

νικό διάστημα που παρήλθε μεταξύ της διάτρησης του οισοφάγου και της έναρξης της θεραπευτικής αγωγής. Όταν παρουσιάζονται σαφείς ενδείξεις μεσοθωρακίτιδας, τα ποσοστά της θνησιμότητας φθάνουν ή ξεπερνούν το 50%, σε αντίθεση με ποσοστά έως και 25% στις περιπτώσεις που η θεραπευτική παρέμβαση πραγματοποιείται στο πρώτο 24ωρο μετά την κάκωση.

Κατά συνέπεια, η έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση μέσα στο πρώτο 24ωρο είναι καθοριστικής σημασίας για το καλό αποτέλεσμα.

Η θέση και έκταση της βλάβης είναι εξίσου καθοριστικοί παράγοντες, που επηρεάζουν το τελικό ποσοστό επιβίωσης.

Η σύγκριση των ποσοστών θνητότητας μεταξύ της συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας είναι δύσκολη, αφού τα καλά αποτελέσματα της συντηρητικής θεραπείας αφορούν τις επιλεγμένες περιπτώσεις που τελικά δεν χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Meyers MA, Ghahremani GG. Complications of fiberoptic endoscopy. I. Esophagoscopy and gastroscopy. *Radiology* 1975; 115:293.
2. Hasegawa et al. Classification of descending necrotizing mediastinitis *Ann Thorac Surg* 2000; 69:1296.
3. John R. Roberts, W. Roy Smythe, Randall W. Weber, Michael Lanutti, Bruce R. Rosengard, Larry R. Kaiser. Thoracoscopic Management of Descending Necrotizing Mediastinitis. *CHEST* 1997; 112:850-54.
4. Shinji Hirai, Yoshiharu Hamanaka, Norimasa Mitsui, Mitsuhiro Isaka, Taketomo Mizukami. Surgical Treatment of Virulent Descending Necrotizing Mediastinitis. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2004; 10:34-8.

Πρόληψη Φλεβικής Θρομβοεμβολής

Πύρρος Τσάκας¹, Γεώργιος Νάκος²

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Μηχανικές μέθοδοι προφύλαξης χρησιμοποιούνται κυρίως σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας ή

ως συμπλήρωμα στην αντιπηκτική αγωγή. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στη σωστή χρήση και συμμόρφωση με τη συσκευή. Δεν συνιστάται η χρήση ασπιρίνης ως μόνο μέσο προφύλαξης σε οποιαδήποτε ομάδα ασθενών. Για κάθε αντιπηκτικό σκεύασμα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συνιστώμενη από τον κατασκευαστή δοσολογία. Τυχόν νεφρική ανεπάρκεια πρέπει να συνυπολογίζεται στον καθορισμό της δόσης αντιπηκτικών σκευασμάτων που καθαίρονται από τα νεφρά, ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς και ασθενείς με μεγάλο κίνδυνο αιμορραγίας. Σε όλους τους ασθενείς που κάνουν επισκληρίδιο αναισθησία ή αναλγησία, συνιστάται ιδιαίτερη προσοχή όταν χρησιμοποιείται αντιπηκτική προφύλαξη.

2. ΓΕΝΙΚΗ, ΑΓΓΕΙΑΚΗ, ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ, ΚΑΙ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

2.1. Γενική Χειρουργική

Σε χαμηλού κινδύνου χειρουργικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε ελάχιστο χειρουργική επέμβαση, είναι <40 ετών και δεν έχουν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, δεν συνιστάται ειδική προφύλαξη εκτός από πρόληψη και επίμονη κινητοποίηση. Μετρίου κινδύνου γενικοί χειρουργικοί ασθενείς είναι ασθενείς που υποβάλλονται σε μη μείζονα χειρουργική επέμβαση και είναι μεταξύ 40 και 60 ετών ή έχουν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, ή ασθενείς που υφίστανται μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις και είναι <40 ετών χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου. Συνιστάται προφύλαξη με LDUH 5,000 U bid ή LMWH $\leq 3,400$ U μια

