



COLEGIO MEXICANO DE CARDIOLOGIA
INTERVENCIONISTA Y TERAPIA ENDOVASCULAR

Boletín COMECITE

2021 | Mayo | No.02

**Enfermedad Coronaria en la
Mujer y manejo del Covid-19**



COMECITE

COLEGIO MEXICANO DE CARDIOLOGIA
INTERVENCIONISTA Y TERAPIA ENDOVASCULAR

24, 25 y 26 de septiembre

CONGRESO *2021* INTERNACIONAL

*"El intervencionismo cardiovascular,
estado del arte"*

SAVE
THE
DATE





Contenido

Autores



Dr. Luis R. Virgen Carrillo



Dr. Samuel Chacek Saslavsky



Dra. Lourdes M. Figueiras-Graillet



Dra. Yoloxóchitl García Jiménez



Dr. José C. Buenfil Medina

5 **Introducción**
Dr. Luis R. Virgen Carrillo

6 **¿Debe el Cardiólogo manejar pacientes Covid-19?**
Dr. Samuel Chacek Saslavsky

8 **Aspectos relevantes de la sesión "Enfermedad Coronaria en la Mujer" COMECITE/SCAI**
Dra. Lourdes M. Figueiras-Graillet
Dra. Yoloxóchitl García Jiménez

11 **Conociendo a nuestros colegiados y maestros**
Dr. José C. Buenfil Medina

Consejo Directivo

Presidente
Dr. Antón Meneses Bonilla

Vicepresidente
Dr. Rafael Moguel Ancheita

Secretarios Propietarios
Dr. Juan José Parcero Valdés
Dr. José Alfredo Estrada Suárez

Secretario Adjunto
Dr. Rafael Olvera Ruiz

Secretarios Suplentes
Dr. Jaime Eduardo Cruz Alvarado
Dr. Jorge Armando Guareña Casillas

Tesoreros
Dr. German Ramón Bautista López
Dra. Eva María Picos Bovio

Subtesorera
Dra. María Guadalupe Jiménez Carbajal

Director de Asociados
Dr. Leocadio Gerardo Muñoz Beltrán

Suplentes Director de Asociados
Dra. Anabella Claudé Delgado Sánchez
Dr. Ramón Alejandro Flores Arizmendi

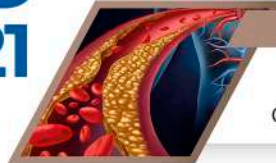
Comité editorial
Dr. Luis Ramón Virgen Carrillo
Dr. Enrique Ramos Cházaro

Diseño editorial
Erick Rueda Martínez



COLEGIO MEXICANO DE CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA Y TERAPIA ENDOVASCULAR

TE INVITAMOS A
NUESTRAS SESIONES
VIRTUALES
COMECITE 2021



26 de Junio

Oclusión coronaria crónica
Coordinadores: Dr. Samuel Chacek, Dr. Octavio Beltrán



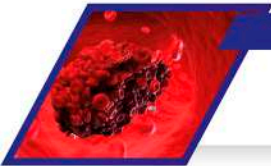
24 de Julio

Cardiopediatría Intervencionista
Coordinadora: Dra. Guadalupe Jiménez



28 de Agosto

Revascularización percutánea
de miembros inferiores.
Coordinadores: Dr. Salvador Facundo, Dr. Luis Virgen



30 de Octubre

Tromboembolismo venoso y pulmonar
Coordinadores: Dr. Julio Zaballa, Dr. Arturo Olvera





Introducción

Es un honor para mí, ser designado por el Consejo Directivo del COMECITE como Co-Editor en Jefe del Boletín Científico de divulgación virtual. Mi agradecimiento en especial al Dr. Antón Meneses Bonilla por esta noble iniciativa, que tiene como objetivo resumir las sesiones académicas, presentar casos clínicos, comentar y analizar artículos médicos, conocer mejor a los colegiados y divulgar las próximas actividades que serán realizadas por el COMECITE.

