



Profilaxia trombembolismului venos PCI-9

Elaborat în baza:
Protocolului clinic național
PCN-227

Aprobat prin ordinul IMSP „SR Edineț” nr.71 din 10.12.2025
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic instituțional „Profilaxia trombembolismului venos”

Edineț, 2025

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Diagnosticul.....	5
A.2. Codul bolii (CIM 10).	5
A.3. Utilizatorii.	5
A.4. Scopurile protocolului și prioritățile cheie pentru punerea în aplicare	6
A.5. Data elaborării protocolului.....	6
A.6. Data următoarei revizuirii.....	6
A.7. Lista persoanelor care au participat la instituționalizarea protocolului.....	6
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	9
B.1. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator.	9
B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească	10-11
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	12
C. 1.1 Algoritmul de profilaxie a Trombembolismului pulmonar.....	12
C.1.2. Algoritmul de Diagnostic al Trombozei Venoase Profunde (TVP).....	13
C.1.3. Algoritmul de diagnostic al Trombembolismului Pulmonar (TEP)... ..	14
C.2. Argumentarea necesității tromboprofilaxiei.....	15
C.3. Priorități cheie pentru punerea în aplicare	16
C.4. Factori de risc pentru TEV. Stratificarea riscului TEV.	17
C.5. Afecțiuni medicale cu risc de TEV.....	18
C.5.1. Factori modificabili de risc.....	18
C.6. Factori de risc pentru sângerare	18
C.7. Metode de screening a tromboembolismului venos.	18
C.8. Evaluarea riscului de dezvoltare a trombembolismului	19
C.8.1. Scorul de predicție clinică a TVP (Wells).	19
C.8.2. Scorul de predicție clinică a TEP (Wells).....	20
C.8.3. Scorul de predicție clinică a TEV (Caprini).....	20
C.8.4. Scorul Caprini și recomandările pentru profilaxie a TVP.....	20
C. 9. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	21-22
C.9.1. Profilaxia mecanică a trombembolismului.....	21-22
C.9.2. Profilaxia farmacologică a trombembolismului	23-33
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL.	33
D.1. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator.	33
D.2. Instituțiile de asistență medicală spitalicească specializată	33
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	32
F. Procedura generală de transfer a pacientului în IMSP „SR Edineț”.....	33

ANEXE

Abrevierile folosite în document

TEV	– tromboembolism venos	INR	– raportul internațional normalizat
TVP	– tromboza venoasă profundă	Sc	– subcutanat
EP	– embolie pulmonară	CrCl	– clearanceul creatininei
HNF	– heparina nefracționată	PCPT	– probabilitatea clinică pretestare
RFG	– rata filtrării glomerulare	IMC	– indicele de masă corporală
PCN	– protocol clinic național	CPI	– compresie pneumatică intermitentă
ATI	– anestezie și terapie intensivă	CCG	– ciorapi compresie graduală
HGMM	– heparine cu greutate moleculară mică	AVK	– preparate antivitamină K

A. PARTEA ÎNTRDUCTIVĂ

A.1. Diagnostic: Tromboembolism venos

Exemple de diagnoze clinice:

1. Tromboflebită cronică a venelor membrelor inferioare (din 3 martie 2011). Tromboembolism pulmonar risc intermediar. Insuficiență cardiacă c.f. III NYHA.
2. Cardiopatie ischemică. Infarct miocardic acut non-Q în regiunea anterioară al ventriculului stâng (13.03.2009). Fibrilație arterială persistentă, restabilirea ritmului sinus al prin cardioversie electrică (13.03.2009). Tromboembolism pulmonar risc intermediar. Insuficiență cardiacă c.f. II NYHA.3.
3. Artroplastie de șold (06.05.2010). Tromboembolism pulmonar risc înalt, cord pulmonar acut, tromboliză (17. 05.2010). Insuficiență cardiacă c.f. III NYHA.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

I 82- tromboză și embolie venoasă nespecificată (I26-embolie pulmonară incluzând tromboza și tromboembolie pulmonară și I 80.2 – tromboza venoasă profundă) (vezi anexa).

A.3. Utilizatorii:

- § secțiile consultativ diagnostice;
- § echipele AMU profil general și specializat 903;
- § departamentele de medicină urgentă;
- § secțiile de terapie ale spitalelor raionale, municipale și republicane;
- § secțiile chirurgicale ale spitalelor raionale, municipale și republicane
- § secțiile Terapie Intensivă ale spitalelor raionale, municipale și republicane.

A.4. Scopuri și populația inclusă:

1. Creșterea procentului de pacienți spitalizați cu vârsta de 18 ani și mai mult la care este evaluat riscul de tromboembolism pulmonar în timp de 24 ore de la internare.
2. Creșterea procentului de pacienți spitalizați cu vârsta de 18 ani și mai mult care sunt evaluați pentru profilaxia tromboembolism pulmonar până la schimbarea planului de tratament, a medicului sau/și până la externare.
3. Creșterea procentului de pacienți spitalizați cu vârsta de 18 ani și mai mult cu risc de tromboembolism venos care sunt informați în decursul primelor 24 ore de la internare în spital despre tromboembolismul venos care include riscul de tromboembolism, semnele și simptomele, mobilizarea precoce și frecvență și tratamentul/ metodele de profilaxie adecvate.
4. Îmbunătățirea siguranței utilizării medicamentelor prin reducerea probabilității afectării pacientului asociată cu utilizarea terapiei anticoagulante pentru pacienții de 18 ani și mai mult.
5. Creșterea procentului de pacienți din grupa de risc cu vârsta de 18 ani și mai mult care primesc tratament profilactic adecvat.
6. Reducerea riscului complicațiilor ca rezultat al utilizării profilaxiei farmacologice pentru pacienții spitalizați și externați cu vârsta de 18 ani și mai mult.
7. Creșterea procentului pacienților chirurgicali cu vârsta de 18 ani și mai mult care primesc profilaxie adecvată a tromboembolismului venos.

A.5. Data elaborării protocolului: 2015

A.6. Data revizuirii: 2017,2025, data următoarei revizuirii:2030

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele Prenumele	Funcția
A.Jitaru	Vice-director IMSP „SR Edineț” Președintele grupului de lucru
D.Galadiuc	Șef secție ATI
V.Iașiuc	Șef secție Chirurgie generală
A.Rusanovschi	Medic ATI
V.Lentițchi	Medic ATI
M.Movilă	Medic ATI
A.Gheorghită	Specialist Responsabil Managementul Calității
M.Șlepac	Specialist Responsabil Managementul Calității

A.8. Definițiile folosite în document.

Tromboembolismul venos - TEV este o afecțiune în care un cheag de sânge (tromb) se formează într-o venă. Ea apare cel mai frecvent în venele profunde ale membrelor inferioare, aceasta se numește tromboza venoasă profundă. Trombul poate să se desprindă de pe locul său de origine și să migreze prin vas - un fenomen numit embolie. TEV cuprinde o serie de prezentări clinice. Tromboza venoasă este adesea asimptomatică; mai puțin frecvent, aceasta provoacă durere și edem la nivelul picioarelor. O parte sau întreg trombul se poate desprinde și migra spre plămâni, provocând astfel o potențială embolie pulmonară cu efect letal. Tromboza venoasă simptomatică are o rată considerabilă de morbiditate, inclusiv morbiditate pe termen lung din cauza insuficienței venoase cronice. Acest lucru la rândul său poate provoca ulcerări venoase și poate duce la dezvoltarea unui membru post-trombotic (caracterizat prin dureri cronice, edem și modificări ale pielii). TEV este o cauză importantă de deces printre pacienții spitalizați, și tratamentul TEV simptomatic nefatal și morbiditățile asociate pe termen lung este asociat cu costuri considerabile pentru sistemul de sănătate. Riscul de a dezvolta TEV depinde de starea și/sau procedura pentru care pacientul este admis și de oricare factori de risc predispozanți (cum ar fi vârsta, greutatea corporală și patologiiile concomitente).

Mobilitatea redusă în mod semnificativ- este utilizată pentru a desemna pacienții imobilizați la pat, în imposibilitatea de a se deplasa fără ajutor sau care ar putea să-și petreacă o parte substanțială a zilei în pat sau în scaun.

Sîngerări majore se referă la un eveniment hemoragic care conduce la una sau mai multe dintre următoarele stări:

- moarte
- o scădere a concentrației hemoglobinei de 2g/dl sau mai mult
- transfuzie de 2 sau mai multe unitati de sânge
- sîngerare în spațiul retroperitoneal, intracranian sau intraocular
- un eveniment sau situație clinică gravă sau amenințătoare pentru viață

"Insuficiența renală" se referă la o rată estimată de filtrare glomerulară (RFG) de mai puțin de 30 ml/min/1.73m².

A.9. Informația epidemiologică.

Tromboembolismul venos (TEV), manifestat ca tromboză venoasă profundă (TVP) sau embolie pulmonară (EP), reprezintă cea mai frecventă cauză de deces la pacienții spitalizați. Astfel, fără profilaxie, incidența TVP survenite în spital, confirmate prin metode obiective, este de aproximativ 10-40% la pacienții cu afecțiuni medicale sau supuși unor intervenții de chirurgie generală și de 40-60% după intervențiile chirurgicale ortopedice majore. Un sfert până la o treime dintre trombi venoși afectează venele profunde proximale, iar trombi cu această localizare produc mai frecvent simptome și EP.

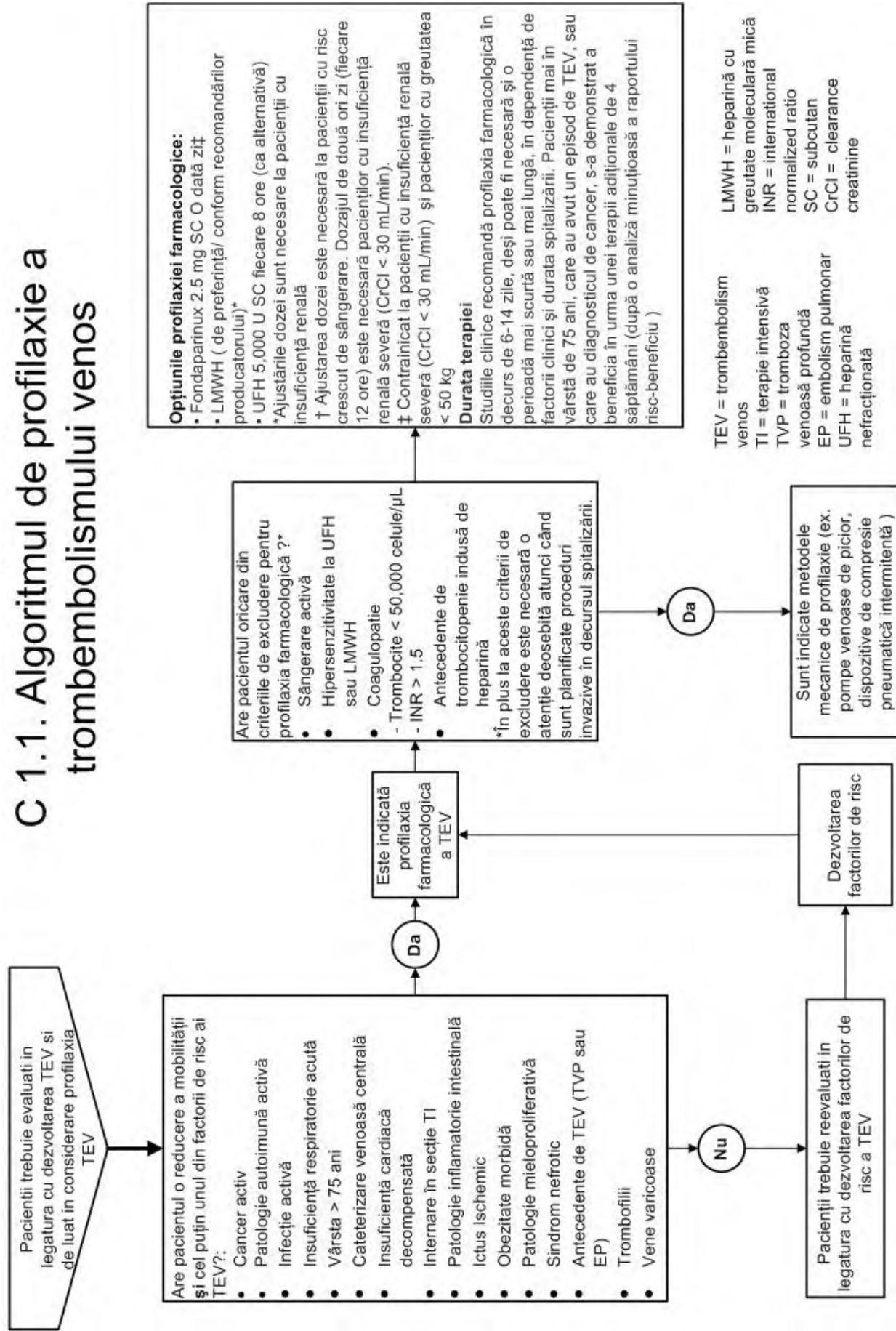
Sindromul post-trombotic reprezintă o complicație frecventă a TVP, având o frecvență de 20-50% după TVP simptomatică, iar formele sale severe pot fi întâlnite la 5-10% dintre pacienții cu TVP. Hipertensiunea pulmonară este o altă complicație redutabilă ce apare după 2 ani la 3,8% dintre pacienții cu EP.

