



# GUÍA DE DOSIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES

La HBPM con más  
evidencia, en todo  
tipo de pacientes<sup>1</sup>



Profilaxis Médica

Tratamiento ETV

Poblaciones especiales



# El riesgo de sufrir ETV puede continuar tras el alta. La inmovilización es un factor de riesgo, independientemente de donde se haga

Profilaxis de la ETV con Clexane® en el paciente médico



## Evaluación del riesgo de ETV

En pacientes médicos hospitalizados con la escala de Padua.<sup>2</sup>



## Clexane® 4.000 UI (40 mg) SC una vez al día

En pacientes con insuficiencia renal grave se recomienda la dosis de 2.000 UI (20mg) SC una vez al día.<sup>3</sup>



## Al menos de 6 a 14 días<sup>3</sup>

Durante al menos de 6 a 14 días sea cual sea el estado de recuperación (movilidad).





# Clexane® 1 vez al día en el tratamiento de la ETV: eficaz y segura, y con más evidencia que ninguna<sup>1,4-20</sup>

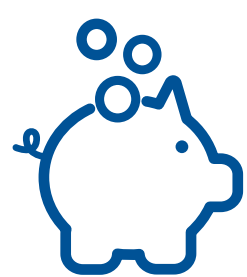
## Tratamiento de la ETV con Clexane® con o sin EP



Clexane® se puede administrar **1 vez al día (1,5 mg/kg/24h)** o bien **2 veces al día (1 mg/kg/12h)** en el tratamiento de la TVP y de la EP. El tratamiento se prescribe por un periodo medio de **10 días**.<sup>\*3</sup>



El médico deberá seleccionar la pauta posológica basándose en una **evaluación individual del riesgo de ETV y de sangrado**.<sup>3</sup>



El tratamiento con Clexane® tanto 1 como 2 veces al día en fase aguda, supone un **ahorro vs. otras marcas de HBPM**.<sup>21</sup>



\*La pauta posológica de 150 UI/kg (1,5 mg/kg) administrada una vez al día se debería utilizar en pacientes no complicados con riesgo bajo de recurrencia de TEV. La pauta posológica de 100 UI/kg (1 mg/kg) administrada dos veces al día se debería utilizar en otros pacientes tales como pacientes obesos, con EP sintomática, con cáncer, con TEV recurrente o trombosis proximal (vena iliaca).



# Paciente oncológico<sup>3,22</sup>

## Profilaxis

### Catéter venoso central (CVC)

- **Antecedentes de ETV-CVC + mantenimiento CVC tras 3-6 meses con HBPM:**  
*Prolongar la anticoagulación con dosis intermedias o profilácticas de HBPM hasta la retirada del CVC\**
- **Antecedentes de ETV-CVC + nuevo CVC:**  
*Profilaxis mínimo 30 días tras la implantación y plantear mantenerla hasta retirada\*\**

## Tratamiento\*

1

### Fase aguda:

- *Clexane<sup>®</sup> 100 UI/kg (1 mg/kg) dos veces al día de 5-10 días*

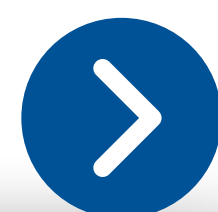
2

### Tratamiento extendido:

- *Clexane<sup>®</sup> 150 UI/kg (1,5 mg/kg) una vez al día hasta 6 meses*

\*Siempre que el riesgo hemorrágico no sea alto.

\*\*Tener en cuenta riesgo hemorrágico y preferencias del paciente.



Paciente oncológico

Paciente con insuficiencia renal

Paciente obstétrica

Paciente con obesidad



## Paciente oncológico

### Recomendaciones en situaciones especiales<sup>22</sup>

A

#### ETV + Trombocitopenia, según recuento plaquetario:

- $\geq 50 \times 10^9/L$ : mantener la dosis terapéutica
- $50 \times 10^9/L - 20 \times 10^9/L$ : reducir un 50% la dosis
- $\leq 20 \times 10^9/L$  o si:
  - a. >30 días desde el diagnóstico de la ETV: interrumpir ACG transitoriamente\*
  - b. <30 días desde el diagnóstico: transfundir plaquetas para mantener recuentos  $>20 \times 10^9/L$ , y emplear dosis intermedias de HBPM

