


	Poprawa jakości.	PJ6	
		strona	1 z 8
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STANDARDY PROFILAKTYKI CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW.			

	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Psycholog	Natalia Bartczak	31.12.2018	mgr Natalia Bartczak Psycholog
Sprawdził:	Kierownik Oddziału	Daniel Otmianowski	31.12.2018	Daniel Otmianowski lek. 7041161 Otmianowski
Zatwierdził:	Dyrektor Szpitala	Sławomir Wysocki	31.12.2018	DYREKTOR wojewódzkiego Specjalistycznego ZZOZ Chorób Płuc i Gruźlic w Wolcy k/Kalisza lek. med. Sławomir W...

Standardy profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej (ŻChZZ) u pacjentów sporządzono w oparciu o Polskie Wytyczne profilaktyki i leczenia żylny choroby zakrzepowo – zatorowej (aktualizacja 2012r.- pełen tekst dostępny w portalu – Medycyna Praktyczna).

UWAGI OGÓLNE

1. Zakrzepica żylna występuje często u chorych hospitalizowanych.
2. Stopień ryzyka (średnie, małe, duże) zależy od cech osobniczych, stanu klinicznego oraz rodzaju interwencji medycznych.
3. Większość hospitalizowanych chorych jest obciążona jednym lub więcej czynnikami ryzyka.
4. Przesiewowe oznaczenie d-dimeru jest nieskuteczna (niezalecana).
5. Profilaktyka farmakologiczna jest skuteczna (zalecana).

	Poprawa jakości.	PJ6	
		strona	2 z 8
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STANDARDY PROFILAKTYKI CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW.			

CZYNNIKI RYZYKA ŻChZZ

- I. Cechy osobnicze i stany kliniczne:
 1. wiek > 40 lat (ryzyko wzrasta z wiekiem),
 2. otyłość (BMI > 30 kg/m²),
 3. ŻChZZ w wywiadzie rodzinnym,
 4. urazy (zwłaszcza wielonarządowe lub złamania miednicy, bliższego odcinka kości udowej i innych kości długich kończyn dolnych),
 5. udar mózgu,
 6. niedowład kończyn dolnych, długotrwałe unieruchomienie,
 7. nowotwory złośliwe (ryzyko ŻChZZ wzrasta wraz zaawansowaniem nowotworu),
 8. przebyta ŻChZZ,
 9. trombofilia wrodzona lub nabyta,
 10. sepsa,
 11. obłożna choroba leczona zachowawczo (np. ciężkie zapalenie płuc),
 12. niewydolność serca III i IV klasy NYHA,
 13. niewydolność oddechowa,
 14. choroby autoimmunologiczne,
 15. zespół nerczycowy,
 16. zespół mieloproliferacyjny,
 17. nocna napadowa hemoglobinuria,
 18. ucisk na naczynia żyłne (np. guz, krwiniak, malformacja tętnicza),
 19. ciąża i połóg,
 20. długotrwałe unieruchomienie związane z podróżą (np. lot samolotem),
 21. żylaki kończyn dolnych,
 22. ostre zakażenie,
- II. Interwencje diagnostyczne, lecznicze i profilaktyczne:
 1. duże zabiegi operacyjne szczególnie w obrębie kończyn dolnych, miednicy i jamy brzusznej,

	Poprawa jakości.	PJ6	
		strona	3 z 8
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STANDARDY PROFILAKTYKI CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW.			

2. obecność cewnika w dużych żyłach,
3. leczenie przeciwnowotworowe – chemioterapia, leczenie hormonalne i stosowanie inhibitorów angiogenezy,
4. stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, hormonalnej terapii zastępczej lub selektywnych modulatorów receptora estrogenowego,
5. stosowanie leków stymulujących erytropoezę.

UWAGA:

U chorych leczonych operacyjnie zapadalność na ŻChZZ zależy także od czynników związanych z samym zabiegiem, takich jak miejsce, technika i czas zabiegu, rodzaj znieczulenia oraz czas unieruchomienia w okresie pooperacyjnym.

STOPIEŃ RYZYKA:

1. Stopień ryzyka (małe, średnie, duże) zależy od cech osobniczych, stanu klinicznego oraz rodzaju interwencji medycznych.
2. Większość hospitalizowanych chorych Większość hospitalizowanych chorych jest obciążona jednym lub więcej czynnikami ryzyka.
3. Przesiewowe oznaczenie d-dimeru jest nieskuteczna (niezalecana).
4. Profilaktyka farmakologiczna jest skuteczna (zalecana).


	Poprawa jakości.	PJ6	
		strona	4 z 8
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STANDARDY PROFILAKTYKI CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW.			