En esta segunda edición, podremos leer y analizar dos sesiones virtuales. La primera sesión fue realizada en el mes de marzo del presente año, con el título: **Cardiocovid a un año de la pandemia en México**; coordinada por el Dr. Leocadio Muñoz y el Dr. Germán Bautista. Se presentaron varias ponencias, una de las más destacadas fue **¿Debe el cardiólogo manejar pacientes Covid-19?**; por el Dr. Samuel Chacek, quien ahora hace un resumen del tema para este boletín, además de haber coordinado la Primer **Entrevista COMECITE con el Experto**. La segunda sesión fue en el mes de abril del presente año: **Enfermedad coronaria en la mujer**; fue brillantemente coordinada por las Dras. Lourdes Figueiras y Yoloxochitl García, quienes también escribieron un resumen de la sesión en esta edición. Cerramos el contenido de sesiones virtuales con una invitación a las próximas sesiones del 22 de mayo, con el tema **revascularización carotídea percutánea**; coordinada por el Dr. Arturo Muñoz y el 26 de junio de **oclusión coronaria crónica**; coordinada por el Dr. Samuel Chacek y el Dr. Octavio Beltrán. Ambas sesiones con excelentes ponentes y de gran contenido científico ¡No se las pierda!

Para esta edición se incluye una nueva sección titulada: **Conociendo a nuestros colegiados y maestros**; con el objetivo de conocer la historia de cada uno de nosotros, nuestra formación, logros y retos. Para esta sección tenemos como primer invitado al maestro, Dr. José Carlos Buenfil Medina, quien nos comparte su biografía.

Por último, nuestra labor editorial no puede ser realizada sin la participación activa de todos los colegiados, por lo que agradecemos a los colegas que han participado y hacemos una invitación a todos a escribirnos y participar en las siguientes ediciones.

Dr. Luis R. Virgen Carrillo
Co-Editor en Jefe del Boletín COMECITE



¿Debe el Cardiólogo manejar pacientes Covid-19?

Dr. Samuel Chacek Saslavsky

A inicios del año 2020 cuando el Covid-19 se consideraba aún como una afectación de vías respiratorias similar a la influenza: Internistas, infectólogos, neumólogos y médicos familiares, eran los especialistas lógicos para atender a los contagiados.

El impacto observado la Salud Pública; fue desestimado en todo el mundo.

Reportes de hace más de 1 año, hablaban ya del papel de los receptores ACE como sitio de unión al virus, y se hacían algunas elucubraciones sobre si el manejo de los pacientes hipertensos debía continuar con IECAs ó inhibidores ARA II.

Para entonces pocos cardiólogos en la práctica cotidiana prestaban atención a ello. Era mejor y más seguro seguir en la rutina de siempre, mantener un perfil lejano al Covid, y atender solo al Cardiópata. Al entrar a sala, empezábamos a hablar de protocolos de

seguridad, el uso de equipos de protección personal y pruebas Covid.

Conforme transcurrió el tiempo, y el Covid-19 se convirtió en Pandemia, entendimos que esta infección viral mas que ser una afectación aislada de vías respiratoria, incluso considerada por muchos como una “una gripa fuerte” se trataba en realidad de una afectación sistémica, condicionante tanto de trastornos inflamatorios como trombóticos.

Los pacientes con peor pronóstico, resultaron ser aquellos adultos que sin tener un control médico adecuado, era portadores de: Hipertensión, diabetes, obesidad, sedentarismo y dislipidemia (Síndrome metabólico). Justo la población que atendemos en lo cotidiano.

Sabemos que estas personas viven cotidianamente con “inflamación” y tienen

por consecuencia una mayor expresión de receptores ACE2.

Ante este razonamiento resultó permisible entender qué al llegar el virus a ellos, el impacto del mismo iba a ser mayor, por tener entre otras condiciones, una mayor expresión en los sitios de unión.

