

Preguntas clave sobre la COVID-19 y la enfermedad cardiovascular

A continuación, se ofrece un resumen de las directrices clínicas del ACC sobre las implicaciones cardíacas de la COVID-19.

Organizadas en un formato de preguntas frecuentes para facilitar la navegación, estas directrices se resumen a partir de documentos más extensos aprobados por el Comité de Ciencias y Calidad del ACC y publicados en la [Plataforma de la COVID-19 del ACC \(ACC COVID-19 Hub\)](#) o en [Journal of the American College of Cardiology \(Revista del Colegio Estadounidense de Cardiología\)](#).

Estas preguntas frecuentes están indicadas para ser temáticas, no exhaustivas.

¿Cuál es el papel de la medición de la troponina en la COVID-19?

Categoría: Gestión de biomarcadores

Tipo de paciente: COVID+

Prevalencia: COMÚN

Directriz principal: *La troponina está habitualmente elevada en los pacientes con COVID-19 y no indica necesariamente infarto de miocardio (IM) ni otras secuelas cardíacas; la supervisión de rutina de la troponina está indicada en caso de sospecha clínica de IM o disfunción cardíaca.*

Autor: Dr. James L. Januzzi, Jr., FACC

Fuente: [Troponin and BNP Use in COVID-19 \(Uso de la troponina y el péptido natriurético tipo B en la COVID-19\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 18 de marzo de 2020

El ascenso y/o descenso de la troponina –que indica una lesión miocárdica– es habitual entre los pacientes con infecciones respiratorias agudas y se correlaciona con la gravedad de la enfermedad.

Los valores anómalos de la troponina son habituales entre aquellos con infección por COVID-19, en especial cuando se utiliza un ensayo de la troponina cardíaca de alta sensibilidad (hs-cTn, por sus siglas en inglés). Se observa una hs-cTn detectable en la mayor parte de los pacientes con COVID-19 y está significativamente elevada en más de la mitad de los pacientes que fallecen.

Los mecanismos subyacentes de la lesión miocárdica en aquellos con infección de COVID-19 no se comprenden del todo, sin embargo, al igual que ocurre con otras enfermedades respiratorias graves, el daño miocárdico directo no coronario es casi seguro la causa más habitual.

Dada la presencia de una distribución abundante de ACE2 –el sitio de unión del SARS-CoV-2 en los cardiomiocitos– algunos han planteado que la miocarditis podría ser una causa habitual.

Esto podría quedar respaldado por los informes de insuficiencia ventricular izquierda aguda relacionada con la COVID-19. Otras posibilidades incluyen el IM agudo: ya sea IM de tipo 1 basado en la ruptura de placa generada por la infección o el IM de tipo 2 basado en la desigualdad entre el suministro y la demanda.

Es importante tener en cuenta que, un ascenso y/o descenso de la troponina es insuficiente para asegurar el diagnóstico de IM agudo; debería basarse en el criterio clínico, los síntomas y signos, y los cambios en el ECG.

Dada la frecuencia y la naturaleza no específica de los resultados anómalos de troponina entre pacientes con infección de COVID-19, se aconseja a los profesionales clínicos medir solo la troponina si el diagnóstico de IM agudo se considera sobre la base de fundamentos clínicos.

Además, una troponina anómala no se debería considerar una evidencia de un IM agudo sin pruebas que lo corroboren.

El uso de la ecocardiografía o la angiografía coronaria para los pacientes de COVID-19 con lesión miocárdica o troponina elevada se debe restringir a aquellos en los que pruebas diagnósticas adicionales afectarían significativamente a los resultados clínicos.

¿Cuál es la función de la medición del BNP en la COVID-19?

Categoría: Gestión de biomarcadores

Tipo de paciente: COVID+

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *El BNP está elevado habitualmente en los pacientes con COVID-19 y no indica necesariamente una insuficiencia cardíaca de nueva aparición; la evaluación y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca solo se debería iniciar en los pacientes de COVID-19 con BNP elevado, en presencia de evidencias clínicas confirmatorias.*

Autor: Dr. James L. Januzzi Jr., FACC

Fuente: [Troponin and BNP Use in COVID-19 \(El uso de la troponina y el BNP en la COVID-19\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 18 de marzo de 2020

Los péptidos natriuréticos son biomarcadores del estrés miocárdico y se elevan frecuentemente entre pacientes con enfermedades respiratorias graves, especialmente en ausencia de presiones de llenado elevadas o insuficiencia cardíaca clínica.

De forma muy parecida a la troponina, la elevación del BNP o la prohormona N-terminal del péptido natriurético tipo B (NT-proBNP) se asocia con un curso desfavorable entre pacientes con ARDS.

Los pacientes con infección de COVID-19 con frecuencia demuestran una elevación importante de los niveles de BNP o NT-proBNP. No se conoce con seguridad la importancia de este

hallazgo y no debería provocar una evaluación o tratamiento de la insuficiencia cardíaca, salvo que haya evidencias clínicas claras del diagnóstico.

El uso de la ecocardiografía o la angiografía coronaria para los pacientes de COVID-19 con lesión miocárdica o péptidos natriuréticos elevados se debe restringir a aquellos en los que pruebas diagnósticas adicionales afectarían significativamente a los resultados clínicos.

¿Cuál es la función de los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS, por sus siglas en inglés) en la COVID-19?

Categoría: Opciones terapéuticas CV

Tipo de paciente: Todos

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *El ACC, la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA), la Sociedad Estadounidense de la Insuficiencia Cardíaca (HFSA) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) recomiendan enérgicamente la continuación de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA)/antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA)/inhibidores de la neprililina y los receptores de la angiotensina (INRA) de acuerdo con las directrices clínicas actuales, con independencia del estado respecto a la COVID, salvo que esté justificado clínicamente (p. ej., gestión hemodinámica en un contexto de cuidados intensivos/servicios de urgencias).*

Autor: Declaración conjunta del ACC, la AHA y la HFSA; **Actualización:** **Dr. Eugene Yang, FACC; Dra. Anandita Agarwala; Dra. Lisa Martin, FACC; Dr. Arjun Kanwal; Eileen Handberg, PhD, FACC**

Fuente: [HFSA/ACC/AHA Statement Addresses Concerns Re: Using RAAS Antagonists in COVID-19 \(Declaración de HFSA/ACC/AHA que aborda las preocupaciones relacionadas con la utilización de los antagonistas del RAAS en la COVID-19\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 17 de marzo de 2020; Actualización: 11 de mayo de 2020

Actualmente, no hay datos experimentales ni clínicos que demuestren resultados beneficiosos o adversos con el uso de base de los inhibidores de la ECA, ARA u otros antagonistas del RAAS en la COVID-19 o entre pacientes de COVID-19 con antecedentes de enfermedad cardiovascular tratada con dichos agentes.

