

Guía clínica referente a COVID-19 para el equipo cardiovascular

Nota: COVID-19 representa una emergencia sanitaria de evolución rápida. La guía expuesta en este documento proviene de la evidencia publicada hasta el momento y avalada por el American College of Cardiology.

Contexto clínico actual del COVID-19

- La tasa de fatalidad del COVID-19 basado en publicaciones es de un 2.3%. Hay datos que indican menor mortalidad fuera del epicentro de Hubei, China.
- Más del 80% experimentan síntomas leves y se recuperan sin intervención médica intensiva.
- La morbimortalidad aumenta de forma significativa con la edad, siendo hasta 8% en pacientes con edad 70-79 años y 14.8% en mayores de 80 años según reportes de la población china.
- Según los centros de control de enfermedad de China, los pacientes con comorbilidades tienen mayor probabilidad de adquirir el COVID-19. De acuerdo a los reportes, entre un 25-50% de los pacientes con COVID-19 tienen comorbilidades.
- La fatalidad en pacientes con comorbilidades es mayor que en la población general:
 - Cáncer: 5.6%
 - HTA - 6%
 - Enfermedad respiratoria crónica - 6.3%
 - Diabetes - 7.3%
 - Enfermedad cardiovascular - 10.5%

Complicaciones Cardíacas Agudas por COVID-19

- En un reporte reciente de 138 pacientes hospitalizados por COVID-19, 16.7% desarrollaron arritmia y 7.2% daño cardíaco agudo (troponinas elevadas).
- Datos actuales aun no describen la prevalencia de complicaciones cardíacas en pacientes con enfermedad CV vs no enfermedad CV.
- Las complicaciones cardiovasculares por COVID-19 son similares en incidencia ~~con~~ a SARS, MERS e influenza.
- En pacientes con falla cardíaca, arritmia, cambios ECG o cardiomegalia debería realizarse ecocardiograma.

COVID-19 en pacientes con comorbilidades cardiovasculares

- Identificar de forma precoz y aislar de otros pacientes cardiovasculares aquellos con síntomas por COVID-19
- Pacientes con enfermedad CV tienen mayor probabilidad de contraer COVID-19 y mayor mortalidad.
- Es razonable comunicar a todos los pacientes cardiovasculares de su mayor riesgo, así como reforzar las medidas de precaución.
- Es importante que los pacientes con enfermedad CV se mantengan al día en sus inmunizaciones, especialmente anti-neumocócica dado el riesgo mayor de la sobreinfección bacteriana en pacientes con COVID-19. Se recomienda la vacunación contra la influenza en los pacientes con enfermedades CV.
- Se sugiere sustituir la consulta presencial en pacientes estables por la vía telefónica o videoconferencia.

- Es razonable considerar priorizar el tratamiento en pacientes con COVID-19 en aquellos con afecciones respiratorias previas, diabéticos, enfermedad renal, oncológicos u otra comorbilidad.
- Los síntomas clásicos de IAM podrían estar minimizados en el contexto de COVID-19 resultando en un sub diagnóstico.
- Se deberán elaborar protocolos para el manejo de pacientes con IAM para pacientes con o sin COVID-19 con especial énfasis en el cateterismo de urgencia y cirugía cardíaca. Se deberán incluir protocolos para limitar el personal de hemodinamia y block quirúrgico.

COVID-19 y uso de IECAs

Basado en los reportes iniciales de China y evidencia de que pacientes infectados por el COVID-19 con HTA podrían estar asociados a un riesgo mayor de mortalidad, se han difundido especulaciones e hipótesis respecto al posible riesgo con el uso de IECA o Bloqueadores de los receptores de angiotensina. Actualmente la evidencia en relación a la HTA y COVID-19 es asociativa y requiere su ajuste a otras comorbilidades y la edad. Según algunas publicaciones la HTA podría dejar de ser un factor de riesgo luego de su ajuste a edad. De la misma forma, el uso de IECAs puede ser tan solo un confundidor y no un predictor independiente tanto para la adquisición de COVID-19 como para la mortalidad asociada.

El COVID-19 se adhiere a receptores ACE2 para infectar las células y estos están aumentados en pacientes bajo IECA o bloqueadores de los receptores de angiotensina.

La hipótesis de daño o riesgo aumentado con el uso de IECA no tiene actualmente justificación científica y nos adherimos a las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología en no suspender dicha medicación hasta no tener mayor evidencia al respecto.

Referencias:

-

www.acc.org/latest-in-cardiology/features/~/_media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/2020/02/S20028-ACC-Clinical-Bulletin-Coronavirus.pdf

-

[https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-\(CHT\)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang](https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang)

- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020.

-

<https://ish-world.com/news/a/A-statement-from-the-International-Society-of-Hypertension-on-COVID-19>.