

6. Huisman A, Beun R, Sikma M, Westerink J, Kusadasi N. Involvement of ADAMTS13 and von Willebrand factor in thromboembolic events in patients infected with SARS-CoV-2. *Int J Lab Hematol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/ijlh.13244>.
- Huber-Lang M, Younkun EM, Sarma JV, et al. Generation of C5a by phagocytic cells. *Am J Pathol*. 2002;161:1849–1859.

<https://doi.org/10.1016/j.recresp.2020.08.010>
0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Complicaciones arteriales trombóticas en pacientes hospitalizados con COVID-19. Respuesta a cartas relacionadas



Arterial thrombotic complications in hospitalized patients with COVID-19. Response to related letters

Sr. Editor:

Agradecemos el interés que Kow et al. han mostrado por nuestro trabajo¹. Coincidimos plenamente con el comentario sobre que el perfil de riesgo cardiovascular más bajo en la cohorte de pacientes con enfermedad coronavírica de 2019 (COVID-19), al igual que la trombosis simultánea en diferentes territorios, respalda la hipótesis de un estado protrombótico sistémico en íntima relación con la respuesta inflamatoria asociada con el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV-2)^{1,2}.

Sobre la posible utilización de la antiagregación profiláctica por su efecto antitrombótico e incluso quizá, como apuntan los autores, antiviral en pacientes con COVID-19, reconocemos lo atractivo de la propuesta, pero en el momento actual no hay clara evidencia clínica de su utilidad en infecciones por SARS-CoV-2. No hay duda del papel clave de la antiagregación en pacientes con una complicación trombótica arterial, pero su utilización en pacientes con alto riesgo cardiovascular sin enfermedad establecida aporta mínimo beneficio y un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas³. Se podría pensar que con la COVID-19 va a ser diferente por la afección endotelial e inflamatoria que produce, pero debemos evitar el empirismo y no apoyar su empleo *de novo* en pacientes con COVID-19 sin un motivo cardiovascular específico, salvo en estudios de investigación específicamente diseñados para probar su eficacia.

Agradecemos también y felicitamos a Valga et al. por su reciente publicación⁴ sobre el cometido que desempeñan el daño endotelial, el complemento y la coagulación en la evolución de la enfermedad coronavírica. En nuestra carta científica¹ nos centramos exclusivamente en el 1,8% (n=38) de pacientes COVID-19 positivos con complicaciones arteriales trombóticas

atendidos en nuestro centro en marzo de 2020. Aunque presentaron una mayor puntuación según los criterios diagnósticos de coagulación intravascular diseminada (CID) de la *International Society on Thrombosis and Haemostasis* (ISTH), solo 3 cumplían estrictamente los criterios diagnósticos. Tal y como expresan distintos autores⁵, es probable que los pacientes con COVID-19 presenten una hipercoagulabilidad grave más que una coagulopatía de consumo, como es la CID clásica. De hecho, el patrón es diferente, ya que en los pacientes con COVID-19 el fibrinógeno está característicamente elevado y la trombocitopenia no es frecuente, y si aparece, suele ser ligera o moderada. Coincidimos con la hipótesis de Valga et al. de la interacción múltiple entre el sistema inmunitario, la coagulación (inmuno-trombosis) y la afección endotelial asociada como respuesta a la infección por el SARS-CoV-2 que justifica el estado protrombótico en la enfermedad coronavírica.

Juan R. Rey*, José Luis Merino, Ángel M. Iniesta y Juan Caro-Codón; investigadores CARD-COVID
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: juanr.rey@salud.madrid.org (J.R. Rey).

On-line el 16 de septiembre de 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Rey JR, Caro-Codón J, Poveda Pineda D, et al. Arterial thrombotic complications in hospitalized patients with COVID-19. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:769–771.
2. Rey JR, Jiménez Valero S, Poveda Pineda D, et al. COVID-19 and simultaneous thrombosis of two coronary arteries. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:676–677.
3. ASCEND Study Collaborative Group, Bowman L, Mafham M, et al. Effects of aspirin for primary prevention in persons with diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2018;379:1529–1539.
4. Valga F, Vega-Díaz N, Macía M, et al. Targeting complement in severe coronavirus disease 2019 to address microthrombosis. *Clin Kidney J*. 2020;13:477–479.
5. Fogarty H, Townsend L, Ni Cheallaigh C, et al. More on COVID-19 coagulopathy in Caucasian patients. *Br J Haematol*. 2020;189:1060–1061.

<https://doi.org/10.1016/j.recresp.2020.09.003>
0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.1016/j.recresp.2020.08.007>
<https://doi.org/10.1016/j.recresp.2020.08.010>

Consulta telemática de cardiología para ancianos. La regla de las 5 M puede ser una ayuda



Telematic cardiology consultation in the elderly. The 5 M framework can help

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el excelente documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología sobre la consulta

telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19 de Barrios et al.¹. Las consultas telemáticas de cardiología son ya una realidad en España² y un documento que ayude a organizarlas es siempre bienvenido. Sin embargo, como miembros activos de la Sección de Cardiología Geriátrica, lamentamos que no haya ninguna referencia específica a los pacientes mayores, que constituyen un porcentaje muy elevado del total de pacientes que atendemos en nuestra práctica clínica habitual. Los pacientes de edad avanzada, especialmente vulnerables a la infección por coronavirus³, necesitan más ayuda para comprender que la telemedicina puede ser una forma efectiva de comunicarse con sus cardiólogos y para usarla de manera adecuada. Por esta razón, la regla de las 5 M^{4,5} (figura 1) puede ser muy útil para guiar una teleconsulta:

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.1016/j.recresp.2020.06.027>
<https://doi.org/10.1016/j.recresp.2020.09.004>

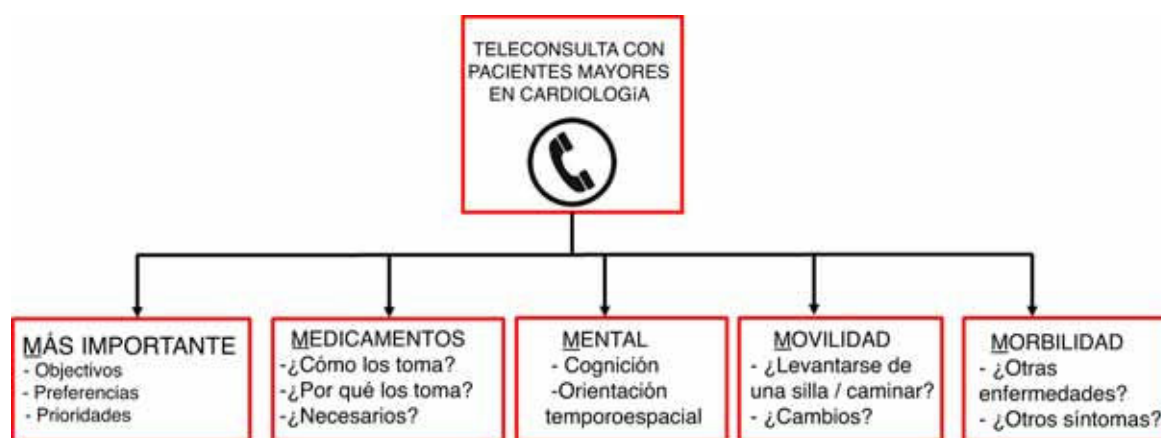


Figura 1. Regla de las 5 M para guiar la teleconsulta de pacientes mayores con cardiopatía.

- **Más importante:** preguntar a los ancianos cardiopatas acerca de sus objetivos, preferencias y prioridades. Esta es una excelente manera de establecer una buena relación al comienzo de una teleconsulta.
- **Medicamentos:** repasar los fármacos que está tomando el paciente de edad avanzada es sencillo en la mayoría de las comunidades autónomas de España gracias a los sistemas electrónicos de prescripción. Es clave revisar cómo está tomando el paciente su medicación y si sabe por qué la toma y, también, valorar la retirada de fármacos no necesarios o no imprescindibles.
- **Mental:** es esencial abordar la cognición del paciente durante cada teleconsulta. Una breve evaluación de posible deterioro cognitivo ayudará a asegurar que la discusión que esté teniendo sea recordada o comprendida. La valoración de la orientación espaciotemporal y la situación cognitiva se puede hacer de forma sencilla y rápida con preguntas del tipo: ¿Qué día de la semana es?, ¿puedes enumerar los meses del año hacia atrás, comenzando en diciembre?
- **Movilidad:** se puede valorar la movilidad básica de un paciente mayor durante una teleconsulta indagando por la capacidad de levantarse de la silla y caminar. También se puede valorar la evolución reciente de la movilidad comparando la situación actual con la previa⁶.
- **Morbilidad:** es fundamental considerar las distintas enfermedades que cursan nuestros pacientes, muchas veces con marcado impacto pronóstico, y que pueden condicionar también que haya síntomas que pueden confundirse con los de algunos procesos cardíacos.

En este momento de pandemia en que los pacientes mayores sufren el estrés de una crisis de salud pública incrementado por la necesidad de adaptarse a las nuevas tecnologías, es bienvenida cualquier acción que pueda contribuir a que la teleconsulta sea más segura, más centrada en la persona y más fácil. Usar la regla de las 5 M es un modo sencillo de personalizar la telemedicina y hacerla más solidaria para los mayores.

Pablo Díez-Villanueva^a, Clara Bonanad^b, Albert Ariza-Solé^c y Manuel Martínez-Sellés^{d,e,*}

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^dServicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Europea, Universidad Complutense, Madrid, España

^eCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mmselles@secardiologia.es (M. Martínez-Sellés).

On-line el 24 de septiembre de 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Cosín-Sales J, Bravo M, et al. La consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:910–918.
2. Postigo A, González-Mansilla A, Bermejo J, Elizaga J, Fernández-Avilés F, Martínez-Sellés M. Telecardiology in times of the COVID-19 pandemic. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:674–675.
3. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, et al. Coronavirus: the geriatric emergency of 2020. Joint document of the Section on Geriatric Cardiology of the Spanish Society of Cardiology and the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:569–576.
4. Fulmer T, Mate KS, Berman A. The Age-friendly health system imperative. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66:22–24.
5. Tinetti M, Huang A, Molnar F. The Geriatrics 5M's: a new way of communicating what we do. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65:2115.
6. Díez-Villanueva P, Ariza-Solé A, Vidán MT, et al. Recomendaciones de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología para la valoración de la fragilidad en el anciano con cardiopatía. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:145–153.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.08.024>
0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.