Abbreviations:

DUS Doppler ultrasonography;
CVC central venous catheter;
DVT deep vein thrombosis;
FUT fibrinogen uptake test;
GCS graduated compression stockings;
HFS hip fracture surgery;
HIT heparin-induced thrombocytopenia;
INR international normalized ratio;
IPC intermittent pneumatic compression;
IVCF inferior vena cava filter;
LDUH low dose unfractionated heparin;
LMWH low molecular weight heparin;
PE pulmonary embolism;
SC subcutaneous;
SCI spinal cord injury;
THR total hip replacement;
TKA total knee arthroplasty;
VFP venous foot pump;
VKA vitamin K antagonist;
VTE venous thromboembolism

¹Καρδιολόγος Εξειδικευμένος Μ.Ε.Θ. Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, ²Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικολογίας, Διευθυντής Μ.Ε.Θ. Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

φορά την ημέρα. Υψηλού κινδύνου γενικοί χειρουργικοί ασθενείς είναι αυτοί που υφίστανται μη μείζον χειρουργείο και είναι >60 ετών ή έχουν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου ή ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζον χειρουργείο που είναι >40 ετών ή έχουν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου. Συνιστάται προφύλαξη με LDUH 5,000 U tid ή LMWH >3,400 U καθημερινά. Σε υψηλού κινδύνου ασθενείς γενικής χειρουργικής με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, συνιστάται οι φαρμακολογικές μέθοδοι να συνδυάζονται με GCS ή/και IPC. Σε ασθενείς γενικής χειρουργικής με υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας, συνιστούμε τη χρήση μηχανικών μέσων με κατάλληλα προσαρμοσμένες GCS ή IPC τουλάχιστον αρχικά έως ότου ο κίνδυνος αιμορραγίας μειωθεί. Σε επιλεγμένους υψηλού κινδύνου ασθενείς γενικής χειρουργικής, συμπεριλαμβανομένων αυτών που έχουν υποστεί μείζον χειρουργείο καρκίνου, συνιστάται προφύλαξη με LMWH μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

2.2. Αγγειοχειρουργική

Σε ασθενείς που υφίστανται αγγειοχειρουργική επέμβαση και δεν έχουν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, δεν συνιστάται συστηματική χρήση αντιπηκτικής αγωγής. Για ασθενείς που υφίστανται μείζονα αγγειοχειρουργική επέμβαση και έχουν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, συνιστάται προφύλαξη με LDUH ή LMWH.

2.3. Γυναικολογική Χειρουργική

Για ασθενείς γυναικολογικής χειρουργικής και σύντομες επεμβάσεις ≤30 λεπτά για καλοήθη νοσήματα, δεν συνιστάται ειδική προφύλαξη εκτός από πρώιμη και επίμονη κινητοποίηση. Για λαπαροσκοπικές γυναικολογικές επεμβάσεις, σε ασθενείς με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου συνιστάται η χρήση αντιπηκτικής αγωγής με ένα από τα παρακάτω: LDUH, LMWH, IPC ή GCS. Συνιστούμε τη χρήση αντιπηκτικής αγωγής σε όλα τα μείζονα γυναικολογικά χειρουργεία. Σε μείζονες γυναικολογικές επεμβάσεις για καλοήθη νοσήματα χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, συνιστούμε LDUH 5,000 U bid. Εναλλακτικά LMWH ≤3,400 U/d ή IPC μόλις πριν την επέμβαση που θα συνεχισθεί όσο ο ασθενής είναι κλινικής. Σε εκτεταμένα χειρουργεία για κακόηθες νόσημα και για ασθενείς με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, συνιστάται συστηματική προφύ-

λαξη με LDUH 5,000 U tid ή υψηλότερες δόσεις LMWH (π.χ. >3,400 U/d). Εναλλακτικές λύσεις είναι IPC μόνο μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο ή συνδυασμός LDUH ή LMWH συν μηχανική προφύλαξη με GCS ή IPC. Για ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονες γυναικολογικές επεμβάσεις, συνιστάται η προφύλαξη να συνεχίζεται μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο. Σε ασθενείς ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων των ογκολογικών χειρουργείων και αυτών που είναι >60 ετών ή έχουν ιστορικό VTE, συνιστούμε συνεχή προφύλαξη για 2 έως 4 εβδομάδες μετά το εξιτήριο.

