVID-19.

Continúa leyendo este artículo en la **página 3**

Palabras de Editores



Dra. Amparo Taveras



En nuestra pasada entrega enfocamos la preocupación por conocer si existía explicación a la disminución de la llegada de los infartos a

los centros hospitalarios. Visto de diferentes vertientes, la primera si ésta disminución era real, prometiendo para una segunda entrega ¿Cómo la pandemia Covid19 podría modificar los protocolos de atención en estos pacientes?. A esta problemática la hemos llamado "Infarto en Cuarentena".

Considerando que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en el mundo y aunque en estos últimos tiempos hemos mirado con preocupación una enfermedad para la que hasta el momento no hay cura, ni vacuna, ocasionando muertes de 1,000 a 2,000 personas en un día, números que observamos con asombro, sin embargo por cardiopatías coronarias y ACV mueren muchas más personas, nos parece de especial relevancia dar respuesta de a donde están los infartos y si debemos tratarlos de manera diferente durante la pandemia.



Dra. Pura Henríquez



Pongámoslo en números:

Cada año mueren 17.9 millones de personas por Enfermedad Cardiovascular, Infarto al miocardio y Accidente Cerebrovascular.

Esto se traduce en un millón, cuatrocientos noventa y un mil seiscientas muertes cada mes (1,491,666). Cuarenta y nueve mil cuarenta y un muertes cada día (49,041.09) **Impresiona verdad?** Y lo más importante es que si olvidamos estas cifras nos estaríamos olvidando que la enfermedad cardiovascular es prevenible.



Dr. Miguel Arias



La pandemia nos ha hecho desviar de manera momentánea la atención a las enfermedades cardiovasculares y por consiguiente se han producido modificaciones en la manera en la que

abordamos y tratamos a entidades que las guías nos mostraban claramente qué hacer. Sin embargo entendemos que es momento de enfocarnos con miras hacia una nueva normalidad pero sin dejar de lado a aquellas entidades que desde hace décadas representan las más graves amenazas a la salud.

¿Modificará la pandemia los protocolos de acción terapéutica en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo y Covid19?. Es nuestra interrogante.

Somos CardioSíntesis

Dra. Pura Henríquez
Dra. Amparo Taveras
Dr. Miguel Arias
Editores Científicos

Dr. Andrés Abreu
Dra. Ileana Ureña
Dra. Carmen Rodríguez
Dra. Grisel Canahuat
Dra. Rosario Rodríguez
Co-editores

Dr. Erick Fabián
Dra. Jeimy Gómez
Dra. Belkis Almánzar
Co-editores

Pedro Angel
Editor Asociado

Dr. César Herrera
Colaborador

Media partner



CardioSíntesis es una publicación para difusión de conocimientos médico-científicos actualizados.

Va dirigido a médicos, sociedades médicas, instituciones públicas, privadas y no gubernamentales del sector salud, gremios, universidades, líderes de opinión, empresas de salud de República Dominicana y otros países.

Infarto al miocardio en cuarentena y Covid19 seguimiento...

El tratamiento de elección para el SCACEST durante la pandemia sigue siendo la reperfusión coronaria, preferiblemente mediante PCI primaria. De no ser posible, se recurrirá a fibrinolisis. La necesidad de una evaluación más meticulosa puede llevar a retrasos en el tratamiento percutáneo o endovenoso, que debe ser preciso para garantizar la seguridad del personal de salud y minimizar el riesgo de contaminar la sala de cateterismo cardíaco.

Si el paciente llega a un centro de salud donde existe sala de cateterismo cardíaco, debe pasar a reperfusión inmediata mediante angioplastia. Todo el personal de salud tiene que estar debidamente protegido con el equipo adecuado. Lo ideal es realizarle al paciente la prueba rápida de COVID-19; pero si no está a nuestro alcance, lo tratamos como un posible COVID-19 tomando todas las medidas de precaución de lugar.

Si el paciente tiene diagnóstico de COVID-19 habrá que hacer una evaluación minuciosa para asegurarnos que la clínica y los cambios electrocardiográficos sean por una obstrucción coronaria aguda. En caso de existir dudas es preferible efectuar una ecografía en el punto de atención (POCUS) buscando trastornos de motilidad parietal que coincidan con los segmentos anatómicos que sugieren las alteraciones electrocardiográficas; si esta no está disponible utilizaremos el ecocardiograma. También es conveniente realizar electrocardiogramas seriados y radiografía de tórax; si persistimos con dudas en cuanto al diagnóstico se puede llevar a cabo una angiotomografía coronaria o trasladarlo directamente a cateterismo cardíaco. Es importante tener en cuenta que si el paciente presenta compromiso respiratorio debe ser intubado antes de llegar al laboratorio de hemodinamia.

