



Atención de los síndromes coronarios agudos durante la contingencia sanitaria por brote de SARS-CoV-2

Care of acute coronary syndromes during the health contingency due to a SARS-CoV-2 outbreak

Palabras clave:

Síndrome coronario agudo, contingencia sanitaria, brote COVID-19.

Keywords:

Acute coronary syndrome, health contingency, COVID-19 outbreak.

Yigal Piña-Reyna,^{*,‡} Andrés García-Rincón,^{‡,§} Patricio H Ortiz-Fernández,^{*,‡} Pedro Gutiérrez-Fajardo,^{**,} Marco A Alcocer-Gamba,^{‡,||,¶} José A Merino-Rajme,^{‡,¶,‡‡} Gustavo Reyes-Terán^{§§}

* Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

‡ Sociedad de Cardiología Intervencionista de México. Ciudad de México, México.
§ Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret» del Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.
Sociedad de Cardiología Intervencionista de México.

** Asociación Nacional de Cardiólogos de México. Hospitales Mac Bernardette y Sanatorio San Francisco de Asís. Guadalajara, Jalisco, México.

¶ Instituto de Corazón de Querétaro, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

RESUMEN

Las comunicaciones acumuladas en las últimas semanas dejan claro que no existe un acuerdo para definir la mejor estrategia de tratamiento en pacientes con síndrome coronario agudo (SICA). En los pacientes que se presentan con un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST (IAMCESST), se ha sugerido privilegiar la fibrinólisis (FL) sobre la intervención coronaria percutánea primaria (ICPp), reservando la ICP para los casos de FL fallida;^{1,2} sin embargo, algunas sociedades han mantenido la indicación de la ICPp como el método de reperusión de elección.³ En los SICA sin elevación del segmento ST (SICASST) las recomendaciones son muy similares, ya que favorecen el tratamiento médico sobre el intervencionismo coronario percutáneo en este subgrupo de pacientes. Varias sociedades consideran el estado de contagio, en particular en los SICASST, para decidir qué estrategia de reperusión seguir. Anticipando que la curva epidemiológica en México será similar a la observada en la mayoría de los países, recomendamos continuar la atención de los pacientes con SICA. Las salas de cateterismo deben mantener su funcionamiento.

ABSTRACT

The communications accumulated in the last weeks make it clear that there is no agreement to define the best treatment strategy in patients with acute coronary syndrome (SICA). In patients presenting with an acute myocardial infarction with ST-segment elevation (IAMCESST), it has been suggested to favor fibrinolysis (FL) over primary percutaneous coronary intervention (PCI), reserving ICP for cases of failed FL;^{1,2} however, some societies have maintained the indication of the ICPp as the reperfusion method of choice.³ In SICAs without ST segment elevation (SICASST) the recommendations are very similar, favoring medical treatment over percutaneous coronary intervention in this subgroup of patients. Several companies consider the contagion status, particularly in the SICASST, to decide which reperfusion follow. Anticipating that the epidemiological curve in Mexico will be similar to that observed in most countries, we recommend continuing the care of patients with SICA, the catheterization rooms must maintain their operation.

IAMCESST

En los pacientes habituales con IAMCESST, o los que son sospechosos/confirmados con COVID-19 y que se complican con un IAMCESST, se debe mantener la estrategia fármaco invasiva habitual en México, aceptando que son necesarias algunas modificaciones. Los centros médicos con salas de cateterismo deben favorecer la ICPp sobre la fibrinólisis, justificada por mayor tasa de éxito,

menor riesgo de complicaciones y estancia hospitalaria más corta. La FL es una opción de reperusión adecuada en los centros sin sala de cateterismo y en los pacientes con neumonía o afectación grave por COVID-19. A diferencia de la estrategia fármaco invasiva convencional se debe evitar el traslado de pacientes estables con fibrinólisis exitosa para cateterismo electivo temprano, estos pacientes se seguirán y estudiarán en un tiempo posterior. Únicamente se debe trasladar a los



† Sociedad Mexicana de Cardiología. Ciudad de México, México.

‡ Asociación Nacional de Cardiólogos al Servicio de los Trabajadores del Estado (ANCISSTE). Servicio de Hemodinamia, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México.

§ Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias «Ismael Cosío Villegas», Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

Recibido:

22/02/2020

Aceptado:

30/04/2020

pacientes con fibrinólisis fallida, en especial los pacientes inestables. La FL también se puede considerar una alternativa en centros con salas de hemodinamia cuando el hospital enfrenta una demanda elevada y creciente de casos sospechosos o confirmados.

SICASESST

Los pacientes que se presentan o desarrollan un SICASESST y son de bajo riesgo, independientemente de la presencia o ausencia de SARS-CoV-2, pueden ser dados de alta del hospital e ir a cateterismo en un segundo tiempo. Si se considera necesario documentar la anatomía coronaria antes del alta, una opción es realizar angiotomografía coronaria y en función de los hallazgos plantear la ICP o dar el alta a domicilio. Los pacientes de riesgo moderado o alto o los que se inestabilizan durante el curso del tratamiento médico conservador, se deben llevar a sala de cateterismo independientemente de su estado de contagio. En los pacientes con enfermedad de múltiples vasos es preferible acortar su estancia y privilegiar la revascularización por ICP sobre la cirugía de revascularización coronaria.

Por último, las autoridades de cada hospital decidirán el método de reperfusión más adecuado de acuerdo con el equipo, personal y recursos existentes. Será necesario ajustar periódicamente la estrategia de reperfusión en función del comportamiento de la curva epidemiológica.

REFERENCIAS

1. Zeng J, Huang J, Pan L. How to balance acute myocardial infarction and COVID-19: the protocols from Sichuan Provincial People's Hospital [published online ahead of print, 2020 Mar 11]. *Intensive Care Med.* 2020; 1-3.
2. Welt FGP, Shah PB, Aronow HD et al. Catheterization laboratory considerations during the coronavirus (COVID-19) pandemic: From ACC's Interventional Council and SCAI. *J Am Coll Cardiol.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.03.021>
3. Romaguera R, Cruz-González I, Jurado-Román A et al. Consideraciones sobre el abordaje invasivo de la cardiopatía isquémica y estructural durante el brote de coronavirus COVID-19. Documento de consenso de la Asociación de Cardiología Intervencionista y la Asociación de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares de la Sociedad Española de Cardiología. *REC Interv Cardiol.* 2020. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000119>

Correspondencia:

Yigal Piña Reyna

E-mail: yigalpr@yahoo.com

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

www.medigraphic.org.mx