2.4. Ουρολογικά χειρουργεία

Σε διουρηθρικές ή άλλες χαμηλού κινδύνου ουρολογικές επεμβάσεις δεν συνιστούμε ιδιαίτερη προφύλαξη εκτός από πρώιμη και επίμονη κινητοποίηση. Για ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονες ανοιχτές ουρολογικές επεμβάσεις, συνιστούμε συστηματική προφύλαξη με LDUH δύο ή τρεις φορές τη μέρα. Αποδεκτές εναλλακτικές λύσεις είναι προφύλαξη με IPC ή/και GCS ή LMWH. Για ουρολογικά χειρουργεία που αιμορραγούν ή έχουν υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας, συνιστούμε τη χρήση μηχανικής προφύλαξης με GCS ή/και IPC τουλάχιστον μέχρι να μειωθεί ο κίνδυνος αιμορραγίας. Σε ασθενείς με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, συνιστούμε το συνδυασμό GCS ή/και IPC με LDUH ή LMWH.

2.5. Λαπαροσκοπική χειρουργική

Δεν συνιστούμε τη συστηματική χορήγηση προφυλακτικής αγωγής, εκτός από πρώιμη κινητοποίηση. Για ασθενείς με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, συνιστούμε τη χρήση προφυλακτικής αγωγής με ένα η περισσότερα από τα παρακάτω: LDUH, LMWH, IPC, ή GCS.

3. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

3.1. Εκλεκτική αρθροπλαστική ισχίου

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εκλεκτική THR, συνιστούμε τη συστηματική χρήση ενός από τα παρακάτω τρία αντιπηκτικά: (1) LMWH (σε συνήθη δόση υψηλού κινδύνου, ξεκινώντας 12 ώρες πριν το χειρουργείο ή 12 έως 24 ώρες μετά το χειρουργείο, ή 4 έως 6 ώρες μετά το χειρουργείο στη μισή από τη συνήθη δόση υψηλού κινδύνου και μετά αύξηση στη συνήθη δόση υψηλού κινδύνου την επόμενη μέρα); (2) fondaparinux

2.5 mg ξεκινώντας 6 έως 8 ώρες μετά το χειρουργείο ή (3) προσαρμοσμένη δόση κουμαρινικού ξεκινώντας προεγχειρητικά ή το βράδυ μετά το χειρουργείο (INR στόχος, 2.5 εύρος 2.0 με 3.0).

Δεν συστήσαμε τη χρήση του fondaparinux περισσότερο από LMWH και VKA, ή τη χρήση LMWH περισσότερο από κουμαρινικά, γιατί θεωρούμε μικρότερης σημασίας την πρόληψη της αγγειογραφικής θρόμβωσης και σχετικά μεγαλύτερης σημασίας την μείωση των αιμορραγικών επιπλοκών. Δεν συνιστούμε τη χρήση ασπιρίνης, δεξτράνης, LDUH, GCS, IPC, ή VFP σαν τη μόνη μέθοδο προφύλαξης σε αυτούς τους ασθενείς.

3.2. Εκλεκτική αρθροπλαστική γόνατος

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εκλεκτική ΤΚΑ, συνιστούμε συστηματική προφύλαξη με LMWH (στη συνήθη δόση υψηλού κινδύνου), fondaparinux, ή προσαρμοσμένη δόση κουμαρινικού (στόχος INR 2.5 εύρος, 2.0 έως 3.0).