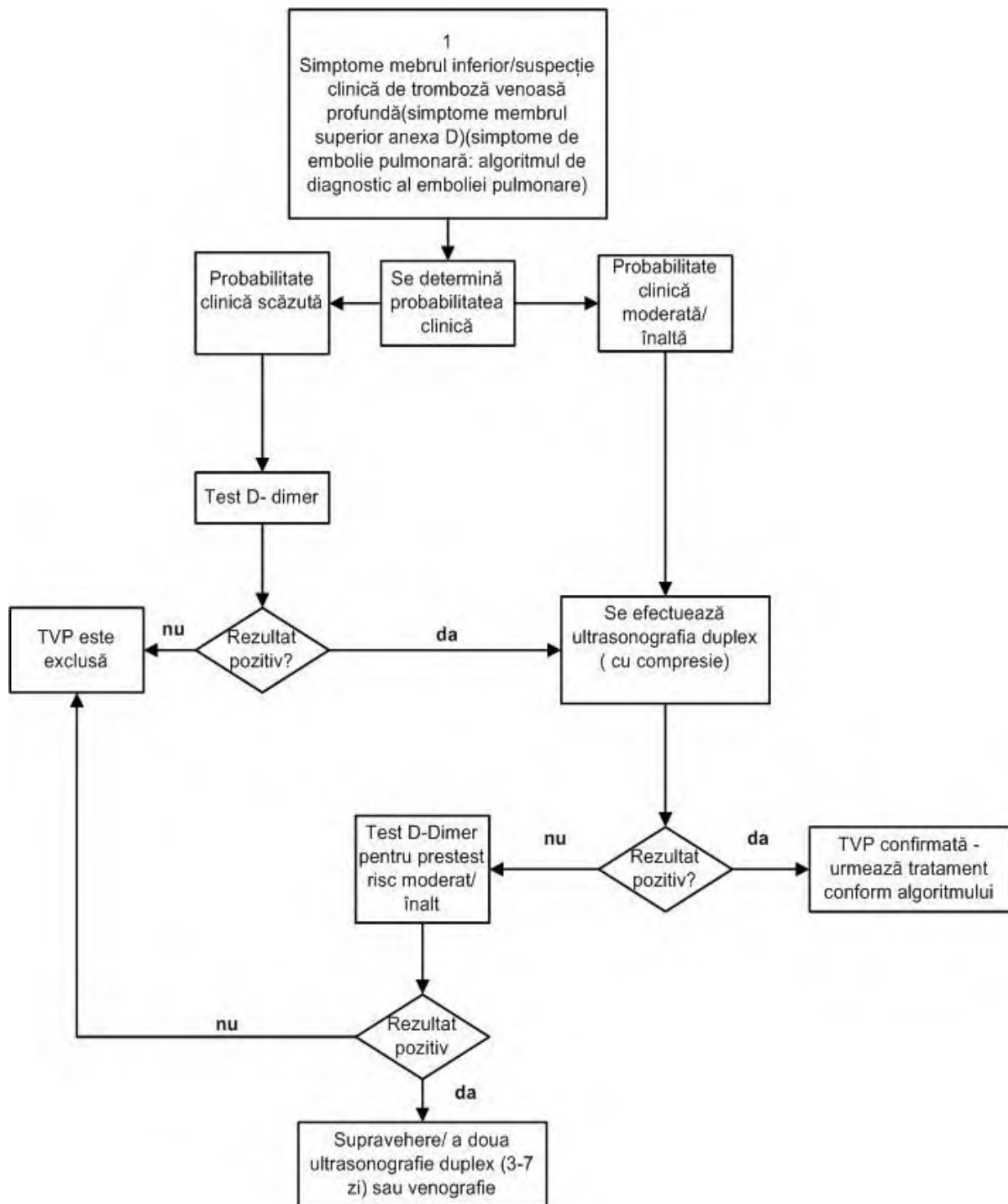
B. PATREA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu		
Descriere (măsur)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia primară	Micșorarea riscului de dezvoltare a tromboembolismului venos. Reducerea numărului total de cazuri de tromboembolism venos.	Obligatoriu: • Evitarea/limitarea acțiunii factorilor de risc (tabelul 1, tabelul 2) și corecția factorilor modificabili de risc (caseta 1; 2). • Tratatamentul adecvat al condițiilor patologice, asociate cu riscul sporit de dezvoltare a TEV (caseta 5; 6). • Evidențierea pacienților din grupurile de risc și stimularea adresării după ajutor medical în caz de suspecție a TEV.
2. Profilaxia secundară	Prevenirea dezvoltării, agravării și/ sau a recidivării complicațiilor tromboembolismului venos.	Obligatoriu: • Tratatamentul profilactic ambulatoriu. • Profilaxia complicațiilor tromboemboliei venoase . • Spitalizarea de urgență în caz de prezență a complicațiilor acute sau de decompensare a celor cronice.
3. Screening-ul	Evidențierea factorilor de risc ai tromboembolismului venos. Evaluarea incidenței tromboembolismului venos..	Obligatoriu: • Screening-ul se efectuează în grupele de risc (tabele 1,2) în baza evaluării acuzelor și a examenului fizic consecutiv în cazuri suspecte (confruntare cu criteriile diagnosticului pozitiv) (Conform PCN: Tromboembolie Pulmonara).
B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească (raional, municipal, republican)		
Descriere (măsur)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1.Profilaxia Algoritm C1.1.	Prevenirea dezvoltării, agravării și/ sau a recidivării complicațiilor tromboembolismului venos.	Obligatoriu: • Tratatamentul profilactic în staționar • Profilaxia complicațiilor tromboembolismului venos • Tratatamentul activ în caz de prezență a complicațiilor acute sau de decompensare a celor cronice (Conform PCN: Tromboembolie pulmonara

2. Spitalizarea și transferul	Precizare diagnostică, efectuarea diagnosticului diferențial. Implementarea măsurilor de profilaxie, secundară și terțiară. Optimizarea terapiei și asigurarea volumului	Obligatoriu: • Necesitatea și direcția spitalizării se efectuează conform criteriilor de spitalizare. • Evaluarea criteriilor de transfer în SATI.
	adecvat de tratament, inclusiv al celui chirurgical.	
3. Diagnosticul Algoritmii C.1.2.; C.1.3.	Evaluarea etiologiei și a severității tromboembolismului venos. Determinarea prezenței și a severității complicațiilor tromboembolismului venos.	Obligatoriu: • Anamneza . • Examenul clinic . • Investigațiile paraclinice obligatorii . • Diagnosticul pozitiv și diferențial al TEV și complicațiilor ei. • Evaluarea prezenței complicațiilor și a severității
4. Tratamentul Algoritmii C.1.1 - C.1.3	Prevenirea progresiei, decompensării și a dezvoltării complicațiilor tromboembolismului venos. Ameliorarea simptomatice a stării pacientului.	Obligatoriu: • Continuarea tratamentului de urgență inițiat la etapa prespitalicească. • Reglementarea comportamentului pacientului . • Tratamentul simptomatic (inclusiv cel de urgență). • Tratamentul patogenetic medicamentos conform algoritmului de tratament al TEV.
5. Supravegherea Algoritmii C.1.1	Prevenirea complicațiilor acute și cronice ale TEV. Consultația medicilor specialiști.	Obligatoriu: • Supravegherea se efectuează conform algoritmilor speciali în funcție de forma evolutivă , postoperatoriu .
6. Externarea sau transfer	Revenirea pacientului în circuitul de muncă. Asigurarea condițiilor de recuperare eficientă în continuare.	Obligatoriu: • Evaluarea criteriilor de externare și de transfer

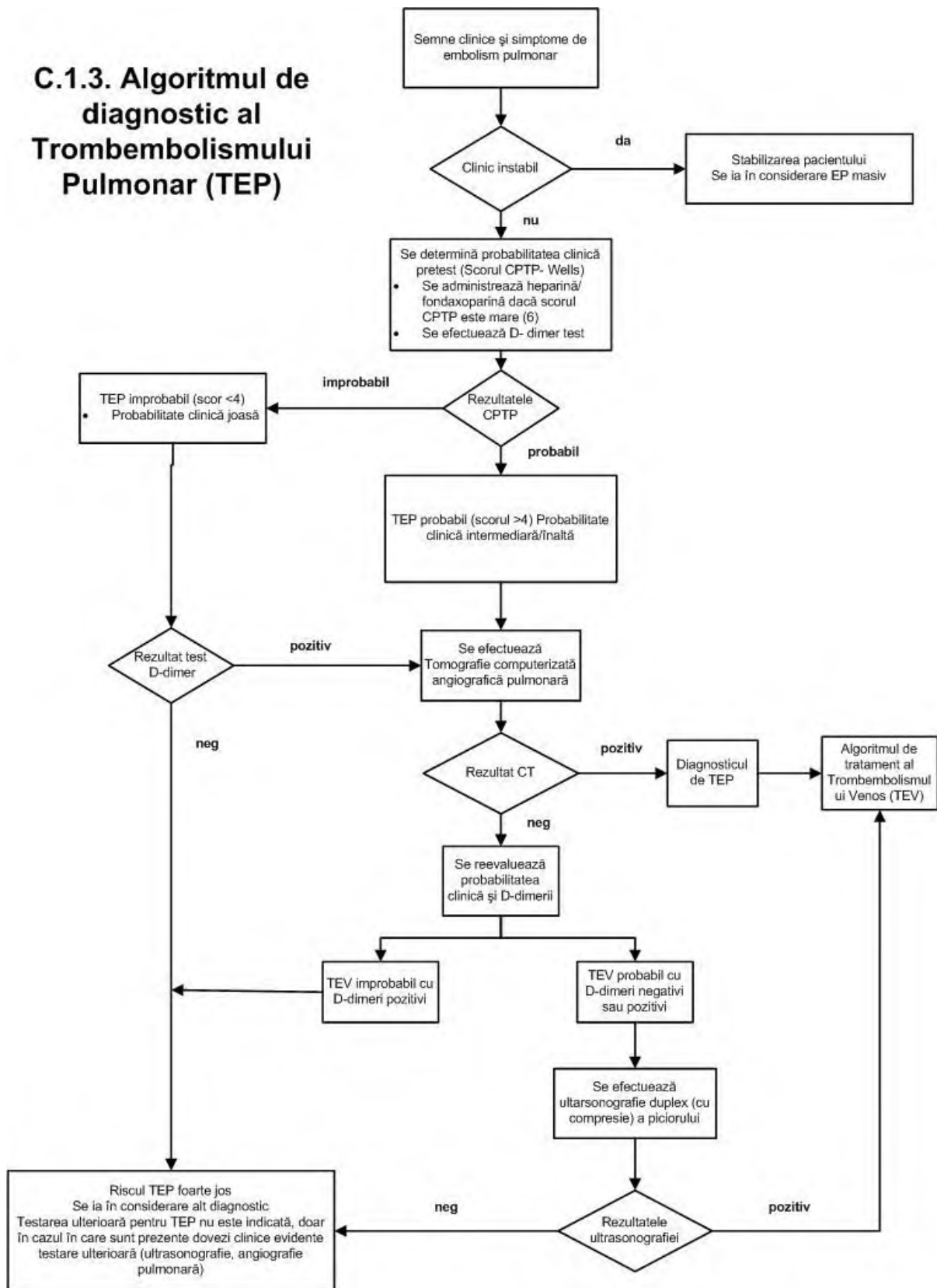
C 1.1. Algoritmul de profilaxie a trombembolismului venos