La HFSA, el ACC y la AHA recomiendan la continuación de los antagonistas del RAAS para aquellos pacientes a los que se prescriben actualmente dichos agentes para indicaciones para las que se sabe que son beneficiosos, como la insuficiencia cardíaca, la hipertensión o la cardiopatía isquémica.

En caso de que pacientes con enfermedad cardiovascular reciban un diagnóstico de COVID-19, las decisiones de tratamiento individualizado deben tomarse de acuerdo con el estado hemodinámico y la presentación clínica de cada paciente.

Por tanto, se aconseja no añadir ni eliminar ningún tratamiento relacionado con el RAAS, más allá de acciones basadas en la práctica clínica estándar.

Detalles adicionales que respaldan la Declaración conjunta del ACC, la AHA y la HFSA:

- El sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) desempeña un papel esencial en la fisiopatología de la hipertensión, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad renal.
- El SARS-CoV-2, el virus que provoca la COVID-19, parece infectar las células humanas a través del receptor de la ECA-2 (enzima convertidora de la angiotensina 2).
- La ECA-2 desempeña un papel esencial en la regulación del RAAS y media la descomposición de la angiotensina I y II en proteínas inactivadas (angiotensina 1-9 y angiotensina 1-7, respectivamente).
- La inhibición farmacológica del RAAS con inhibidores de la ECA o antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA) puede aumentar los niveles de ECA-2 y, por tanto, aumentar las preocupaciones de seguridad teóricas en pacientes con COVID-19 tratados; disponible [aquí](#).
- Ningún estudio hasta la fecha ha evaluado prospectivamente el impacto de la inhibición del RAAS en pacientes con COVID-19.
- Aunque hay datos incoherentes sobre los resultados clínicos con la inhibición del RAAS entre pacientes con COVID-19 hospitalizados, algunos estudios recientes sugieren un efecto protector con menores tasas de morbilidad; disponible [aquí](#).
- Se están realizando varios ensayos clínicos para evaluar el efecto de la modulación del RAAS (ECA-2 recombinante y losartán) en los resultados de los pacientes con COVID-19.
- Mientras no haya más datos disponibles, **se debe continuar con los inhibidores del RAAS en pacientes con COVID-19 clínicamente estables** y seguir las recomendaciones publicadas por el [American College of Cardiology \(Colegio Estadounidense de Cardiología\)](#), [American Heart Association \(Asociación Estadounidense del Corazón\)](#) y [Heart Failure Society of America \(Sociedad Estadounidense de la Insuficiencia Cardíaca\)](#), y el [European Society of Cardiology Council on Hypertension \(Consejo de la Sociedad Europea de Cardiología sobre la hipertensión\)](#).

¿Cuál es la función de la terapia con estatinas en la COVID-19?

Categoría: Opciones terapéuticas CV

Tipo de paciente: Todos

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *La terapia con estatinas dirigida por las directrices es esencial en el contexto de la COVID-19, dada la elevada mortalidad entre pacientes con enfermedad*

cardiometabólica preexistente; las evidencias limitadas sugieren que la terapia con estatinas podría mitigar los eventos cardiovasculares entre pacientes con infecciones virales, pero es insuficiente para justificar la prescripción específica para la COVID.

Autor: Dr. Salim Virani, FACC

Fuente: [Is there a role for statin therapy in acute viral infection? \(¿La terapia con estatinas tiene un papel en la infección viral aguda?\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 18 de marzo de 2020

La terapia con estatinas dirigida por las directrices en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD, por sus siglas en inglés), diabetes, o aquellos con riesgo de moderado a alto, sigue siendo esencial en el contexto de la COVID-19 dado el índice de letalidad extremadamente alto de los pacientes con enfermedad cardiovascular (10,8 %) y diabetes (7,3 %).

Algunos estudios observacionales también sugieren que la terapia con estatinas se asocia con una reducción de diversos resultados cardiovasculares (y potencialmente la mortalidad) entre pacientes hospitalizados con gripe y/o neumonía.

Un ensayo aleatorizado sugiere los posibles efectos beneficiosos de iniciar una terapia oral con estatinas en casos de pacientes intubados con neumonía; otro ensayo no descubrió ningún beneficio.

No obstante, estos hallazgos se han utilizado para plantear la hipótesis de un efecto potencialmente beneficioso de las estatinas para pacientes con MERS-COV (y otros betacoronavirus como SARS-CoV-2). Actualmente, no existen evidencias aleatorizadas u observacionales que respalden estas conjeturas.

Sin embargo, es importante destacar, que las estatinas no parecen ser nocivas en este contexto.

¿Cuáles son algunas consideraciones de la ecocardiografía en la COVID-19?

Categoría: ESTUDIOS POR IMÁGENES

Tipo de paciente: COVID+

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *La ecografía en el punto de atención, con un agente potenciador de la ecografía, es la modalidad de obtención de imágenes de primera línea para los pacientes COVID+ porque proporciona información significativa a nivel clínico, sirve como triaje eficaz para una obtención de imágenes más avanzada y minimiza la exposición del personal.*

Autor: Dr. James Kirkpatrick, FACC, FASE (Presidente); Carol Mitchell, PhD, FASE; Dra. Cynthia Taub, FASE; Dra. Smadar Kort, FACC, FASE; Dra. Judy Hung, FACC, FASE; Dr. Madhav Swaminathan, FASE

Fuente: [ASE Statement on Protection of Patients and Echocardiography Service Providers During the 2019 Novel Coronavirus Outbreak \(Declaración de la Sociedad Estadounidense de Ecocardiografía \[ASE\] sobre la protección de los pacientes y los proveedores de servicios de ecocardiografía durante el nuevo brote de coronavirus de 2019\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 18 de marzo de 2020

La ecocardiografía es una modalidad esencial de obtención de imágenes para evaluar las complicaciones cardíacas de la infección viral, así como gestionar a los pacientes COVID+ con una enfermedad cardiovascular subyacente.

