

Diana Milena Bocanegra Díaz<sup>1</sup>; Oscar Alberto Sáenz Morales<sup>2</sup>;  
Jennifer Paola Martínez Parra<sup>3</sup>; Daniela Alonso Ruiz<sup>4</sup>.

1. Médico Residente Medicina Interna Universidad El Bosque, Hospital Santa Clara Bogotá, D.C.
2. Médico Internista, Neumólogo Universidad El Bosque, Hospital Santa Clara Bogotá, D.C.
3. Médico General FUJNC Bogotá, D.C.
4. Médico General FUCS Bogotá, D.C.

## INTRODUCCIÓN

Se ha observado la relación entre el curso de la enfermedad por virus **SARS CoV-2** y la aparición de fenómenos **tromboembólicos arteriales y venosos**. Fisiopatológicamente, existen múltiples mecanismos por los cuales la infección se asocia al desarrollo de estos eventos que incluyen la aparición de endotelitis, angiogénesis, activación inmunológica de la cascada de la coagulación y mecanismos mediados por agregación neutrofílica.

## OBJETIVOS

Identificar al subgrupo de pacientes en riesgo de presentar un evento tromboembólico (**ET**), sea tromboembolismo pulmonar (**TEP**), trombosis venosa profunda (**TVP**) o ambas como complicación de la infección al analizar variables como los síntomas al inicio de la infección por **COVID-19**, antecedentes clínicos, paraclínicos de ingreso y escalas pre test en una serie de casos de pacientes que desarrollaron ET asociados a COVID-19 en el Hospital Santa Clara.

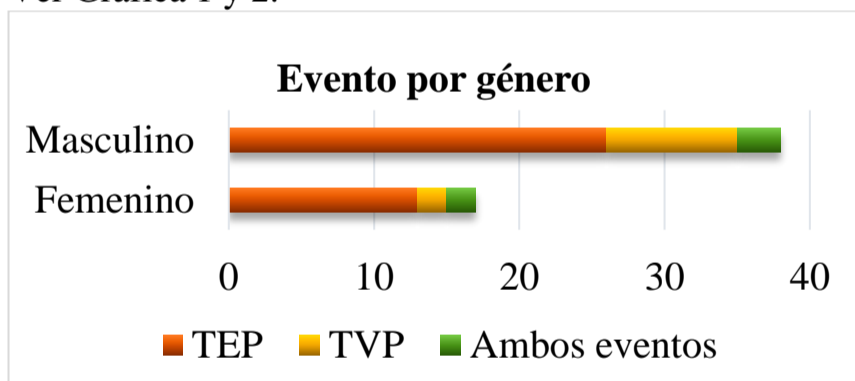
## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio **descriptivo**, serie de casos de 55 pacientes adultos mayores de 18 años hospitalizados en sala general y unidades de cuidado intensivo (**UCI**) con diagnóstico de COVID-19 confirmado por **rt-PCR**, con imágenes diagnósticas positivas para ET (ecografía doppler venosa o angiogramografía de tórax) en los primeros 21 días del inicio de los síntomas, en el Hospital Santa Clara durante el periodo comprendido entre enero y julio de 2021.

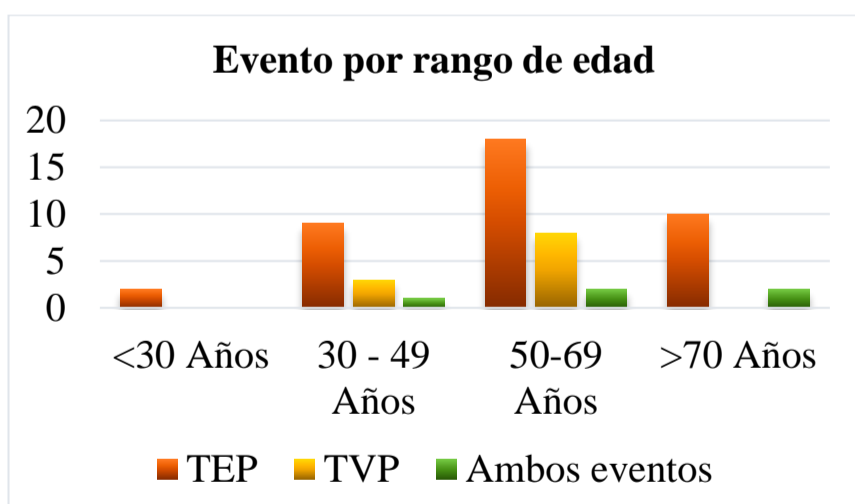
Se excluyeron las pacientes gestantes, los que requirieron procedimiento quirúrgico durante la hospitalización, los que habían presentado un ET previo al diagnóstico de COVID-19 o antecedente de trombofilia conocida.

## RESULTADOS

Se evidenció que el **TEP** fue el evento de mayor presentación (80%). Hay mayor frecuencia de ET en pacientes **masculinos** (69,1%). La media de la edad resultó en 57,2 años estando el 50,9% entre **50-69 años**. Ver Gráfica 1 y 2.

