

Tratamiento Anticoagulante y Supervivencia Intrahospitalaria en Pacientes con COVID-19

Los resultados observados en una amplia cohorte de pacientes de los Estados Unidos con COVID-19 sugieren que la anticoagulación sistémica podría asociarse con mejor evolución clínica, incluso después de considerar la necesidad de asistencia ventilatoria mecánica.



Fuente: Journal of the American College of Cardiology 1-10

Título original: Association of Treatment Dose Anticoagulation with In-Hospital Survival Among Hospitalized Patients with COVID-19

Autores: Fuster V y colaboradores

Institución: Mount Sinai School of Medicine, Nueva York, EE.UU.

Introducción

Casi todos los países del mundo han sido afectados por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19); algunos estudios refirieron frecuencia aumentada de eventos tromboembólicos en pacientes internados por COVID-19, como también mejoría de la evolución clínica en el contexto de la anticoagulación sistémica. Sin embargo, el verdadero papel de la anticoagulación sistémica en este contexto sigue sin conocerse con precisión. En el presente estudio se analizan las asociaciones entre la administración de anticoagulación sistémica intrahospitalaria y la supervivencia en una amplia cohorte de pacientes internados con COVID-19.

Métodos

Entre 14 de marzo y 11 de abril de 2020, 2773 pacientes fueron internados por COVID-19 confirmada, y registrados en el *Mount Sinai Health System* de Nueva York. Se aplicaron modelos proporcionales de Cox para determinar el efecto de la dosis de la anticoagulación sistémica (en forma oral, subcutánea o intravenosa) sobre la mortalidad intrahospitalaria. En los modelos se realizó ajuste por edad, sexo, etnia, índice de masa corporal, antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, diabetes de tipo 2, utilización de anticoagulación sistémica antes de la internación y fecha de la internación. Con la finalidad de evitar la posible confusión asociada con la internación de diferente duración y el inicio de la

anticoagulación sistémica, la duración del tratamiento anticoagulante se abordó como covariable y la intubación, como variable dependiente en el tiempo.

Resultados

Entre 2773 pacientes internados por COVID-19, 786 (28%) recibieron anticoagulación sistémica durante la internación. La mediana de la internación fue de 5 días (rango intercuartílico [RIC]: 3 a 8 días) y la mediana desde la internación hasta el inicio de la terapia anticoagulante sistémica fue de 2 días (RIC: 0 a 5 días). La mediana de la duración de la anticoagulación sistémica fue de 3 días (RIC: 2 a 7 días).

Los índices de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes que recibieron anticoagulación sistémica fueron de 22.5%, con una mediana de supervivencia de 21 días, en comparación con 22.8% y una mediana de supervivencia de 14 días en los enfermos que no recibieron anticoagulación sistémica.

Los pacientes tratados con anticoagulación sistémica requirieron con mayor frecuencia asistencia ventilatoria mecánica (29.8%, en comparación con 8.1%; $p < 0.001$).

Globalmente, se observó un aumento significativo respecto de los valores basales en el tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina activada, la lactato deshidrogenasa, la ferritina, la proteína C-reactivo, y los niveles de dímero-D entre los pacientes que recibieron anticoagulación sistémica, en comparación con los que no fueron anticoagulados. Estas diferencias, sin embargo, no se observaron entre los enfermos con asistencia ventilatoria mecánica.

Entre los pacientes que requirieron asistencia ventilatoria mecánica (n: 395), los índices de mortalidad intrahospitalaria fueron del 29.1% con una mediana de supervivencia de 21 días entre los que recibieron anticoagulación sistémica, y de 62.7% con una mediana de supervivencia de 9 días, entre los sujetos que no recibieron anticoagulación sistémica. En modelos proporcionales de Cox de variables múltiples, la anticoagulación sistémica de mayor duración se asoció con riesgo reducido de mortalidad (*hazard ratio* [HR] ajustado de 0.86 por día; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0.82 a 0.89; $p < 0.001$).

Se analizó la asociación entre la anticoagulación sistémica y el riesgo de eventos de sangrado. El sangrado mayor se estableció en los pacientes con niveles séricos de hemoglobina < 7 g/dl o transfusión de glóbulos rojos, transfusión de al menos dos unidades de glóbulos rojos en el transcurso de 48 horas y código diagnóstico de hemorragia mayor (hemorragia intracraneal, hematemesis, melena, úlcera péptica con hemorragia, sangrado de colon, recto o ano, hematuria, hemorragia ocular y gastritis hemorrágica aguda).

Los índices de eventos hemorrágicos fueron de 1.9% (n: 38) entre los sujetos que no recibieron anticoagulación sistémica, y de 3% (n: 24) entre los anticoagulados ($p = 0.2$). Entre los 24 pacientes con eventos hemorrágicos en el contexto de la anticoagulación sistémica, 15 (63%) presentaron eventos de sangrado luego del inicio de la anticoagulación y 9 (37%) pacientes los tuvieron antes de comenzar la anticoagulación. Los eventos hemorrágicos fueron más comunes entre los pacientes intubados (30 de 395; 7.5%), en comparación con los enfermos no intubados (32 de 2378; 1.25%).

Conclusión

A pesar de las limitaciones inherentes al estudio, los hallazgos referidos sugieren que la anticoagulación sistémica podría asociarse con mejor evolución clínica entre los

pacientes internados por COVID-19. Sin embargo, los beneficios potenciales del tratamiento deben analizarse en conjunto con el riesgo de sangrado, de modo que la decisión debe ser individualizada. Llamativamente se comprobó una asociación entre la anticoagulación y la mayor supervivencia, luego de considerar la asistencia ventilatoria mecánica.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2020