Sin embargo, en el contexto de la enfermedad infecciosa, pueden estar justificadas modificaciones del procedimiento estándar.

- Puede resultar aconsejable la ecografía en el punto de atención (POCUS, por sus siglas en inglés) para los pacientes COVID+, porque permite la evaluación del paciente en la habitación, al tiempo que minimiza la exposición del personal.

Cuando sea posible, planifique por adelantado los procedimientos, lo que incluye el uso de un agente potenciador de la ecografía (UEA, por sus siglas en inglés), para obtener con rapidez la secuencia de imágenes más relevante. El UEA ha demostrado ser seguro y eficaz en pacientes en la UCI.

El archivado y transmisión de imágenes a ecocardiógrafos con experiencia puede evitar la necesidad de realizar ecografías adicionales y/o guiar con precisión la necesidad clínica de obtención de imágenes avanzadas (p. ej., movimiento de las paredes, evaluación valvular cuantitativa, etc.).

- La tomografía computarizada realizada con contraste y la RM se deben considerar alternativas a la ecocardiografía transesofágica (TEE, por sus siglas en inglés) inductora de aerosoles para la exclusión de un trombo en la orejuela auricular izquierda antes de la cardioversión.
- Considere la posibilidad de posponer las ecocardiografías de esfuerzo o de utilizar una modalidad alternativa, dado el riesgo de transmisión adicional asociado con la respiración profunda y la posible tos.
- Como ocurre con todos los procedimientos, debe prestarse atención especial a la utilización de los EPP apropiados para el riesgo y limpiar y desinfectar rigurosamente los equipos entre pacientes.

¿Cuáles son algunas consideraciones en torno a los adultos de edad avanzada con enfermedad cardiovascular en el contexto de la COVID-19?

Categoría: GESTIÓN DE RECURSOS

Tipo de paciente: COVID+ CV, COVID- CV

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *Los adultos de edad avanzada con enfermedad cardiovascular están en situación de riesgo de desarrollar una versión grave de la COVID-19, y carecen del monitoreo adecuado de la enfermedad cardiovascular durante la pandemia. Los cardiólogos pueden considerar estas estrategias de gestión práctica para facilitar la atención.*

Autor: Dra. Nicole M. Orr, FACC y miembros selectos de la Sección de Miembros Geriátricos del ACC

Fuente: [Strategies For Risk Reduction and Management of Older Adults With Cardiovascular Disease During the COVID- 19 Pandemic \(Estrategias para la reducción del riesgo y la gestión de adultos de edad avanzada con enfermedad cardiovascular durante la pandemia de COVID-19\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 24 de abril de 2020

Muchos adultos de edad avanzada temerosos de la COVID-19 están cumpliendo estrictamente las medidas de aislamiento social y pueden estar evitando la atención médica de rutina. La gestión continua de la enfermedad cardíaca durante la pandemia es esencial, dado que la optimización de la salud cardiovascular no solo puede reducir el riesgo de ingreso cardíaco, sino potencialmente mitigar la vulnerabilidad en caso de exponerse al SARS-CoV-2.

Se debe contactar a los pacientes para evitar que cancelen las citas y alentarlos a reprogramarlas a través de encuentros de telesalud cuando resulte factible. Los adultos de edad avanzada pueden tener dificultades para navegar por las herramientas de tecnología audiovisual, por lo que se debe alentar a los pacientes y las familias a que se familiaricen con una plataforma de video a la que tengan acceso y con la que se sientan cómodos.

Se deben mantener las visitas por teléfono y se les reembolsará si los pacientes no pueden o no desean utilizar la tecnología de video.

Los encuentros con adultos de edad avanzada no infectados durante la pandemia deben centrarse en la prevención de enfermedades y la preparación frente a la COVID-19.

1. Las medidas de salvaguarda se deben reiterar en cada oportunidad y los profesionales clínicos deben utilizar el método de explicación de los conocimientos por parte del paciente para asegurar la comprensión.
2. Los encuentros directos con adultos de edad avanzada de alto riesgo deben ser evitados proactivamente por los profesionales clínicos, si han tenido una exposición reciente importante a la COVID a pesar de la falta de síntomas.
3. Todas las terapias farmacológicas dirigidas por las directrices relevantes se deben mantener en ausencia de contraindicaciones; es razonable considerar el inicio de la terapia con estatinas de acuerdo con las directrices del ACC.
4. Se debe resaltar la importancia de mantener la nutrición, la hidratación y el ejercicio diario a pesar de las medidas de aislamiento social.

5. Se debe indicar a los adultos de edad avanzada que identifiquen puntos de contacto sanos, de bajo riesgo y de confianza con los que los médicos puedan mantener una comunicación.
6. Se debe alentar enérgicamente a todos los adultos de edad avanzada a preparar directivas avanzadas y aclarar sus preferencias religiosas antes de una posible infección por el SARS-CoV-2, para que se puedan tomar decisiones de tratamiento en el momento de una posible enfermedad que sean conformes con sus objetivos.

La gestión de la COVID-19 en adultos de edad avanzada se debe individualizar, dado que dichos adultos son heterogéneos con respecto al estado de salud y la resistencia; la edad cronológica en solitario no debería determinar la estrategia de gestión.

1. La gestión farmacológica de los adultos de edad avanzada elegibles debería seguir las directrices descritas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). En concreto, la eficacia de la hidroxiclороquina y la cloroquina sigue sin demostrarse y en circunstancias óptimas deberían administrarse dentro de protocolos de investigación clínica y supervisarse cuidadosamente, dado el aumento del riesgo de prolongación del intervalo QT.
2. Se debe informar a los pacientes de que la hospitalización y la recuperación serán desafiantes dados los requisitos de aislamiento.
3. Se debe indicar a los pacientes que identifiquen un cuidador para ayudar con la recuperación si se les envía a casa y que preparen medios para mantener las conexiones sociales (p. ej., FaceTime, chats familiares, etc.) para ayudar a aliviar la experiencia desafiante a nivel emocional de la recuperación de aislamiento en un centro de enfermería especializado.
4. Por último, se debe alentar a los adultos de edad avanzada a que participen en [ensayos clínicos relacionados con el tratamiento de la COVID-19](#) de ser factible.

¿Cuáles son las consideraciones de monitoreo del intervalo QT por el uso de hidroxiclороquina y azitromicina en la COVID-19?