Medir hoy día en laboratorio marcadores como; ferritina, proteína C, interleucina 6 y dímero D, así como utilizar en lo cotidiano términos como: Fase viral, inflamatoria o "tormenta de citosinas" para muchos como un servidor, se ha vuelto una práctica cotidiana sobre todo cuando manejamos pacientes internados o que entran procedimientos intervencionistas

El CorSarsCov2 en su fisiopatología es también responsable de trastornos en la coagulación. Las primeras autopsias en Europa, documentaron procesos macro y micro trombóticos, surgiendo a partir de ello, la idea de manejar esquemas diversos de anticoagulación como parte del arsenal terapéutico.

Al iniciar las campañas masivas de vacunación. Surgen nuevamente algunas complicaciones de orden trombótico.

En COMECITE el sábado 17 de abril 2021, presentamos una sesión académica extraordinaria online, con cerca de 500 espectadores en tiempo real, teniendo como invitado de honor al Dr. Roberto Ovilla Hematólogo quien reportase en México el primer caso oficial de trombosis asociado a vacuna de vector viral. En el evento se contó también con la presencia del Lic. Emilio Mussali, presidente de la Asociación Mexicano de Agentes de seguros de la CdMx y el Lic. Abraham Dávila, abogado director del despacho Medical Legal Center.

Si hicieron reflexiones importantes referentes a la fisiopatología del virus, el mecanismo

de acción de las vacunas, sus riesgos y beneficios. Y finalmente se comentaron temas del interés relacionados a cobertura de gastos y responsabilidad médico legal.

La entrevista completa está abierta al público en general en Youtube, se tienen a la fecha actual más de 1,500 visitas y numerosos comentarios positivos.

Junto con los hematólogos, somos junto con los hematólogos somos los especialistas que mayor conocimiento y experiencia tenemos en lo que refiere a coagulación. Estamos aún en proceso de aprendizaje para entender que está pasando hoy día con el Covid prolongado y que repercusiones habrá en lo cardiovascular.

Los cardiólogos debemos involucrarnos mas con los temas Covid y reconocer estos conceptos fisiopatológicos como parte de nuestra especialidad. Recordemos que antes de ser intervencionistas, somos cardiólogos, antes de cardiólogos somos médicos y antes de Médicos, seres humanos con vocación de ayuda al prójimo.

Por: Dr. Samuel Chacek Saslavsky
Cardiólogo Clínico e Intervencionista
Miembro fundador de Comecite
Hospital Ángeles Lomas, Hospital Español
CdMx, Centro Médico Dalinde

Entrevista COMECITE con el Experto, 17 de abril 2021
<https://youtu.be/6ON4eCxSWvE>



Aspectos relevantes de la sesión “Enfermedad Coronaria en la Mujer” COMECITE/SCAI

Dra. Lourdes M. Figueiras-Graillet
Dra. Yoloxóchitl García Jiménez

La cardiopatía isquémica constituye una importante causa de morbimortalidad en el sexo femenino por una serie de factores genéticos, biológicos, anatómicos y biopsicosociales que influyen de manera deletérea en su presentación, búsqueda de la atención, tratamiento, complicaciones y rehabilitación posterior.

Es cierto que la Cardiopatía isquémica es más frecuente en hombres y el impacto en la mortalidad entre hombres y mujeres es similar de manera global, sin embargo, en el infarto con elevación del segmento ST (IAMCEST) la mortalidad es significativamente mayor en mujeres.

La incidencia de IAMCEST se ha duplicado en mujeres menores de 65 años con un comportamiento anfractuoso respecto al género masculino presentando mayor mortalidad intrahospitalaria pudiéndose considerar al sexo femenino como un predictor independiente de muerte intrahospitalaria.

Existen factores, probablemente subestimados como los aspectos biopsicosociales que juegan un papel crucial en el desarrollo y evolución de la enfermedad hasta el punto que podría vislumbrarse la cardiopatía isquémica como el paradigma de desigualdad entre hombres y mujeres.