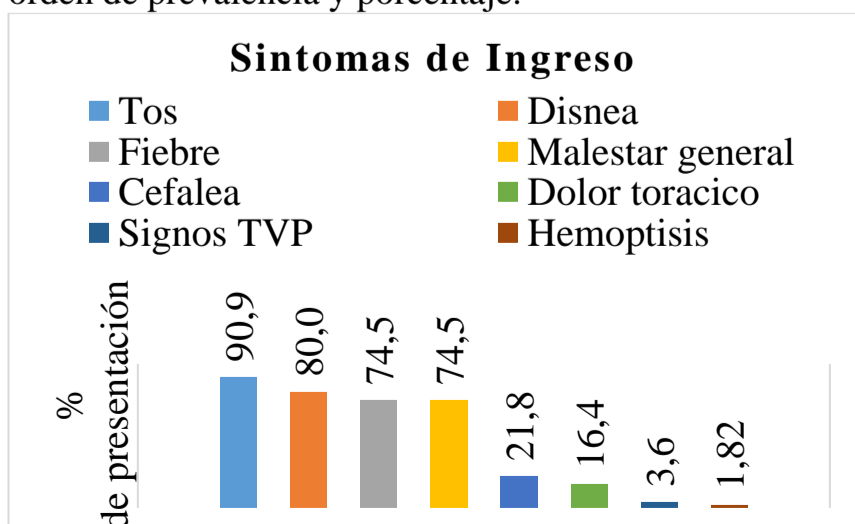


Gráfica 1: Evento por género



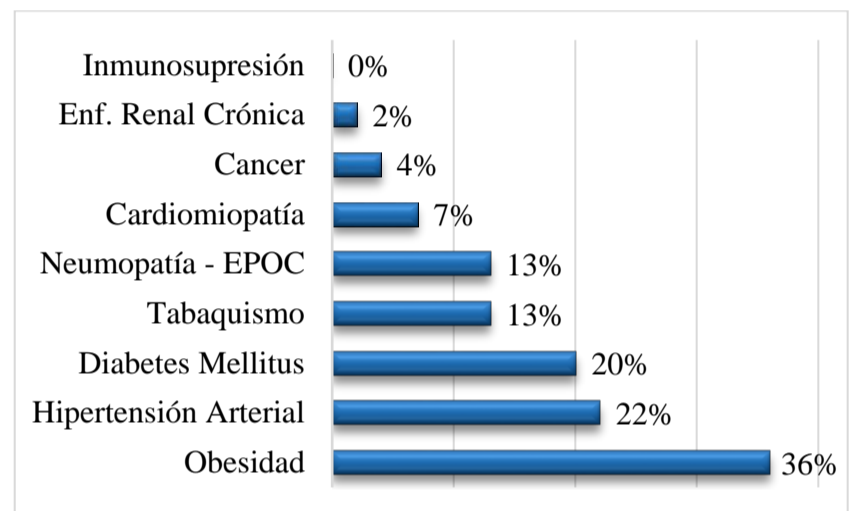
Gráfica 2: Evento por rango de edad

Se evidencian en la Gráfica 3 los síntomas de ingreso en orden de prevalencia y porcentaje.



Gráfica 3: Síntomas de ingreso

Los antecedentes encontrados con mayor frecuencia son **obesidad**, hipertensión arterial y diabetes mellitus, Ver Gráfica 4.



Gráfica 4: Antecedentes Clínicos

El número de días entre el inicio de los síntomas y la sospecha clínica de ET promedio fue **11,3 días**.

Entre los paraclínicos de ingreso, se identificó que el **Dímero D** se encontró elevado más de 3 veces lo normal ajustado para la edad en el 67,9%. Ver **Tabla 1**.

La escala pre test de Wells para TVP resultó en un 92,7% **improbable** y pre test de Wells para TEP en un 65,5%.

En TEP la clasificación de gravedad para riesgo de muerte en el hospital o a 30 días según la sociedad española de cardiología predominó en riesgo **intermedio alto, mortalidad precoz del 3-15%**.

Paraclínico	Media - No. #
Linfocitos	1177 10 <sup>3</sup> /mm
Ferritina	708,4 ng/ml
Proteína C Reactiva PCR	15,7 mg/dl.
<b>Dímero D</b>	<b>4454,3 ng/ml</b>
Deshidrogenasa láctica- LDH	627,9 U/L
<b>Troponina I</b>	<b>25,7 ng/ml</b>
PAFI	183,8 mmHg

Tabla 1. Paraclínicos de Ingreso

Los pacientes que requirieron de estancia en UCI correspondieron al **63,6%**. Los días de estancia hospitalaria total independientemente del ingreso a UCI fueron 20,2 días. **El 40% requirió soporte ventilatorio** con intubación orotraqueal, 20% con cánula nasal de alto flujo y 12,7% con máscara de no reinhalación. **El 29%** de los pacientes **requirió soporte vasopresor**.

El manejo anticoagulante intrahospitalario más formulado ante la sospecha clínica del ET fue **heparina de bajo peso molecular subcutáneo (80%)**, las dosis se establecieron como terapéutica (**45,5%**), intermedia (9,1%), profiláctica ajustada a peso (40,9%) o profiláctica no ajustada a peso (4,5%). El manejo anticoagulante **ambulatorio** fue principalmente con **anticoagulantes orales directos**, rivaroxaban 30,9%, apixaban 25,4%, heparina de bajo peso molecular 10,9%, dabigatrán 3,6% y warfarina 3,6% y el 25,5% no recibió ninguno por fallecimiento. El total de la **mortalidad intrahospitalaria** fue de 14 pacientes que correspondió al **25,5%**.