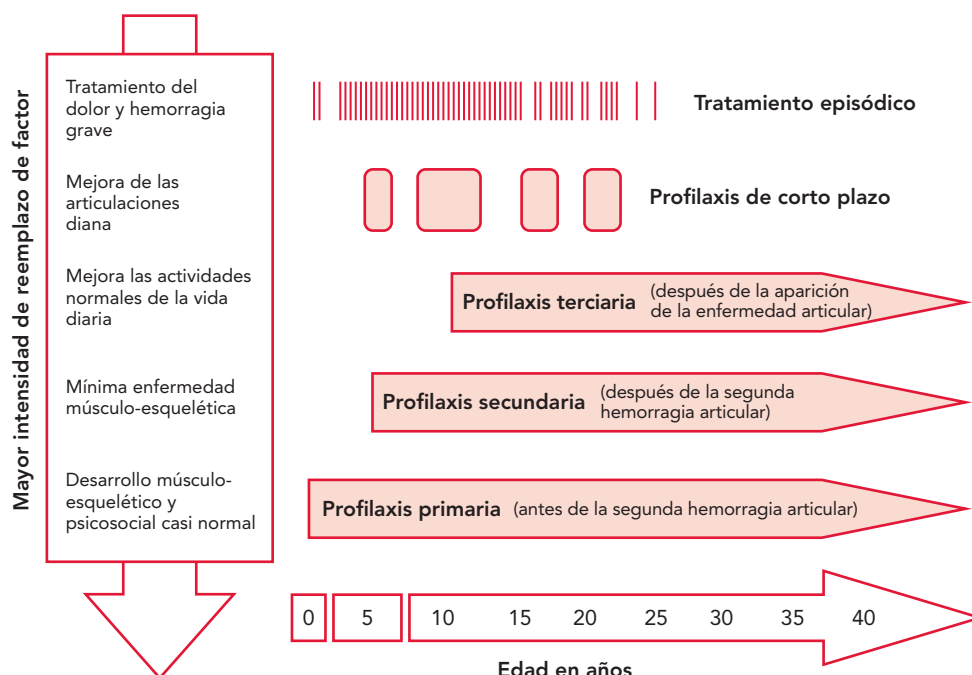


# 7 NIVEL PLASMÁTICO DE FACTOR Y DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN

## 7.1 Elección de protocolos de terapia de reemplazo de factor

1. La correlación que aparece en la figura 7-1 entre los posibles protocolos de terapia de reemplazo de factor y los resultados generales ilustra las elecciones que se deben realizar a la hora de decidir las dosis y el régimen de los concentrados de factor de coagulación.
2. Si bien el objetivo principal de la terapia de reemplazo de factor debe ser lograr que la persona con hemofilia lleve una vida completamente normal, esto no se puede alcanzar de forma inmediata en todas las situaciones.
3. La disponibilidad de productos de tratamiento varía considerablemente en el mundo y por ende siempre se manejará un rango de dosis diferente para tratar a las personas con hemofilia. Las dosis más bajas podrían aumentar a medida que con el tiempo aumente la disponibilidad global de productos de tratamiento.
4. El cuadro 7-1 y el cuadro 7-2 presentan las guías que comúnmente se aplican a los niveles plasmáticos pico y la duración de la terapia de reemplazo y reflejan las diferentes prácticas en países en donde no existe una

FIGURA 7-1: ESTRATEGIAS PARA EL REEMPLAZO DE FACTOR DE COAGULACIÓN EN DIFERENTES EDADES Y SU IMPACTO EN LOS RESULTADOS.



Adaptado de Blood Transfus del 6 de septiembre de 2008, Suppl 2:s4-11.

restricción de recursos significativa (cuadro 7-1) y en países donde los productos de tratamiento son limitados (cuadro 7-2).

5. Con las dosis más bajas para tratar las hemorragias músculo-esqueléticas que se incluyen en el cuadro 7-2, solo será posible evitar las articulaciones diana mayores y las deformidades discapacitantes.
6. Se ha observado que las dosis más altas que se incluyen en el cuadro 7-1 evitan el daño articular, pero la dosis óptima necesaria para ello aún no ha sido definida.
7. Los estudios observacionales que documentan los resultados músculo-esqueléticos de las dosis y los protocolos de reemplazo de factor son extremadamente importantes a la hora de definir estas cuestiones.
8. Las dosis para el reemplazo profiláctico de factor de coagulación varían entre los diferentes países, como así también entre los centros de atención de un mismo país.
9. **La dosis comúnmente utilizada para el reemplazo profiláctico de factor es 25 a 40 UI/kg 2 a 3 veces por semana en países con menos restricciones de recursos (consulte el apartado 1 para ver más detalles).** [1-3]
10. **En situaciones en las que existen mayores limitantes en el suministro de factor, la profilaxis podrá iniciarse con dosis menores de 10 a 20 UI/kg 2 a 3 veces por semana. (Nivel 2) [4,5]**

CUADRO 7-1 RECOMENDACIONES DE NIVEL PICO DE FACTOR PLASMÁTICO Y DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN (CUANDO NO HAY UNA RESTRICCIÓN DE RECURSOS CONSIDERABLE) [6]

