

Aprobat

Şef IMSP CS Edineţ

Oleg Guţan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineţ

TRAMBOZA VENOASĂ PROFUNDĂ LA ADULT

Protocol clinic instituțional

(ediția II)

PCI – 331

Edineţ 2025

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ**

ORDIN

Nr. 97.

“ 10 ” 11 2025

*“Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.473 din 30.05.25
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
„Tromboza venoasă profundă la adult“, ediția II
în cadrul IMSP CS Edineț”*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 473 din 30.05.2025 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național ”Trombuza venoasă profundă la adult “, ediția II**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății“ și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

ORDON :

1. De implimentat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Edineț Protocolul Clinic Național **”Trombuza venoasă profundă la adult “, ediția II.**
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **”Trombuza venoasă profundă la adult “, ediția II.** în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **”Trombuza venoasă profundă la adult “, ediția II.**
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **”Trombuza venoasă profundă la adult “, ediția II.** în cadrul IMSP CS Edineț.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Lilia Negrea.

Șef IMSP CS Edineț



Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

30 mai 2025

Nr. 443

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul de Medicină Urgentă, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr. 882 din 11.06.2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tromboza venoasă profundă la adult”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ.....	9
B. PARTEA GENERALĂ	15
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ.....	17
C.2.2. Profilaxia primară și secundară.....	34
C.2.3. Supravegherea pacienților cu TVP după stoparea tratamentului anticoagulant.....	35
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL.....	35
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	36
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE	37
Anexa 1	38
Anexa 2	41

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACOD	Anticoagulantele orale directe
AINS	Antiinflamatorii non-steroidiene (remedii)
ALT	Alanin aminotransferază
AMP	Asistență Medicală Primară
AMS	Asistență Medicală Spitalicească
AMSA	Asistență Medicală Specializată de Ambulator
AMU	Asistență Medicală de Urgență
AMUP	Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
AST	Aspartat aminotransferază
AȘM	Academia de Științe a Moldovei
AVK	Antagoniștii vitaminei K (phytomenadionum)
CIM	Clasificatorul Internațional al Maladiilor
CNAMUP	Centru Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
CT	Tomografia computerizată
DASH	Abrevierea criteriilor utilizate în scor (<i>D – D-dimer, A – age, S – sex, – hormone use, eng.</i>)
DMU	Departament Medicină Urgentă
ECG	Electrocardiografie
ELISA	<i>Enzyme-linked immunosorbent assay, eng.</i>
EP	Embolismul pulmonar
HERDOO	Abrevierea criteriilor utilizate în scor (<i>H – hyperpigmentation, E – edema, R – redness, D – D-dimer, O – old, O – obese, eng.</i>)
HIT	Trombocitopenia indusă de heparina (<i>Heparin induced thrombocytopenia, eng.</i>)
HMMM	Heparina cu masă moleculară mică
HTPCT	Hipertensiunea pulmonară cronică trombembolică
IMSP	Instituția medico-sanitară publică
INR	<i>International normalized ratio, eng.</i>
i/v	Intravenos
LEFt	<i>Left limb, edema, first trimester, eng.</i>
LET	<i>Lower extremity thrombosis, eng.</i>
MS	Ministerul Sănătății
MHz	Megahertz
NOS	Nespecificat / necalificat
O	Obligatoriu
OD	Obligatoriu dacă este disponibil
PCN	Protocolul clinic național
PERC	<i>Pulmonary Embolism Rule-out Criteria, eng.</i>
PESI	<i>Pulmonary Embolism Severity Index, eng.</i>
PESIs	<i>Pulmonary Embolism Severity Index - simplified, eng.</i>
PSA	<i>Prostate specific antigen, eng.</i>

R	Recomandabil
RIETE	Registrul computerizat al bolilor tromboembolice (<i>Registro Informatizado de Enfermedad TromboEmbólica</i>)
RM	Republica Moldova
rtPA	<i>Recombinant tissue plasminogen activator</i> , eng.
SPT	Sindromul posttrombotic
s/c	Subcutanat
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
TVP	Tromboza venoasă profundă
UPU	Unitatea de primire urgentă
USG	Ultrasonografia
USG-C	Ultrasonografia compresională
USG-DD	Ultrasonografia Doppler-duplex
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VTE-BLEED	Scorul de risc hemoragic la pacienții cu tromboembolism venos (<i>Venous Thromboembolism Bleeding Score</i>)

