

Enoxaparina sódica

Mecanismo de acción HBPM. Inhibe la coagulación potenciando el efecto inhibitorio de la antitrombina III sobre los factores IIa y Xa. Posee elevada actividad anti-Xa y débil actividad anti-IIa. Indicaciones terapéuticas y Posología

- Profilaxis de la trombosis venosa en pacientes quirúrgicos sometidos a cirugía ortopédica o general y en pacientes no quirúrgicos inmovilizados de riesgo moderado o elevado, SC: riesgo moderado de tromboembolismo: 2.000 UI/24 h; riesgo alto: 4.000 UI/24 h. - Prevención de la coagulación en el circuito de circulación extracorpórea en la hemodiálisis: a) sesiones repetidas: 60-100 UI/kg en la línea arterial del circuito, al comienzo de la sesión. b) Pacientes de alto riesgo hemorrágico (diálisis pre o postoperatorias) o con síndrome hemorrágico en evolución: una dosis de 40-50 UI/kg (bipunción) o de 50-75 UI/kg (unipunción). - Tto. de la trombosis venosa profunda establecida (con o sin embolia pulmonar), SC: 150 UI/kg/24 h, o bien 100 UI/kg/12 h. - Tto. de angina inestable e infarto de miocardio sin onda Q: 100 UI/kg/12 h SC, con AAS (100-325 mg/24 h) durante 2-8 días. - Tto. de IAMEST incluyendo pacientes que van a ser tratados farmacológicamente o sometidos a ICP: pacientes < 75 años administrar bolo IV de 3.000 UI + una dosis de 100 UI/kg (SC), seguido de 100 UI/kg (SC) cada 12 h (un máx. 10.000 UI para las dos 1 eras dosis, seguido de 100 UI/kg para las dosis siguientes). Administrar entre 15 min antes y 30 min después de la administración del trombolítico, si se administra conjuntamente con uno de ellos. Duración 8 días como máx. o hasta el alta del hospital (lo que suceda primero). Sometidos a una ICP: si la última dosis (SC) fue administrada de las 8 h anteriores al inflado del globo, no administrar ninguna dosis adicional. Si fue administrada en el periodo anterior a las 8 h previas al inflado de globo, administrar un bolo IV de 30 UI/kg. En pacientes con > o igual a 75 años no administrar bolo IV, iniciar con 75 UI/kg (SC)/12 h (para las dos 1 eras dosis un máx. de 7.500 UI, seguido de 75 UI/kg para las siguientes dosis). Posología en I.R. grave (Clcr < 30 ml/min): trombosis venosa profunda establecida y angina inestable e infarto de miocardio, SC: 100 UI/kg/24 h; profilaxis de la enf. tromboembólica venosa: 2.000 UI/24 h; tto. de IAMEST: bolo IV de 3.000 UI + una dosis de 100 UI/kg (SC) seguido de 100 UI/kg (SC) una vez al día.

Contraindicaciones Hipersensibilidad a HBPM. Hemorragias intensas activas, condiciones de alto riesgo de hemorragia (incluyendo ictus hemorrágico reciente), lesiones orgánicas susceptibles de sangrar (como úlcera péptica activa e ictus hemorrágico no debido a embolismo sistémico). Trastornos hemorrágicos importantes ligados a alteraciones de la hemostasia, salvo la CID no relacionada con heparina. Historia de trombocitopenia o trombosis 2 ari a enoxaparina. Endocarditis séptica.

Anestesia regional, cuando la heparina se usa como tto. (no como profilaxis). Advertencias y precauciones No administrar vía IM. Niños (seguridad y eficacia no establecidas). Hemorragias, alteraciones de coagulación, I.H., historia de úlcera péptica, HTA grave no controlada, retinopatía hipertensiva o diabética, anestesia espinal o epidural, permanencia de catéteres intratecales, postoperatorio oftalmológico o neurológico, medicación con efecto sobre la homeostasis, historia de cirugía espinal o deformidad espinal. Ancianos. I.R. Mujeres < 45 kg y hombres < 57 kg. Pacientes con válvulas cardíacas como tromboprofilaxis (embarazadas mayor riesgo de tromboembolismo). Riesgo de trombocitopenia; monitorizar plaquetas. Insuficiencia hepática Precaución. Aumenta riesgo de hemorragia. Insuficiencia renal Precaución. I.R. grave (Clcr < 30 ml/min): trombosis venosa profunda establecida y angina inestable e infarto de miocardio, SC: 100 UI/kg/24 h. Profilaxis de la enf. tromboembólica venosa: 2.000 UI/24 h. Tto. de IAMEST: bolo IV de 3.000 UI + una dosis de 100 UI/kg (SC) seguido de 100 UI/kg (SC) una vez al día. En I.R. moderada y leve, monitorizar.

Interacciones No asociar, salvo indicación estricta, por riesgo aumentado de hemorragias, con: AAS, otros salicilatos, AINE (vía sistémica), anticoagulantes orales, trombolíticos, glucocorticoides (vía sistémica), ticlopidina, dipyridamol, sulfpirazona, dextrano 40 (vía parenteral), clopidogrel, antagonistas IIa/IIIa. Embarazo En humanos, sin evidencia de atravesar barrera placentaria en 2º

trimestre. Sin información sobre 1^{er} y 3^{er} trimestres. Al no poder realizarse estudios controlados en mujeres embarazadas y al no predecir siempre los estudios en animales la respuesta en humanos, usar sólo si es preciso. Si se realiza una anestesia epidural, el tto. debe interrumpirse. Lactancia En la rata, durante el período de lactancia, la concentración de 35S-enoxaparina en la leche es muy baja. No se sabe si la enoxaparina se excreta en la leche humana, en las madres durante el período de lactancia. Por tanto, en este período, las madres no deben proceder a la lactancia materna, si están bajo tratamiento con enoxaparina. Reacciones adversas Hemorragia; trombocitosis; trombocitopenia; reacciones alérgicas; aumento de enzimas hepáticas (principalmente transaminasas); urticaria, prurito, eritema; hematoma, dolor y otras reacciones en el punto de iny. (edema, hemorragia, hipersensibilidad, inflamación) Sobredosificación Administrar protamina en iny. IV lenta. 1 mg de protamina neutraliza el efecto anticoagulante de 1 mg de enoxaparina sódica, dentro de las 8 h siguientes. Tras las 8 h o si es precisa 2^a dosis de protamina, administrar infus. de 0,5 mg protamina por 1 mg de enoxaparina. Tras 12 h no es necesario protamina.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=enoxaparina_sodicaLast update: **2025/05/04 00:01**