C1.2. Algoritmul de Diagnostic al Trombozei Venoase Profunde (TVP)

C.1.3. Algoritmul de diagnostic al Trombembolismului Pulmonar (TEP)



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Argumentarea necesității tromboprolifaxiei

Caseta1. Necesitatea tromboprolifaxiei a pacientului spitalizat

- Practic aproape fiecare pacient spitalizat are cel puțin un factor de risc de dezvoltare a TEV
- TVP deseori are loc la multe grupuri de pacienți spitalizați
- TVP și TEP apărute în timpul spitalizării, au ca urmare, manifestări clinice
- Este imposibil de prognosticat la care din pacienți din grupa de risc vor apărea complicații trombotice cu manifestări clinice
- Screeningul pacienților din grupul de risc prin examinare sau aplicarea metodelor neinvazive nu sunt efective nici economic, nici clinic
- Aproape la fiecare pacient spitalizat se identifică, cel puțin, un factor de risc de apariție TEV, și la aproximativ 40 % - trei factori de risc și mai mult Tabelul 1.
- Fără tromboprolifaxie frecvența TVP, apărute în staționar și confirmate prin metode obiective este de aproximativ 10-40% - la pacienții terapeutici și profil chirurgical general și de la 40 la 60 % la pacienții care au suportat intervenție chirurgicală ortopedică majoră (tabelul 3).
- Aproximativ la 70 % din toți pacienții TEV apare în condițiile de spitalizare. Prin urmare profilaxia TEV la pacienții di staționar – este o metodă mult mai argumentată de scădere a frecvenței apariției complicațiilor.

Caseta 2. Consecințele nefavorabile în lipsa profilaxiei TEV

- TVP sau TEP cu manifestări clinice
- TEP fatal
- Cheltuieli pentru investigarea pacientului cu simptome de TEV
- Riscuri și cheltuieli în tratamentul TEV
- Risc crescut de recidivare a TEV în viitor
- Sindrom post-trombotic cronic

Caseta 3. Eficacitatea și acțiunea tromboprolifaxiei

- Tromboprolifaxia este eficace în preîntâmpinarea TVP și tromboza venelor proximale
- Tromboprolifaxia este efektivă în preîntâmpinarea TEV cu simptome clinice și TEP fatal
- Profilaxia TVP previne dezvoltarea TEP
- Eficacitatea economică a tromboprolifaxiei a fost dovedită de nenumărate ori

Caseta 4. Riscul TVP la pacienții spitalizați

<i>Grupul de pacienți</i>	<i>Frecvența apariției TVP, %</i>
• Profil terapeutic	10-20
• Profil chirurgical general	15-40
• Intervenție chirurgicală ginecologică majoră	15-40
• Intervenție chirurgicală urologică majoră	15-40
• Intervenție neurochirurgicală	15-40
• AVC	20-50
• Artroplastia de șold sau genunchi, osteosinteză fractură de femur	40-60
• Traumă majoră	40-80
• Trauma spianlă	60-80
• Stare critică	10-80

Caseta 5. Priorități cheie pentru punerea în aplicare

Evaluarea riscurilor de TEV și sângerare

- ▶ Evaluarea tuturor pacienților la admitere pentru ai identifica pe cei cu risc crescut de TEV.
- ▶ De considerat pacienții cu afecțiuni medicale ca fiind cu risc crescut de TEV când:
 - § au avut sau se așteaptă reducerea în mod semnificativ a mobilității pe parcursul a 3 sau mai multor zile sau
 - § se preconizează reducerea relativă a mobilității în raport cu starea normală și au unul sau mai mulți dintre factorii de risc indicați în tabelul 1.
- ▶ De considerat pacienții supuși intervenției chirurgicale și pacienții cu traumatisme ca prezentând un risc crescut de TEV în cazul în care îndeplinesc unul dintre următoarele criterii:
 - § Procedura chirurgicală, cu un timp total de anestezie/chirurgical > 90 minute/>60 min
 - § Intervenția chirurgicală implică bazinul sau membrele inferioare
 - § Internarea de urgență cu patologie chirurgicală, cu patologie inflamatorie sau intra-abdominală
 - § Reducerea așteptată semnificativă a mobilității
 - § Unul sau mai mulți din factorii de risc indicați în tabelul 1.

Se evaluează toți pacienții pentru riscul de sângerare înainte de a oferi profilaxia farmacologică a TEV. Nu se efectuează profilaxia farmacologică a TEV la pacienții cu oricare dintre factorii de risc de sângerare indicați în caseta 2, cu excepția cazului în care riscul de TEV depășește riscul de sângerare.

- ▶ Reevaluarea riscurilor pacienților de sângerare și TEV în decurs de 24 de ore de la internare și ori de câte ori situația clinică se schimbă, pentru:
 - § a se asigura că metodele de profilaxie TEV utilizate sunt potrivite
 - § a se asigura că profilaxia TEV este folosită corect
 - § identificarea efectelor adverse care rezultă din profilaxia TEV.

Reducerea riscului de TEV

- ▶ să se încurajeze pacienții la mobilizarea cât mai curând posibilă.
- ▶ efectuarea profilaxiei farmacologice a TEV la pacienții cu profil medical general la care s-a determinat un risc crescut de TEV

Se începe profilaxia farmacologică a TEV , cât mai curând posibil după finalizarea evaluării riscurilor. Se continuă până când pacientul nu mai are un risc crescut de TEV.

Informarea pacientului și planificarea externării.

- ▶ Înainte de a începe profilaxia TEV, se oferă pacienților și/sau familiilor acestora sau îngrijitorilor informații verbale și scrise privind:

- § Riscurile și consecințele posibile ale TEV
- § Importanța profilaxiei TEV și efectele adverse posibile
- § Utilizarea corectă a metodelor de profilaxie a TEV
- § Modul în care pacienții pot reduce riscul de TEV (cum ar fi păstrarea unei bune hidratări și, dacă este posibil, exercițiile și mobilizarea)

- ▶ Ca parte a planului de externare, se oferă pacienților și/sau familiilor acestora sau îngrijitorilor informații verbale și scrise privind:

- § Semnele și simptomele trombozei venoase profunde și emboliei pulmonare
- § Durata corectă și recomandată de utilizare a profilaxiei TEV la domiciliu
- § Importanța profilaxiei TEV în mod corect și continuării tratamentului pe durata recomandată (dacă sunt externați cu profilaxie)
- § Semnele și simptomele efectelor adverse legate de profilaxia TEV
- § Importanța solicitării ajutorului și pe cine trebuie de contactat dacă apar careva probleme în profilaxie (dacă sunt externați cu profilaxie)
- § Importanța solicitării ajutorului medical și pe cine trebuie de contactat dacă se suspectă tromboză venoasă profundă, embolie pulmonară sau alt eveniment advers.

Caseta 6. Factorii de risc pentru TEV

- Cancer activ sau tratament al cancerului
- Vârsta peste 60 de ani
- Internare în stare critică
- Deshidratare
- Trombofilii cunoscute
- Obezitatea ([IMC] peste 30 kg/m²)
- Una sau mai multe comorbidități medicale semnificative (de exemplu: patologii cardiace; patologii metabolice, endocrine sau respiratorii, boli infecțioase acute, inflamate)
- Antecedente personale sau ruda de gradul I cu istoric de TEV
- Utilizarea terapiei de substituție hormonală
- Utilizarea contracepției care conține medicație estrogenică
- Vene varicoase cu flebită
- Intervenția chirurgicală
- Trauma (traume majore sau leziuni ale membrului infer.)
- Compresie venoasă (tumoare, hematom, anomalii arteriale)
- Sarcina și perioada postpartum
- Stimulatorii eritropoiezii
- Sindrom nefrotic
- Cateterizarea venei centrale
- Patologii mieloproliferative
- Hemoglobinuria paroxismală nocturnă
- Imobilitatea, pareza membrului inferior
- Ictus paralytic
- Tromboembolism anterior suportat
- Chirurgie laparoscopică (ex. colecistectomie)

Caseta 7. Stratificarea riscului de TEV

- Factori de risc puternici (odds ratio >10)
- Fractură (șold sau gambă)
- Artroplastie de șold sau genunchi
- Intervenție chirurgicală majoră
- Traumă majoră
- Leziunea măduvei spinării
- Factori de risc moderați (ratio 2–9)
- Chirurgie artroscopică genunchi
- Catetere venoase centrale
- Chimioterapie
- Insuficiență cardiacă sau insuf. respirator
- Terapie de substituție hormonală
- Boli maligne
- Contraceptive perorale
- Ictus paralytic
- Sarcina/ postpartum
- Antecedente de tromboembolism venos

- Trombofilii
- Factori de risc scăzut(odds ratio <2)
- Imobilizarea la pat > 3 zile
- Imobilitatea datorita sederii (calatorii indelungate aeriene sau cu automobilul)
- Virsta inaintata
- Chirurgia laparoscopica
- Obezitatea
- Sarcina/, antepartum
- Vene varicoase

Tabelul nr. 1. Riscul trombembolismului venos la pacientii chirurgicali

Nivelul riscului	DVT		PE		Strategii de prevenire eficiente
	Gamb	Prox	Clinic	Fatal	
Risc redus Intervenții minore la pacientii <40 ani fără factori de risc suplimentari	2	0.4	0.2	<0.0 1	Fara profilaxie specifica; Interventii minore la pacientii <40 ani: mobilizarea precoce si agresiva
Risc moderat Interventii minore la pacientii cu factori de risc suplimentari. Interventii chirurgicale la pacientii cu virsta intre 40-60 fara factori de risc supliment	10–20	2–4	1 –2	0.1– 0.4	LDUH (fiecare 12h), LMWH La pacientii cu chirurgie minora (3400 U zilnic), GCS, or IPC
Risc sporit Interventii la pacientii >60 ani, sau 40-60 cu factori de risc suplimentari	20–40	4–8	2 –4	0.4– 1.0	LDUH (q8h), LMWH (>3400 U zilnic), or IPC
Risc extrem de mare Interventii la pacientii cu multipli factori de risc Artroplastie de sold sau genunchi, HFS, Traume majore, Lezarea maduvei spinarii.	40–80	10–20	4–10	0.2– 5.0	LMWH (>3400 U zilnic), fondaparinux* per/os VKAs (INR 2–3), or IPC/GCS + LDUH/LMWH

Caseta. 8. Afecțiuni medicale cu risc de TEV

Insuficiență cardiacă congestivă
 Insuficiență respiratorie (severă)
 Cancer
 Infarct miocardic acut
 Boli neurologice cu deficit motor (membre inferioare)
 Boli inflamatorii intestinale
 Boli acute severe
 Mieloproliferări
 Colagenoze cu anticorpi antifosfolipidici
 Trombofilii congenitale
 Sindrom nefrotic
 Pacienți medicali in stare critică

Caseta 9. Reducerea riscului de TEV factori modificabili de risc

- § Nu se permite deshidratarea pacienților cu excepția cazului în care este indicat clinic.
- § Să se încurajeze pacienții să se mobilizeze cât mai curând posibil.
- § Nu se consideră preparate adecvate ca aspirina sau alte antiagregante pentru profilaxia TEV.

