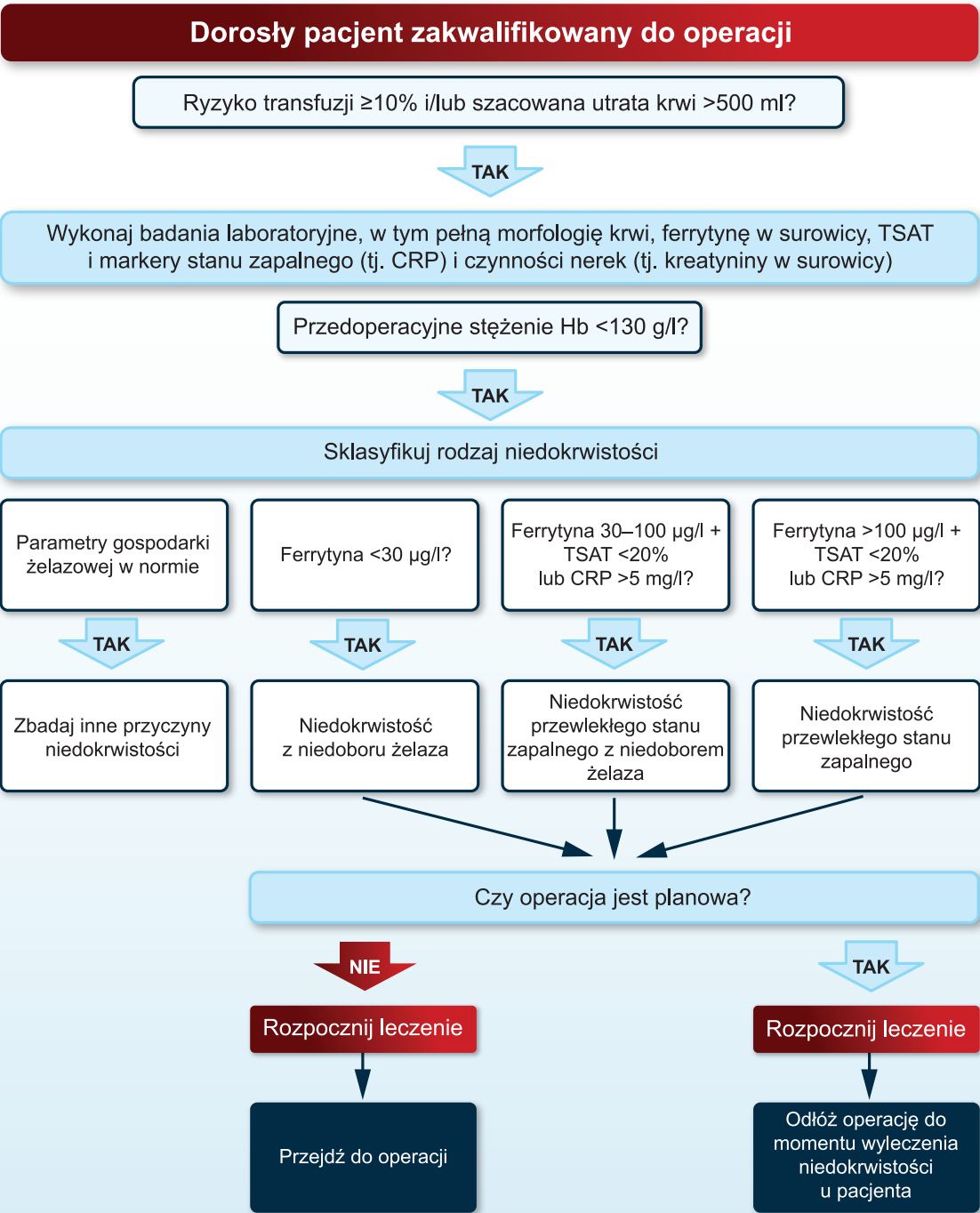
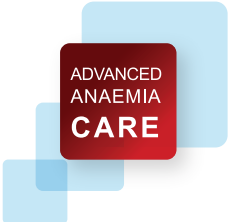


Diagnostyka i leczenie niedokrwistości okołoperacyjnej u pacjentów chirurgicznych



CRP – białko C-reaktywne; Hb – hemoglobina; TSAT – wysycenie transferyny

Zaadaptowano z Muñoz M et al.¹

Przewodnik po okołoperacyjnym leczeniu niedokrwistości i niedoboru żelaza w chirurgii

- W praktyce chirurgicznej kładzie się coraz większy nacisk na szybkość operacji, co może oznaczać, że potencjalne możliwości optymalizacji pacjentów przed operacją są pomijane.¹
- Pomimo istnienia wytycznych, nadal występują błędne przekonania dotyczące częstości występowania, konsekwencji, diagnozowania i leczenia niedokrwistości i niedoboru żelaza u dorosłych pacjentów chirurgicznych.¹
- W celu wyeliminowania błędnych przekonań i zapewnienia praktycznych wskazówek dotyczących wprowadzania tych wytycznych do praktyki klinicznej, grupa kluczowych liderów opinii z całej Europy* opublikowała międzynarodowy konsensus. W ramach tego konsensusu eksperci przedstawiają szereg najlepszych praktyk i opartych na dowodach stwierdzeń oraz schematów postępowania dotyczących optymalnej opieki nad pacjentem w okresie przed-, około- i poperacyjnym.¹

Niniejszy konsensus zapewnia eksperckie, niezależne, zbiorowe wytyczne i praktyczną ścieżkę kliniczną leczenia okołoperacyjnego niedoboru żelaza i niedokrwistości u dorosłych pacjentów chirurgicznych¹

1. Muñoz M, et al. Anaesthesia 2017;72(2):233–247
2. Kozek-Langenecker et al. Eur J Anaesthesiol 2017; 34: 332–395

PHARMACOSMOS

Pharmacosmos A/S
Roervangsvej 30
DK-4300 Holbaek
Denmark

T: +45 5948 5959
E: info@pharmacosmos.com

EWO-POL-0045
Zatwierdzono: GRU-2024

*Aby umożliwić spotkanie panelu ekspertów, Pharmacosmos zapewnił wsparcie logistyczne i finansowanie. Pharmacosmos nie miał wpływu na treść publikacji.