Las evidentes diferencias no solo a nivel anatómico-biológico propias del sexo sino desigualdades culturales, económicas o las aún presentes discriminaciones por grupo, "categoría" o género en el momento del acceso al recurso, pueden llegar a entorpecer la detección y atención oportuna.

La mujer tiene tasas de desempleo más altas, mayor carga de trabajo doméstico, salarios más bajos, aumento en la atención de cuidado a enfermos y dependientes, así como mayor riesgo de pobreza y exclusión social. Estas situaciones, favorecen mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión que impactan negativamente en la salud cardiovascular como se ha demostrado en estudios como el VIRGO o el IM-JOVEN.

Desde el punto de vista anatómico, la mujer presenta vasos más pequeños en relación con el Índice de Masa Corporal (IMC), mayor incidencia de enfermedad coronaria difusa, disección coronaria espontánea, enfermedad vasoespástica, enfermedad coronaria no obstructiva y enfermedad de la microvasculatura, que aunados a fenómenos, como mayor erosión de placa, trombo y disfunción plaquetaria, favorecen el escenario de un abordaje más complejo con menor tasa de éxito y aumento de complicaciones peri y post procedimiento de revascularización.

El impacto en la mortalidad por sexo es claro ya que a nivel intrahospitalario es mayor en mujeres con IAMCEST que a su vez presentan tiempos más prolongados "puerta-balón" y un menor enfoque y apego en la atención a las guías de práctica clínica versus el sexo masculino.

La enfermedad coronaria en el sexo femenino habitualmente está subdiagnosticada, con un retraso en la búsqueda de la atención, un tratamiento de reperfusión más tardío y aumento de eventos mayores adversos y complicaciones cuando se someten a

intervención coronaria percutánea.

Presentan también, mayor mortalidad durante la ICP, mayor riesgo de sangrado y resultados del SHOCK Registry nos demuestran que las mujeres con IAMCEST y shock cardiogénico están más enfermas y tienen un mayor número de complicaciones mecánicas como la insuficiencia mitral aguda o la ruptura cardiaca.

Por otra parte, es una realidad que las mujeres jóvenes (menores de 55 años) con IAMCEST son tratadas de forma menos agresiva y tienen una mortalidad mayor a los hombres porque se revascularizan menos, y además se infrautilizan los dispositivos de asistencia mecánica circulatoria que claramente tras los resultados del RECOVER III aportan beneficios en la supervivencia si se instauran antes de la titulación de los inotrópicos.

Según datos del cVAD Registry, el uso precoz de dispositivos de asistencia circulatoria como el IMPELLA en pacientes del sexo femenino con IAMCEST y shock cardiogénico que van a angioplastia primaria la mortalidad a 30 días disminuye respecto al varón, sin embargo, lamentablemente, esta práctica, está visiblemente limitada en nuestro medio. Por último, por la importancia epidemiológica que representa el punto medular de intersección entre cáncer de mama y enfermedad coronaria abordamos este tema no sólo por la coexistencia de ambos compartiendo factores de riesgo sino por la repercusión en la mortalidad y complicaciones de la paciente con cáncer de mama de causa cardiaca, que oscurecen su pronóstico y supervivencia.

La quimioterapia y radioterapia precoz que han demostrado curación o aumento en la esperanza de vida de la mujer con cáncer de mama, conforman una paradoja compleja con la aparición de mayor enfermedad cardiovascular o muerte de origen cardiaco en este grupo de pacientes tratadas de forma oportuna.