Se ia în considerare plasarea temporară de filtre ale venei cava la pacienții care au risc foarte ridicat de TEV (cum ar fi pacienții cu istoric de TEV sau prezența unei tumori maligne active) și pentru care metodele mecanice și farmacologice de profilaxia TEV sunt contraindicate.

Caseta 10. Factori de risc pentru sângerare

- Sângerare activă
- Tulburări dobândite de coagulare (cum ar fi insuficiență hepatică acută)
- Utilizarea concomitentă de anticoagulate cunoscute a crește riscul de sângerare (cum ar fi warfarina cu raportului internațional normalizat [INR] mai mare decât 2)
- Puncție lombară / epidurală / anestezie spinală de așteptat în următoarele 12 ore
- Puncție lombară / epidurală / anestezie spinală în ultimele 4 ore
- Accident vascular cerebral acut
- Trombocitopenie (număr de trombocite mai mic de 75 x 10⁹/l)
- Hipertensiune arterială sistolică necontrolată (230/120 mmHg sau mai mare)
- Tulburări de coagulare ereditare (cum ar fi boala von Willebrand și hemofilia)

Caseta 11. Metode de screening a tromboembolismului venos

Metodele de screening pe baza cărora s-a stabilit incidența TEV sunt scintigrafia cu fibrinogen radiomarcant, pletismografia de impedanță, venografia de contrast și ecografia duplex. În practica medicală curentă aceste metode sunt metode de diagnostic ale TVP. Dintre acestea, venografia de contrast, metodă de referință, este relevantă clinic, cu excepția prezenței trombilor mici sau distali; ea asociază inconvenientele unei metode invazive cu substanța de contrast.

În prezent, metoda de diagnostic cea mai utilizată este ultrasonografia Doppler venoasă, deoarece are o mare acuratețe în TVP simptomatică și asimptomatică, este disponibilă pe scară largă, este neinvazivă și repetabilă. Ghidul ACCP menționează că TVP proximală depistată ecografic este cea care prezintă relevanță clinică, datorită asocierii cunoscute între TVP proximală și EP. O limită a metodei o reprezintă sensibilitatea mai mică în detectarea TVP distale, mici și/sau neocluzive. O problemă importantă pentru acuratețea rezultatelor investigației ultrasonografice o reprezintă standardizarea tehnicii și pregătirea unui număr mai mare de specialiști în domeniul ultrasonografiei vasculare.

Tabelul nr.2. Scor de predicție clinică pentru TEP (Scorul Wells)

<i>Variabile</i>	<i>Puncte</i>
Factori predispozanți:	
Antecedente de TVP sau TEP.	+1.5
Intervenții chirurgicale sau imobilizare.	+1.5
Neoplazii.	+1
Simptome:	
Hemoptizii.	+1
Semne clinice:	
- Frecvența cardiacă: >100 bătăi/minut.	+1.5
- Semne clinice de TVP.	+3
- Interpretare clinică.	
- Diagnostic alternativ mai puțin probabil decât TEP	+3
Probabilitate clinică (3grade):	total
Joasă.	0-1
Intermediară.	2-6
Înaltă.	≥7

Probabilitate clinică (2 grade):	
TEP improbabil.	≤4
TEP probabil.	>4

Tabelul nr.3. Evaluarea riscului de dezvoltare a tromboembolismului	
Scorul de predicție clinică a TVP (scorul Wells)	
1. Cancer activ (pacient care a primit tratament curativ in cele 6 luni precedente sau care este sub tratament paliativ in momentul actual)	+1
2. Paralizia, pareza sau imobilizarea membrului suspect	+1
3. Imobilizare recenta >3 zile , sau chirurgie majora ce dateaza de mai putin de 3 luni	+1
4. Tensiune dureroasa localizata	+1
5. Edem global al membrului in intregime	+1
6. Circumferinta moletului crescuta in dimensiuni cu 3 cm in raport cu moletul contra lateral	+1
7. Edem care lasa godeu	+1
8. Circulatie venoasa colaterala	+1
9. Antecedent de tromboza venoasa	+1
10. Alt diagnostic cel putin la fel de probabil ca TVP	- 2
SCORUL WELLS	
probabilitate scazuta	<1
probabilitate intermediara	1-2
probabilitate crescuta	≥3

Tabelul nr.3. Scor Caprini			
Factori de risc cu 1 punct			
1. Vârsta 41-60 ani 2. Intervenție chirurgicală minoră 3. Antecedente de intervenție 4. Chirurgicală majoră (< 1 lună) 5. Varice 6. Antecedente de boliintestinale 7. Inflamatorii 8. Edem al membrelor inferioare (prezent)		9.Infarct miocardic acut 10. Insuficiențăcardiacăcongestivă 11. Sepsis (<1 luna) 12.Boli pulmonare severe inclusiv pneumonia (<1lună) 13.Funcția pulmonaradereglată (BPCO) 14.Obezitate (BMI>25) 15.Regim la pat	
Factori de risc cu 2 puncte		Factori de risc cu 3 puncte	
1. Vârsta 60-74 ani 2. Chirurgie artroscopică 3. Tumoare malignă (present sau antecedente) 4. Chirurgie majoră (>45min) 5. Chirurgie laparoscopică (>45min) 6. Regim la pat strict (> 72 ore) 7. Pansament ghipsat (<1 luna) 8. Acces venos central		1. Vârsta>75 ani 2. Antecedente de TVP/TEAP 3. Antecedente familiale de tromboza 4. Factorul V Leiden pozitiv 5. Protrombina 20210A pozitivă 6. Homocisteina serică majorată 7. Factorul anticoagulant Lupus pozitiv 8. Anticorpi anticardiolipin majorați 9. Trombocitopenie heparin indusă (THI) 10. Altetrombofilii congenital sau dobindite	
Factori de risc cu 5 puncte		Doar pentru femei (1 punct)	
1. Artroplastie majoră la membrul inferior 2. Fractura de sold, bazin sau a membrului inferior (<1 lună) 3. Ictus (< 1 lună) 4. Traume multiple (< 1 lună) 5. Afectarea acută a maduvei spinării (paralizie)(< 1 lună)		1. COC sau terapie hormonală de substituție 2. Sarcina sau perioada postpartum (< 1 lună) 3. Antecedente de naștere inexplicabilă a fătului mort, avorturi spontane repetate (> 3), nașteri premature cu toxemie sau făt hipotrof	
Scor Caprini și recomandările necesare pentru profilaxia TVP			
Scorul	Nivelulriscului	Incid. TVP	Regimul profilaxiei
0-1	Mic	0-2%	Mobilizarea precoce
2	Moderat	10-20%	La alegere, unul dintre: dispozitive de comprimare secvențială la membrele inferioare Heparina 5000 UI s/c x 2/zi, Fondaparina 2,5mg/zi, HGMM doze pentru risc moderat<3400 UNAntiXa x 1/zi
3-4	Mare	20-40%	La alegere, cu sau fără dispozitive de comprimare la membrele inferioare Heparina 5000 UI s/c x 3/zi, Fondaparina 2,5 mg/zi HGMM doze pentru risc înalt> 3400 UNAntiXa x 1/zi
>5	Foarte mare	40-80%	La alegere, cu dispozitive de comprimare la membrele inferioare (în caz de risc de hemoragie) Heparina 5000 UI s/c x 3/zi, Fondaparina 2,5 mg/zi, HGMM doze pentru risc înalt> 3400 UNAntiXa x 1/zi

C.2.2. Profilaxia mecanică TEV

Caseta 12.

A se baza alegerea profilaxiei TEV mecanice de particularitățile individuale a fiecărui pacient, inclusiv starea clinică, procedura chirurgicală și preferința pacientului. A se alege oricare dintre:

- ciorapi anti-embolism (lungimea coapsei sau genunchiului)
- pompe venoase de picior
- dispozitive pneumatice de compresie intermitenta (lungimea coapsei sau genunchiului).

Contraindicații

- boală arterială periferică suspectată sau dovedită
- grefă by-pass de arteră periferică
- neuropatie periferică sau alte cauze de deficiențe senzoriale
- orice condiții locale în care ciorapii pot provoca daune, de exemplu, piele fragilă "hârtie absorbantă", dermatită, gangrenă sau grefă recentă a pielii
- alergii cunoscute la materialul de fabricație
- insuficiență cardiacă cu edem sever al piciorului sau edem pulmonar cauzat de insuficiența cardiacă congestivă
- dimensiune sau formă neobișnuită a piciorului
- deformări majore la nivelul membrelor care împiedică îmbrăcarea corectă.

Avantajele și Limitările Modalităților Mecanice de Tromboprofilaxie

Avantajele

- § Nu cresc riscul de sângerare
- § Pot fi folosite la pacienții cu risc sporit de sângerare
- § Eficacitatea a fost demonstrată într-un șir de grupuri de pacienți
- § Poate crește eficacitatea tromboprofilaxiei anticoagulante
- § Poate reduce edemarea membrelor

Limitări

- § Nu sunt la fel de intens studiate ca profilaxia farmacologică
- § Nu sunt stabilite standarde pentru dimensiuni, presiune sau caracteristici fiziologice
- § Multe dispozitive mecanice nu au fost incluse în nici un studiu
- § Toate studiile pe profilaxia mecanică nu au fost oarbe și prin urmare au risc de eșec
- § În grupurile cu risc sporit sunt mai puțin eficace ca tromboprofilaxia anticoagulantă
- § Au efect mai mare în reducerea TVP a gambei decât TVP proximală
- § Influența asupra EP și decesului este necunoscut
- § Poate reduce sau întârzia utilizarea tromboprofilaxiei anticoagulante mai efective
- § Complanța pacientului și a personalului medical este redusă
- § Costul: legat de procurarea, depozitarea, aprovizionarea și spălarea dispozitivelor la fel și asigurarea unei complianțe optime.

- § Asigurați-vă că pacienților care au nevoie de ciorapi anti-embolism li se vor măsura picioarele și că le este oferită dimensiunea corectă a bandajului. În cazul aplicării ciorapilor anti-embolism, pacienții vor fi învățați să-i utilizeze de către personalul special instruit.
- § Asigurați-vă că pacienții care prezintă edem sau tumefacție post-operatorie au dimensiunile picioarelor re-măsurate și ciorapii anti-embolism reamenajați.
- § În cazul în care este suspectată patologia arterială, se solicită consultația unui expert înainte de a monta ciorapii anti-embolism.
- § Se vor utiliza ciorapii anti-embolism care oferă compresie treptată și produc o presiune de 14-15 mmHg la nivelul gambei.
- § Pacienții vor fi încurajați să poarte bandajele anti-embolism zi și noapte până nu vor mai avea o reducere semnificativă a mobilității.
- § Ciorapii anti-embolism se vor scoate zi de zi în scopuri igienice și de examinare a stării pielii. În cazuri de reducere semnificativă a mobilității, dereglare a integrității pielii sau orice tulburare senzorială, pielea se va examina de două sau de trei ori pe zi, în special călcâiul și proeminențele

osoase.

