

# Bleeding news



## Propuesta de recomendaciones de manejo de fármacos anticoagulantes y antiagregantes en los pacientes graves con infección por COVID-19

Juan V. Llau, Raquel Ferrandis, Pilar Sierra, Francisco Hidalgo, Concepción Cassinello, Aurelio Gómez-Luque

[https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/RECOMENDACIONES\\_hemostasia-COVID-final.pdf](https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/RECOMENDACIONES_hemostasia-COVID-final.pdf)

Autora del comentario: *Dra. Raquel Ferrandis Comes. FEA Anestesiología y Reanimación Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. Profesora asociada, Facultad de Medicina de Valencia*

Dentro de la complejidad que implica el manejo del paciente COVID 19, los autores se han centrado en las alteraciones de la hemostasia que presenta, así como su interpretación y manejo. La evolución de este trabajo de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación ha supuesto un consenso al que se ha sumado la Sociedad Española de Medicina Intensiva, que será publicado en las próximas semanas y que paso a comentar.

### 1. Alteraciones de la hemostasia en el paciente COVID 19

Dentro de los factores de riesgo de mayor morbi-mortalidad en el paciente COVID-19 se ha identificado la edad avanzada, una puntuación SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) mayor de 5 y el dímero-D (DD) mayor de 1000 UI/ml. La interpretación de este aumento de DD es controvertida. Inicialmente se interpretó como consecuencia de una hiperfibrinólisis, pero no se ha visto asociado a una coagulopatía de consumo, por lo que se considera reflejo de un cuadro trombótico subyacente. No obstante, evidenciar este cuadro trombótico es sumamente complicado en la situación actual. Según diferentes comunicaciones se ha descrito la presencia de trombosis pulmonar en un 15-20% de pacientes críticos, siendo la mayoría de ellas insospechadas. A esto se suma que los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Críticos se encuentran habitualmente inmóviles, conectados a ventilación mecánica, bajo sedación y, con frecuencia, en tratamiento con relajantes neuromusculares.

Dado este sustrato protrombótico, se recomienda el uso de trombopprofilaxis a todos los pacientes hospitalizados, de preferencia con heparina de bajo peso molecular (HBPM), dado que aporta además un efecto antit inflamatorio, ajustada a peso y función renal. La dosis de HBPM se recomienda se aumente a dosis intermedias (100 UI/kg/24 h) si el nivel plasmático de los marcadores de riesgo (DD, fibrinógeno y/o ferritina) se incrementa 4 veces el valor de normalidad. A partir de aquí, si bien los datos actuales no permiten recomendar el paso a dosis terapéuticas, los autores recomiendan valorar ésta en casos sugestivos de complicaciones trombóticas, como serían aquellos que presenten un aumento significativo del DD, especialmente si éste es discordante con una normalidad de las pruebas de coagulación. También se sugiere el paso a dosis anticoagulantes ante un deterioro súbito de la oxigenación o la hemodinámica, no explicado por otras causas, cuando no sea posible la realización de pruebas diagnósticas. También se deberán tratar los casos confirmados de trombosis pulmonar.

# Bleeding news



El alta de las Unidades de Críticos deberá evaluarse de nuevo el riesgo trombótico, pues se recomienda seguir con la pauta de tromboprofilaxis incluso tras el alta hospitalaria.

## **2. Alteraciones de la hemostasia en la paciente COVID 19 embarazada.**

Las gestantes tienen, ya de base, un riesgo trombótico 4-5 veces superior que la no gestante. Por ello, habitualmente se evalúan los riesgos de trombosis durante la gestación y el puerperio y se establece el tratamiento profiláctico con HBPM según la presencia de estos. Tanto más requerirá especial atención, cuando se suma el estado de hipercoagulabilidad asociado a la infección COVID-19.

Ante la falta de evidencia, las recomendaciones en las pacientes embarazadas con infección COVID 19, se han basado en los factores de riesgo trombótico y los datos analíticos que se han mostrado predictores de mala evolución. Dado que el DD carece de valor en el puerperio, se han considerado una elevación del fibrinógeno (siendo el punto de corte de riesgo trombótico en 7 g/L en lugar de en 5 g/L), la ferritina plasmática y el recuento de plaquetas. Así, se recomienda la administración de HBPM a dosis profilácticas a toda paciente con infección confirmada, valorando el paso a dosis intermedias a las gestantes con los factores de riesgo mencionados.

Si la paciente requiere ingreso hospitalario se recomienda seguir las recomendaciones generales, ajustando el tratamiento en cada caso según el riesgo o posibilidad de finalización del embarazo. Tras el parto, se recomienda reiniciar la profilaxis antitrombótica con HBPM a las 6-8 horas, (dependiendo del riesgo de sangrado), ajustando las dosis a los factores de riesgo (se sugiere valor el paso a dosis terapéuticas en algunos casos).

La duración de la profilaxis se recomienda de al menos 7-10 días tras el parto, valorando su prolongación hasta la normalización de los parámetros o hasta 6 semanas postparto en las gestantes con factores de riesgo trombótico en el tercer trimestre.