Categoría: Opciones terapéuticas experimentales para la COVID

Tipo de paciente: COVID+

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *Los medicamentos que prolongan el intervalo QT, incluidos aquellos que se utilizan para la COVID, requieren la evaluación y gestión del riesgo de arritmia ventricular. Hasta que estén disponibles directrices de ensayos clínicos, se describe un enfoque estándar que se ha modificado por las exigencias de la pandemia.*

Autor principal: Dr. Timothy F. Simpson, PharmD; Dr. Richard J. Kovacs, MACC; Dr. Eric C. Stecker, FACC

Fuente: [Ventricular Arrhythmia Risk Due to Hydroxychloroquine-Azithromycin Treatment For COVID-19 \(Riesgo de arritmia ventricular debido al tratamiento con hidroxiclороquina-azitromicina para la COVID-19\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 29 de marzo de 2020

La investigación clínica in vitro y preliminar ha sugerido que la hidroxicloroquina en solitario y en combinación con la azitromicina podría ser un tratamiento eficaz para la COVID-19.

Aunque las evidencias clínicas siguen siendo incipientes, los profesionales clínicos de muchos países han empezado a utilizar estos medicamentos.

Sin embargo, la cloroquina, la hidroxicloroquina y la azitromicina prolongan el intervalo QT, aumentando la preocupación por el riesgo de muerte arrítmica por el uso individual o concurrente de estos medicamentos.

Alentamos enérgicamente la inscripción de pacientes en protocolos de investigación clínica, siempre que estén disponibles.

Todo el uso clínico que se produzca fuera de un entorno de investigación debería incorporar unos beneficios previstos equilibrados respecto a los riesgos. A medida que los resultados de investigaciones adicionales estén disponibles, podrían ampliarse o reducirse las recomendaciones de monitoreo del intervalo QT.

¿Cómo deberían gestionar los pacientes con afecciones cardiovasculares la exposición en el lugar de trabajo a la COVID-19?

Categoría: OPCIONES TERAPÉUTICAS CV

Tipo de paciente: COVID- CV

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *Los profesionales clínicos deberían asesorar a los pacientes con afecciones cardiovasculares preexistentes para que adopten precauciones adicionales, incluido en el lugar de trabajo, para minimizar el riesgo de exposición a la COVID-19.*

Autor: Dr. Joseph Marine, FACC; Dr. Daniel M. Philbin, Jr., FACC; Dra. Kim A. Eagle, MACC; y Dr. Thomas M. Maddox, MSc, FACC

Fuente: Standalone (Independiente)

Fecha de aprobación de SQC: 24 de abril de 2020

Los pacientes con afecciones cardiovasculares, especialmente con enfermedades mal controladas, tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones por la COVID-19. Dichas personas, deben recibir asesoramiento para evitar situaciones que les pondrían en riesgo de exposición al SARS CoV2.

Junto con su médico, deberían evaluar su lugar de trabajo y determinar si existe un riesgo indebido. En tal caso, deberían considerarse estrategias de mitigación.

Estas incluyen minimizar el contacto cara a cara entre los empleados, la asignación de tareas laborales que permitan al paciente mantener una distancia de 2 m (seis pies) respecto a otros trabajadores, clientes y visitantes, o el teletrabajo si es posible.

En el caso de pacientes que trabajen en entornos de atención de la salud, se debe tratar de evitar la exposición directa del paciente con COVID-19.

Además, se debe asegurar que disponga de un equipo de protección personal adecuado para su entorno de trabajo. Consulte las recomendaciones de los CDC respecto a las adaptaciones del lugar de trabajo, que se encuentran [aquí](#).

¿Cuáles son las consideraciones respecto a la gestión y el riesgo de trombosis en la COVID-19?

Categoría: OPCIONES TERAPÉUTICAS DE LA COVID

Tipo de paciente: COVID+

Prevalencia: MODERADAMENTE COMÚN

Directrices principales: *El aparente aumento del riesgo trombótico en pacientes con COVID-19 es suficiente para recomendar una profilaxis farmacológica para la tromboembolia venosa (TEV) en todos los pacientes hospitalizados, salvo que esté contraindicada; los niveles de dímero D pueden ser valiosos para el monitoreo clínico, pero no existe actualmente ninguna evidencia que respalde su uso para guiar la intensidad de la anticoagulación más allá del criterio clínico; se debe considerar la profilaxis para la TEV posterior al alta con un anticoagulante oral directo (DOAC, por sus siglas en inglés).*

Autor: Dr. Geoffrey D. Barnes, MSc, FACC; Dr. Adam Cuker, MS; Dr. Ty J. Gluckman, FACC; Dr. Gregory Piazza, MS, FACC; Dra. Deborah M. Siegal, MSc

Fuente: [Thrombosis and COVID-19: FAQs for Current Practice \(La trombosis y la COVID-19: Preguntas frecuentes en la práctica actual\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 22 de abril de 2020

A pesar de las evidencias publicadas limitadas, la mayor parte de los expertos coinciden en que la señal de un mayor riesgo trombótico es suficiente para recomendar una profilaxis farmacológica para la tromboembolia venosa (TEV) en todos los pacientes hospitalizados con COVID-19, siempre que no haya contraindicaciones.

Cuando sea clínicamente adecuada, la heparina de bajo peso molecular una vez al día puede ayudar a minimizar el riesgo de exposición del personal y conservar el equipo de protección personal (EPP).

La coagulopatía descubierta en la COVID-19 grave parece estar asociada con unos niveles de fibrinógenos normales o incrementados, al contrario que la coagulopatía intravascular

diseminada (DIC, por sus siglas en inglés) y, por tanto, no presenta un claro riesgo superior de hemorragia.

Los niveles altos del dímero D parecen predecir un mal pronóstico en los pacientes con COVID-19, si bien la relación entre los niveles elevados de dímero D y la mortalidad se ha apreciado en cohortes previas de pacientes críticos.

La anticoagulación terapéutica no es obligatoria para todos los pacientes basándose solo en una prueba del dímero D elevada y no existe ninguna evidencia que respalde el uso de los valores de dímero D para guiar la intensidad de la anticoagulación.

Sin embargo, los valores de dímero D pueden ser útiles para el monitoreo clínico, la caracterización de la coagulopatía y la realización de ensayos clínicos para comprobar rigurosamente las estrategias de gestión.

El uso de profilaxis para la TEV no estándar de mayor intensidad se puede considerar para pacientes con COVID-19, pero en términos ideales debe realizarse dentro del contexto de un ensayo clínico, dada la actual falta de evidencias sobre la eficacia.

