

Sesión 3. Cuestiones actuales en COVID-19: optimización de la profilaxis y síndrome de trombosis y trombocitopenia inducida por vacuna (STT)

1. ¿Cuál es la dosis óptima de profilaxis antitrombótica en pacientes hospitalizados por COVID-19?

- a) La evidencia disponible no respalda el uso de HBPM a dosis terapéuticas para la prevención de la trombosis en pacientes críticamente enfermos.
- b) Los resultados de los estudios realizados hasta la fecha no resuelven todavía la cuestión de la dosis óptima de profilaxis en paciente con COVID-19 no críticos.
- c) Cuestiones sin aclarar en pacientes no críticos:
 - a. Subgrupos de pacientes con mayor beneficio
 - b. Mecanismos implicados
 - c. El riesgo de hemorragia del paciente

¿Tiene alguna utilidad determinar el dímero D para decidirla?

- a) El dímero D:
 - a. Está frecuentemente elevado en los pacientes con COVID-19
 - b. Aumenta conforme la enfermedad es mas severa
 - c. Proviene de la fibrinólisis sistémica y de la fibrinólisis local pulmonar
 - d. Se asocia con peor evolución
 - e. Puede ser predictor de CID
 - f. Su incremento se asocia también a incremento del riesgo hemorrágico
- b) Las guías de práctica clínica no recomiendan la determinación de dímero D para el manejo de la tromboprofilaxis.

2. ¿Cómo podemos seleccionar los pacientes tributarios de profilaxis domiciliaria o extensión de la tromboprofilaxis?

- a) No se recomienda la tromboprofilaxis al alta hospitalaria en la mayoría de pacientes ingresados por COVID-19
- b) Se puede considerar extender la tromboprofilaxis farmacológica al alta hospitalaria tras realizar una valoración adecuada de factores de riesgo, en pacientes de elevado riesgo trombótico y bajo riesgo hemorrágico
- c) No existe evidencia que permita recomendar una duración de la profilaxis guiada por datos analíticos, por ejemplo, por el dímero-D.
- d) Se recomienda fomentar la movilidad y las medidas higiénico-dietéticas.

¿Debemos actuar de forma diferente en las gestantes?

- En profilaxis primaria, usar las HBPM a dosis profilácticas (valorar ajuste de dosis en pacientes con sobrepeso).
- Es necesario evaluar adecuadamente los factores de riesgo trombótico y hemorrágico.
- Ante COVID-19 asintomática ambulatoria, se puede considerar profilaxis con HBPM en gestantes de elevado riesgo trombótico y bajo riesgo hemorrágico.
- En gestantes ingresadas por COVID-19, se puede recomendar profilaxis con HBPM posterior al alta hospitalaria de entre 10 y 30 días en función de la gravedad de la COVID-19 y factores de riesgo.
- En la COVID-19 postparto, se recomienda profilaxis con HBPM hasta la 6ª semana postparto.

3. ¿Qué frecuencia y qué relevancia tienen los anticuerpos anti-PF4- heparina en pacientes con COVID-19?

- Existe una elevada prevalencia de anti-PF4 (30%) en pacientes hospitalizados con COVID-19.
- La positividad de anticuerpos anti-PF4/heparina no conlleva un mayor riesgo de complicaciones trombóticas o muerte
- La aparición de anti-PF4 en pacientes con COVID-19
 - es un posible marcador de la gravedad de la enfermedad
 - no es marcador de riesgo trombótico

4. ¿Cómo se define y diagnostica el STT?

Definición: Síndrome inmunomediado (anti-PF4) caracterizado por activación de las plaquetas y de la coagulación que ocurre tras la vacunación frente a la COVID-19, hasta la fecha, con vacunas basadas en adenovirus (AstraZeneca ChAdOx1 nCov-19 y Janssen Ad26.COV2.S)

Diagnóstico: Criterios NEJM (Pavord S. N Engl J Med. 2021 Aug 11. doi: 10.1056/NEJMoa2109908)

Tipo de VITT	Descripción
Definitiva	Los cinco criterios siguientes deben estar presentes: <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de síntomas de 5 a 30 días tras vacunación (o ≤42 días en pacientes con TVP/EP) • Presencia de trombosis • Trombocitopenia ($<150 \times 10^9/L$) • Dímero-D > 4000 • Anticuerpos anti-PF4 positivos por ELISA
Probable	<ul style="list-style-type: none"> • Dímero-D > 4000 pero no cumple un criterio (tiempo, trombosis, trombocitopenia o ACs), o • Dímero-D desconocido o entre 2000 y 4000 y todos los demás criterios cumplidos
Posible	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de dímero-D desconocido o entre 2000 y 4000 con otro criterio, o dos, no cumplidos
Improbable	<ul style="list-style-type: none"> • Plaquetas $< 150 \times 10^9/L$ sin trombosis con dímero-D < 2000, o • Trombosis con recuento plaquetario $> 150 \times 10^9/L$ y dímero-D < 2000, independientemente del resultado de ACs y diagnóstico alternativo más probable

¿Cuál es su fisiopatología?

No ha sido bien establecida hasta ahora, pero tiene similitudes clínicas y biológicas con la trombocitopenia inducida por heparina (TIH) al compartir un denominador común: títulos altos de anti-PF4 que pueden causar activación plaquetaria funcionales y activación de la coagulación.

5. ¿Podemos predecir el riesgo de STT?

- a) El riesgo de VITT es muy bajo, de manera imprecisa ≈ 1 cada 100.000 para AZ y de ≈ 1 cada 500.000 para J&J)
- b) Disminuye con la edad (menor en mayores de 55 años)

¿A quién debemos recomendar una vacunación anti-COVID-19 alternativa a la vacuna con vector viral?

- a) La vacuna con vector adenoviral debiera usarse únicamente en un entorno de pandemia y limitación de otras opciones vacunales.
- b) En este contexto están no deberían utilizarse en:
- c) En menores de 50 años
- d) Sí existe antecedentes previos de VITT o HIT (por compartir similitudes fisiopatológicas)

6. ¿Cuál es el tratamiento de los episodios de STT?

- a) Anticoagular con anticoagulantes no heparínicos (al menos 3 meses)
- b) Control de la respuesta inmune:
 - a. Inmunoglobulinas IV(IgIV)
 - b. Intervención temprana si no hay respuesta a las IgIV: recambio plasmático, corticoides, rituximab.