

COMENTARIO EDITORIAL

Manejo de pacientes COVID-19 e infarto agudo de miocardio con supra desnivel del ST

Lo que la pandemia nos dejó y no se llevó



Norberto Bornancini

Norberto Bornancini, MD,^a Gastón Procopio, MD^b

La pandemia del COVID-19 sin duda marcó un antes y un después en el manejo de los pacientes con infarto agudo de miocardio. Muchos fueron los desafíos que el equipo de salud tuvo que afrontar con la llegada de la pandemia.

En el reciente trabajo publicado en *Journal of the American College of Cardiology*, García y cols¹ presentan una comparación entre el manejo de los pacientes COVID-19 positivos o con sospecha que fueron tratados por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCESST) en el primer año (etapa temprana, enero 2020 a diciembre 2020) y segundo año (segunda etapa, enero 2021 a diciembre 2021) en Estados Unidos y Canadá. Los datos fueron extraídos del North American COVID-19 STEMI (NACMI) el cual realizó un registro prospectivo, multicéntrico, observacional de pacientes hospitalizados por IAMCESST con diagnóstico confirmado de COVID-19 o sospecha del mismo.

En la etapa temprana los pacientes COVID-19 positivos tenían un menor acceso a angioplastia primaria (ATC) lo cual repercutió claramente en un aumento de la mortalidad (13%) comparados con aquellos que, aun siendo positivos, fueron sometidos a ATC. En la segunda etapa los números son completamente distintos y los porcentajes de ATC fueron mayores; y es que para esta etapa una protagonista clave ingresó a la escena: la vacunación.

Al inicio de la pandemia se observaron fuertes retrasos en la reperusión debidos a los protocolos que las instituciones y personal de salud debieron implementar para la atención de los pacientes COVID-19 positivos o con sospecha del mismo que eran admitidos con IAMCESST², además de la saturación que todos los servicios de salud a nivel mundial padecieron. A este retraso se sumaron los ya factores negativos o de aumento de la

mortalidad para al IAMCESST (edad, sexo, factores de riesgo cardiovasculares previos, presencia de insuficiencia cardiaca al ingreso, etc.) lo cual trasformaba al escenario en aun peor. Otros grupos de trabajo mostraron que los tiempos puerta-balón durante la etapa temprana de la pandemia se incrementaron y proporcionalmente aumentó la mortalidad³.

Para ese entonces los inconvenientes ya conformaban una lista que solo terminaba en un aumento cada vez mayor de la mortalidad: retraso en las consultas debido a los distintos sistemas de aislamiento impuestos por cada país, demora en la atención dada la saturación de los sistemas sanitarios, aumentos en los tiempos de reperusión y teníamos más: complicaciones cardiovasculares (CCV) en los pacientes COVID-19 positivos no admitidos por IAMCESST; observando hasta un 15% de CCV, de las cuales el 43.5% correspondió a insuficiencia cardiaca, 33.5% arrítmicas y 31.1% a daño miocárdico⁴.

Retomando con lo presentado por García y cols¹ las estrategias de reperusión fueron las ya conocidas en los IAMCESST⁵. La implementación de ATC primaria se duplicó del 2020 al 2021 impactando directamente en el descenso de la mortalidad de los pacientes sometidos a este procedimiento. También se observó una disminución en el punto final primario de stroke, pero no así en re-infarto (quizás debida a la mayor carga trombótica en los pacientes COVID-19 positivos⁶ y menor blush a nivel microvascular⁷). Por su parte, la mortalidad de los pacientes se vio aumentada en aquellos pacientes con COVID-19 de mayor gravedad, independientemente del tipo de IAMCESST que presentaron o del tipo de angioplastia efectuada⁸.

Mientras tanto en el grupo de pacientes COVID-19 negativos no hubo diferencias respecto a end point primarios entre 2020 y 2021.

^aJefe Unidad Coronaria. Centro Médico Talar. Buenos Aires. Argentina. Miembro adherente Sociedad Argentina de Cardiología. Comité Sociedad Interamericana de Cardiología — SIAC Comunidad; ^bSub-Jefe Unidad Coronaria Fundación Favaloro. Buenos Aires. Argentina. Miembro Titular Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). Comité Cardiología Clínica SAC.

Para diciembre de 2020 y enero de 2021 se encontraban las primeras vacunas contra el COVID-19. En los registros del NACMI se registraron 22 pacientes que estaban vacunados previamente (45% con BioNTech and Pfizer, 30% Moderna, 10% Johnson & Johnson y Janssen). El impacto de la vacunación fue un factor determinante; se observó un franco descenso en la mortalidad para el grupo vacunados versus no vacunados ($n=0$ vs. $N=22$, $P= 0,009$). Lo mostrado para IAMCESST no escapa a lo observado para vacunación en COVID-19 donde los descensos en mortalidad, requerimiento de asistencia respi-

ratoria mecánica, estancia en unidad de cuidados críticos y estancia hospitalaria fueron menores en aquellos pacientes vacunados versus no vacunados^{9,10}.

Sin duda la pandemia nos dejó muchísimas enseñanzas, ensayos clínicos y grupos de trabajo alrededor del mundo, también nos dejó un dolor inmenso por los millones de vidas perdidas tanto de pacientes como de colegas y hasta familiares; pero la pandemia no se llevó nuestras ganas de luchar y buscar soluciones a nuevos conflictos. Definitivamente la pandemia nos dejó mucho pero no se llevó nuestras ganas de seguir dando pelea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia S, Dehghani P, Stanberry L, et al. Trends in clinical presentation, management, and outcomes of STEMI in patients with COVID-19. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79:2236-2244.
2. Task Force for the Management of COVID-19 of the European Society of Cardiology. ESC guidance for the diagnosis and management of cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: part 2-care pathways, treatment, and follow-up. *Cardiovasc Res.* Published online December 2, 2021.
3. De Luca G, Algowhary M, Uguz B, et al, for the ISACS-STEMI COVID-19 Collaborators. COVID-19 pandemic, mechanical reperfusion and 30-day mortality in ST elevation myocardial infarction. *Heart.* 2022;108(6):458-466.
4. L. Kazelian - G. Zapata et al / *Rev Fed Arg Cardiol.* 2021; 50(3): 8. RACCOVID-19: Primer Registro Argentino de Complicaciones Cardiovasculares en pacientes con COVID-19.
5. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Jan, 79 (2) e21-e129.
6. Raquel Lopez Reyes et al. Riesgo trombótico y COVID-19: revisión de la evidencia actual para una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica. *Arch Bronconeumol.* 2021 Jan; 57: 55-64.
7. Fizzah A Choudry et al. High Thrombus Burden in Patients With COVID-19 Presenting With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2020 Sep 8;76(10):1168-1176.
8. Kite TA, Ludman PF, Gale CP, et al. International prospective registry of acute coronary syndromes in patients with COVID-19. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77:2466-2476.
9. Giulia Lorenzoni et al. COVID-19 Vaccination Status Among Adults Admitted to Intensive Care Units in Veneto, Italy. *JAMA Netw Open.* 2022 May; 5(5): e2213553.
10. A. Gonzalez-Castro et al. Impact of vaccination on admissions to an intensive care unit for COVID-19 in a third-level hospital. *Med Intensiva (Engl Ed).* 2022 Jul; 46(7): 406-407.