La evaluación de la TEV debería incorporar múltiples elementos de la afección del paciente, entre ellos el historial de intervalos, el examen físico y los signos vitales, los tratamientos administrados actualmente y los estudios de laboratorio.

La decisión de ordenar la obtención de imágenes para la TEV no debería basarse solo en un nivel elevado del dímero D. La obtención de imágenes dirigida para confirmar una posible TEV y guiar la anticoagulación terapéutica se prefiere si puede realizarse con un riesgo de exposición aceptable.

Debe considerarse la profilaxis para la TEV con posterioridad a la hospitalización en pacientes con COVID-19, dada la larga duración de la enfermedad y la mayor probabilidad de inmovilidad y sobreinfección.

La experiencia de varios estudios sugiere que en pacientes seleccionados sin COVID-19, la tromboprofilaxis posterior al alta (especialmente con un DOAC) puede ser beneficiosa si se puede minimizar el riesgo de hemorragia.

El uso de una puntuación del riesgo validada (p. ej., puntuación MEJORA o MEJORADO con el dímero D) puede ser de especial ayuda para orientar la toma de decisiones.

¿Cómo se debe gestionar el IMA durante la COVID-19?

Categoría: OPCIONES TERAPÉUTICAS CV

Tipo de paciente: TODOS

Prevalencia: MODERADAMENTE COMÚN

Directrices principales: *Se debe hacer todo lo posible por mantener el actual tratamiento de referencia del IMA; puede estar justificada una evaluación adicional para evaluar con precisión el estado de la COVID y la etiología del IM, para gestionar mejor el riesgo de exposición y guiar el tratamiento adecuado.*

Autor: Declaración de consenso de la Sociedad de la Angiografía y las Intervenciones Cardiovasculares (SCAI, por sus siglas en inglés), el ACC y el Colegio Estadounidense de Médicos de Urgencias (ACEP, por sus siglas en inglés)

Fuente: [Management of Acute Myocardial Infarction During the COVID-19 Pandemic \(Gestión del infarto de miocardio agudo durante la pandemia de COVID-19\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 20 de abril de 2020

Las manifestaciones cardiovasculares en el paciente de COVID-19 son complejas: los pacientes pueden presentar infarto de miocardio agudo (IMA), miocarditis que simula un cuadro de infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMCEST), miocardiopatía por estrés, espasmo coronario o lesión miocárdica sin un IMA de tipo I o tipo II documentado, lo que requiere una diferenciación diagnóstica cuidadosa para maximizar la eficacia terapéutica y minimizar el riesgo de exposición innecesario del personal médico.

Con independencia de esto, la mayor parte de los casos de IMA en los EE.UU. siguen siendo COVID- y se deben gestionar para una revascularización adecuada conforme a los protocolos estándar de intervención coronaria percutánea (ICP).

La estrategia de reperfusión basada en la fibrinólisis puede ser adecuada en hospitales sin capacidad de ICP, especialmente cuando la transferencia oportuna no resulta factible o cuando por lo demás esté clínica indicada.

- **Estándar de atención para el IMA durante la COVID-19:** Se debe hacer todo lo posible para mantener el actual estándar de atención para el IMA. Los tiempos de puerta a globo siguen siendo importantes y se deben seguir midiendo, sin embargo puede ser necesario tiempo adicional para una cuidadosa diferenciación clínica del estado de la COVID y la etiología precisa del IM, para minimizar el riesgo de exposición y asegurar la intervención terapéutica adecuada.

Los protocolos de gestión del IMA en el contexto de la pandemia de COVID-19 se deben desarrollar por adelantado e incluyen los servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés), el departamento de emergencias (ED, por sus siglas en inglés) y el laboratorio de cateterización cardíaca. Deben estar disponibles laboratorios de cateterización cardíaca (CCL, por sus siglas en inglés) y EPP especiales para la COVID-19 en territorios con una amplia transmisión comunitaria.

- **IMCEST manifiesto:** La ICP principal en un plazo de 90 minutos sigue siendo el tratamiento de referencia en hospitales con capacidad para una ICP, con independencia del estado de COVID. Son obligatorias precauciones adicionales frente a la exposición en pacientes con COVID-19 probable y confirmada, pero se pueden considerar para todos los casos, dados los cuadros asintomáticos y la posibilidad de resultados negativos falsos en las pruebas de COVID.

- **IMCEST posible:** En el caso de pacientes que tengan un diagnóstico de IMCEST poco claro o equívoco debido a síntomas atípicos, elevación difusa del segmento ST o hallazgos atípicos en el ECG, o una aparición demorada, se recomienda una evaluación no invasiva adicional en el ED.

El enfoque de esta evaluación es una estratificación del riesgo adicional del estado de COVID-19 y una evaluación adicional del potencial de oclusión trombótica coronaria en comparación con otras patologías

- **Pronóstico fútil:** No todos los pacientes con COVID-19 con elevación del segmento ST, con/sin oclusión coronaria aguda, se beneficiarán de cualquier estrategia de reperfusión o soporte mecánico avanzado.

En pacientes con COVID-19 confirmada con descompensación pulmonar grave (síndrome de dificultad respiratoria del adulto) o neumonía que sean intubados en la UCI y se considere que tienen una mortalidad excesivamente alta, puede ser adecuada la consideración de una atención médica compasiva.

- **Hospitales de referencia sin capacidad para IMCEST:** La ICP principal sigue siendo el tratamiento de referencia para pacientes transferidos rápidamente desde centros sin ICP (en los 120 minutos siguientes al primer contacto médico en el hospital de referencia).

En el caso de pacientes en los que no resulte factible una reperfusión rápida con ICP principal, se recomienda un enfoque farmacoinvasivo con fibrinólisis inicial, seguida por la consideración de la transferencia a un centro de ICP.

El estado de COVID del paciente individual, junto con la carga de la COVID tanto en el hospital remitente como en el receptor, pueden exigir modificaciones de este estándar.

- **Choque cardiogénico y/o paro cardíaco fuera del hospital:** Los pacientes con paro cardíaco fuera del hospital (OHCA, por sus siglas en inglés) reanimado y/o choque cardiogénico seguirán siguiendo el subgrupo de máximo riesgo de pacientes con IMA.

