

Basándose en las series de casos publicadas y en el estudio de Tang, la [Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia](#) (ISTH) recomienda el uso de HBPM a dosis profiláctica en todos los pacientes que requieren ingreso hospitalario por infección COVID-19 y que no tienen contraindicaciones.

A nivel ambulatorio, no hay evidencia disponible sobre si la profilaxis con anticoagulantes en etapas más precoces puede suponer una reducción de los eventos trombóticos o mejorar el pronóstico de los pacientes.

La [Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia](#) (SETH), en paciente ambulatorio recomienda “realizar una valoración individualizada de la necesidad de profilaxis antitrombótica y considerar criterios clínicos, factores de riesgo y antecedentes trombóticos personales y familiares. De requerirse, se empleará HBPM a la dosis habitual de profilaxis”.

Recomendaciones generales en pacientes ambulatorios

- aconsejar la deambulacion en el domicilio o residencia. Evitar estancia prolongada de pie o sentado y evitar cruzar las piernas. Cambiar de posición, como mínimo, cada 30-60 minutos. Realizar ejercicios de flexoextensión y movimientos circulares de los pies cada hora. Evitar la deshidratación.

Pacientes ambulatorios SIN tratamiento anticoagulante oral previo:

- Valorar individualmente:
 - La necesidad de profilaxis antitrombótica según factores de riesgo habituales. Se puede utilizar la escala PADUA. En la valoración, además de los factores de riesgo, se deben tener en cuenta criterios clínicos y los antecedentes trombóticos personales y familiares.

ESCALA DE PADUA	
FACTOR DE RIESGO	Puntuación
Cáncer activo	3
TEV previo (excluyendo trombosis superficial)	3
Movilidad reducida (más de 3 días)	3
Conocimiento de una condición trombofílica	3
Trauma o cirugía reciente (menos de 1 mes)	2
Ancianos (>70 años)	1
Falla cardiaca o falla respiratoria	1
Infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular	1
Infección aguda y/o desorden reumatológico	1
Obesidad (IMC >30)	1
Tratamiento hormonal en curso	1

< 4 puntos: bajo riesgo; ≥ 4 puntos: alto riesgo

- Si existe alguna contraindicación de anticoagulación: diátesis hemorrágicas congénitas o adquiridas; procesos hemorrágicos (úlceras gastroduodenales sangrantes, neoplasias ulceradas, etc.); hipertensión arterial grave no controlable; retinopatía hemorrágica; aneurisma intracerebral y hemorragia intracranial; hepatopatías y nefropatías graves.
- Si es necesario anticoagular, se recomienda enoxaparina.

< 80 kg	Enoxaparina 40mg/24h sc
> 80 kg	Enoxaparina 60mg/24h sc
Si CICr < 30 ml/min	Enoxaparina 20mg/24h sc
Duración 2 semanas y hasta 7 días tras resolución del cuadro clínico	

- Tras el alta hospitalaria, se recomienda mantener la HBPM a la dosis habitual de profilaxis durante 7-10 días. Valorar prolongar la profilaxis en pacientes que tengan que permanecer encamados, con restricción de la deambulacion o con persistencia de factores de mayor riesgo de trombosis.

Pacientes ambulatorios CON tratamiento anticoagulante oral previo

- No se recomienda cambios de tratamiento en los pacientes ya anticoagulados con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) o con antagonistas de la vitamina K (AVK), estables y con un buen control de INR.
- En pacientes con mal control de INR y si son capaces de administrarse ellos mismos la HBPM, sustituir el Sintrom® por HBPM con la siguiente pauta:

Rango de anticoagulación objetivo previo INR 2-3	Enoxaparina 60mg/24h sc
Rango de anticoagulación objetivo previo INR 2,5-3,5 ó 3-4	Enoxaparina 1,5mg/kg/24h sc ó 1mg/kg/12h sc
Duración del tratamiento: dos semanas y hasta 7 días tras la resolución del cuadro clínico, entonces contactar con Hematología para reinicio de Sintrom®	

- Tras el alta hospitalaria:
 - Pacientes con Sintrom® previo: se recomienda mantener la HBPM durante dos semanas y contactar con Hematología para el reinicio.
 - Pacientes con ACOD previo: se recomienda reiniciarlo si no hay interacciones farmacológicas con el tratamiento al alta.

Autoras: Elena García Lobato¹ y Belén Calabozo Freile¹

Revisores: Carolina Bombín Canal², M^a José Cebeira Moro², Tomás Caro-Patón Carmona³

¹Dirección Técnica de Prestación Farmacéutica; ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ³Hospital Universitario Río Hortega