B

#### ETV Aguda + Tratamiento con fármacos antiangiogénicos:

- No reducir la dosis para el tratamiento de la ETV (en ausencia de sangrado relevante)
- Precaución si existe afectación del SNC
- Esperar al menos 2 semanas tras el inicio de tratamiento con HBPM antes de reintroducir el angiogénico\*\*

C

#### ETV en territorio esplácnico:

- Tratamiento durante, al menos, tres meses

\*Además en la fase aguda del TEV considerar uso de FVCI si se prevé trombocitopenia >5 días, o pacientes con recuento  $\leq 20 \times 10^9/L$  o  $20-50 \times 10^9/L$  y baja reserva cardiopulmonar.

\*\*Siempre que el riesgo hemorrágico no sea alto.



Paciente oncológico

Paciente con insuficiencia renal

Paciente obstétrica

Paciente con obesidad



# Paciente con insuficiencia renal<sup>3</sup>

## Ajuste de dosis según el AcCr

	LEVE AcCr [51-80] ml/min	MODERADA AcCr [31-50] ml/min	GRAVE AcCr [15-30] ml/min	TERMINAL AcCr <15ml/min
<b>CLEXANE<sup>®3*</sup></b>				
<b>Profilaxis de la ETV</b>	4.000 UI (40 mg) SC una vez al día		2.000 UI (20 mg) SC una vez al día	
<b>Tratamiento de TVP y EP</b>	150 UI/kg (1,5 mg/kg) peso corporal SC una vez al día o 100 UI/kg (1 mg/kg) peso corporal SC dos veces al día		No se recomienda	
<b>Tratamiento agudo de TVP y EP en pacientes con cáncer</b>	100 UI/kg (1 mg/kg) peso corporal SC dos veces al día			
<b>Tratamiento extendido de TVP y EP en pacientes con cáncer</b>	150 UI/kg (1,5 mg/kg) peso corporal SC una vez al día			
<b>TINZAPARINA<sup>23</sup></b>				
	No especificado en ficha técnica		No se recomienda ya que no hay una posología establecida. Si se utiliza, monitorizar la actividad anti-Xa y ajustar dosis si es necesario. La evidencia ha demostrado no acumulación para AcCr <20ml/min	
<b>BEMIPARINA<sup>24</sup></b>				
	No es necesario ajustar la dosis. Sin embargo, se recomienda un seguimiento clínico cuidadoso		Ajustar la dosis al 75% para el tratamiento de la TVP establecida durante fase aguda. Medir los niveles de anti-Xa a las 4 horas de la administración	

\*Los ajustes posológicos recomendados con Clexane<sup>®</sup> en IR, no afectan a la indicación de hemodiálisis.

AcCr: aclaramiento creatinina

IR: Insuficiencia Renal

Paciente oncológico

Paciente con insuficiencia renal

Paciente obstétrica

Paciente con obesidad





## Paciente obstétrica<sup>25,26</sup>

### Profilaxis

**Embarazo con ETV previa:** Tromboprofilaxis con HBPM durante todo el embarazo\* y al menos 6 semanas en el puerperio

**Hospitalización:** Tromboprofilaxis con HBPM, a no ser que presenten alguna contraindicación

**Cesárea en trabajo de parto o electiva  $\geq 1$  factor de riesgo:** Considerar tromboprofilaxis con HBPM los primeros 10 días después del parto

Peso en el inicio del embarazo	Dosis inicial de enoxaparina
<50 kg	20 mg/día
50-90 kg	40 mg/día
91-130 kg	60 mg/día*
131-170 kg	80 mg/día*
>170 kg	0,6 mg/kg/día*
Dosis profilácticas altas para mujeres de 50-90 kg	40 mg/12h

\*Puede ser administrado en 2 tomas

### Tratamiento

**Tratamiento con dosis terapéuticas de HBPM:** Prolongarse durante todo el embarazo y al menos durante 6 semanas en el puerperio y hasta que se haya completado por lo menos 3 meses de tratamiento

