



Carta al Editor

# COVID-19 e Infarto agudo de miocardio

## COVID-19 and Acute myocardial infarction

Rosa María Martínez Peró, Liliam Gretel Cisneros Sánchez, Adaimara Olivera Martínez.  
Hospital General Docente Enrique Cabrera, Cuba.

Sr. Editor:

La Pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto dramático sobre la salud de la población del mundo entero. Existen muchas anécdotas, reportes de casos e investigaciones científicas que constituyen evidencias de esta afirmación<sup>1</sup>

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de la ciudad de Wuhan en la provincia de Hubei, fueron reportados los primeros casos.<sup>2</sup> El 11 de marzo de 2020 la COVID-19 fue considerada como una pandemia. Coincidiendo con la confirmación del primer caso en Cuba.<sup>2,3</sup>

Las políticas de los diferentes países del mundo se enfocaron en tratar de controlar la pandemia, adoptando diversas medidas como el aislamiento social. En el ámbito de la Salud se priorizó todo lo referente a esta nueva enfermedad y quedaron relegados a un segundo plano las consultas médicas no urgentes, los procedimientos electivos y los tratamientos de enfermedades que no constituían una urgencia médica. En muchos países del mundo, Centros de Salud y Unidades de Cuidados Intensivos colapsaron debido a la COVID 19. Todo lo mencionado anteriormente, sumado al estrés, el miedo y la incertidumbre por parte de pacientes y personal médico y paramédico, trajo consigo una “desatención” de patologías crónicas que, de cierta manera, podían esperar; pero que terminó provocando una descompensación de las mismas y, finalmente, un aumento en la morbilidad y mortalidad.<sup>4-6</sup>

En el ámbito de la Cardiología, las defunciones por Síndrome Coronario Agudo (SCA), shock cardiogénico, tromboembolismo pulmonar (TEP), entre otras, han tenido un incremento en esta etapa, tanto en pacientes afectados por la COVID 19 como en los no afectados por la COVID 19 y muchas de ellas, incluso, no han llegado a los centros hospitalarios.<sup>4-8</sup> La rotura del septum interventricular (SIV) constituye una de las complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio (IAM), si bien su incidencia ha disminuido significativamente en la era de la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria, continúa siendo causa de significativa morbimortalidad<sup>6-9</sup>

A continuación, se comenta un caso en el que, en medio de las circunstancias en que se desarrolló el evento cardiovascular

(pleno pico de la pandemia de COVID 19), desafortunadamente no se le realizó un diagnóstico oportuno adecuado y, por consiguiente, no se tomó la conducta correcta.

Se trata de un paciente masculino de 72 años de edad, color de la piel blanco, jubilado, con antecedentes patológicos de ser fumador inveterado e hipertensión arterial grado 2, que 25 días previo a la consulta, después de un esfuerzo físico, comenzó con dolor intenso en la región interescapular, para lo cual se prescribió un tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios en su Área de Salud, por un diagnóstico presuntivo de dolor muscular secundario al esfuerzo realizado. El paciente no mejoró y ante la presencia de falta de aire y tos seca, se dirige nuevamente a su policlínico, se le realizó radiografía de tórax en la cual se apreciaron signos de congestión pulmonar. Por el cuadro clínico presentado y la prevalencia del virus SARS COV-2 en el territorio, se interpretó como sospechoso de la COVID-19, por lo que fue enviado a uno de los hospitales habilitados para la atención de pacientes sospechosos. Durante su estancia se aplicó el protocolo de tratamiento aprobado para estos casos y ante un resultado negativo del PCR fue dado de alta hospitalaria, con orientaciones de seguimiento por su Área de Salud, así como aislamiento domiciliario. El dolor torácico persistió, acompañado de opresión precordial, falta de aire a los esfuerzos ligeros y tos seca en ocasiones. Al examen físico el médico de familia le auscultó un nuevo soplo en región precordial, por lo que lo remitió a la consulta de Cardiología.

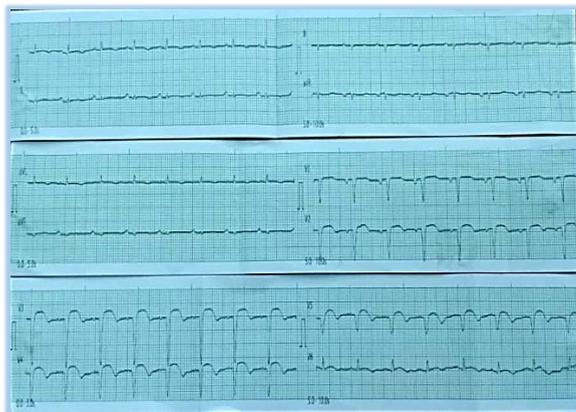
Datos positivos al examen físico:

Sistema Respiratorio: Ligera polipnea, murmullo vesicular disminuido globalmente, estertores sibilantes en parte alta de hemitórax izquierdo, crepitantes en ambas bases pulmonares. Frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto.