- § Utilizarea ciorapilor anti-embolism se va întrerupe dacă există semne de marcaj, vezicule sau modificări de culoare ale pielii, în special în zona calcâiului și a proeminențelor osoase, sau în cazul în care pacientul acuză dureri sau disconfort. Dacă este posibil, se va oferi un dispozitiv pneumatic de tip impuls sau intermitent de compresie a piciorului ca alternativă.
- § Pacienților li se va arăta cum se utilizează corect ciorapii anti-embolism, asigurându-se că ei înțeleg clar că acest lucru va reduce riscul de a dezvolta TEV.
- § Utilizarea ciorapilor anti-embolism va fi monitorizată permanent și se va oferi asistența necesară în cazul în care nu sunt purtați corect.

C.2.3. Profilaxia farmacologică a TEV

A se baza alegerea agenților farmacologici TEV în dependență de situația locală și factorii individuali ai pacientului, inclusiv starea clinică (cum ar fi insuficiență renală) și preferințele pacientului.

Tabelul 4. Preparatele utilizate pentru profilaxia farmacologică a tromboembolismului

Tip HGMM	Indicații autorizate în trombo-profilaxie	Doze recomandate	Durata
Fondaparinux sodium	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia generală	7,5 mg/zi (doza unică)	Durata medie 7 -10 zile
	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia generală	2,5mg/zi	Durata medie 7 -10 zile;
Nadroparinum	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia generală	0,3 ml/zi	Durata medie e de 7 - 10 zile;
	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia ortopedică.	0,3 ml și/sau 0,4 ml și/sau 0,6 ml/zi în funcție de greutatea pacientului și de momentul operator	Durata medie e de 7 - 10 zile;
Bemiparinum	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia generală	2500 UI/zi - risc moderat	Durata medie e de 7 -10 zile;
	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia ortopedică.	3500 UI/zi risc major	Durata medie e de 7 -10 zile;
Dalteparinum	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia generală	2500 UI/zi - risc moderat; 5000 UI/zi - risc mare	Durata medie e de 5 - 7 zile; până când pacientul se poate mobiliza
	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia ortopedică.	2500 UI/zi - risc moderat; 5000 UI/zi - risc mare	Durata medie e de 5 - 7 zile; până când pacientul se poate mobiliza
	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia ortopedică.	5000 UI/zi	Durata medie e de 5 - 7 zile;
	Profilaxia trombozelor la pacienții constrânși la limitarea mobilizării datorită unor afecțiuni medicale acute.	5000 UI/zi	Durata medie este de 12 până la 14 zile cazul pacienților cu mobilitate restricționată
Enoxaparinum	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia generală	20 mg/zi -risc moderat; 40 mg/zi - risc mare	Durata medie e de 7 -10 zile;
	Profilaxia bolii tromboembolice venoase în chirurgia ortopedică.	40 mg/zi	Durata medie e de 7 -10 zile;
	Profilaxia tromboembolismului venos la pacienții imobilizați la pat datorită unor afecțiuni medicale acute, inclusiv insuficiența cardiacă, insuficiența respiratorie, infecțiile severe și bolile reumatismale.	40 mg/zi	Minimum 6 zile și va fi continuat până la mobilizarea completă a pacientului

Tabelul 4. Categoriile de pacienți

Pacienții terapeutici							
Se efectuează profilaxia farmacologică TEV la pacienții terapeutici generali care au fost evaluați de a avea un risc crescut de TEV (a se vedea pct. 1.1). Se alege oricare dintre: • Fondaparina sodică • Heparina cu greutate moleculară mică (HGMM) • Heparina nefracționată (HNF) (pentru pacienții cu insuficiență renală). Se începe profilaxia farmacologică TEV cât mai curând posibil după ce au fost determinate riscurile. Se continuă până când pacientul nu mai prezintă risc crescut de TEV.							
Pacienți spitalizați nechirurgicali							
	Fondaparina	HGMM	Heparina	Warfarin	Aspirin	Rivaroxaban	Durata
Pacienți spitalizați non-chirurgicali+fără factori de risc adiționali	Nu necesită profilaxie	Nu necesită profilaxie	Nu necesită profilaxie	Nu necesită profilaxie	Nu necesită profilaxie, aspirina nu se recomandă	Nu necesită profilaxie	Nu se aplică
Pacient spitalizat non-chirurgical+factori de risc adiționali	2.5 mg subcutan fiecare 24 ore	subcutan fiecare 24 ore/conform recomandărilor producător	5,000 unități subcutan fiecare 8-12 ore	Dacă primește warfarină pentru alte indicații, probabil că este o profilaxie a TEV suficientă	Se poate de folosit aspirină pentru alte indicații dar nu este suficientă pentru profilaxia TEV	Conform recomandărilor producătorului	Până la externare
Pacienții cu accident vascular cerebral							
§ Nu se aplică ciorapii anti-embolism pentru profilaxia TEV pacienților care sunt internați cu accident vascular cerebral. § Se ia în considerare oferirea dozei-profilactice de HGMM (sau HNF pentru pacienții cu insuficiență renală), în cazul în care: • a fost exclus diagnosticul de accident vascular cerebral hemoragic, și • riscul de sângerare (transformarea hemoragică a accidentului vascular cerebral sau sângerare într-un altă regiune), este evaluat a fi scăzut, și pacientul are una sau mai multe din: - Reducerea importanță a mobilității - Antecedente de TEV - Deshidratare - Comorbidități (cum ar fi boli maligne). Continuați până când evenimentul acut este depășit și starea pacientului este stabilă. § Până când pacientul poate avea profilaxia farmacologică a TEV , se ia în considerare aplicarea							

dispozitivelor pneumatice de compresie intermitenta a piciorului și pompe venoase de picior.
Pacienții cu cancer
§ Se oferă profilaxia farmacologică a TEV la pacienții cu cancer care au determinați de a avea un risc crescut de TEV. Se începe profilaxia farmacologică a TEV, cât mai curând posibil după finalizarea evaluării riscurilor. Se continuă până când pacientul nu mai este la un risc crescut de TEV. § Nu se administrează de obicei profilaxia farmacologică sau mecanică a TEV la pacienții cu cancer care urmează tratamentul anticanceros ambulator.
Pacienții cu cateter venos central.
§ Nu se efectuează de obicei profilaxia farmacologică sau mecanică a TEV la pacienții cu catetere venos central care sunt ambulatori § Luați în considerare profilaxia farmacologică a TEV cu HGMM (HNFpacienților cu insuficiență renală) la pacienții cu catetere venos central, care au un risc crescut de TEV (tabelul 1).
Pacienții în îngrijirea paliativă
§ Luați în considerare profilaxia farmacologică a TEV la pacienții cu îngrijire paliativă, care au patologie acută potențial reversibilă. Luați în considerare riscurile potențiale și beneficiile și punctele de vedere ale pacienților, a familiilor lor și/sau îngrijitorilor. § Nu se administrează de obicei profilaxia farmacologică sau mecanică a TEV pacienților internați pentru îngrijiri terminale sau celor care urmează a începe îngrijiri terminale. § Revizuiți deciziile cu privire la profilaxia TEV pentru pacienții cu îngrijire paliativă zilnică, luând în considerare punctele de vedere ale pacienților, familiilor acestora și/sau îngrijitorii și echipei multidisciplinare § Luați în considerare oferirea profilaxiei TEV mecanice la pacienții la care profilaxia farmacologică a TEV este contraindicată. Se alege oricare dintre: • ciorapi anti-embolism (lungimea coapsă sau genunchiului) • pompe venoase de picior • dispozitive pneumatice de compresie intermitenta (lungimea coapsei sau genunchiului).
Pacienții chirurgicali
Chirurgie generală
§ Se recomandă pacienților să ia în considerare sistarea terapiei de substituție hormonală sau contraceptivelor orale ce conțin estrogeni cu 4 săptămâni înainte de intervențiile chirurgicale. Dacă a fost sistat, se oferă consiliere cu privire la metodele alternative de contracepție. § Se evaluează riscurile și beneficiile de oprire a terapiei antiagregante pre-existente cu 1 săptămână înainte de intervenția chirurgicală. § Se ia în considerare anestezia regională pentru unii pacienți, în plus față de alte metode de profilaxia TEV, deoarece implica un risc mai mic de TEV decât anestezia generală. Se ia în considerare preferințele pacienților, potrivirea pentru anestezia regională, precum și orice altă metodă planificată de profilaxie a TEV. § În cazul în care este utilizată anestezia regională, se planifică timpul profilaxiei farmacologice a TEV pentru a minimiza riscul de hematom epidural. Dacă sunt utilizate antiagregantele plachetare sau anticoagulantele, sau este planificată utilizarea lor, se ghidează după rezumatul caracteristicilor produsului pentru îndrumări cu privire la siguranța și corelarea temporară a acestor agenți cu anestezia regională. § Nu se administrează de obicei profilaxia farmacologică sau mecanică a TEV pacienților care urmează o intervenție chirurgicală cu anestezie locală prin infiltrare locală fără nici o limitare a mobilității.
Chirurgia cardiacă
§ Se efectuează profilaxia TEV la pacienții supuși unei intervenții chirurgicale cardiace, care nu au altă terapie anticoagulantă și sunt evaluați a fi cu risc crescut de TEV (a se vedea tabelul 1). § Se începe profilaxia TEV mecanice la internare.

§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o mobilitate redusă în mod semnificativ
§	Se adaugă profilaxia farmacologică a TEV pentru pacienții care au un risc scăzut de sângerare majoră, luând în considerare factorii individuali ai pacientului și în funcție de judecata clinică. Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității (în general, 5-7 zile).
Intervenții gastro-intestinale, ginecologice, toracice și urologice	
§	Se administrează profilaxia TEV la pacienții supuși unei intervenții chirurgicale bariatrice. Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare.
§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității .
§	Se adaugă profilaxia farmacologică a TEV pentru pacienții care au un risc scăzut de sângerare majoră, luând în considerare factorii individuali ai pacientului și în funcție de judecata clinică.
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității (în general, 5-7 zile).
§	Se efectuează profilaxia TEV la pacienții supuși unei intervenții chirurgicale gastro-intestinale, care sunt considerați de a avea un risc crescut de TEV (a se vedea tabelul 1).
§	Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare.
§	Se continuă profilaxia TEV mecanice până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
§	Se adaugă profilaxia farmacologică a TEV pentru pacienții care au un risc scăzut de sângerare majoră, luând în considerare factorii individuali ai pacientului și în funcție de judecata clinică.
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității (în general, 5-7 zile).
§	Se efectuează profilaxia TEV la pacienții supuși unei intervenții chirurgicale ginecologice, toracice sau urologice, care sunt considerați de a avea un risc crescut de TEV (a se vedea tabelul 1, punctul C.3.4.).
§	Se începe profilaxia TEV mecanice la internare.
§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
§	Se adaugă profilaxia farmacologică a TEV pentru pacienții care au un risc scăzut de sângerare majoră, luând în considerare factorii individuali ai pacientului și în funcție de judecata clinică. Se alege una din: - HGMM - HNF (pentru pacienții cu insuficiență renală).
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității (în general, 5-7 zile).
§	Se efectuează profilaxia farmacologică a TEV până la 28 zile postoperator pentru pacienții care au suferit intervenții chirurgicale majore pentru cancer la nivelul abdomenului sau pelvisului.