Cuando el paciente que cursa con un SCACEST llega a un centro hospitalario que no dispone de cateterismo cardíaco y es un posible paciente COVID-19. Lo aconsejado sigue siendo trasladar al paciente a un centro donde le realicen la PCI primaria dentro de los próximos 120 minutos; de no ser posible, está indicada la fibrinólisis y si esta es efectiva se llevará a cateterismo cardíaco dentro de las próximas 24 horas. Si el paciente tiene el diagnóstico definitivo de COVID-19, lo recomendado es el tratamiento fibrinolítico y si este es exitoso, el abordaje percutáneo se programará de manera ambulatoria; pero si el paciente evoluciona con criterios de reperfusión negativos es imperativo trasladarlo a un centro que disponga de sala de cateterismo cardíaco para una eventual intervención.



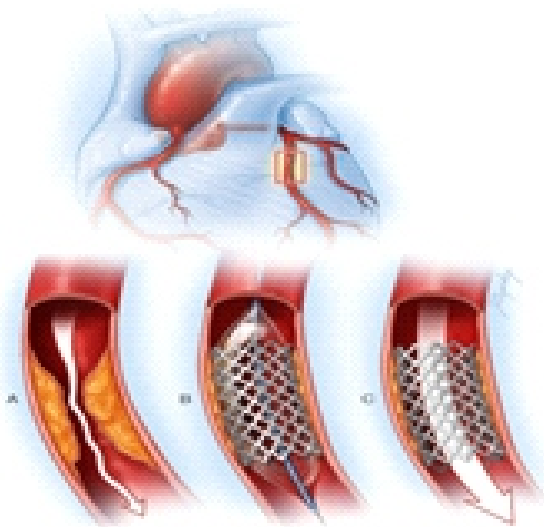
Dra. Aimée Flores

Cardióloga intervencionista.
Coordinadora Residencia Cardiología
AIDC. Miembro staff MCA.

En relación al tratamiento farmacológico, la aspirina y los inhibidores de los receptores P2Y12 siguen siendo medicamentos de elección. Aunque el uso de la hidroxcloroquina queda descartado, no está de más saber que esta interacciona con el clopidogrel, disminuyendo su efecto de acción; y con el ticagrelor, aumentando su efecto, siendo necesario el ajuste de dosis, por lo que prasugrel sería el fármaco de primera elección. En cuanto a los fibrinolíticos se prefieren agentes fibrinoespecíficos como alteplasa y tenecteplasa.

¿Y cuál sería el abordaje del paciente que cursa con un SCASEST? Lo ideal es realizar la prueba de COVID-19 a todos los pacientes ingresados. Aquellos que presenten elevación enzimática sin cambios dinámicos en el EKG, inestabilidad hemodinámica o recurrencia del dolor torácico, deberán manejarse de manera conservadora si tienen el diagnóstico definitivo de COVID-19. Si evolucionan hemodinámicamente inestables es recomendable realizar el cateterismo cardíaco. Si el paciente es un posible COVID-19 lo indicado es efectuar el cateterismo cardíaco dentro de los tiempos recomendados por las guías según su estabilidad hemodinámica, evolución electrocardiográfica y sintomatología.

Es importante recalcar que se debe trabajar con un personal mínimo que esté debidamente entrenado, con el equipo de protección adecuado y que la sala de cateterismo cumpla con todas las medidas de asepsia y antisepsia de lugar.



1. Management of Acute Myocardial Infarction During the COVID-19 Pandemic, Journal of the American College of Cardiology (2020).
2. ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic. The European Society of Cardiology 2020.

3. Description and Proposed Management of the Acute COVID-19 Cardiovascular Syndrome. Nicholas Hendren, MD, Mark H. Drazner, MD, MSc, Biykem Bozkurt, MD, and Leslie T. Cooper Jr, MD. Circulation Volume 141, Issue 23, 9 June 2020; Pages 1903-1914.