Sistema Cardiovascular: No abombamiento, frémito en borde esternal izquierdo bajos, ruidos cardíacos rítmicos, de tono bajo, no R3 ni R4, soplo holosistólico de intensidad 4/6, audible en todo el mesocardio con epicentro en borde paraesternal Izquierdo, irradiación al resto de los focos y al borde esternal derecho. Frecuencia Cardíaca (FC) de 99 latidos por minutos (lpm), Tensión arterial (TA):

110/70mmHg.

Se realizó electrocardiograma urgente (ECG) que mostró signos de necrosis en toda la cara anterior, con supradesnivel cóncavo del segmento ST de V1 a V5. (Figura 1)



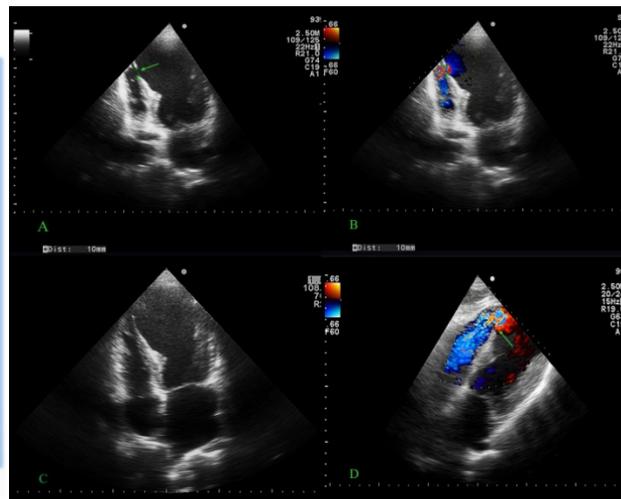
**Figura 1: Electrocardiograma que muestra ritmo sinusal, FC: 99 lpm, intervalo QTc: 400ms, eje QRS: 60 grados, QS con supradesnivel del segmento ST cóncavo de más de 2 mm de V1-V5.**

Se realizó ecocardiograma que mostró aneurisma que interesaba la pared anterior medio-apical, anteroseptal e inferoseptal medial, septum apical y punta del ventrículo izquierdo (VI), acinesia de pared lateral apical. A nivel del septum apical se encontró una ruptura del mismo de aproximadamente 10 mm de diámetro, con cortocircuito de izquierda a derecha de alto gradiente. (Figura 2) La función sistólica del VI estaba severamente disminuida (21%).

Se ingresó al paciente en la Unidad de Cuidados Coronarios con el diagnóstico de infarto subagudo del miocardio complicado con ruptura del septum interventricular e insuficiencia cardíaca descompensada. Se logró estabilizar y luego tuvo una evolución favorable, por lo que fue egresado y hasta la actualidad se mantiene vivo. En la discusión del caso en colectivo y teniendo en cuenta la decisión del paciente y sus familiares se decidió continuar solo con tratamiento médico óptimo.

Es lógico que, en medio de una pandemia que está atravesando por pleno “pico”, ante una persona que acuda con síntomas sugestivos de infección por SARS COV 2, en lo primero que se piense sea en la presencia de la dicha enfermedad y se tomen las medidas establecidas para estos casos sospechosos. Existen diversas patologías que, al igual que la COVID-19, pueden cursar con tos y falta de aire, dentro de las cuales se encuentran las enfermedades

cardiovasculares, cuya mortalidad es más alta que la de la COVID 19, a tal punto que constituye la primera causa de muerte en el mundo.



**Figura 2. A y B: Vista apical de cuatro cámaras modificada para apreciar mejor la ruptura del septum apical (flecha), con cortocircuito de izquierda a derecha evidenciado con el Doppler Color. C: Vista apical de cuatro cámaras que muestra la dilatación aneurismática de los segmentos medio-apicales del VI. D: Vista subcostal de cuatro cámaras, la flecha indica el paso de flujo turbulento a través de la comunicación interventricular (CIV).**

