



796 - PERFIL CLÍNICO DE LA TROMBOSIS ASOCIADA A LA COVID-19

G. Romero Molina¹, M. Rodríguez Fernández¹, M. Erostarbe Gallardo¹, M.L. Martín Ponce¹, D. León Martí¹ y J.A. Mira Escarti^{1,2}

¹Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ²Hospital El Tomillar. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Valorar las características clínicas y analíticas de los pacientes ingresados por COVID-19 que padecen fenómenos trombóticos de diversa índole en el contexto.

Métodos: Estudio descriptivo sobre muestra de pacientes ingresados en Medicina Interna en el Hospital de Valme por COVID-19, que padecen al menos un fenómeno trombótico venoso o arterial durante el ingreso, en el período comprendido entre marzo de 2020 y abril de 2021.

Resultados: El total de pacientes que han presentado al menos un evento trombótico durante el ingreso fue de 43 (48,8% mujeres), sobre un total de 862 ingresados en dicho período (incidencia acumulada 4,98%). La mediana (Q1-Q3) de edad fue 74 años (67-82). La prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia fue 67,4%, 51,2% y 53,5% respectivamente. El 14% presentaba cardiopatía isquémica previa y el 7% estaba diagnosticado de fibrilación auricular, de los cuales el 46,2% no recibía tratamiento en prevención de embolismos. La prevalencia de enfermedad renal crónica era del 34,9%, ictus isquémico previo 14%, arteriopatía periférica previa 9,3%, neoplasia activa 4,7%, intervención quirúrgica reciente 2,3%, enfermedad tromboembólica venosa previa 4,7%. El evento trombótico más frecuente fue el tromboembolismo pulmonar (34,9%) siendo la mayoría (71,4%) lobares/segmentarios, seguido de infarto de miocardio (32,6%), ictus isquémico (23,3%), isquemia arterial periférica (7%) y trombosis venosa profunda (2,3%). La media de tiempo transcurrido entre el ingreso y el primer evento trombótico fue de 4 días. El 9,3% de los pacientes desarrolló un segundo evento trombótico (el 60% fue isquemia arterial periférica). Valores analíticos al ingreso, expresados en mediana (Q1-Q3): creatinina 1,05 mg/dL (0,79-1,53), proteína-C reactiva 103 mg/L (48-154), lactato deshidrogenasa 333 U/L (253-570), dímero-D 2.345 ng/mL (735-17.098), linfocitos 1.080 μ L (610-1.510). dímero-D previo al desarrollo del primer evento trombótico (al menos 24 h antes) 3.680 ng/mL (1.930-16.765). Respecto al tratamiento, el 44,2% estaban siendo tratados con corticoides previo al evento trombótico; el 23,3% estaban recibiendo algún tratamiento inmunomodulador. El 30,2% no recibían ningún tratamiento de la esfera antiagregación/anticoagulación, el 19,1% recibía tratamiento antiagregante, el 38,1% tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a cualquier dosis y el 11,9% antiagregación simple y HBPM a cualquier dosis. El 30,2% de los pacientes ingresó en UCI. La mortalidad de la serie fue del 53,5% (mortalidad global ingresados por COVID-19: 26,8%). Del total de fallecimientos en la serie, se considera que el 81,8% está directamente relacionado con el evento trombótico.

Conclusiones: El estado de hipercoagulabilidad de la COVID-19 es causa relativamente frecuente de aparición de fenómenos trombóticos arteriales y venosos, condicionando de forma importante la morbilidad y la mortalidad debidos a la misma. Se han asociado múltiples mecanismos fisiopatológicos de hipercoagulabilidad y se mantiene el debate acerca de la prevención y tratamiento de los fenómenos tromboembólicos, siendo prácticamente indiscutible la necesidad de, al menos, tromboprofilaxis.

Bibliografía

1. Gu SX, Tyagi T, Jain K, et al. Thrombocytopeny and endotheliopathy: crucial contributors to COVID-19 thromboinflammation. *Nat Rev Cardiol.* 2021;18(3):194-209.
2. Cuker A, Tseng EK, Nieuwlaat R, et al. American Society of Hematology 2021 guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19. *Blood Adv.* 2021;5(3):872-88.