Intervenții chirurgicale majore, Cezariene, Laparoscopice sau Proceduri Ambulatorii								
Se ia în considerare riscul de sîngerare (tabelul 2)								
Risc TEV scăzut		HGMM	Fondapa- rina	Heparina nefracționată	Rivaro- xaban	Warfarina	Aspirina	Durata
	Procedură ambulatorie + fără factori adiționali de risc	Profilaxia nu este necesară	Profilaxia nu este necesară	Profilaxia nu este necesară	Profilaxia nu este necesară	Profilaxia nu este necesară	Profilaxia nu este necesară	Nu se Aplică
	Proceduri laparoscopice+ fără factori adiționali de risc							
	Cezariana+ fără factori adiționali de risc							
Risc TEV moderat	Procedură ambulatorie+ factori de risc adiționali	x mg subcutan 2 ore preoperator apoi fiecare 24 ore	Nu se recomandă	5000 Un subcutan fiecare 12 ore postoperator	Conform Recomandărilor Producător	Nu se recomandă	Nu se recomandă	Până la Externare
	Procedură laparoscopic+ factori adiționali de risc*							
	Cezariană+ factori adiționali de risc**							
Risc TEV înalt	Orice procedură+ cancer activ	X mg subcut 2 ore preoper, apoi fiecare 24 ore	Nu se recomandă	5000 Un subQ fiecare 8 ore postop	Conform Recomandărilor Producător	Nu se recomandă	Nu se recomandă	Până la 4 săptămâni postop
	Orice procedură+ istoric DVT/PE	X mg subcutan 2 ore preop apoi fiecare 24 ore	Nu se recomandă	5000 Un subQ fiecare 8 ore postop	Conform Recomandărilor Producător	Nu este standard , dar dacă este folosit profilactic HGMM ar trebui administrat până la un INR terapeutic	Nu se recomandă	Până la 4 săptămâni postop
Chirurgia bariatrică								
		HGMM	Fondapa- rina	Heparina	Rivaro- xaban	Warfarina	Aspirina	Durata
	Toate procedurile bariatrice	x mg subcutan fiecare 12 ore (± profilaxia mecanică)	Nu sunt disponibile recomandări referitor la doză.	5,000 unități Subcutan fiecare 8 ore sau perfuzie intravenoasă (nivelul țintă antiXa 0.15-2.0) (± profilaxia	Confor m Recom a-darilor Produc a-tor	Nu se recomandă	Nu se Recoman -dă	Până la externare sau până la 10 zile postoperator

Neurochirurgie	
§	Se efectuează profilaxia TEV pacienților supuși unei intervenții chirurgicale craniene sau spinale, care sunt considerați a fi la un risc crescut de TEV (tabelul 1,2,3; C 3.4).
§	Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare.
§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
§	Se adaugă profilaxia farmacologică a TEV pentru pacienții care au un risc scăzut de sângerare majoră.
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității (în general 5-7 zile).
§	Nu se efectuează profilaxia farmacologică a TEV la pacienții cu malformații vasculare craniene sau spinale erupte (cum ar fi aneurismele cerebrale) sau hemoragie acută traumatică sau non-traumatică până ce leziune nu este controlată sau starea este stabilă.
Chirurgie Ortopedică	
Artroplastie de șold	
§	Se efectuează profilaxia combinată a TEV cu metode mecanice și farmacologice la pacienții care au suferit intervenții chirurgicale electiv de artroplastie de șold.
§	Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare. Se alege una din, în dependență de factorii individuali ai pacientului:
	• Ciorapi anti-embolism (lungimea coapsei sau genunchiului).
	• Pompe venoase de picior.
	• Dispozitive de compresie pneumatic intermitentă (lungimea coapsei sau genunchiului).
§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
§	Dacă nu există contraindicații, se începe profilaxia farmacologică a TEV după intervenția chirurgicală. Se alege oricare dintre:
-	Fondaparina sodică, începând cu 6 ore după hemostaza definitivă chirurgicală
-	HGMM, la alegere fie începând cu 2 ore înainte de operație (Bemiparina) sau cu 6-12 ore după intervenția chirurgicală
-	Rivaroxaban, începând de 6-10 ore după intervenția chirurgicală
-	HNF (pentru pacienții cu insuficiență renală), începând cu 6-12 ore după intervenția chirurgicală.
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV pentru 28-35 zile, în conformitate cu rezumatul caracteristicilor produsului pentru fiecare preparat în parte.
Artroplastie de genunchi	
§	Se efectuează profilaxia combinată a TEV cu metode mecanice și farmacologice la pacienții care au suferit intervenții chirurgicale de artroplastie de genunchi.
§	Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare.
§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
§	Dacă nu există contraindicații, se începe profilaxia farmacologică a TEV după intervenția chirurgicală. Se alege oricare dintre:
-	Fondaparina sodică, începând cu 6 ore după hemostaza definitivă chirurgicală
-	HGMM, la alegere fie începând cu 2 ore înainte de operație (Bemiparina) sau cu 6-12 ore după intervenția chirurgicală
-	Rivaroxaban, începând cu 6-10 ore după intervenția chirurgicală
-	HNF (pentru pacienții cu insuficiență renală), începând cu 6-12 ore după intervenția chirurgicală.
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV pentru 10-14 zile, în conformitate cu rezumatul caracteristicilor produsului pentru preparatul individual.
Fractură de femur cu osteosinteză	
§	Se efectuează profilaxia combinată a TEV cu metode mecanice și farmacologice la pacienții supuși unei intervenții chirurgicale pentru fractură de femur.
§	Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare. Se alege oricare dintre următoarele, în baza factorilor fiecărui pacient în parte:
-	Ciorapi anti-embolism (lungimea coapsei sau genunchiului), utilizat cu prudență
-	Pompe venoase de picior
-	Dispozitive pneumatice de compresie intermitentă (lungimea coapsei sau genunchiului).

§ Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității. § Dacă nu există contraindicații, se adaugă profilaxia farmacologică a TEV. Se alege oricare dintre: - Fondaparină sodică, începând cu 6 ore după hemostaza definitivă chirurgicală și nu există nici un risc de sângerare (vezi <u>caseta 2</u>) - HGMM, cu începere de la internare, oprindu-se cu 12 ore înainte de operație și repornirea cu 6-12 ore după intervenția chirurgicală. - HNF (pentru pacienții cu insuficiență renală), începând de la internare, întrerupere cu 12 ore înainte de operație și repornirea cu 6-12 ore după intervenția chirurgicală. § Se continuă profilaxia farmacologică a TEV pentru 28-35 zile, în conformitate cu rezumatul caracteristicilor produsului pentru fiecare preparat în parte. § Fondaparina de sodiu nu este recomandată pentru utilizare preoperatorie pacienților supuși unei intervenții chirurgicale fractura de șold. În cazul în care a fost folosită preoperator ar trebui să fie oprită cu 24 de ore înaintea intervenției chirurgicale și repornit după 6 ore de la finisarea intervenției chirurgicale, cu condiția că hemostaza a fost asigurată și nu există nici un risc de sângerare (vezi <u>tabelul 2</u>).
Alte intervenții chirurgicale ortopedice
§ Se ia în considerare administrarea profilaxiei TEV combinate cu metode mecanice și farmacologice la pacienții cu intervenții chirurgicale ortopedice (altele decât artroplastie de șold, genunchi sau intervenții chirurgicale pentru fractură de șold), bazat pe evaluarea riscurilor (tabelul 1,2,3; C.3.4) și după discuții cu pacientul. § Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare. § Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității. § Se începe profilaxia farmacologică a TEV la 6-12 ore după intervenția chirurgicală. § Se alege una din: - HGMM - HNF (pentru pacienții cu insuficiență renală). § Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității. § Nu se efectuează de obicei profilaxia TEV la pacienții supuși unei intervenții chirurgicale la nivelul membrelor superioare. Dacă un pacient este evaluat de a avea un risc crescut de TEV (a se vedea tabelul 1,2; C.3.4), se efectuează profilaxia conform C.4.5.1.
Intervenții vasculare.
§ Se efectuează profilaxia TEV pacienților supuși unei intervenții chirurgicale vasculare care nu urmează tratament anticoagulant și sunt evaluați de a avea un risc crescut de TEV (a se vedea tabelul 1,2; C.3.4). Dacă este prezentă boala arterială periferică, se solicită avizul unui expert la montarea ciorapilor anti-embolism. § Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare § Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității. § Se adaugă profilaxia farmacologică a TEV pacienților care au un risc scăzut de sângerare majoră. § Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității (în general, 5-7 zile).
Alți pacienți chirurgicali
§ Se efectuează profilaxia TEV pacienților supuși unei intervenții chirurgicale, altele decât în recomandările anterioare, care sunt considerate de a avea un risc crescut de TEV (tabelul 1,2; C.3.4). § Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare. - ciorapi anti-embolism (lungimea coapsei sau genunchiului) - pompe venoase de picior - dispozitive pneumatice de compresie intermitentă (lungimea coapsei sau genunchiului).

§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
§	Se adaugă profilaxia farmacologică a TEV pacienților care au un risc scăzut de sângerare majoră, luând în considerare factorii individuali ai pacientului și în funcție de judecata clinică. Se alege una din: - HGMM - HNF (pentru pacienții cu insuficiență renală).
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității. (în general, 5-7 zile).
Alte grupuri pacienți	
Traumatisme majore	
§	Se efectuează profilaxia combinată cu metode mecanice și farmacologice a TEV la pacienții cu traumatisme majore. Se reevaluează periodic riscurile pacientului de TEV și sângerare.
§	Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare sau cât mai curând posibil după posibilitățile clinice. Se alege oricare dintre: - ciorapi anti-embolism (lungimea coapsei sau genunchiului), utilizați cu prudență (vezi recomandările C.4.6.) - Pompe venoase de picior - Dispozitive pneumatice de compresie intermitentă (lungimea coapsei sau genunchiului).
§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
§	Dacă beneficiile de a reduce riscul TEV depășesc riscurile de sângerare și riscul de sângerare a fost stabilit ca scăzut, se adaugă profilaxia farmacologică a TEV. Se alege una din: - HGMM - HNF (pentru pacienții cu insuficiență renală).
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
Leziunile măduvei spinării.	
§	Se efectuează profilaxia combinată a TEV cu metode mecanice și farmacologice la pacienții cu leziuni spinale. Se reevaluează periodic riscurile pacientului de TEV și sângerare.
§	Se începe profilaxia mecanică a TEV la internare sau cât mai curând posibil clinic. Se alege oricare dintre: - Ciorapi anti-embolism (lungimea coapsei sau genunchiului). - Pompe venoase de picior - Dispozitive pneumatice de compresie intermitentă (lungimea coapsei sau genunchiului).
§	Se continuă profilaxia mecanică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
§	Dacă beneficiile de a reduce riscul de TEV depășesc riscurile de sângerare și riscul de sângerare a fost stabilit ca fiind scăzut, se adaugă profilaxia farmacologică a TEV. Se alege una din: - HGMM - HNF (pentru pacienții cu insuficiență renală).
§	Se continuă profilaxia farmacologică a TEV până când pacientul nu mai are o reducere semnificativă a mobilității.
Bandaje gipsate ale membrilor inferioare	
§	Se ia în considerare efectuarea profilaxiei farmacologice a TEV la pacienții cu imobilizarea gipsată a membrilor inferioare după evaluarea riscurilor (tabelul 1,2; C.3.4) și beneficiile bazate pe discuțiile clinice cu pacientul.
§	Se administrează HGMM (sau HNF pacienților cu insuficiență renală), până la înlăturarea bandajului gipsat al membrilor inferioare.
Sarcina și până la 6 săptămâni post-partum	
§	Se ia în considerare efectuarea profilaxiei farmacologice a TEV cu HGMM (sau HNF pentru pacienții cu insuficiență renală), la femeile care sunt gravide sau care au născut în ultimele 6 săptămâni, care sunt internate în spital, dar nu sunt supuse unei intervenții chirurgicale și care au

unul sau mai mulți din următorii factori de risc:

- se așteaptă o reducere semnificativă a mobilității pentru 3 sau mai multe zile
- cancer activ sau tratament al cancerului
- vârsta peste 35 de ani
- internare în stare critică
- deshidratare
- pierderi excesive de sânge sau transfuzii de sânge
- trombofilii cunoscute
- obezitatea (pre-sarcină sau începutul sarcinii IMC peste 30 kg/m²)
- una sau mai multe patologii semnificative (de exemplu: boli de inimă; patologii metabolice,

endocrine sau respiratorii, boli infecțioase acute; condiții inflamatorii)

- antecedentele personale sau o rudă de gradul I cu istoric de TEV

• factor de risc legați de sarcină (cum ar fi de hiperstimulare ovariană, gestoza gravidelor, sarcini multiple sau pre-eclampsie)

- vene varicoase cu flebită.