Δεν συστήσαμε τη χρήση fondaparinux περισσότερο από LMWH και VKA, ή LMWH περισσότερο από VKA, γιατί θεωρούμε μικρότερης σημασίας την πρόληψη της αγγειογραφικής θρόμβωσης και σχετικά μεγαλύτερης σημασίας την μείωση των αιμορραγικών επιπλοκών. Η καλύτερη δυνατή χρήση IPC αποτελεί εναλλακτική λύση στα αντιπηκτικά. Δεν συνιστούμε τη χρήση ασπιρίνης, LDUH ή VFP σαν τη μόνη μέθοδο προφύλαξης.

3.3. Αρθροσκόπηση γόνατος

Συνιστούμε να μην χρησιμοποιείται συστηματικά αντιπηκτική αγωγή σε αυτούς τους ασθενείς παρά μόνο πρώιμη κινητοποίηση. Για ασθενείς που υποβάλλονται σε αρθροσκοπική χειρουργική επέμβαση γόνατος και έχουν υψηλότερο από τον συνήθη κίνδυνο, με βάση προϋπάρχοντες παράγοντες κινδύνου ή μετά από παρατεταμένη και επιπλεγμένη επέμβαση, συνιστούμε προφύλαξη με LMWH.

3.4. Χειρουργείο κατάγματος ισχίου

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε HFS, συνιστούμε τη συστηματική χρήση fondaparinux, LMWH σε συνήθη δόση υψηλού κινδύνου, προσαρμοσμένης δόσης κουμαρινικού (στόχος INR εύρος, 2.0 έως 3.0) ή LDUH. Δεν συνιστούμε τη χρήση ασπιρίνης ως μόνο μέσο πρό-

ληψης.

Εάν η επέμβαση πρόκειται να καθυστερήσει, συνιστούμε η προφύλαξη με LDUH ή LMWH να ξεκινά κατά το διάστημα μεταξύ εισαγωγής και επεμβάσεως. Συνιστούμε μηχανικά μέτρα προφύλαξης εάν η αντιπηκτική αγωγή αντενδείκνυται λόγω αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας.

3.5. Άλλα ζητήματα πρόληψης σε μείζονες ορθοπεδικές επεμβάσεις

Στις μείζονες ορθοπεδικές χειρουργικές επεμβάσεις, συνιστούμε η απόφαση για το χρόνο έναρξης φαρμακολογικής προφύλαξης να βασίζεται στη σχέση αποτελεσματικότητας - κινδύνου αιμορραγίας για τον κάθε παράγοντα. Για τις LMWH υπάρχουν μικρές διαφορές μεταξύ προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής έναρξης της αγωγής και οι δύο πιθανότητες είναι αποδεκτές. Δεν συνιστούμε τη συστηματική χρήση υπερηχογραφικού screening κατά την έξοδο από το νοσοκομείο σε ασυμπτωματικούς ασθενείς μετά από μείζον ορθοπεδικό χειρουργείο. Συνιστούμε οι ασθενείς που υποβάλλονται σε THR, ΤΚΑ ή HFS να προφυλάσσονται με τη χρήση LMWH (σε συνήθεις δόσεις υψηλού κινδύνου), fondaparinux (2.5 mg καθημερινά), ή ένα κουμαρινικό (στόχος INR εύρος, 2.0 έως 3.0) για τουλάχιστον 10 μέρες. Συνιστούμε οι ασθενείς που υποβάλλονται σε THR ή HFS να λαμβάνουν παρατεταμένη προφύλαξη για 28 έως 35 μέρες μετά το χειρουργείο.

3.6. Εκλεκτικό χειρουργείο σπονδυλικής στήλης

Σε χειρουργεία σπονδυλικής στήλης χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου δεν συνιστούμε τη συστηματική χρήση αντιπηκτικών, παρά μόνο πρώιμη και επίμονη κινητοποίηση. Προφυλακτική αγωγή πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς που έχουν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου όπως μεγάλη ηλικία, γνωστή κακοήθεια, νευρολογικό έλλειμμα, ιστορικό θρομβοεμβολής, ή πρόσθια χειρουργική προσπέλαση. Για ασθενείς με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου συνιστούμε οποιαδήποτε από τις παρακάτω επιλογές: μετεγχειρητικά LDUH μόνο ή LMWH μόνο ή περιεγχειρητικά IPC μόνο. Άλλες δυνατότητες είναι GCS μόνο ή περιεγχειρητικά IPC συνδυασμένη με GCS. Σε ασθενείς με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου συνιστούμε το συνδυασμό LDUH ή LMWH με GCS ή/και IPC.