Es decir, la tasa de supervivencia en una paciente con cáncer de mama es alta con un diagnóstico y tratamiento temprano pero el tratamiento inicial la expone a una enfermedad coronaria más precoz y una aterosclerosis tardía paralela a las dosis acumuladas de radioterapia que si bien, a nivel endotelial ya pueden objetivarse cambios de toxicidad celular de forma inmediata, la regla, es la evolución a una aterosclerosis acelerada de forma más "tardía" con características muy particulares. El daño vascular por destrucción endotelial y a nivel del cardiomiocito con liberación de especies reactivas de oxígeno favorecen la permeabilidad vascular, vasoconstricción, protrombosis, y apoptosis. Esta activación de vías inflamatorias produce una serie de cambios que van desde la activación plaquetaria, de miofibroblastos y metaloproteinasas que promueven la génesis de lesiones ricas en placas fibrosas con destrucción de la capa media originando lesiones excéntricas, largas y de localización anatómica ostial o proximal. Fármacos como los inhibidores del Factor de Crecimiento Derivado de Endotelio, Taxanos, Cisplatino o 5-Fluoracilo se han relacionado no solo con daño endotelial sino con trombosis coronaria y vasoespasmo.

En resumen, gracias a grandes estudios poblacionales, grupos de trabajo e iniciativas como esta realizada por COMECITE-SCAI hemos podido conocer las peculiaridades en el comportamiento del Síndrome coronario agudo en la mujer evidenciando la necesidad de un abordaje específico, precoz y efectivo tanto en prevención primaria como secundaria aunado a la creación y adhesión a guías terapéuticas específicas en la enfermedad cardiovascular de la mujer. Las campañas de difusión y promoción de la información en la población general junto al conocimiento médico de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria en la mujer, su comportamiento y evolución, nos permitirán avanzar; en la toma de decisiones,

que tengan un impacto determinante a corto y largo plazo, en la morbimortalidad de nuestras pacientes.

Por: Dra. Lourdes M. Figueiras-Graillet

Cardióloga Intervencionista
Comisión de Imagen Cardiovascular e
Intervencionismo Coronario de COMECITE
Coordinadora del Capítulo de
CardioOncología de la ANCAM
Miembro del Grupo de Trabajo de
CardioOncología de la Sociedad Mexicana
de Cardiología

Dra. Yoloxóchitl García Jiménez

Cardióloga Intervencionista
Comisión de Planificación de COMECITE
Vocal de la Iniciativa para el Corazón de la
Mujer de ANCAM



Conociendo a nuestros colegiados y maestros

Dr. José Carlos Buenfil Medina

Esta sección nos muestra parte de la trayectoria de quienes integramos COMECITE, nos hace reflexionar y conocer el desarrollo de las grandes transformaciones del ámbito profesional en la cardiología intervencionista y valorar el quehacer médico, en este caso, pionero en su desarrollo y fundamental para nuestro presente.

Me dirijo respetuosamente a todos mis compañeros colegiados de COMECITE, agradezco la distinción que me hacen para abrir esta sección que nos permitirá conocernos mejor.

Soy José Carlos Buenfil Medina, mexicano de nacimiento, nací en la Ciudad de México en la Delegación ahora Alcaldía Benito Juárez el 11 de agosto de 1958, tengo 62 años de edad, soy casado; mi mujer es Renata Patiño Rodríguez Malpica y tengo 2 hijas, Daniela de 12 años y Sofia de 9 años.

Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 1976 a 1982. Cédula Profesional 735292, SSA 95419. Acredité el Examen Nacional de Conocimientos Médicos, ahora ENARM el 15 de noviembre de 1981. Realicé la Residencia Rotatoria de Posgrado en Ciudad Juárez Chihuahua, 1982-1983; acredité el curso C.I.E.M. Curso de Introducción a la Especialidad Médica certificado por el ISSSTE y la UNAM. Realicé la especialidad de Medicina Interna, en el Hospital Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE,

1983-1986 acreditado por la UNAM y el ISSSTE, en este período obtuve la medalla Gabino Barreda al mérito universitario, otorgada por la UNAM, por haber obtenido el más alto promedio de calificación al término de mis estudios de la especialidad de Medicina Interna, cédula profesional de Medicina Interna 3273472, Consejo en Medicina Interna 1986-1995.

