



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

prótesis cardíacas mecánicas, resulta interesante impulsar programas, que pueden desarrollarse vía telemática con la ayuda de enfermería, para el control de la razón internacional normalizada por el propio paciente. El autocontrol de la razón internacional normalizada reduce su variabilidad y la incidencia de eventos tanto tromboticos como hemorrágicos. Esto supondría además una disminución muy significativa de las visitas periódicas presenciales y por lo tanto evitaría la exposición al contagio de pacientes vulnerables.

Por otro lado, la dificultad de la consulta telemática para el paciente con valvulopatías o enfermedad aórtica radica en la necesidad de pruebas de imagen para la toma de decisiones. El subgrupo de pacientes con insuficiencias grado I o II o estenosis leves, así como los portadores de prótesis cardíacas normofuncionantes o los pacientes con dilatación aórtica con diámetros estables son los que más se pueden beneficiar de una consulta telemática, ya que no es imprescindible realizar pruebas complementarias. Los casos en que será necesaria una consulta presencial son:

- Pacientes en quienes aparecen síntomas de su valvulopatía (sospecha de insuficiencia cardíaca, congestión, angina, síncope, arritmias de nueva aparición...).
- A los pacientes con valvulopatías graves en cuya última evaluación ecocardiográfica se halló progresión de los parámetros que marcan la indicación de intervención se los debe evaluar en persona en como máximo 6 meses y realizarles un ecocardiograma².
- Consideramos que se podría seguir vía telemática un máximo de 1 año, y realizarles un ecocardiograma al año, a los pacientes con valvulopatías graves que se mantengan asintomáticos y con parámetros ecocardiográficos fuera de los límites para la indicación de cirugía y estables.
- Los pacientes con aorta dilatada > 45 mm que precisan prueba de imagen pasado 1 año del último seguimiento (ecocardiograma si el diámetro es > 45 mm o tomografía computarizada de aorta o resonancia magnética cardíaca si el diámetro es > 50 mm).
- A los pacientes con enfermedad aórtica tras síndrome aórtico agudo hay que valorarlos, siempre que sea posible, con técnicas de imagen avanzada, resonancia magnética cardíaca o tomografía computarizada, y con visita presencial.

Se debe intentar que la prueba de imagen (sobre todo en caso de ecocardiograma) y la consulta presencial ocurran el mismo día,

de ser posible en el mismo acto, para evitar la exposición al contagio. Se recomienda el seguimiento de estos pacientes en consultas monográficas.

Los pacientes con insuficiencias mitral o tricuspídea leves no precisan seguimiento, y se puede derivarlos a atención exclusivamente por atención primaria. Aquellos con insuficiencia aórtica leve o estenosis aórtica o mitral leves pueden beneficiarse de un seguimiento prioritario por atención primaria con el apoyo de cardiología.

Por lo tanto, a pesar de la dificultad por la necesidad de pruebas complementarias que plantea la consulta telemática de estos pacientes, sí puede ser una vía útil que permita minimizar los riesgos de contagio tanto para los pacientes como para el personal sanitario en el contexto epidemiológico actual.

Ariana González Gómez^{a,*}, Irene Méndez Santos^b,
Vanessa Moñivas Palomero^c y Francisco Calvo Iglesias^d

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: arianaglz@hotmail.com (A. González Gómez).

On-line el 11 de noviembre 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. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2017;38:2739-2791.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.11.001>
0300-8932/

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

La consulta telemática para el paciente con valvulopatías o enfermedad aórtica en tiempos de la COVID-19. Respuesta



Telemedicine for patients with valvular heart disease or aortic disease in the era of COVID-19. Response

Sr. Editor:

Agradecemos la carta de González Gómez et al. respecto al documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología sobre la consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de

la COVID-19¹, ya que complementa estupendamente la información que aporta el documento, que se centra en la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y arritmias. El seguimiento de los pacientes con valvulopatías y enfermedad aórtica es un área de gran relevancia para el cardiólogo clínico, pero que, por cuestiones de extensión del documento, no se pudo abarcar.

Es interesante que los autores utilizan el mismo formato que en el documento de consenso, repasan la información que revisar con el paciente en la consulta telemática, qué pacientes precisarían consulta presencial y a cuáles se podría seguir en atención primaria.

Los autores recomiendan las consultas de acto único con ecocardiografía para el seguimiento de estos pacientes, lo cual nos parece lo más oportuno, pero a menudo estos pacientes precisan de pruebas adicionales para completar su valoración, como ecocardiografía transesofágica, tomografía computarizada, cardiorresonancia

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.11.001>

magnética o cateterismo cardiaco. A nuestro entender, la consulta telemática también puede ser de gran utilidad para informar a los pacientes de los principales resultados de estas pruebas.

Un aspecto discutible sería el seguimiento telemático (o presencial) en cardiología de los pacientes portadores de prótesis mecánicas o biológicas, especialmente tras el primer año del implante, y que han estado estables, que tal vez podrían incluirse en el grupo de pacientes para seguimiento prioritario por atención primaria con el apoyo de cardiología en caso de nuevos síntomas o sospecha de posibles complicaciones, para la realización de un ecocardiograma.