Estos pacientes también tendrán el máximo riesgo de diseminación de la COVID-19 a través de gotitas. Los pacientes con OHCA reanimado deberían considerarse selectivamente para la activación del CCL en presencia de elevación persistente del segmento ST en sus electrocardiogramas y una anomalía concomitante en el movimiento de las paredes en la evaluación ecocardiográfica.

- **IMA sin elevación del segmento ST:** Tratamiento de referencia para pacientes positivos y negativos para la COVID. Los pacientes positivos o probables para la COVID-19 con un cuadro de infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IMSEST) deberían gestionarse médicamente y solo someterse a una angiografía coronaria urgente y una posible ICP en presencia de características clínicas de alto riesgo (Puntuación del Registro Global de Eventos Coronarios Agudos [GRACE, por sus siglas en inglés] >140) o inestabilidad hemodinámica.

¿Cuáles son las consideraciones para la miocardiopatía y la insuficiencia cardíaca en la COVID-19?

Categoría: OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA LA COVID

Tipo de paciente: COVID+

Prevalencia: MODERADAMENTE COMÚN

Directrices principales: *La disfunción cardíaca es moderadamente común entre los pacientes hospitalizados con COVID-19 y confiere un peor pronóstico; están justificadas la obtención de imágenes focalizada y otras pruebas diagnósticas cardíacas para guiar la gestión diferencial, pero debe haber un equilibrio frente al riesgo de exposición; la gestión clínica sigue siendo de apoyo, aunque se están evaluando estrategias experimentales.*

Autor: Dr. Joel D. Schilling, PhD; Dr. Ashwin K. Ravichandran, FACC; Dra. Stacy A. Mandras, FACC

Fuente: [Management of the Hospitalized COVID-19 Patient with Acute Cardiomyopathy or Heart Failure \(Gestión del paciente hospitalizado con COVID-19 con miocardiopatía aguda o insuficiencia cardíaca\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 16 de abril de 2020

La afectación cardiovascular es habitual en pacientes con COVID-19 grave y se asocia con un peor pronóstico. Aquellos con enfermedad cardiovascular subyacente son especialmente susceptibles a sufrir complicaciones cardiovasculares y mortalidad con la COVID-19, lo que refuerza la importancia de continuar con la terapia farmacológica dirigida por las directrices en pacientes ambulatorios estables a nivel hemodinámico sin contraindicaciones.

En casos graves de COVID-19, la miocardiopatía puede derivar de miocarditis inducida por el SARS-CoV-2, inflamación sistémica profunda y/o disfunción microvascular.

Actualmente hay muy pocos datos que guíen la gestión óptima de los pacientes con COVID-19 que desarrollen miocardiopatía o choque mixto/cardiogénico.

La obtención de imágenes cardíacas puede resultar útil, pero solo cuando las pruebas probablemente resulten en una gestión diferencial y el riesgo de exposición se pueda mitigar adecuadamente.

- En pacientes hospitalizados con COVID-19, los biomarcadores cardíacos se deben comprobar en el ingreso y en el seguimiento aproximadamente 24-48 horas más tarde.
- Se debe considerar la miocarditis o la disfunción cardíaca inflamatoria en pacientes con COVID-19 que tengan biomarcadores cardíacos elevados y empeoramiento de la hemodinámica o arritmias.
- El ECG se debe emplear para detectar evidencias de cambios en la onda ST-T.
- Mantenga un umbral bajo para POCUS en pacientes con las anteriores características clínicas.
- Si hay evidencias de disfunción cardíaca, considere seleccionar la vista para ecocardiografía transtorácica (ETT) para definir el tamaño y la función del VI/VD, anomalías del movimiento de las paredes y/o efusión pericárdica.

- Los pacientes estables con posible afectación cardiovascular, deben continuar con una terapia farmacológica dirigida por las directrices para la insuficiencia cardíaca.
- En pacientes con choque refractario, considere el uso de catéteres de la arteria pulmonar para ayudar a guiar el uso de inotrópicos, vasodpresores o soporte mecánico.
- La biopsia endomiocárdica puede desempeñar un papel en la selección de pacientes que estén siendo considerados para ensayos clínicos de terapia antiinflamatoria.

La base de la gestión de pacientes con COVID-19 grave que tienen afectación cardíaca es el tratamiento de apoyo.

Actualmente, no existe ninguna evidencia para dirigir la gestión de estos pacientes de un modo diferente a cualquier otro estado de choque inflamatorio o mixto.

Se están considerando estrategias experimentales que incluyen antivirales, antiinflamatorios y suero de convaleciente, como parte de los protocolos de investigación o uso compasivo para la infección de la COVID-19 con o sin afectación cardíaca.

¿Cuál es el vínculo entre la hipertensión y la COVID-19?

Categoría: Epidemiología y riesgo

Tipo de paciente: TODOS

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *Aunque no se ha establecido una relación causal, las evidencias epidemiológicas tempranas sugieren una correlación entre la hipertensión y la susceptibilidad y gravedad de la COVID-19; la hipertensión se debe seguir tratando de acuerdo con las directrices del ACC/AHA.*

Autor: Dr. Eugene Yang, FACC; Dra. Anandita Agarwala; Dra. Lisa Martin, FACC; Dr. Arjun Kanwal; Eileen Handberg, PhD, FACC

Fecha de aprobación de SQC: 11 de mayo de 2020

- Los informes iniciales de “puntos calientes” como Wuhan, la ciudad de Nueva York y la región de Lombardía de Italia descubrieron índices elevados de hipertensión entre pacientes hospitalizados con COVID-19.
- En un informe reciente, el 56 % de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en un gran sistema de atención médica de Nueva York presentaba un diagnóstico de hipertensión; disponible [aquí](#).
- En casos graves, los pacientes con hipertensión e infección por la COVID-19 tienen índices mayores de morbimortalidad.
- Muchos pacientes hospitalizados con COVID-19 son personas de edad avanzada con múltiples comorbilidades; no existen evidencias claras de una relación causal entre la hipertensión y la morbimortalidad relacionada con la COVID-19.
- La hipertensión sigue siendo el mayor factor de riesgo modificable para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

- Los profesionales clínicos deben continuar siguiendo las directrices de tratamiento de la presión arterial de 2017 del ACC/AHA para reducir el riesgo cardiovascular a largo plazo asociado con la hipertensión; disponible [aquí](#).

¿Qué es la rehabilitación cardíaca doméstica y cómo podría usarse durante la COVID-19?

