

CARTA CLÍNICA

Trombosis y COVID-19: Atención Primaria clave en el abordaje interdisciplinar



Thrombosis and COVID-19: Key primary care in the interdisciplinary approach

A. Piera Carbonell^{a,*}, A. García Lerín^b, O. García Vallejo^c, M. Frías Vargas^c y M.A. Cabrera Ferriols^d

^a Centro de Salud Luanco-Gozón, Luanco, Asturias, España

^b Centro de Salud Almendrales, Madrid, España

^c Centro de Salud Comillas, Madrid, España

^d Centro de Salud San Vicente del Raspeig, Sant Vicent del Raspeig, Alicante, España

Presentamos el caso de una mujer de 61 años, natural de Guinea Ecuatorial, residente en España desde hace años, con diagnóstico de hipertensión arterial, en tratamiento con lisinopril/hidroclorotiazida, cardiopatía hipertensiva, con fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada, artrosis, chikingunya y enfermedad venosa crónica intervenida como antecedentes médico quirúrgicos a reseñar.

La paciente se encuentra a seguimiento por el equipo de atención primaria (EAP) por posible COVID-19, tras ser contacto de paciente COVID-19, refiriendo inicialmente sintomatología gastrointestinal leve con náuseas y deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Dada la ausencia de síntomas de gravedad, se procede a seguimiento periódico telefónico por parte del EAP con tratamiento sintomático, reposo relativo, hidratación abundante y aislamiento domiciliario, debiendo avisar en caso de empeoramiento y/o síntomas de alarma que se explican.

En el seguimiento evolutivo realizado telefónicamente, el 4.º día tras el inicio de los síntomas, refiere aparición de tos seca y odinofagia, acompañada, al 9.º día, de dolor torácico de intensidad leve, no refiriendo fiebre ni sensación distérmica ni mal estado general ni disnea asociada, por lo que se mantiene seguimiento telefónico.

En la 3.ª semana tras el inicio de los síntomas, refiere cuadro de dolor en miembro inferior derecho (MID) con edema, calor, rubor y aumento de perímetro respecto a contralateral, por lo que se remite al servicio de urgencias hospitalario para valoración de probable trombosis venosa profunda (TVP). Resto de exploración física, incluida auscultación cardiopulmonar, sin alteraciones. PA: 134/73 mmHg; FC: 108 lpm; FR: 12 rpm; SatO₂ 99%.

En urgencias se realiza analítica, que muestra glucosa 149 mg/dl, LDH 319 U/l (135-214), dímero D 2.050 ng/ml (208-500), estando el resto de parámetros bioquímicos analizados, hemograma y coagulación, dentro de la normalidad.

La radiografía de tórax realizada muestra aumento de la trama broncovascular y dudoso infiltrado en lóbulo inferior izquierdo.

En la ecografía doppler se aprecia permeabilidad de venas femoral común, superficial, poplítea, tronco tibioperoneo y venas gemelares, por lo que descarta TVP.

Ante sospecha de enfermedad respiratoria aguda por coronavirus (COVID-19), con neumonía unilobar, se pauta hidroxiquina.

Dada la clínica sugestiva de TVP y asociación a elevación del dímero D y clínica compatible con COVID-19, se decide, teniendo en cuenta el buen estado de la paciente, la ausencia de disnea y la situación epidemiológica del momento, siguiendo protocolo hospitalario, iniciar HBPM a dosis terapéuticas y seguimiento clínico ambulatorio, pau-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apiecar@hotmail.com (A. Piera Carbonell).

tándose tratamiento con bemparina a dosis de 10.000 UI cada 24 h y recomendaciones para evitar estasis venosa.

Se repite la ecografía doppler a los 15 días, apreciándose trombosis venosa superficial de 2 cm en el tercio distal de MID (no adyacente a la safena), sin datos de TVP bilateral.

La paciente mejora progresivamente, sin incidencias ni complicaciones, por lo que tras un mes de tratamiento con HBPM, y tras confirmar mejoría clínica, encontrándose asintomática, se decide suspensión de tratamiento con bemparina, manteniendo medidas físicas antiedema como recomendación de disminución de peso, ejercicio diario y medias de compresión.

Es importante destacar cómo entre las manifestaciones de la COVID-19 puede desarrollarse una enfermedad trombotica, tanto venosa como arterial, debido a la inflamación excesiva que afecta al sistema vascular. El estado de hipercoagulabilidad predispone a la enfermedad tromboembólica venosa y arterial¹.

El riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en pacientes con COVID-19 es un problema en aumento. La inmovilización prolongada durante la enfermedad, la deshidratación, el estado inflamatorio agudo, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo u obesidad, o antecedente de enfermedad cardiovascular establecida, antecedente de ETEV y trombofilia, son comorbilidades comunes en pacientes con COVID-19, pudiendo todo ello incrementar el riesgo de ETEV².

Se debe evaluar el riesgo trombotico y hemorrágico en todos los pacientes con infección por SARS-CoV-2. La paciente de este caso presenta un riesgo alto de trombosis según las escalas de PADUA³ e IMPROVE⁴, con bajo riesgo de sangrado.

Cabe recordar que todos los pacientes completamente inmovilizados se beneficiarán de la tromboprofilaxis no farmacológica con terapia compresiva con medias elásticas⁵, por lo que resulta recomendable su prescripción en todos los pacientes COVID-19 en aislamiento.

La trombosis se asocia a la infección producida por el SARS-CoV-2, estimándose alrededor de un 25% de casos de tromboembolia venosa en los pacientes con neumonía grave por COVID-19, aumentando su gravedad y confirmando un peor pronóstico⁶⁻¹⁰. Nuestra actuación como médicos de familia puede aportar acciones importantes en el manejo y el control de esta severa complicación.

La atención primaria (AP) es puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, siendo el primer eslabón de la cadena asistencial. Supone un filtro eficaz en la demanda asistencial y es clave para evitar la sobrecarga y el colapso hospitalario. Pero AP es mucho más que un filtro, ya que ejerce como el eje vertebrador sobre el que pivota la gestión de la salud a nuestra población, fomentado el autocuidado y la autonomía del paciente.

Resulta primordial la nueva forma de organizar la AP, potenciando la consulta telefónica no presencial y consultas telemáticas, permitiendo seguimiento clínico evolutivo de forma efectiva, reforzando la autogestión de la salud de cada individuo y su familia.

Una cuestión clave facilitadora es uno de los valores esenciales de la AP: la longitudinalidad, clave para, entre otras cuestiones, ayudar a gestionar la incertidumbre con la que se acostumbra a trabajar en AP, y más en este momento de la

pandemia, si bien es cierto que en la fase de la desescalada y en la nueva normalidad se requieren medios diagnósticos que ayuden a dar mayor autonomía en la gestión a los EAP. Así, la posibilidad de realización de ecografía clínica en nuestra práctica clínica asistencial puede suponer una mayor capacidad de resolución, disminuyendo la incertidumbre, incrementando la satisfacción de los pacientes, evitando desplazamientos y exposiciones innecesarias, ayudando, también de ese modo, a la contención de la pandemia.

Responsabilidades éticas

Se ha contado con el consentimiento de la paciente y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre el tratamiento de la información de pacientes y para la publicación de casos clínicos.

Bibliografía

- Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, Haberecker M, Andermatt R, Zinkernagel A, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *Lancet*. 2020;395:1417-8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30937-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30937-5).
- Terpos E, Ntanasis-Stathopoulos I, Elalamy I, Kastritis E, Sergentanis TN, Politou M, et al. Hematological findings and complications of COVID-19. *Am J Hematol*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1002/ajh.25829>.
- Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: The Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost*. 2010;8:2450-7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1538-7836.2010.04044.x>.
- Spyropoulos AC, Anderson F, FitzGerald G, Decousus H, Pini M, Chong BH, et al. Predictive and associative models to identify hospitalized medical patients at risk for VTE. *Chest*. 2011;140:706-14, <http://dx.doi.org/10.1378/chest.10.1944>.
- Arabi YM, al-Hameed F, Burns KEA, Mehta S, Alsolamy S, Alshahrani MS, et al., Saudi Critical Care Trials Group. Adjunctive intermittent pneumatic compression for venous thromboprophylaxis. *N Engl J Med*. 2019;380:1305-15, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1816150>.
- Klok FA, Kruip MJ, Van der Meer NJ, Arbous MS, Gommers DA, Kantf KM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2020.04.013>.
- Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395:1054-62, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
- Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18:844-7, <http://dx.doi.org/10.1111/jth.14768>.
- Yin S, Huang M, Li D, Tang N. Difference of coagulation features between severe pneumonia induced by SARS-CoV-2 and non-SARS-CoV-2. *J Thromb Thrombolysis*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s11239-020-02105-8>.
- Zhai Z, Li C, Chen Y, Gerotziafas G, Zhang Z, Wan J, Liu P, Elalamy I, Wang C, et al. Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Coronavirus Disease 2019 Infection: A Consensus Statement Before Guidelines. *Thromb Haemost*. 2020 [consultado 22 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0040-1710019.pdf>; <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710019>.