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, realicé mis estudios de Cardiología: de 1986 a 1989, como Médico Residente, con cédula profesional en Cardiología 3625307. Consejo en Cardiología Clínica CONACEM 0383. Asimismo, participé en el entrenamiento en Hemodinámica de 1988 a 1989, segunda generación de Cardiólogos Intervencionistas entrenados en ese instituto. Consejo en Cardiología Intervencionista CONACEM 0383. Además, realicé un entrenamiento en Terapia Intensiva Post Quirúrgica de 1988 a 1989 y en Rehabilitación Cardíaca de 1993 a 1994.

He laborado en varios sistemas de salud a nivel público / gubernamental, Miembro del grupo cardiológico del Hospital Central Sur de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos, PEMEX en áreas de Hospitalización y Unidad Coronaria y Terapia Intensiva Post quirúrgica, de 1989 a 1991. Médico Adscrito al Servicio de Hemodinamia del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE de 1989 a 2001, en este servicio fuimos partícipes del inicio de la residencia Cardiología Intervencionista y los

programas de Cardiología Intervencionista: Angioplastía Coronaria Transluminal Percutánea con el apoyo y enseñanzas del Dr. Juan Arce González. Fuimos pioneros en el uso de la imagen coronaria como apoyo a la Angioplastía Coronaria con el ultrasonido Intra Coronario y Angioplastía con Aterectomía Rotacional. Iniciamos el programa de valvuloplastías pulmonar y mitral, iniciamos el programa de estimulación cardíaca bicameral y el programa de desfibriladores implantables, fuimos pioneros en el uso de la Resincronización Cardíaca, lo anterior con el apoyo del Dr. Rogelio Robledo Nolasco, consolidamos la clínica de seguimiento de marcapasos y desfibriladores, Colaboramos en el inicio del programa de biopsias miocárdicas post trasplante.

A la Secretaría de Marina Armada de México (SEMAR) ingresé el 16 de abril de 1989, al Centro Médico Naval, donde logramos la apertura de nuestro Laboratorio de Cateterismo Cardíaco en 1998 e igualmente iniciamos y fuimos pioneros en todos los programas de Intervencionismo Cardíaco. Nuestro Laboratorio de cateterismo e Intervención Endo Vascular fue parte del programa de formación de Cardiólogos Intervencionistas con sede en el Hospital Español de México, donde el Dr. Juan Arce González era el Médico Titular del Núcleo Académico de esa unidad formadora de Cardiólogos Intervencionistas. En la SEMAR he ocupado los cargos de Jefe de Cardiología, Jefe de Hemodinamia, Jefe de Especialidades Médicas, Jefe de Área Médica, Subdirector Médico y actualmente Jefe o Subdirector de Enseñanza, Calidad e Investigación.

En estos 32 años de ejercicio de la Cardiología Intervencionista he sido testigo del gran avance de esta disciplina, desde la Angioplastía Coronaria con Balón hasta la hoy depurada técnica con la cual se hace Revascularización Miocárdica Percutánea, una técnica tan eficiente y depurada que ha llegado retar a su contraparte la Revascularización Miocárdica Quirúrgica,

que decir de la sección de Intervencionismo Estructural, Intervencionismo Vascular Periférico y otras áreas de esta apasionante profesión.

También he sido testigo del gran avance del recurso humano, es decir, de los grandes Cardiólogos Intervencionistas que este país ha formado y que día a día son participes de la atención, educación y rehabilitación de todos nuestros pacientes cardiopatas.