Además, se pueden dar situaciones en que coexistan las dos enfermedades o una, en este caso las cardiovasculares, aparezca como complicación de la otra, sobre todo en personas con factores de riesgo presentes. Por tanto, todo el personal médico debe estar preparado para mirar esta problemática desde un punto de vista más amplio y actuar en consecuencia, para lograr hacer un diagnóstico correcto y tomar una conducta adecuada y certera. El médico práctico debe tratar de actuar científicamente en todo momento, porque nuestro objeto de trabajo es a la vez sujeto. Afianzar la práctica del método clínico es crucial e imprescindible, aún más en tiempos de pandemia, pues toda la práctica que no se oriente en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y, en gran parte, responsable de la mala praxis.<sup>10</sup> Mientras hacemos nuestro trabajo nos toca, a todo el personal de la Salud, cuidarnos de la COVID-19, incluso ante las personas asintomáticas y a la vez cuidar de no incurrir en el error médico que resulta de una equivocación, aunque no exista mala fe, ni elementos de negligencia, despreocupación o ignorancia.<sup>11</sup> Debemos evitar a toda costa que nuestro trabajo se afecte por el apresuramiento innecesario, la superficialidad o la rutina.

## Referencias bibliográficas

1. Gadella, A; et all. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en tiempos de COVID-19: ¿regreso al siglo pasado? Una llamada de atención. Rev Esp Cardiol. 2020 Jul; 73(7): 582–583. . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7214307/>
2. Protocolo Nacional MINSAP vs COVID. <https://files.sld.cu/sars/files/2020/04/Protocolo-provisional-de-Cuba-vs-COVID-4abril2020.pdf>
3. Gómez de Diego, JJ. ¿Qué ha pasado con los IAM durante la pandemia de COVID-19? <https://secardiologia.es/blog/11529-que-ha-pasado-con-los-iam-durante-la-pandemia-por-COVID-19>. Publicado: 23 abril 2020.
4. Khot et al; COVID-19 Pandemic and Critical Care Transfers 10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006938.
5. Naranjo-Domínguez, A; Valdés Martín, A. COVID-19. Punto de vista del cardiólogo. Rev Cub. de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Volumen 26, No 1 (2020). Ene-Mar ISSN: 1561-2937.
6. Cisneros Sánchez, LG; et all. Ruptura del septum interventricular post infarto del miocardio inferior: Una entidad con dos desenlaces diferentes. Rev. Cub. de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Vol. 26, No 4 (2020) Oct-Dic ISSN: 1561-2937. <http://www.revcardiologia.sld.cu/>
7. Victoria Ramos M, Maricha, A. Rotura del septum interventricular posinfarto agudo de miocardio. Reporte de caso. Rev. Urug. Cardiol. vol.33 no.3 Montevideo dic. 2018. ISSN 0797-0048. versión On-line ISSN 1688-0420. <http://dx.doi.org/10.29277/cardio.33.3.13>
8. Rodríguez Jerez, W; Preinfalk Lavagni,G; Arauz Chavarría,J. Ruptura del septum ventricular post infarto agudo del miocardio. Rev. costarric. cardiol vol.5 n.2 San José Aug. 2003. ISSN 1409-4142
9. Matthew D. Solomon, M.D., Ph.D. et al. Pandemia de COVID-19 e incidencia del infarto agudo de miocardio. [https://www.intramed.net/contenidover.asp?conteni\\_doid=96160](https://www.intramed.net/contenidover.asp?conteni_doid=96160)
10. Favier Torres, MA; et all. Método clínico. Algunos aspectos esenciales de sus etapas. Rev Inf Cient. 2014; 83(1):181-191. ISSN 1028-9933
11. Salas Mainegra, A; Syr Salas Perea, R. La Bioética en

la educación médica superior cubana actual, Rev. Cubana de Educación Médica Superior. 2012;26(3):434-449. <http://scielo.sld.cu>

### Bibliografía consultada

- COVID-19's death toll appears higher than official figures suggest. *The Economist*. Available at <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/04/03/COVID-19s-death-toll-appears-higher-than-official-figures-suggest>. Accessed April 17, 2020.
- Según las guías de la ESC 2015 (SCASEST) y 2017 (IAMCEST)
- Task Force Member Affiliations. *European Heart Journal* (2019) 00, 1\_71. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. Downloaded from <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurheartj/ehz425/5556137> by guest on 02 September 2019.
- Doval, Hernán C. Ruptura septal ventricular postinfarto. REV. ARG. CARDIOL, 52, NO 6, 408415. ISSN 0034-7000

---

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Rosa María Martínez Peró, Hospital General Docente Enrique Cabrera, Cuba. E-mail: [rmmartinez@infomed.sld.cu](mailto:rmmartinez@infomed.sld.cu)

**Los autores firmantes del manuscrito declaran no poseer Conflicto de intereses.**



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).