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- **Diagnosticul** de tromboza venoasă profundă nu poate fi nici confirmat și nici infirmat numai în baza datelor clinice. În caz de suspecție la tromboză venoasă profundă se recomandă de efectuat examinarea clinică complexă a bolnavului cu stabilirea probabilității „pre-test” a diagnosticului conform scorului Wells modificat de 2 nivele. Dacă conform scorului Wells diagnosticul de tromboză este considerat „probabil” (≥ 2 puncte) atunci este indicată examinarea imagistică a sistemului venos cu ajutorul ultrasonografiei doppler-duplex (preferabil) sau prin ultrasonografie compresională. Dacă în timpul examenului imagistic nu se depistează tromboza – se recomandă testarea nivelului de D-dimeri. La pacienții cu nivelul D-dimerilor ≥ 500 ng/ml FEU se va efectua ultrasonografia repetată a sistemului venos peste 5-7 zile.
- Dacă conform scorului Wells diagnosticul de tromboză venoasă profundă este considerat „improbabil” (≤ 1 punct), se recomandă testarea nivelului D-dimerilor. La pacienții cu nivelul D-dimerilor ≥ 500 ng/ml FEU se indică ultrasonografia (preferabil Doppler-duplex) sistemului venos al membrului afectat.
- Medicii, implicați în acordarea asistenței medicale pacienților cu tromboză venoasă profundă, trebuie să posede tehnica de examinare a sistemului venos profund cu ajutorul ultrasonografiei compresionale și să aibă acces non-stop la scannerul ultrasonor.
- La pacienții cu suspecție la tromboză venoasă distală utilizarea ultrasonografiei Doppler-duplex este preferabilă, fața de ultrasonografia compresională. La pacienții cu suspecție la tromboză venoasă proximală (clasele LET III-IV) și rezultate neconcluzive ale ultrasonografiei sau în cazul indisponibilității acestei metode se recomandă efectuarea venografiei prin tomografie computerizată sau rezonanță magnetică nucleară.
- În absența simptomelor clinice și datelor paraclinice (rezultatele electrocardiografiei, ecocardiografiei, radiografiei pulmonare, nivelul markerilor cardiaci) sugestive pentru embolism pulmonar investigarea de rutină a pacienților cu tromboză venoasă profundă prin tomografie computerizată (angiopulmonografie) nu este recomandată.
- La formularea diagnosticului clinic de tromboza venoasă profundă se recomandă de utilizat **clasificările** bazate pe: etiologie – tromboza provocată, tromboza neprovocată; faza evolutivă – tromboza acută (≤ 2 săptămâni), subacută (2-4 săptămâni) și cronică (> 4 săptămâni); localizarea anatomică – tromboza distală izolată (cu implicarea exclusiv a venelor gambei), tromboza proximală. Descrierea localizării anatomice exacte se face cu ajutorul clasificării LET (*lower extremity thrombosis*) sau prin utilizarea terminologiei anatomice.
- La **identificarea factorilor de risc**, considerați ca „trigeri” pentru declanșarea episodului actual de tromboză venoasă provocată, aceștea trebuie să fie clasificați ca: factor tranzitor major (operații cu anestezie generală cu durata > 30 minute, spitalizare cu regim la pat > 3 zile, sarcina și perioada postpartum, tratament cu estrogeni); factor tranzitor minor (operații cu anestezie generală cu durata < 30 minute, spitalizare cu regim la pat < 3 zile, regim la pat la domiciliu pentru maladii

acute) sau factor persistent (cancerul în perioada de tratament activ, cancerul netratat sau tratat neradical, forme severe de trombofilie, boli inflamatorii intestinale, boli reumatice). Stratificarea factorilor de risc este necesară pentru determinarea duratei tratamentului anticoagulant.

- **Tratamentul ambulator** este recomandat pentru majoritatea pacienților cu tromboză venoasă. Tratamentul ambulator nu este indicat următoarelor categorii de bolnavi: gravide, pacienții cu simptomatikă severă de insuficiență venoasă acută, suspexie întemeiată sau diagnosticul confirmat de embolie pulmonară, riscul sporit de complicații hemoragice, aspecte paramedicale care pot influența negativ realizarea tratamentului în condiții de ambulator.
- Inițierea cât mai precoce a tratamentului anticoagulant și atingerea rapidă (timp de 24-48 de ore) a nivelului terapeutic de anticoagulare reprezintă sarcina principală a managementului trombozei venoase profunde. Pentru **tratamentul anticoagulant inițial** pot fi utilizate următoarele preparate: (1) heparine standard: heparini natrium, (2) inhibitorii factorului Xa: heparinele cu masă moleculară mică (HMMM), fondaparinuxum sodium, anticoagulatele orale directe (ACOD), precum rivaroxabanum, apixabanum, edoxabanum și (3) inhibitorii trombinei (factorul IIa), precum dabigatranum etexilatum. La pacienții cu tromboză proximală utilizarea ACOD este recomandată în mod preferențial față de tratamentul inițial cu alte anticoagulate.
- Pentru informații privind administrarea diferitor tipuri de anticoagulate (indicații, doze, regim și durata de administrare, monitorizarea efectului, interacțiuni cu alte medicamente, managementul complicațiilor, trecerea de la un preparat anticoagulant la altul etc.) poate fi recomandată utilizarea **ghidului practic „Conduita tratamentului anticoagulant”**, aprobat prin ordinul MS RM nr. 814 din 28.09.2023.
- **Tratamentul invaziv** (endovascular, chirurgical) al trombozei venoase ilio-femorale poate fi considerat ca opțiune curativă numai la un grup de pacienți bine selectat. Drept un argument suplimentar în favoarea tratamentului trombolitic poate servi circulația venoasă sever compromisă (*phlegmasia cerulea dolens*). Tratamentul invaziv nu trebuie să fie utilizat la pacienții fără ocluzia trombotică a venelor iliace.
- Plasarea de rutină a **cava-filtrului** la pacienții cu tromboză nu este recomandată. Implantarea cava-filtrului temporar este indicată pacienților cu tromboză proximală care au contraindicații absolute pentru tratamentul anticoagulant. Implantarea cava-filtrului temporar poate fi considerată dacă pacientul dezvoltă embolism pulmonar repetat pe fondalul tratamentului anticoagulant adecvat.
- **Tratamentul compresiv** la nivelul membrului afectat prin aplicarea ciorapului sau bandajului cu presiunea de 30-40 mm Hg este recomandat din primele zile ale tratamentului. Tratamentul compresiv este contraindicat la pacienții cu lipsa pulsului plantar, valorile indicelui de presiune gleznă-braț <0,6 și în caz de *phlegmasia cerulea dolens*. Tratamentul compresiv trebuie să fie considerat pe durata de cel puțin 6 luni.

