



610 - RELACIÓN DEL DÍMERO D CON LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2

M.E. Revelles Vílchez^{1,2}, M.J. Gómez Vázquez^{1,2}, J.L. Romero Cabrera^{1,2,3}, S. Aguilar Alba^{1,2} y L. Limia Pérez^{1,2,3}

¹UGC Medicina Interna Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Unidad de Lípidos y Arterioesclerosis. Servicio de Medicina Interna. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. Córdoba. ³CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Resumen

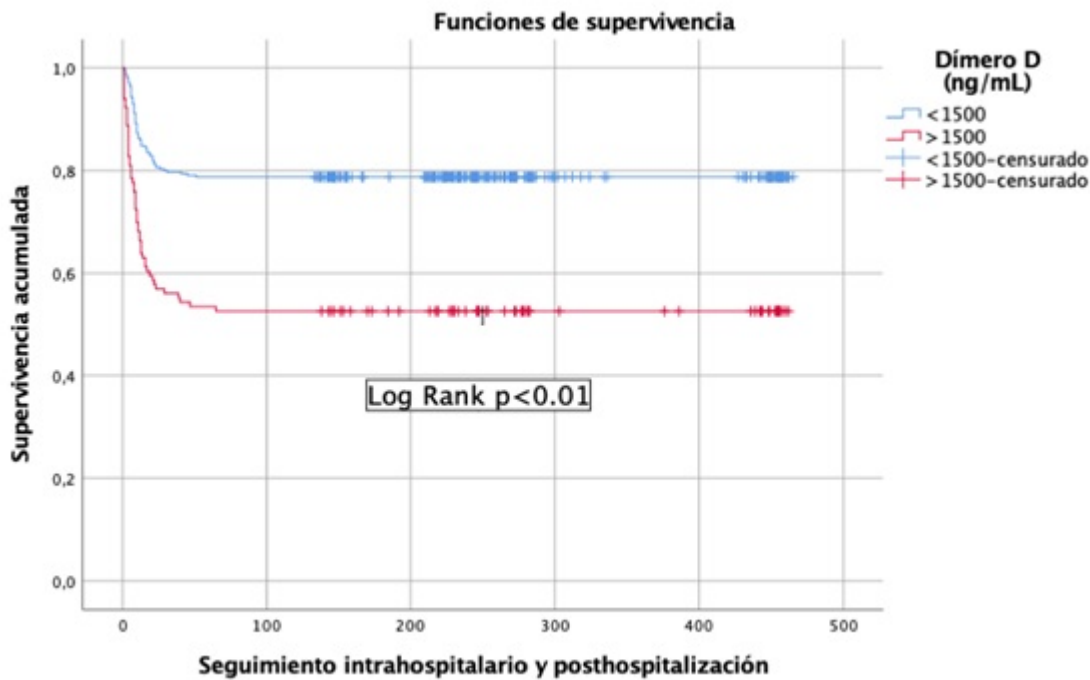
Objetivos: Describir las alteraciones de la coagulación que pueden llevar a la aparición de enfermedad tromboembólica venosa y su relación con la mortalidad en pacientes COVID-19.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de 484 pacientes con COVID-19 confirmada por PCR, test rápido de antígeno y/o serología de SARS-CoV-2 ingresados en Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía entre marzo de 2020 y febrero de 2021, incluidos en el Registro COVID de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Se recogieron características basales, criterios de gravedad clínicos y analíticos al ingreso, eventos tromboembólicos venoso (ETV) y muertes durante el ingreso y poshospitalización. Además, se realizó análisis de supervivencia en función de niveles de D-dímero (DD), estableciendo como punto de corte 1500 ng/mL.

Resultados: 484 pacientes, edad media $78,14 \pm 9,20$ años, recibieron HBPM durante el ingreso (63,3% dosis profilácticas, 16,8% intermedias y 13,5% terapéuticas), mientras que 0,8% de los pacientes se mantuvieron anticoagulados con antivitamina K (AVK) y 2,5% con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD). El 15,6% presentótrombocitopenia (1.500 ng/dL presentaron menor supervivencia (p 60 años, enfermedad pulmonar y/o renal, HTA, enfermedad cardiovascular, inmunosupresión, taquipnea, taquicardia, insuficiencia respiratoria, linfopenia y elevación de creatina cinasa y/o troponinas), no habiendo diferencias estadísticamente significativas.

Sexo	Hombres (54,3%)	Mujeres (45,7%)
Edad	$78,14 \pm 9,20$ años	
Plaquetas	Trombopenia (< 130.000)	15,6%
	Trombocitosis (> 450.000)	2,1%
TP	Normal	83,3%
	Prolongado (> 15 seg)	16,7%
TTPa ratio	Normal	96%
	Prolongado (> 1,36)	4%

Dímero D	< 1.500 ng/mL	73,3%
	> 1.500 ng/mL	26,7%
Dosis HBPM	No HBPM	6,4%
	Profiláctica	63,3%
	Intermedia	16,8%
	Terapéutica	13,5%
CID	0,8%	
ETV	3,3% (63,6% varones y 36,4% mujeres)	
Eventos arteriales	0,8%	



Discusión: La baja prevalencia de coagulopatía y ETV en nuestra cohorte con respecto a otras poblaciones previamente reportadas podría suponer una limitación para obtener conclusiones de nuestro estudio. Sin embargo, los niveles de DD al ingreso sí presentaron una relación con la mortalidad en los pacientes con COVID-19.

Conclusiones: El DD al ingreso puede considerarse como un factor de riesgo predictor de mortalidad en pacientes con COVID-19.

Bibliografía

1. Cui S, Chen S, Li X, Liu S, Wang F. Prevalence of thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost.* 2020:1-4.