

## Procedury Wysokiego Ryzyka

- Polipektomia/Mukozektomia/ESD
- ECPW ze sfinkterotomią
- Rozszerzanie zwężeń
- Obliteracje żyłaków
- PEG
- EUS z biopsją lub zabiegiem terapeutycznym
- Ablacja prądem o częstotliwości radiowej w przełyku lub żołądku

## Pochodne kumaryny

## DOAC

### Stany niskiego ryzyka

- Zastawka biologiczna
- Migotanie przedsionków (AF) bez czynników wysokiego ryzyka ( $CHADS_2 \leq 4$ )
- Ponad 3 miesiące od epizodu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (VTE)

### Stany wysokiego ryzyka

- Sztuczna zastawka metalowa w pozycji mitralnej bądź aortalnej
- Sztuczna zastawka + AF
- AF + stenoza mitralna
- AF + przebyty udar/TIA
- i 3 lub więcej** czynników:
  - Zastoinowa niewydolność serca
  - Nadciśnienie tętnicze\*
  - Wiek > 75 lat
  - Cukrzyca
- AF + udar/TIA w ostatnich 3 miesiącach
- Poniżej 3 miesięcy od epizodu VTE
- Przebyty epizod VTE + leczenie przeciwzakrzepowe\*\*

### Ostatnia dawka leku 3 dni przed badaniem

- Dabigatran: jeśli eGFR 30-50 ml/min ostatnia dawka leku 5 dni przed badaniem
- W przypadku pacjentów z szybko pogarszającą się czynnością nerek - konsultacja hematologa
- Powrót do leczenia 2-3 dni po zabiegu\*\*\*

### Zatrzymanie leczenia 5 dni przed zabiegiem

- Kontrola INR przed zabiegiem - powinno być < 1,5
- Wznowienie leczenia dotychczasową dawką wieczorem po zabiegu
- Kontrola INR po tygodniu - powinno być w zakresie terapeutycznym

### Zatrzymanie leczenia 5 dni przed zabiegiem

- Heparyna drobnocząsteczkowa (LMWH) 2 dni po odstawieniu leku
- Pominięcie dawki LMWH w dniu zabiegu
- Wznowienie leczenia dotychczasową dawką wieczorem po zabiegu
- Kontynuacja leczenia LMWH do czasu osiągnięcia zakresu terapeutycznego

\* RR > 140/90 mmHg lub leczenie przeciwnadciśnieniowe

\*\* Przebyty epizod VTE i docelowy INR na poziomie 3,5

\*\*\* W zależności od ryzyka krwotocznego i zakrzepowego, rozważyć przedłużenie okresu po zabiegu ESD