Peso en el inicio del embarazo	Dosis inicial de enoxaparina
<50 kg	40 mg/12h o 60 mg/día
50-69 kg	60 mg/12h o 90 mg/día
70-89 kg	80 mg/12h o 120 mg/día
90-109 kg	100 mg/12h o 150 mg/día
110-125 kg	120 mg/12h o 180 mg/día
>125 kg	Evaluar por hematología



**Clexane® es la única HBPM original que se puede utilizar durante la lactancia<sup>3,23,24</sup>**

Paciente oncológico

Paciente con insuficiencia renal

Paciente obstétrica

Paciente con obesidad



sanofi

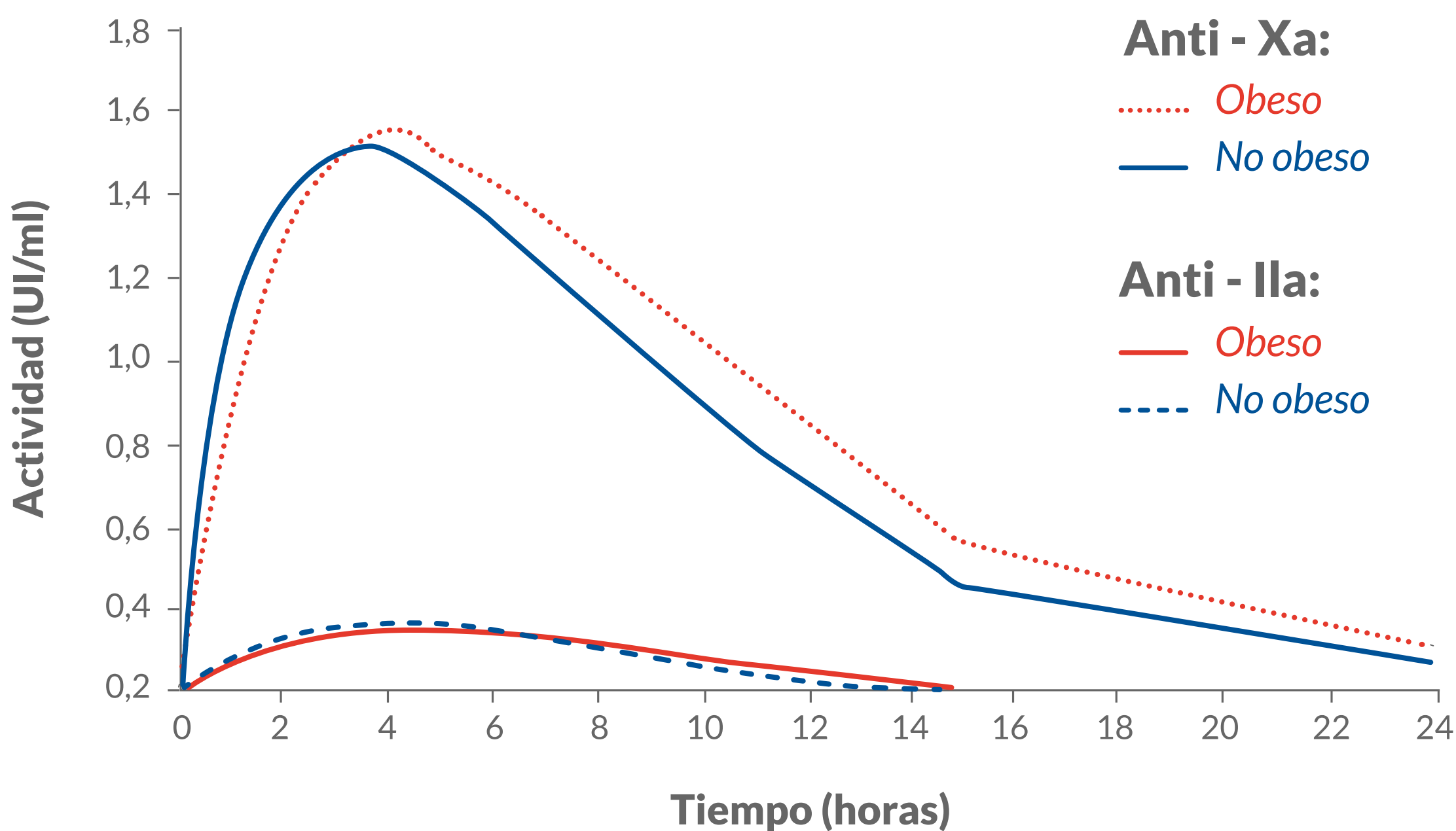
## Paciente con obesidad<sup>3</sup>

### Tratamiento

#### Cobertura segura con:

- 100 UI/kg (1 mg/kg) peso corporal SC dos veces al día
- 150 UI/kg (1,5 mg/kg) peso corporal SC una vez al día