TIPO DE HEMORRAGIA	HEMOFILIA A		HEMOFILIA B	
	NIVEL DESEADO (UI/DL)	DURACIÓN (DÍAS)	NIVEL DESEADO (UI/DL)	DURACIÓN (DÍAS)
<b>Articular</b>	40–60	1–2, puede ser más si la respuesta es inadecuada	40–60	1–2, puede ser más si la respuesta es inadecuada
<b>Muscular superficial/ sin compromiso NV (excepto iliopsoas)</b>	40–60	2–3, a veces más si la respuesta es inadecuada	40–60	2–3, a veces más si la respuesta es inadecuada
<b>Iliopsoas y muscular profundo con lesión NV o considerable pérdida de sangre</b>				
▪ inicial	80–100	1–2	60–80	1–2
▪ mantenimiento	30–60	3–5, a veces más como profilaxis secundaria durante fisioterapia	30–60	3–5, a veces más como profilaxis secundaria durante fisioterapia
<b>SNC/Cabeza</b>				
▪ inicial	80–100	1–7	60–80	1–7
▪ mantenimiento	50	8–21	30	8–21
<b>Cuello y garganta</b>				
▪ inicial	80–100	1–7	60–80	1–7
▪ mantenimiento	50	8–14	30	8–14
<b>Gastrointestinal</b>				
▪ inicial	80–100	7–14	60–80	7–14
▪ mantenimiento	50		30	
<b>Renal</b>	50	3–5	40	3–5
<b>Laceración profunda</b>	50	5–7	40	5–7
<b>Cirugía (mayor)</b>				
▪ Preoperatorio	80–100		60–80	
▪ Post-operatorio	60–80 40–60 30–50	1–3 4–6 7–14	40–60 30–50 20–40	1–3 4–6 7–14
<b>Cirugía (menor)</b>				
▪ Preoperatorio	50–80		50–80	
▪ Post-operatorio	30–80	1-5, según el tipo de procedimiento	30–80	1-5, según el tipo de procedimiento

**CUADRO 7-2 RECOMENDACIONES DE NIVEL PICO DE FACTOR PLASMÁTICO Y DURACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN (CUANDO HAY UNA RESTRICCIÓN DE RECURSOS CONSIDERABLE)**

TIPO DE HEMORRAGIA	HEMOFILIA A		HEMOFILIA B	
	NIVEL DESEADO (UI/DL)	DURACIÓN (DÍAS)	NIVEL DESEADO (UI/DL)	DURACIÓN (DÍAS)
<b>Articular</b>	10–20	1–2 puede ser más si la respuesta es inadecuada	10–20	1–2, puede ser más si la respuesta es inadecuada
<b>Muscular superficial/ sin compromiso NV (excepto iliopsoas)</b>	10–20	2–3, a veces más si la respuesta es inadecuada	10–20	2–3, a veces más si la respuesta es inadecuada
<b>Iliopsoas y muscular profundo con lesión NV o considerable pérdida de sangre</b>				
▪ inicial	20–40		15–30	
▪ mantenimiento	10–20	3–5, a veces más como profilaxis secundaria durante fisioterapia	10–20	3–5, a veces más como profilaxis secundaria durante fisioterapia
<b>SNC/Cabeza</b>				
▪ inicial	50–80	1–3	50–80	1–3
▪ mantenimiento	30–50 20–40	4–7 8–14	30–50 20–40	4–7 8–14
<b>Cuello y garganta</b>				
▪ inicial	30–50	1–3	30–50	1–3
▪ mantenimiento	10–20	4–7	10–20	4–7
<b>Gastrointestinal</b>				
▪ inicial	30–50	1–3	30–50	1–3
▪ mantenimiento	10–20	4–7	10–20	4–7
<b>Renal</b>	20–40	3–5	15–30	3–5
<b>Laceración profunda</b>	20–40	5–7	15–30	5–7
<b>Cirugía (mayor)</b>				
▪ Preoperatorio	60–80		50–70	
▪ Post-operatorio	30–40 20–30 10–20	1–3 4–6 7–14	30–40 20–30 10–20	1–3 4–6 7–14
<b>Cirugía (menor)</b>				
▪ Preoperatorio	40–80		40–80	
▪ Post-operatorio	20–50	1-5, según el tipo de procedimiento	20–50	1-5, según el tipo de procedimiento

## Referencias

---

1. Astermark J, Petrini P, Tengborn L, Schulman S, Ljung R, Berntorp E. Primary prophylaxis in severe haemophilia should be started at an early age but can be individualized. *Br J Haematol* 1999 Jun;105(4):1109-13.
2. Blanchette VS. Prophylaxis in the haemophilia population. *Haemophilia* 2010;16(Suppl 5):181-8.
3. Gringeri A, Lundin B, von Mackensen S, Mantovani L, Mannucci PM; ESPRIT Study Group. A randomized clinical trial of prophylaxis in children with hemophilia A (the ESPRIT Study). *J Thromb Haemost* 2011 Apr;9(4):700-10.
4. Fischer K, van der Bom JG, Mauser-Bunschoten EP, Roosendaal G, Prejs R, Grobbee DE, van den Berg HM. Changes in treatment strategies for severe haemophilia over the last 3 decades: effects on clotting factor consumption and arthropathy. *Haemophilia* 2001 Sep;7(5):446-52.
5. Wu R, Luke KH, Poon MC, Wu X, Zhang N, Zhao L, Su Y, Zhang J. Low dose secondary prophylaxis reduces joint bleeding in severe and moderate haemophilic children: a pilot study in China. *Haemophilia* 2011 Jan;17(1):70-4.
6. Rickard KA. Guidelines for therapy and optimal dosages of coagulation factors for treatment of bleeding and surgery in haemophilia. *Haemophilia* 1995;1(S1):8-13.