Categoría: Opciones terapéuticas CV

Tipo de paciente: COVID- CV

Prevalencia: COMÚN

Directrices principales: *La rehabilitación cardíaca doméstica ha demostrado beneficios comparables a los programas hospitalarios tradicionales y puede servir como alternativa viable durante la COVID-19; el reembolso, lamentablemente, sigue siendo limitado.*

Autor: Dr. Ty J. Gluckman, FACC; Dra. Pam R. Taub, FACC, FASPC

Fuente: [Continuity of Care and Outpatient Management for Patients with and at High Risk for Cardiovascular Disease during the COVID-19 Pandemic: A Scientific Statement from the American Society for Preventive Cardiology \(Continuidad de la atención y gestión ambulatoria de pacientes con enfermedad cardiovascular y en alto riesgo de esta durante la pandemia de COVID-19: una declaración científica de la Sociedad Estadounidense de Cardiología Preventiva\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 11 de mayo de 2020

- La rehabilitación cardíaca (RC) se ha administrado tradicionalmente en hospitales o clínicas ambulatorias; la COVID-19 ha cerrado en gran medida dichos servicios para reducir el riesgo de transmisión.
- Incluso antes de la COVID-19, la RC se infrutilizaba en gran medida, con la participación de solo un 20 % de los pacientes elegibles a pesar de ser una recomendación de las directrices de Clase I.
- La rehabilitación cardíaca doméstica (RCD) puede servir como una alternativa viable durante la pandemia de COVID-19; los estudios demuestran que la RCD es beneficiosa en términos de capacidad de ejercicio y mejora del factor de riesgo cardiovascular modificable, incluido el control de la presión arterial y el colesterol LDL.
- Una reciente declaración científica de la Asociación Estadounidense de Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar (AACVPR, por sus siglas en inglés)/AHA/ACC sobre la RCD, concluyó que la RCD puede ser una opción razonable para pacientes clínicamente estables con un riesgo de bajo a moderado, que no pueden asistir a la rehabilitación cardíaca convencional; disponible [aquí](#).
- La AACVPR ha identificado una serie de opciones viables para la RCD, que van desde las aplicaciones independientes a programas integrados en dispositivos, que pueden monitorear la presión arterial, ECG y otros datos fisiológicos; disponible [aquí](#).
- Para aquellos que tienen un riesgo mayor, puede ser más deseable un modelo híbrido que aproveche los aspectos complementarios de la RC en la clínica y la RCD.

- El reembolso limitado representa un desafío continuo; actualmente, la RCD no es un servicio cubierto en virtud de las normas de telesalud de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

¿Qué estrategias de telesalud están disponibles para abordar el estrés, la ansiedad, la inactividad física, la nutrición subóptima y el consumo continuo de tabaco en pacientes con enfermedad cardiovascular?

Categoría: Opciones terapéuticas CV

Tipo de paciente: COVID- CV

Prevalencia: MODERADAMENTE COMÚN

Directrices principales: *La COVID-19 está afectando negativamente a la salud mental y las elecciones saludables de estilo de vida de, al menos, algunos pacientes con enfermedad cardiovascular; tanto las visitas de telesalud formales como las tecnologías de salud móvil emergentes se pueden considerar a la hora de respaldar las conductas saludables durante la pandemia.*

Autor: Dr. Ty J. Gluckman, FACC; Dra. Pam R. Taub, FACC, FASPC

Fuente: [Continuity of Care and Outpatient Management for Patients with and at High Risk for Cardiovascular Disease during the COVID-19 Pandemic: A Scientific Statement from the American Society for Preventive Cardiology \(Continuidad de la atención y gestión ambulatoria de pacientes con enfermedad cardiovascular y en alto riesgo de esta durante la pandemia de COVID-19: una declaración científica de la Sociedad Estadounidense de Cardiología Preventiva\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 11 de mayo de 2020

- El miedo y la ansiedad relacionados con la COVID-19 puede ser abrumador para algunas personas, generando malos hábitos de sueño, alimentación excesiva, elecciones de alimentos poco saludables, aumento de peso y mayor consumo de alcohol, tabaco u otros medicamentos
- Existe un número cada vez mayor de opciones de salud móvil (mHealth) para ayudar a los pacientes a lograr conductas y un estilo de vida saludables, tanto en la prevención primaria como en la secundaria de la cardiopatía; disponible [aquí](#).
- No se debe olvidar, sin embargo, la telesalud formal. Actualmente, hay códigos disponibles para terapia de nutrición médica (97802, 97903, 97804), asesoramiento conductual para la obesidad (G0447 [código del HCPCS]), terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular (G0446 [código del HCPCS]), y asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco (99406, 99407).
- Se debe considerar la remisión a servicios psiquiátricos para pacientes con una posible crisis de salud mental o diagnóstico de salud mental.

¿Cómo puede ayudar el monitoreo remoto del paciente con la prevención cardiovascular durante la COVID-19?

Categoría: Opciones terapéuticas CV, Gestión de recursos

Tipo de paciente: COVID+ CV

Prevalencia: MODERADAMENTE COMÚN

Directrices principales: *Las tecnologías de monitoreo remoto proporcionan alternativas razonables a las visitas en persona durante la COVID-19; con documentación y codificación adecuadas, el reembolso está disponible.*

Autor: Dr. Ty J. Gluckman, FACC; Dra. Pam R. Taub, FACC, FASPC

Fuente: [Continuity of Care and Outpatient Management for Patients with and at High Risk for Cardiovascular Disease during the COVID-19 Pandemic: A Scientific Statement from the American Society for Preventive Cardiology \(Continuidad de la atención y gestión ambulatoria de pacientes con enfermedad cardiovascular y en alto riesgo de esta durante la pandemia de COVID-19: una declaración científica de la Sociedad Estadounidense de Cardiología Preventiva\)](#)