Por último, un aspecto en el que no inciden los autores al no tratarse del tema principal de la carta es la modalidad de los procedimientos para el tratamiento de las valvulopatías, pues la situación actual de pandemia debería ser un motivo adicional para priorizar los procedimientos percutáneos (implante percutáneo de válvula aórtica, MitraClip), siempre que estén indicados, ya que permiten reducir las estancias hospitalarias (y así también el riesgo de contagio) y las necesidades de ingreso en la unidad de cuidados intensivos².

Juan Cosín-Sales^a, Vivencio Barrios^{b,*}, Carlos Escobar^c
y José M. Gámez^d

^aServicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Illes Balears, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: vivenciobarrios@gmail.com (V. Barrios).

On-line el 2 de diciembre de 2020

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Cosin-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. Cequier A, Pérez de Prado A, Moreno R, et al. Intervencionismo percutáneo cardiológico y cirugía cardíaca: el paciente en el centro de los procesos, Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72:658–663.

<https://doi.org/10.1016/j.recresp.2020.11.015>

0300-8932/

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

Impacto clínico, psicológico, formativo y profesional de la pandemia de COVID-19 en jóvenes cardiólogos españoles



Clinical, psychological, educational, and professional impact of the COVID-19 pandemic in young Spanish cardiologists

Sr. Editor:

España es uno de los países más golpeados por la pandemia de COVID-19¹ y con mayor número de profesionales sanitarios contagiados. A pesar de que los jóvenes han sido de los más implicados en prestar su ayuda, poco se sabe sobre cómo han sido afectados. Por ello, nos propusimos evaluar el impacto de esta pandemia en jóvenes cardiólogos españoles en los aspectos clínico, psicológico, formativo y profesional y conocer su grado de satisfacción en relación con la gestión de la crisis. Para ello realizamos, entre marzo y julio de 2020, una encuesta *online*, voluntaria y anónima, elaborada mediante el método Delphi modificado y dirigida a miembros de la Sociedad Española de Cardiología de edad ≤ 40 años².

De los 349 participantes válidos, el 88% prestó asistencia sanitaria a pacientes infectados (el 76% durante más de 4 semanas). La incidencia de contagiados en este grupo alcanzó el 15%, y Madrid fue la comunidad autónoma con más casos declarados. El análisis de esta encuesta indica que las medidas llegaron tarde y en muchas ocasiones no fueron las adecuadas. Si bien muchos servicios de cardiología (77%) elaboraron protocolos para evitar el contagio y la mayoría de ellos (96%) entregaron equipos de protección individual (EPI), más de la mitad de los encuestados consideraron que los protocolos fueron tardíos y solo el 20% se mostró satisfecho con los EPI entregados; el 51% los recibió tarde e insuficientes y un 25%, además, defectuosos. Por otro lado, el contacto estrecho entre compañeros y la falta de identificación y seguimiento de los contactos de los médicos contagiados, que ocurrió en un 70% de las ocasiones, favorecieron el contagio. La formación que recibieron

los jóvenes cardiólogos fue también deficitaria. Menos de la mitad de los encuestados (46%) consideraron adecuados sus conocimientos sobre la infección por COVID-19 y sus consecuencias, especialmente cardiológicas (figura 1).

Según los datos de la encuesta, se contagiaron con mayor frecuencia las mujeres (62%), dato en consonancia con lo publicado por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica³, con una media de edad de 29 (27–33) años y fundamentalmente residentes o becarios (68%). Los menos afectados fueron los que se dedicaban a electrofisiología y hemodinámica (el 4 y el 6% respectivamente) y los que más, los clínicos (35%).

Los datos de la encuesta revelan que no solo se vio afectada la salud física de los profesionales, la pandemia también causó importantes consecuencias psicológicas. El contacto estrecho con población de alto riesgo, la falta de recursos, la sensación de no estar protegidos, la escasez de personal, la excesiva carga de trabajo, la alta tasa de infección entre los compañeros, el aislamiento de la familia y la red social por miedo a contagiar (presente en el 94% de los encuestados), la incertidumbre, etc., derivaron en problemas psicológicos con síntomas como los mostrados en la figura 2. Llama la atención que, pese al fuerte impacto, la mayoría de los participantes (95%) no solicitasen ayuda psicológica.

Aproximadamente 6 de cada 10 encuestados consideraron esta experiencia más positiva que negativa a pesar de que el 17% perdió de manera definitiva (y el 42%, temporalmente) una oportunidad laboral o la posibilidad de participar en un proyecto de investigación o beca de formación. En cuanto a la valoración de la gestión de la crisis sanitaria en una escala del 0 al 10, los servicios de cardiología recibieron 8 puntos; las gerencias hospitalarias, 5; las comunidades autónomas, 5 y el Ministerio de Sanidad, 4. Los residentes otorgaron a los servicios de cardiología y al Ministerio de Sanidad una calificación menor que los adjuntos, en concreto 7 y 3 respectivamente. Desconocemos el porqué de esta diferencia, pero algunos motivos podrían ser: no haber sido consultados a la