TABELA STOPIEŃ RYZYKA – CZĘSTOŚĆ WYSTĄPIENIA ŻChZZ

Stopień ryzyka	Częstość występowania ŻChZZ
Ryzyko małe: hospitalizacja chorego poruszającego się samodzielnie mały zabieg chirurgiczny (w znieczuleniu miejscowym) lub laparoscopia u chorego poruszającego się samodzielnie	0 – 10%
Ryzyko średnie: nowotwór złośliwy hospitalizacja obłożnie chorego zabieg operacyjny udar mózgu	5 – 20% 10 – 40% 15 – 40% 25 – 60%
Ryzyko duże: zabieg operacyjny u chorego na nowotwór złośliwy alloplastyka stawu biodrowego / kolanowego złamanie bliższego odcinka kości udowej ciężki uraz chory wymagający intensywnej opieki medycznej	25 – 60% 40 – 80% 60 – 80% 10 – 70%

Profilaktyka ŻChZZ u chorych leczonych zachowawczo:


1. Świeży niedokrwienny udar mózgu:

Chorzy ze świeżym niedokrwiennym udarem mózgu i ograniczeniem możliwości poruszania się – HDcz należy zastosować jak najszybciej po potwierdzeniu etiologii niedokrwiennego udaru i kontynuować w czasie hospitalizacji.

2. Świeży krwotoczny udar mózgu:

Chorzy ze świeżym krwotocznym udarem mózgu i ograniczoną możliwością poruszania się – HDcz w dawce profilaktycznej należy zastosować (podanie pierwszej dawki) po upływie 2-4 dni po krwawieniu.

UWAGA! W razie wątpliwości czy udar jest niedokrwienny czy krwotoczny – postępowanie jak w krwotocznym.

	<p>Poprawa jakości.</p>	PJ6	
		strona	5 z 8
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STANDARDY PROFILAKTYKI CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW.			

3. **Pacjenci z dużym ryzykiem ŹChZZ** (co najmniej 4 punkty w skali Padewskiej) – HDcz w dawce profilaktycznej.

4. **Pacjenci unieruchomieni ze wskazań psychiatrycznych z zastosowaniem przymusu bezpośredniego:**

Chorzy z małym ryzykiem ŹChZZ – profilaktyka przy użyciu HDcz nie jest zalecana.

Chorzy z dużym ryzykiem ŹChZZ – HDcz w dawkach profilaktycznych jeżeli przewidywany czas unieruchomienia przekracza 6-8 godz.

Chorzy z dużym ryzykiem ŹChZZ i krwawieniem / dużym ryzykiem groźnego krwawienia.

Zaleca się niestosowanie profilaktyki farmakologicznej.

Uwaga:

Ryzyko krwawienia związane jest najbardziej z czynną chorobą wrzodową żołądka / dwunastnicy, poważnym krwawieniem w ostatnich 3 miesiącach, INR > 1,5, płytkami krwi < 50 tys.

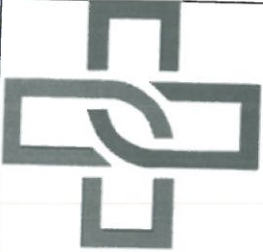
Pozostałe czynniki ryzyka krwawienia zwiększają też ryzyko ŹChZZ. Decyzje o zastosowaniu profilaktyki farmakologicznej powinny opierać się na ocenie ryzyka krwawienia i zakrzepicy. Wiek ≥ 85 lat, GFR < 30 ml / min / m², przewlekłe choroby stawów, czynna choroba nowotworowa, płeć męska.

Chorzy hospitalizowani z małym ryzykiem ŹChZZ – profilaktyka HDcz nie jest zalecana

	Poprawa jakości.	PJ6	
		strona	6 z 8
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STANDARDY PROFILAKTYKI CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW.			

TABELA: Czynniki ryzyka ŻChZZ u chorych hospitalizowanych – Skala Padewska Oceny Ryzyka

Czynniki ryzyka ŻChZZ u chorych hospitalizowanych* – Skala Padewska Oceny Ryzyka	
czynna choroba nowotworowa (chorzy z przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych lub z przerzutami odległymi, którzy otrzymali chemioterapię lub radioterapię w ciągu ostatnich 6 miesięcy)	3 pkt
przebyta ŻChZZ (poza zakrzepicą żył powierzchownych)	3 pkt
unieruchomienie (przewidywana konieczność przebywania w łóżku [z możliwością korzystania z łazienki/toalety] z powodu niesprawności chorego lub polecenia lekarza przez ≥ 3 dni)	3 pkt
rozpoznana <u>trombofilia</u> (niedobór antytrombiny, białka C lub S, czynnik V Leiden, mutacja G20210A genu protrombiny lub zespół <u>antyfosfolipidowy</u>)	3 pkt
niedawny (≤ 1 mies.) uraz lub zabieg operacyjny	2 pkt
wiek ≥ 70 lat	1 pkt
niewydolność serca lub niewydolność oddechowa	1 pkt
świeży zawał serca lub udar niedokrwieny mózgu	1 pkt
ostre zakażenie lub choroba reumatologiczna	1 pkt
otyłość (BMI ≥ 30 kg/m ²)	1 pkt
leczenie hormonalne	1 pkt
<p>Interpretacja ≥ 4 punkty – duże ryzyko ŻChZZ</p> <p>W badaniu prospektywnym 1180 chorych leczonych zachowawczo 60,3% było obciążonych małym ryzykiem, a 39,7% dużym ryzykiem. U chorych, którzy nie otrzymali profilaktyki, ŻChZZ wystąpiła u 11% obciążonych dużym ryzykiem vs 0,3% chorych obciążonych małym ryzykiem (HR 32 [4,1–251]). U chorych obciążonych dużym ryzykiem ryzyko ŻŻG wyniosło 6,7%, ryzyko ZP niezakończony zgonem 3,9%, a ryzyko ZP zakończony zgonem 0,4%.</p> <p>* na podstawie: <u>Circulation</u>, 2004; 110: 874–879</p>	