Fecha de aprobación de SQC: 11 de mayo de 2020

- A finales de 2018, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid anunciaron la necesidad de revisar el modo en que Medicare paga por la salud a domicilio, mejorando el acceso a soluciones a través de la tecnología remota de monitoreo del paciente; disponible [aquí](#).
- Aunque la mayoría de los profesionales clínicos cardiovasculares están acostumbrados al uso del monitoreo remoto para los pacientes con dispositivos electrónicos implantables cardiovasculares (p. ej., marcapasos, DCI), distintos códigos de monitoreo remoto del paciente (MRP) probablemente sean útiles para la prevención cardiovascular (99453, 99454, 99457 y 99458).
 - 99453—Monitoreo remoto de parámetros fisiológicos, como peso, presión arterial, etc. Se trata de un código para la configuración inicial y la instrucción del paciente en relación con el equipo de monitoreo.
 - 99454—Suministro del dispositivo con registro diario o transmisión de alertas programada cada 30 días. Se trata de un código para la recopilación, transmisión y notificación/resumen de la gestión del paciente por parte del profesional clínico.
 - 99457—Monitoreo fisiológico remoto con >20 minutos de tiempo empleado por el personal clínico/médico/otro profesional de atención médica calificado en la comunicación interactiva con el paciente/cuidador durante el mes. Se trata del código para la interpretación de los datos recibidos y la interacción con el paciente para llegar a un plan de tratamiento.
 - 99458—20 minutos adicionales de tiempo añadido a 99457.
- Es importante destacar que estos códigos requieren que 1) se obtenga el consentimiento del paciente por adelantado con respecto al servicio, con documentación de esto en el registro del paciente y 2) que la facturación se limite a una vez en un período de 30 días.

¿Cuáles son las consideraciones clave para la gestión de la fibrilación auricular (FibA) durante la COVID-19?

Categoría: Opciones terapéuticas CV, Gestión de biomarcadores, Gestión de recursos

Tipo de paciente: COVID+ CV, COVID- CV

Prevalencia: MODERADAMENTE COMÚN

Directrices principales: *Aunque no existe ninguna evidencia de una asociación directa entre la COVID-19 y el inicio de una fibrilación auricular (FibA) de nueva aparición, se sabe que la enfermedad viral grave precipita la arritmia; debe tenerse especial precaución para gestionar las interacciones farmacológicas entre las terapias utilizadas para la COVID y los antiarrítmicos y anticoagulantes.*

Autor: Dr. Bharath Rajagopalan, FACC; Dra. Rachel Lampert, FACC; Dr. Dhanunjaya Lakkireddy, FACC

Fecha de aprobación de SQC: 11 de mayo de 2020

1. ¿Los pacientes con COVID-19 tienen un mayor riesgo de desarrollar FibA?

No existe ninguna evidencia de ninguna asociación directa entre la COVID-19 y el inicio de una FibA de nueva aparición. Sin embargo, como ocurre con cualquier enfermedad grave, pueden existir múltiples factores, incluidas la hipoxia y la sobrecarga de catecolamina, que pueden generar episodios de FibA en pacientes que tienen predisposición para la FibA. Algunos pacientes con COVID-19 desarrollan miocarditis, que puede provocar también FibA.

2. ¿El tratamiento para la COVID-19 afecta al uso de medicamentos antiarrítmicos para la FibA?

Medicamentos como la cloroquina, hidroxiclороquina, azitromicina, lopinavir y ritonavir utilizados en el tratamiento de la COVID-19 pueden prolongar el intervalo QT; disponible [aquí](#). Se desconoce el efecto de remdesivir sobre el intervalo QT. Los pacientes con FibA que reciben agentes antiarrítmicos como dofetilida, sotalol, amiodarona y dronedarona deben monitorear cuidadosamente el intervalo QT. Cuando se produzca una prolongación importante del intervalo QT y el tratamiento de la COVID esté justificado, es razonable interrumpir el medicamento antiarrítmico si las circunstancias clínicas lo permiten. La combinación lopinavir-ritonavir aumenta los niveles de amiodarona (la ficha técnica de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. recomienda precaución y monitoreo de los niveles de amiodarona en suero), digoxina y flecainida en suero. De modo similar, la cloroquina y la hidroxiclороquina pueden aumentar los niveles de amiodarona, digoxina y flecainida en suero en menor medida. Sotalol y dofetilida pueden exigir ajustes de la dosis en pacientes con COVID-19 que tengan una lesión renal aguda; disponible [aquí](#).

3. ¿El tratamiento para la COVID-19 afecta a la anticoagulación para la FibA?

La combinación lopinavir-ritonavir (glucoproteína P/inhibidor fuerte de la CYP3A4 combinados) puede reducir potencialmente los niveles de warfarina y aumentar los niveles de apixabán, rivaroxabán y edoxabán. La ficha técnica de la FDA sugiere reducir la dosis de apixabán a 2,5 mg dos veces al día si se utiliza concomitantemente con la combinación lopinavir-ritonavir. Considere cambiar a agentes alternativos (preferiblemente heparina o enoxaparina). La cloroquina y la hidroxiclороquina pueden

aumentar los niveles de apixabán, dabigatrán, rivaroxabán y edoxabán en suero. Es necesario un monitoreo clínico estrecho. Apixabán, dabigatrán, edoxabán y rivaroxabán pueden exigir ajustes de la dosis en pacientes con COVID-19 que tengan una lesión renal aguda; disponible [aquí](#).

4. ¿Cómo trata la FibA en pacientes positivos para la COVID-19?

Cuando sea posible, es preferible una estrategia de control de la frecuencia, especialmente en pacientes críticos que puedan tolerar estos medicamentos. Cuando la anticoagulación esté indicada, el uso de heparina o enoxaparina es preferible en pacientes en los que se anticipa el uso de cloroquina, hidroxiclороquina, lopinavir/ritonavir. Los medicamentos antiarrítmicos deben usarse con precaución debido al riesgo de prolongación del intervalo QT e interacciones farmacológicas con los agentes mencionados anteriormente.

5. ¿Debería cambiar mi enfoque de tratamiento para la FibA con la crisis de la COVID-19?

El enfoque de tratamiento para la FibA se debe adaptar al paciente individual basándose en una multitud de factores, que incluyen la gravedad de los síntomas, las comorbilidades subyacentes y la prevalencia de la COVID-19 en la comunidad. Lo mejor sería evitar los procedimientos electivos para la FibA si el procedimiento se puede retrasar a una fecha posterior de forma segura. Un documento guía recientemente publicado describe el triaje de estos procedimientos en diversas situaciones clínicas; disponible [aquí](#).

6. ¿Qué estrategias se pueden utilizar para gestionar a los pacientes con FibA que no pueden someterse a una cardioversión o ablación debido a la crisis de la COVID-19?

Se debería maximizar la estrategia de control de la frecuencia primero, cuando sea posible. En pacientes con síntomas importantes en los que no existan contraindicaciones, los agentes antiarrítmicos como la flecainida y la amiodarona se pueden establecer de forma ambulatoria.