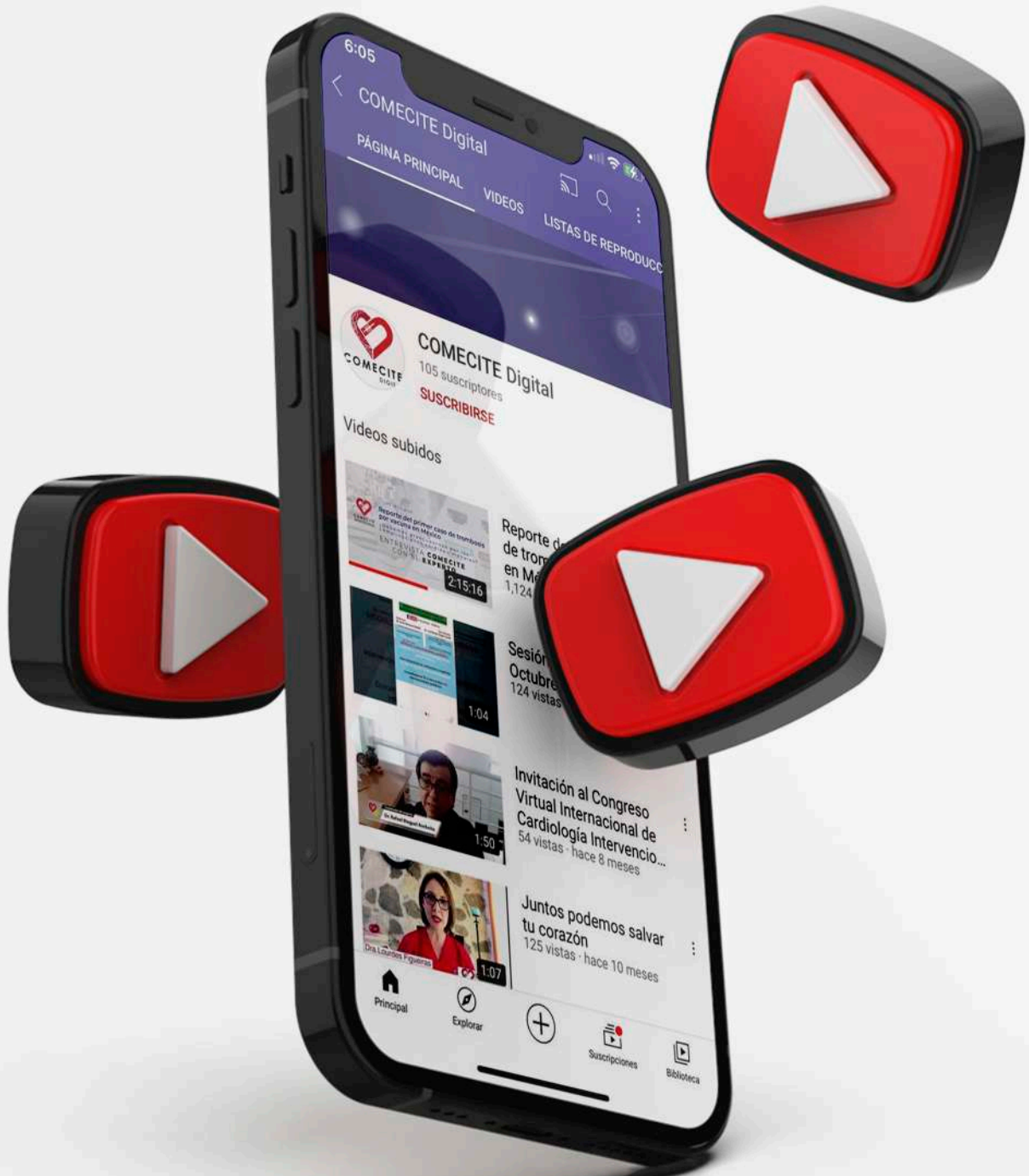
A toda esta comunidad les dirijo mi respeto y admiración.

Por: Dr. José Carlos Buenfil Medina



COMECITE

DIGITAL





COMECITE



COMECITE



COMECITE



@COMECITE



55 6024 3287

Colegio Mexicano de Cardiología Intervencionista
y Terapia Endovascular, A.C.

www.comecite.org
contacto@comecite.org