PHARMACOSMOS

Rozpoznanie niedoboru żelaza u pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu chirurgicznego

- Niedokrwistość przedoperacyjna jest uznawana za związaną ze zwiększoną zachorowalnością, śmiertelnością i potrzebą transfuzji po operacji². Nieskorygowana niedokrwistość przedoperacyjna jest zatem czynnikiem ryzyka dla niekorzystnych wyników pooperacyjnych¹.
- Leczenie niedokrwistości z niedoboru żelaza może zmniejszyć zapotrzebowanie na transfuzję krwi i długość pobytu w szpitalu¹.
- Zgodnie z międzynarodowym konsensusem lekarze powinni rozważyć niedokrwistość przedoperacyjną i niedobór żelaza jako wskazanie do opieki okołoperacyjnej z suplementacją żelaza¹.

Obecność niedokrwistości powinna być badana we wszystkich procedurach chirurgicznych, w których spodziewana jest umiarkowana do wysokiej utrata krwi (>500 ml)¹

Stężenie ferrytyny w surowicy <30 µg/l jest najbardziej czułym (92%) i specyficznym (98%) progiem odcięcia dla identyfikacji bezwzględnego niedoboru żelaza¹

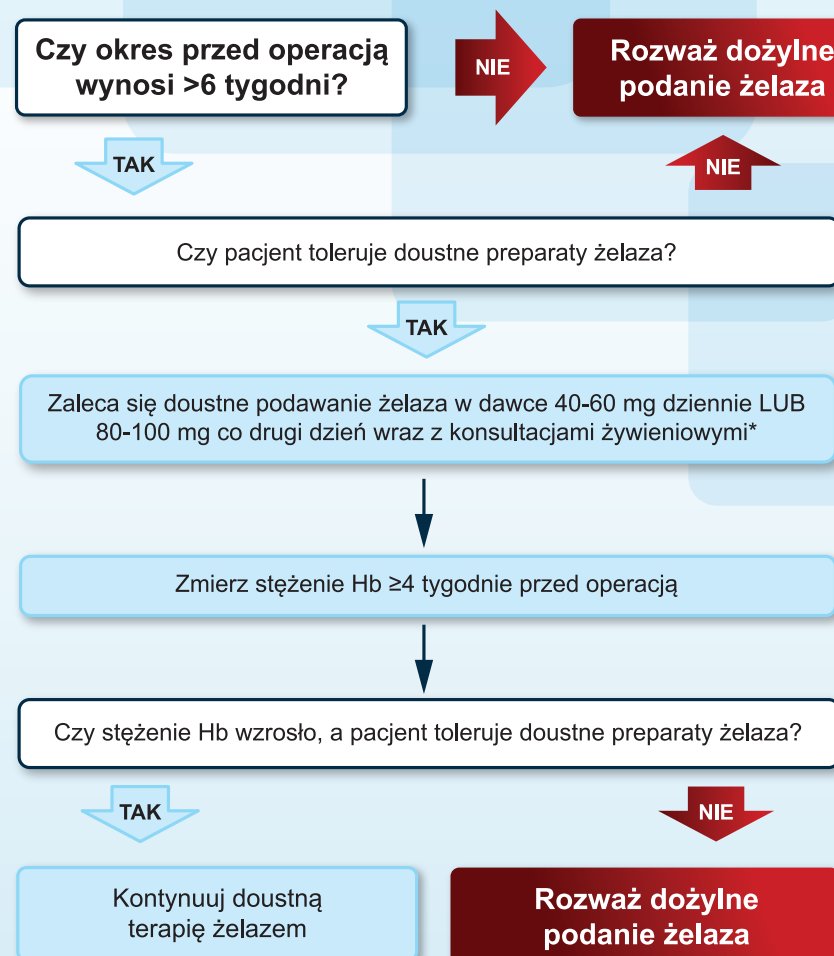
W przypadku leczenia niedokrwistości przed operacją, progowe stężenie hemoglobiny wywołujące potrzebę leczenia powinno wynosić <130 g/l u obu płci, aby zminimalizować ryzyko niekorzystnych wyników związanych z transfuzją

Przedoperacyjne leczenie niedoboru żelaza i niedokrwistości z niedoboru żelaza

- Leczenie niedoboru żelaza i niedokrwistości z niedoboru żelaza należy rozpocząć jak najwcześniej w okresie przedoperacyjnym
- Żelazo dożylne jest uważane za skuteczne i dobrze tolerowane** i powinno być stosowane jako terapia pierwszego rzutu u pacjentów, którzy nie reagują na żelazo doustne lub nie są w stanie go tolerować

- Dożylne podawanie żelaza jest zalecane, jeśli operacja jest planowana w okresie **<6 tygodni** po zdiagnozowaniu niedoboru żelaza
- Dożylne podanie żelaza na **1 dzień** przed lub nawet **w dniu operacji** może poprawić pooperacyjną regenerację hemoglobiny, nawet u pacjentów z niedoborem żelaza bez niedokrwistości

Schemat postępowania u pacjentów z niedokrwistością z niedoboru żelaza



Schemat postępowania u pacjentów z niedoborem żelaza bez niedokrwistości