3.7. Μεμονωμένα τραύματα κάτω άκρων

Δεν συνιστούμε τη συστηματική χρήση προφυλακτικής αγωγής σε ασθενείς με μεμονωμένα τραύματα κάτω άκρων.

4. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Συνιστούμε να χρησιμοποιείται συστηματικά προφυλακτική αγωγή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονα νευροχειρουργική επέμβαση. Συνιστούμε τη χρήση IPC με ή χωρίς GCS σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοκράνια νευροχειρουργική επέμβαση. Αποδεκτές εναλλακτικές λύσεις στις ανωτέρω μεθόδους είναι προφύλαξη με LDUH ή μετεγχειρητικά LMWH. Ο συνδυασμός μηχανικών μεθόδων (π.χ. GCS ή/και IPC) και φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. LDUH ή LMWH) συνιστάται σε υψηλού κινδύνου νευροχειρουργικούς ασθενείς.

5. ΤΡΑΥΜΑΤΑ, ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ (SCI), ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

5.1. Τραύματα

Συνιστούμε όλοι οι τραυματίες με έναν τουλάχιστον παράγοντα κινδύνου να υποβάλλονται σε προφυλακτική αγωγή εάν είναι εφικτό. Εάν δεν υπάρχει αντένδειξη, συνιστάται η χρήση LMWH το συντομότερο δυνατό εάν είναι ασφαλές. Μηχανικές μέθοδοι προφύλαξης με IPC ή πιθανώς με GCS μόνο, να χρησιμοποιούνται εάν η LMWH προφύλαξη καθυστερεί ή αντενδείκνυται επί του παρόντος λόγω ενεργού αιμορραγίας ή υψηλού κινδύνου αιμορραγίας. DUS screening σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (π.χ. παρουσία SCI, κάταγμα κάτω άκρου ή λεκάνης, κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή ενσωματωμένη μηριαία φλεβική γραμμή) και έχουν λάβει ατελή ή και καθόλου προφύλαξη. Δεν συνιστάται η χρήση IVCFs σαν πρωτογενής πρόληψη σε τραυματίες. Συνιστούμε τη συνέχιση αντιπηκτικής αγωγής μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο συμπεριλαμβανομένης της περιόδου αποκατάστασης. Συνιστούμε τη συνέχιση της προφύλαξης μετά το εξιτήριο με LMWH ή ένα κουμαρινικό (στόχος INR, 2.5 εύρος 2.0 με 3.0) σε ασθενείς με σοβαρές διαταραχές κινητικότητας.

5.2. Οξεία κάκωση νωτιαίου μυελού

Συνιστάται αντιπηκτική αγωγή για όλους τους ασθενείς με οξεία κάκωση νωτιαίου μυελού. Δεν συνιστάται

η χρήση LDUH, GCS ή IPC σαν μόνη μέθοδο προφύλαξης. Η προφύλαξη με LMWH, πρέπει να ξεκινά μόλις η πρωτογενής αιμόσταση επιτευχθεί. Συνιστούμε τη συνδυασμένη χρήση IPC και είτε LDUH ή LMWH σαν εναλλακτικές σε LMWH. Συνιστούμε τη χρήση IPC ή/και GCS όταν τα αντιπηκτικά αντενδείκνυται νωρίς μετά τον τραυματισμό. Δεν συνιστάται η χρήση IVCFs σαν πρωτογενής πρόληψη ενάντια στην πνευμονική εμβολή. Κατά τη φάση αποκατάστασης μετά από οξεία SCI συνιστούμε τη συνέχιση LMWH προφύλαξης ή μετατροπή σε ένα από του στόματος κουμαρινικό (INR στόχος, 2.5 εύρος, 2.0 με 3.0).