§ Se ia în considerare efectuarea profilaxiei combinate a TEV cu metode mecanice și HGMM (sau HNF pentru pacienții cu insuficiență renală) femeilor care sunt gravide sau care au născut în ultimele 6 săptămâni, care sunt supuse unei intervenții chirurgicale, inclusiv cezariană.

§ Se efectuează profilaxia mecanică și/sau profilaxia farmacologică a TEV femeilor care sunt gravide sau care au născut în ultimele 6 săptămâni numai după evaluarea riscurilor și beneficiilor și discutarea acestora cu femeia și cu cadrele medicale care au cunoștințe de metoda propusă de profilaxia a TEV în timpul sarcinii și post-partum. Planul începerii și stopării profilaxiei farmacologice a TEV pentru a minimiza riscul de sângerare.

Terapie intensivă

§ Factori de risc anteriori internării în TI: intervenții chirurgicale recente, traumă, sepsis, malignitate, imobilizare, ictus, vârstă înaintată, insuficiență cardiacă sau respiratorie, TEV în antecedente, sarcină.

§ Factori de risc dobândiți în timpul internării în TI: imobilizarea, utilizarea sedării sau paraliziei farmacologice, catetere venoase centrale, intervenții chirurgicale, sepsis, ventilație mecanică, utilizarea de vasopresoare, insuficiență cardiacă, utilizarea mijloacelor de epurare extrarenală, depleția de factori anticoagulanți endogeni.

§ Selecția metodelor de profilaxie în aceste condiții trebuie făcută prin evaluarea repetată a riscului de TEV și a riscului de sângerare pentru fiecare pacient în parte.

§ Se evaluează toți pacienții la internare în unitatea de îngrijire critică privind riscurile de TEV (tabelul 1,2; C.3.4) și hemoragie (a se vedea caseta 7). Se reevaluează riscurile pacienților de TEV și sângerare zi de zi și mai frecvent în cazul în care starea lor clinică se schimbă rapid.

§ Se efectuează profilaxia TEV pacienților internați în unitatea de îngrijire critică în funcție de motivul internării, luând în considerare:

- orice intervenții planificate
- utilizarea terapiei care pot crește riscul de complicații.

§ Se revizuiesc deciziile cu privire la profilaxia TEV la pacienții aflați în îngrijire critică zi de zi și mai frecvent în cazul în care starea lor clinică se schimbă rapid. Se ia în considerare opiniile pacientului, familiei lor și /sau îngrijitorilor și a echipei multidisciplinare.

§ Se ia în considerare efectuarea profilaxiei suplimentare mecanice sau farmacologice a TEV la pacienții care primesc medicație antiagregantă pentru a trata alte patologii și care sunt considerați de a avea un risc crescut de TEV (tabelul 1,2; C.3.4). Să ia în considerare riscul de sângerare (caseta 7) și comorbiditățile, cum ar fi tromboza arterială.

§ În cazul în care riscul de TEV depășește riscul de sângerare, se ia în considerare profilaxia farmacologică a TEV în funcție de motivul internării.

§ În cazul în care riscul de sângerare depășește riscul de TEV, se efectuează profilaxia mecanică a TEV.

§ Nu se oferă profilaxia suplimentară farmacologică sau mecanică a TEV pacienților cărora li

seadministrează antagoniștii vitaminei K și care sunt în limitele terapeutice, tratamentul anticoagulant este continuat. § Nu se efectuează profilaxia suplimentară farmacologică sau mecanică a TEV pacienților care au un tratament anticoagulant deplin (de exemplu, fondaparina sodică, HGMM sau HNF).
Informații pentru pacient și planificarea externării
Informații pentru pacient § Trebuie de conștientizat faptul că heparinele sunt de origine animală și aceasta poate fi lucru îngrijorător la unii pacienți. Pentru pacienții care sunt îngrijiți privind utilizarea produselor animaliere, se ia în considerare oferirea alternativelor sintetice bazându-se pe judecata clinică și după discuția cu pacientul asupra potrivirii preparatelor, avantajelor și dezavantajelor. § Înainte de a începe profilaxia TEV, se oferă pacienților și/sau familiilor acestora sau îngrijitorilor informații verbale și scrise privind: • riscurile și posibilele consecințe ale TEV • importanța profilaxiei TEV și posibilele efecte adverse ale sale • utilizarea corectă a profilaxiei TEV (de exemplu, ciorapi anti-embolism, dispozitivele impuls de picior sau de compresie pneumatică intermitentă). • modului în care pacienții pot reduce riscul de TEV (cum ar fi păstrarea unei bune hidratări și, dacă este posibil, exercițiile și mobilizarea).
Planificarea externării
§ Ca parte a planului de externare, se oferă pacienților și/sau familiilor acestora sau îngrijitorilor informații verbale și scrise privind: • semnele și simptomele de tromboză venoasă profundă și embolie pulmonară • durata corectă și recomandată de utilizare a profilaxiei TEV la domiciliu (dacă sunt externati cu profilaxie) • importanța utilizării profilaxiei TEV în mod corect și continuării tratamentului pe durata recomandată (dacă sunt externati cu profilaxie). • semnele și simptomele efectelor adverse legate de profilaxia TEV (dacă sunt externati cu profilaxie) • importanța apelării ajutorului și persoanele care trebuie contactate în cazul în care ei au orice probleme efectuând profilaxia (dacă sunt externati cu profilaxie) • importanța solicitării ajutorului medical și pe cine să contactați dacă sunt suspectate tromboza venoasă profundă, embolia pulmonară sau alte evenimente adverse § Trebuie de asigurat că pacienții care sunt externati cu ciorapi anti-embolism : • să înțeleagă beneficiile de a le purta • să înțeleagă nevoia de igiena zilnică • să fie capabili să îi scoată și să-i înlocuiască, sau de a avea pe cineva disponibil care va fi capabil să facă acest lucru pentru ei • să știe ce să caute, cum ar fi marcarea pielii, apariția de bule sau modificări de culoare, în special călcâiul și proeminențele osoase • să știe pe cine să contacteze dacă există vreo problemă. § Asigurați-vă că pacienții care sunt externati cu profilaxie farmacologică și/sau mecanică a TEV sunt capabili să o utilizeze în mod corect, sau au făcut aranjamente pentru ca cineva disponibil să fie capabil să-i ajute.
Note privind domeniul de aplicare al orientărilor
Grupuri care vor fi acoperite
a) Adulți (18 ani și peste) internați în spital ca pacienți internați în mod oficial sau internați în spital pentru proceduri de o zi, inclusiv: • pacienți chirurgici • pacienți internați cu afecțiuni medicale acute (de exemplu, infarct miocardic, accident vascular cerebral, leziuni ale măduvei spinării, infecții severe sau agravarea patologiei pulmonare obstructive cronice) • pacienți internați cu traumatisme • pacienți internați în unitatea de terapie intensivă • pacienți internați cu cancer • persoane care urmează reabilitare pe termen lung în spital • pacienți internați în spital pentru o zi în cazul procedurilor medicale sau chirurgicale. b) În cadrul acestui grup, femeile însărcinate internate în spital sunt considerate un grup care

necesită o atenție specială.

c) În cursul revizuirii datelor, orice grup suplimentar care s-a dovedit a avea necesități clinice speciale, se va acorda o atenție deosebită.

Grupuri care nu vor fi acoperite

a) Persoanele mai tinere de 18 ani.

b) Persoanele cu vizite la spital ambulatoriu.

c) Oamenii care se prezintă la departamentele de urgență, fără internare.

d) Persoane în vârstă sau imobile îngrijite la domiciliu, sau cu altă viză de reședință, cu excepția cazului când sunt internați în spital.

e) Pacienții internați în spital cu un diagnostic de, sau se suspectă diagnosticul de, tromboză venoasă profundă sau EP

**D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU
RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL**

***D.1. Instituțiile/secțiile și de
asistență medicală specializată
de ambulator***

Personal:

- Medic de familie
- Medic chirurg
- Asistentă medicală.
- Medic de laborator.

Aparate, utilaj:

- Cabinet radiologic, ultrasonografie duplex
- Laborator clinic, apreciere D-dimeri
- Ciorapi compresie graduală
- Dispozitive compresie pneumatică interm.

Medicamente:

- Heparina nefractionata
- Fondaparinux da sodiu (Na⁺)
- Rivaroxaban
- Nadroparina
- Bemiparina
- Dalteparina
- Enoxaparina
- Warfarina
- Acenocumarol

D.2. Instituțiile de asistență medicală spitalicească specializată	Personal: • Medic anesteziolog- reanimatolog • Medic chirurg • Asistentă medicală. • Medic de laborator. • Laborant cu studii medii.
	Aparate, utilaj: • Cabinet examinare. • Cabinet radiologic. • Aparat de ultrasonografie duplex. • Stetoscop, tonometru • Aprecierea D-dimeri • Tomografie computerizată cu angiografie • Ciorapi compresie graduală • Dipozitiv compresie pneumatică intermitentă
	Medicamente: • Heparina nefractionată • Fondaparinux de sodiu (Na^+) • Rivaroxaban • Nadroparina • Bemiparina • Dalteparina • Enoxaparina • Warfarina • Acenocumarol

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
		Numărător	Numitor
1. Sporirea numărului de pacienți la care este evaluat riscul de TEV.	Proporția pacienților la care a fost evaluat riscul de TEV.	Numărul pacienților la care a fost evaluat riscul de TEV pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total al pacienților cu suspiciu de TEV pe parcursul ultimului an.
2. Sporirea numărului de pacienți care primesc tratament profilactic adecvat al TEV.	Proporția pacienților cu risc de dezvoltare a TEV care au primit tratament profilactic adecvat al TEV.	Numărul pacienților cu risc de dezvoltare a TEV care au primit tratament profilactic adecvat al TEV X 100..	Numărul total al pacienților cu suspiciu de TEV pe parcursul ultimului an.
Creșterea procentului de pacienți cu risc de tromboembolism venos care sunt informați despre tromboembolismul venos care include riscul de tromboembolism, semnele și simptomele, mobilizarea precoce și frecvența și tratamentul/ metodele de profilaxie adecvate.	Proporția pacienților care sunt informați despre tromboembolismul venos care include riscul de tromboembolism, semnele și simptomele, mobilizarea precoce și frecvența și tratamentul/ metodele de profilaxie adecvate.	Numărul total de pacienți care sunt informați despre tromboembolismul venos care include riscul de tromboembolism, semnele și simptomele, mobilizarea precoce și frecvența și tratamentul/ metodele de profilaxie adecvate X 100.	Numărul total de pacienți cu suspiciu de TEV pe parcursul ultimului an.