**Niveles medios de actividad anti-Xa y anti-IIa tras la administración subcutánea de 1,5mg/kg de enoxaparina en 24 voluntarios obesos y 24 voluntarios no obesos en el día 4.<sup>27</sup>**



Paciente oncológico

Paciente con insuficiencia renal

Paciente obstétrica

Paciente con obesidad





## REFERENCIAS

1. PubMed.gov [Base de datos en línea]: US National Library of Medicine, National Institutes of Health, [2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [Consulta: 13 de febrero de 2023]. Búsqueda acotada a: “nombre HBPM” AND (thrombosis OR postthrombotic OR thromboembolism OR embolism) AND “nombre de población especial” Poblaciones especiales: Cancer - cáncer / Pregnancy -embarazo / Elderly - anciano / Renal failure - insuficiencia renal / Obesity-obesidad / Stroke - ictus /Intensive care - cuidados intensivos / UCI. Nombre HBPM: Enoxaparin / Enoxaparin NOT biosimilar / Enoxaparin biosimilar / Tinzaparin / Bemiparin.
2. Barbar S, *et al.* J Thromb Haemost. 2010;8(11):2450-7.
3. Ficha Técnica de Clexane®.
4. Chong BH, *et al.* J Thromb Thrombolysis. 2005;19(3):173-181.
5. Simonneau G, *et al.* Arch Intern Med. 1993;153(13):1541-1546.
6. Ramacciotti E, *et al.* Thromb Res. 2004;114(3):149-153.
7. Levine M, *et al.* N Engl J Med. 1996;334:677-681.
8. Merli G, *et al.* Ann Intern Med. 2001;134:191-202.
9. Monreal M, *et al.* Res Pract Thromb Haemost. 2021;5(Suppl 2). Disponible en: <https://abstracts.isth.org/abstract/comparison-of-realworld-effectiveness-and-safety-of-enoxaparin-versus-tinzaparin-or-dalteparin-in-cancer-patients-with-venous-thromboembolism-the-rietecat-cohort-study/>. [Consulta: 31 de Octubre de 2022].
10. Deitcher SR, *et al.* Clin Appl Thromb Hemost. 2006;12:389-96.
11. Meyer G, *et al.* Arch Intern Med. 2002;162:1729-35.
12. Trujillo-Santos J, *et al.* J Thromb Haemost. 2017;15(3):429-438.
13. Riera-Mestre A, *et al.* Med Clin Pract. 2021;4(2):100189.
14. Findik S, *et al.* Respiration. 2002;69(5):440-4.
15. Beckman JA, *et al.* Thromb Haemost. 2003;89(6):953-8.
16. Pérez de Llano LA, *et al.* Arch Bronconeumol. 2003;39(8):341-5.
17. Mismetti P, *et al.* Chest. 2005;128(4):2203-10.
18. Alonso Martínez JL, *et al.* An Med Interna. 2005; 22(4):27-31.
19. Hull RD, *et al.* American-Canadian Thrombosis Study Group. Arch Intern Med. 2000;160(2):229-36.
20. Wells PS, *et al.* Arch Intern Med. 2005;165(7):733-8.
21. Precios de los tratamientos disponibles en: Bot PLUS 2.0 [en línea]. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx>. [Consulta: 24 de noviembre de 2022].
22. Pachón V, *et al.* TH Open. 2018;2(4):e373-e386.
23. Ficha técnica de Tinzaparina.
24. Ficha técnica de Bemiparina.
25. Green-top Guideline No. 37a. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2015.
26. Green-top Guideline No. 37b. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2015.
27. Sanderink GJ, *et al.* Clin Pharmacol Ther. 2002;72(3):308-18.