5.3. Εγκαύματα

Οι εγκαυματίες με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου όπως: προχωρημένη ηλικία, παχυσαρκία, εκτεταμένα εγκαύματα ή εγκαύματα κάτω άκρων, συνυπάρχουσες κακώσεις κάτω άκρων, υπάρχη μηριαία φλεβική γραμμή ή/και παρατεταμένη ακινησία, πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή εάν είναι δυνατόν. Εάν δεν υπάρχει αντένδειξη συνιστούμε τη χρήση LDUH ή LMWH το συντομότερο.

6. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Σε βαρέως πάσχοντες που εισάγονται στο νοσοκομείο με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή σοβαρή αναπνευστική νόσο ή είναι χρονίως κατακεκλιμένοι και έχουν έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβανομένης κακοήθειας, ιστορικού θρομβοεμβολής, σήψης, οξείας νευρολογικού νοσήματος ή φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, συνιστούμε προφύλαξη με LDUH ή LMWH. Σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου στους οποίους υπάρχει αντένδειξη για αντιπηκτική αγωγή, συνιστούμε τη χρήση μηχανικών μέσων προφύλαξης με GCS ή IPC.

7. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι ογκολογικοί ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή ανάλογη προς το επίπεδο κινδύνου τους όπως αναφέρθηκε στη χειρουργική παράγραφο. Ασθενείς με κακόηθες νόσημα κατακεκλιμένοι λόγω οξείας παθολογικής κατάστασης πρέπει να λαμβάνουν προφύλαξη ανάλογη προς το επίπεδο κινδύνου, όπως αναφέρθηκε στην παράγραφο "Παθολογικές καταστάσεις". Δεν συ-

νίσταται η συστηματική χρήση αντιπηκτικών για την πρόληψη θρομβοεμβολής λόγω κεντρικού φλεβικού καθετήρα σε καρδιοπαθείς. Ειδικά δεν πρέπει να χρησιμοποιείται LMWH, όπως επίσης συνίσταται να μην χρησιμοποιείται βαρφαρίνη για τον ίδιο λόγο.

8. ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Κατά την είσοδο σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης, όλοι οι ασθενείς πρέπει να εκτιμώνται για τον κίνδυνο θρομβοεμβολής. Επομένως οι περισσότεροι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτικά. Για ασθενείς με υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας συνιστούμε μηχανικά μέτρα προφύλαξης με GCS ή/και IPC μέχρι να μειωθεί ο κίνδυνος αιμορραγίας. Σε ασθενείς Μ.Ε.Θ. με μέτριο κίνδυνο αιμορραγίας (eg, μετεγχειρητικός ασθενής με παθολογικό νόσημα), συνιστούμε τη χρήση LDUH ή LMWH. Για ασθενείς με υψηλό κίνδυνο όπως

πολυτραυματίες ή ορθοπεδικά χειρουργεία, συνιστούμε LMWH.

9. ΤΑΞΙΔΙΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΝ

Συνιστούμε τα παρακάτω γενικά μέτρα για ταξιδιώτες μεγάλων αποστάσεων (π.χ. πτήσεις >6 ώρες): αποφυγή σφιχτών ενδυμάτων γύρω από τη μέση και τα κάτω άκρα, αποφυγή αφυδάτωσης, συχνή έκταση γαστροκνημίων. Για ταξιδιώτες μεγάλων αποστάσεων με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, συνιστούμε τα ως άνω γενικά μέτρα. Εάν απαιτείται επιπρόσθετη προφύλαξη, λόγω αυξημένου κινδύνου φλεβοθρόμβωσης, συνιστούμε τη χρήση κατάλληλων GCS που εξασκούν 15 έως 30 mm Hg πίεση στον αστράγαλο ή μία προφυλακτική δόση LMWH πριν από την αναχώρηση. Δεν συνιστούμε τη χρήση ασπιρίνης για πρόληψη της θρομβοεμβολικής νόσου που σχετίζεται με τα ταξίδια μεγάλων αποστάσεων.