F.Procedura generală de transfer a pacientului în IMSP „SR Edineț”

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile/patologia concomitentă/ Agravarea stării, parvenite la pacient.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. Pacientul este obligatoriu consultat de Șeful secției respective.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează Vice directorul medical despre cazul respectiv.
6. Vice directorul medical invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă consiliul medical în componența: vice directorului, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern - forma 003e; pentru transfer extern - f 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
9. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul 112 sau SNCTI la necesitate, în dependență de starea pacientului.
10. În dependență de diagnoza și starea pacientului se va coordona cu vice-directorii medicali nivelul II și III.

Nr/ Ord.	Institutiia medicala	Numele ,Familia	Tel.de contact
1.	Spitalul Clinic Bălți	Condrea Ala	069385772 079082994
2.	Spitalul de psihiatrie Bălți	Vice-director	079032023
3.	Institutul de neurologie și neurochirurgie Chișinău	Misic Octavian	060030030
4.	Institutul de Medicină Urgentă	Rosu Gheorghe	067211122
5.	IMȘIC	Rotari V.	067177100
6.	<u>Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie</u>	Cerempei Octavian Sterpa Serghei	069117865 069244161
7.	Institutul de cardiologie	Grosu Aurel	079957958
8.	SNCTI	-	022250709
9.	AMUP	Lupu Svetlana Bicic Tatiana	068083232 069000277
10.	<u>Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"</u>	Domnica A.	067660374
11.	<u>SCMC "V. Ignatenco"</u>	Tomuz.I	060460019

Informație succintă despre administrarea preparatelor folosite în profilaxia tromboembolismului

Preparatul	Indicații către profilaxia trombeolică	Modul de administrare și doze	Precauții
Inhibitorul indirect al factorului Xa			
Fondaparinux da sodiu (Na⁺)	Profilaxia tromboemboliei venoase în: - Operații ortopedice majore: APȘ, endoprotezare de genunchi, fracturi de femur - Chirurgia abdominală Imobilizări de lungă durată la momentul acutizării patologiei	2,5 mg s/c o doză în 24 de ore, doza inițială după 6 ore de la finele intervenției.	Nu se indica la pacienți cu dereglări renale severe (cliresul creatininei mai mic de 20ml/min).
HNF			
Heparina nefractionata	Profilaxia în TVP, TEP. Profilaxia în timpul intervenției chirurgicale cu folosirea metodelor de circulație extracorporală.	S/c cite 5000 U, peste fiecare 8-12 ore. Prima doză cu 2 ore înainte de intervenție, după intervenție timp de 7-10 zile.	
Heparine cu masa moleculară mică			
Nadroparina	Profilaxia trombozelor venoase - La pacienți neurochirurgicali cu IRA sau ICA în condiții de ATI - Operații ortopedice și abdominale - În timpul hemodializei	În chirurgia abdominală 0.3 ml s/c cu 2-4 ore înainte de intervenție, după care urmează corectarea dozei conform masei corporale, o doză în 24 ore	În IRC cu clearanceul creatininei < 30ml/min, doza se micșorează cu 25%
Heparine cu masa moleculară mică			
Dalteparina	Profilaxia formării trombilor și complicațiilor tromboembolice în: - Intervenții chirurgicale majore - În hemodializă - În imobilizare de lungă durată și acutizarea patologiilor concomitente.	Seara înainte de intervenție: 5000 UA s/c, după care 5000UA s/c fiecare seară după intervenție(24 ore). În ziua intervenției: 2500 UA s/c cu 2 ore înainte și 2500 UA s/c peste 8-12 ore, dar nu mai devreme de 4 ore după finele intervenției. În ziua următoare fiecare dimineață câte 5000 UA s/c.	În IRC doza necesită să fie corectată pentru menținerea la nivel terapeutic - 1UA/ml a factorului Xa. Nivelul factorului Xa necesită de a fi verificat după administrare a 3-4 doze.

Bemiparina	Profilaxia afecțiunilor tromboembolice la pacienții supuși intervențiilor chirurgicale și ortopedice. Profilaxia formării cheagurilor de sânge în circuitul extracorporal al aparatului de hemodializă	În intervențiile chirurgicale cu risc moderat - 2500 UI anti-Xa, cu 2 ore înainte sau după 6 ore de la operație. În următoarele zile se va administra 2500 UI anti-Xa s.c. la interval de 24 de ore. În intervenției ortopedice cu risc major - 3500 UI anti-Xa, cu 2 ore înainte sau după 6 ore de la operație. În următoarele zile se va administra 3500 UI anti-Xa subcutanat la interval de 24 de ore.	
Inhibitorul direct al factorului Xa, pentru administrarea perorală			
Rivaroxaban	Profilaxia tromboemboliei venoase în intervenții ortopedice pe membrele inferioare.	Compus activ cu efect anti-Xa și administrare orală. Nivelul plasmatic de vârf se realizează la 2-3 ore, timpul de înjumătățire este de 7-11 ore. Se administrează 20 mg p.o. o doză în 24 ore, doză inițială peste 6-10 ore după finele intervenției.	Nu se recomandă la pacienți cu insuficiență renală (clearanceul creat.<15 ml/min).
Antagonistii vitaminei K			
Warfarina	Profilaxia trombozei venoase profunde și a tromboemboliei arterei pulmonare	Doza se calculează individual conform INR	
Acenocumarol	Prevenirea complicațiilor tromboembolice în perioada postoperatorie	Doza preparatului se calculează individual, conform indecelui protrombinic. În prima zi 6-8 mg/24ore, după care 4 mg/24 ore cu controlul indecelui protrombinic.	Este necesar verificarea indecelui protrombinic, protrombinei în singe la 3 zile, efectuarea analizei generale a urinei pentru depistarea eritrocitelor.

Exemplu fișa de comandă tromboprofilaxie

Profilaxia complicațiilor tromboembolice la adult		Numarul fișei: Numele pacientului: Data nașterii: Adresa: Data :	
Data	Ora	Alergii	

1. Determinarea factorilor de risc conform scorului _____ (vezi criteriile)
2. Pacientul are contraindicații la profilaxia farmacologică Da/Nu
(vezi contraindicații absolute și relative)
3. Comanda tromboprofilaxie

REGIMURILE RECOMANDATE BAZATE PE FACTORI DE RISC

	Non Farmacologic		Farmacologic				
	Mobilizare aprecoce	Metodemec anice de profilaxie	Heparina nefracționată		Heparina cu greutatemolecularămică		Altele
Scorulfactorilor de risc			5.000 UA s/c fiecare 12 ore	5.000 UA s/c fiecare 8 ore	<3400 Un anti Xa	>3400 Un anti Xa	
Terapiamedicament oasăestecontraindic ată							
Scăzut (0)							
Moderat (1-2)							
Înalt (3-4)							
Foarteînalt (>4)							
Semnatura_____Medicul_____							

Comanda de laborator (Ō se bifează alegerea)

- ☐ INR în fiecare zi, dacă este folosită warfarina
- ☐ Coagulograma și trombocitele peste o zi, dacă este folosită HGMM
- ☐ Alte date de laborator (se descrie): _____

Riscul de tromboză venoasă profundă:

Factori de risc cu valoarea de 1 punct ☐ Virsta 41-60 ☐ Flebectomie de vene profunde in anamneza ☐ Tromboza venoasa profunda sau tromboembolism pulmonar in anamneza ☐ Picioare edemate, ulceratie apielii, semne de staza venoasa, varice venoase ☐ IC- cronica, IMA ☐ Ictus, complicat cu paralizie ☐ Patologii inflamatorii ☐ Prezenta a unui cateter cental ☐ Imobilizare > 12 ore ☐ Sarcina sau nastere recenta (1 luna) ☐ Obezitate (IMC >20% de la limita superioara) ☐ Sindro,ul de hipeviscozitate sangvina (boala Backese) ☐ Terapiia cu estrogeni	Factori de risc cu valoarea de 2 puncte ☐ Virsta 61-74 ani ☐ Tromboza venoasa profunda idiopatica ☐ Chirurgia majora ☐ Patologii oncologice ☐ Traumatism multiplu ☐ Traumatism a coloanei vertebrale cu paralizie	Factori de risc cu valoare de 3 puncte ☐ Virsta mai mare de 70 ☐ Anamneza de tromboembolism piulmonar ☐ Trombofilia eriditara ☐ Trombofilia dobindita
Total risc : 0=jos; 1-2= moderat; 3-4 =inalt; >4 foarte inalt.		

Trombofilia include o variante de mutatie a factorul V(Leiden) si a antitrombinei. Ig-anticardiolipin sindrome, insuficienta de antitrombina, proteina C sau S, hiperhomocisteinemia, patologii mieloproliferative.

Risc jos -0 puncte	Moderat – 1-2 puncte	Innalt 3-4 puncte	f. inalt > 4 puncte
- Mobilizarea precoce	- HNF (5.000 UA) la 8-12 ore sau - HGMM sau - DCS	- HNF (5.000 UA) la 8 ore sau - HGMM sau - DCS	- HGMM - Warfarina, INR 2-3

Contraindicatii pentru tromboprofilaxia farmacologica:

Relative: ☐ Istoric de hemoragie intracerebrala ☐ Craniotomie recenta(2 spt) ☐ Trombocitopenie ☐ Coagulopatie , timpul protrombinic> 18 secunde ☐ Leziune intracraniana activa(neoplasm, ventriculostomie) ☐ Retinopatie proliferativa ☐ Acces vascular, regiuni de biopsie, necontrolate la aparitia hemoragiei	Absolute: ☐ Hemoragie activa ☐ Folosirea a heparinei sau warfarinei la pacienti cu trombocitopenia indusa de heparina ☐ Administrarea warfarinei in primul trimestru de sarcina ☐ TCC sever, leziune de coloane verebala sau a picioarelor cu hemoragie in ultimmele 4 spt. ☐ Cateter epidural – aplicarea lui sau inlaturarea.
---	---

Recomandari de tromboprofilaxie antitrombotica la pacienti cu cateter epidural:

La pacienti care primesc s/c heparina nefractionata (5.000UA la 12 ore):

- Asteptati 4-6 ore dupa doza profilactica de heparina , innainte de instalare sau inlaturare a cateterului.
- Initiati heparina nefractionata cu 1-2 ore dupa aplicare sau inlaturare a cateterului.
- Administrarea concomitenta a dozei mici de heparina nefractionata (s/c) si instalarea cateterului epidural sau spinal NU este contraindicata.
- Pentru pacienti care primesc doza profilactica de HGMM:
- Asteptati 24 ore dupa administrarea dozei profilactice de HGMM innainte de a instala cateterul sau de a efectua blocul neuroaxial.
- Asteptati 12-24 ore dupa doza profilactica de HGMM, innainte de a inlaturarea a cateterului.
- Inițiatii tromboprofilaxia cu HGMM cu 2-4 ore dupa inlaturare a cateterului.
- Initiati tromboprofilaxia cu HGMM dupa 24 de ore dupa efectuarea unui procedeu asupra măduvei spinării.
- Folosirea concomitenta a cateterului epidural și a HGMM in doze profilactice, necesita de a fi aprobata de serviciul "durerii".