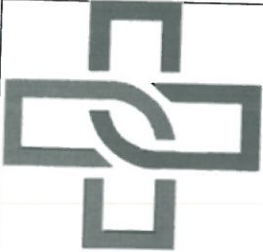
	Poprawa jakości.	PJ6	
		strona	7 z 8
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STANDARDY PROFILAKTYKI CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW.			

Chorzy z nowo stwierdzonym migotaniem przedsionków

U chorych z nowo rozpoznawanym AF dabigatran w dawce 150 mg 2 razy dziennie należy uznać za lek pierwszego wyboru, biorąc pod uwagę jego większą skuteczność i podobne bezpieczeństwo stosowania w porównaniu z warfaryną, zwłaszcza u chorych obciążonych większym ryzykiem udaru mózgu (np. ≥ 3 pkt w skali CHADS₂). U chorych z większym ryzykiem udaru, ale i z większym ryzykiem krwawienia (np. ≥ 3 pkt w skali HAS-BLED) dabigatran można stosować w dawce 110 mg 2 razy dziennie. VKA można traktować jako leki drugiego rzutu; mogą one być lepsze dla chorych obciążonych mniejszym ryzykiem udaru mózgu (0-2 pkt w skali CHADS₂), u których przewaga skuteczności dabigatranu jest mniejsza w związku z mniejszym ryzykiem wyjściowym. Ponadto stosowanie VKA można rozważyć u chorych, u których można się spodziewać stabilnego dawkowania leku, na przykład u chorych z mniejszą liczbą chorób współistniejących i przyjmujących mniej leków mogących wchodzić w interakcje z warfaryną.

Chorzy z dawniej rozpoznawanym migotaniem przedsionków

U chorych z AF, którzy przyjmowali VKA przez okres 2-3 miesięcy – a w tym czasie zwykle udaje się ustalić dawkowanie VKA i schemat monitorowania – decyzję o kontynuowaniu VKA albo o jego zamianie na dabigatran należy podejmować indywidualnie. Kontynuowanie VKA byłoby właściwi u chorych doskonałą kontrolą INR (TTR > 72%), obciążeniem małym ryzykiem udaru mózgu (0-2 pkt w skali CHASD₂) oraz tych, którzy preferują takie leczenie. Co do tego ostatniego – niektórzy chorzy wolą przyjmować znany im już VKA, zwłaszcza jeśli efekty kliniczne po wielu latach leczenia są dobre, a okresowe monitorowanie efektu przeciwwkrzepliwego daje im komfort psychiczny (podobnie jak w przypadku leczenia

	Poprawa jakości.	PJ6	
		strona	8 z 8
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STANDARDY PROFILAKTYKI CHOROBY ZATOROWO-ZAKRZEPOWEJ U PACJENTÓW.			

nadciśnienia tętniczego, cukrzycy czy hiperlipidemii). Co więcej, stosowanie VKA coraz bardziej się upraszcza dzięki standardowym i/lub komputerowym algorytmom dawkowania, które pozwalają na doskonałą kontrolę efektu przeciwwkrzepliwego przy minimalnym monitorowaniu INR.

Dabigaran jest natomiast korzystniejszy u chorych dotychczas leczonych VKA, u których kontrola antykoagulacji stanowiła problem, czy to z powodu trudności z utrzymaniem stabilnego poziomu INR, czy też z powodu nieprzestrzegania terminów badań kontrolnych. Dabigatran należałoby też preferować w stosunku do VKA u chorych obciążonych dużym ryzykiem udaru mózgu i tych, u których wystąpiły w przeszłości udar mózgu, zatorować w krążeniu dużym lub przemijający napad niedokrwienia mózgu podczas przyjmowania VKA.

Na podstawie:

James D. Douketis MD „Dabigatran jako lek przeciwwkrzepliwy w migotaniu przedsionków”.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Fraxiparine (Nadproparinum calcium)

2 850 j.m. AXa/0,3 ml, roztwór do wstrzykiwania

3 800 j.m, AXa/0,4 ml, roztwór do wstrzykiwania