- După finalizarea tratamentului anticoagulant inițial se indică **tratamentul anticoagulant de bază**. Pentru tratamentul de bază preparatele anticoagulante trebuie să fie administrate în regim continuu, pe o perioadă de cel puțin 3-6 luni, durata exactă fiind selectată în funcție de tipul trombozei – provocată sau neprovoată, proximală sau distală. Utilizarea ACOD pentru tratament de bază este recomandată în mod preferențial, față de tratamentul cu alte anticoagulante.
- La pacienții cu tromboză **provocată** durata minimă a tratamentului anticoagulant este de 3 luni și poate fi extinsă până la 6 luni. La pacienții cu tromboză proximală (LET ≥ II), provocată de factori de risc *tranzitori majori* durata tratamentului de 3 luni este mai preferabilă decât cea de 6 luni. La pacienții cu tromboză provocată de factori de risc *tranzitori minori* poate fi considerată extinderea tratamentului anticoagulant până la 6 luni, cu condiția evaluării periodice a riscului trombotic și hemoragic. La pacienții cu tromboza provocată de factori de risc *persistenți* trebuie să fie considerată extinderea tratamentului anticoagulant până la 6 luni.
- La pacienții cu tromboza proximală **neprovoată** și riscul mic sau moderat al complicațiilor hemoragice se recomandă de administrat tratamentul anticoagulant timp de 6 luni. La finalizarea tratamentului se evaluează riscul de recurență a trombozei, riscul hemoragic și se decide privind necesitatea utilizării tratamentului extins.
- La bolnavii cu tromboză neprovoată se recomandă de efectuat **screening-ul celor mai frecvente forme de cancer** (antigen specific de prostată, mase fecale la sânge ocult, mamografie, examenul imagistic abdomeno-pelvin). Screening-ul extensiv, efectuat în mod de rutină la toți bolnavii cu tromboza venoasă nu este recomandat.
- Decizia privind necesitatea aplicării **tratamentului anticoagulant extins (> 6 luni)** se bazează pe evaluarea raportului între riscul complicațiilor hemoragice și riscul de recurență a trombozei în fiecare caz individual. Pentru estimarea riscului hemoragic și riscului trombotic se recomandă utilizarea scorurilor speciale. Suplimentar poate fi luată în considerație și recanalizarea incompletă a venelor profunde.
- Pentru anticoagulare extinsă la pacienții cu prezența factorilor de risc majori de recurență se recomandă continuarea dozelor utilizate pe parcursul tratamentului de bază. În lipsa riscului foarte înalt de recurență se utilizează dozele reduse de ACOD. Utilizarea rivaroxabanului și apixabanului pentru tratament extins este mai preferabilă decât utilizarea antagoniștilor vitaminei K. Utilizarea preparatelor antiplachetare (Acidum acetysalicylicum, Clopidogrelum) pentru tratamentul extins nu este recomandată.
- **Testarea la trombofilii** nu este recomandată pacienților cu tromboză provocată. Pacienților cu tromboză neprovoată testarea de rutină la formele ereditare de trombofilie la fel nu este recomandată. Screening-ul pentru trombofiliile ereditare trebuie să fie luat în considerație la pacienții cu tromboză neprovoată și istoric familial al tromboembolismului venos la rudele de gradul întâi. La pacienții cu tromboză neprovoată, testarea la prezența sindromului antifosfolipidic (cea mai frecventă formă a trombofiliilor dobândite) trebuie să fie luată în considerație la elaborarea planului tratamentului anticoagulant.

- Decizia privind tratamentul **trombozei venoase profunde distale izolate** se face în baza evaluării riscului hemoragic și riscului de progresare cu dezvoltarea trombozei proximale. La pacienții cu risc hemoragic acceptabil se recomandă administrarea tratamentului anticoagulant. Durata tratamentului anticoagulant timp de 3 luni este preferabilă față de durata mai scurtă a tratamentului. Se indică doze terapeutice a preparatelor anticoagulante, similar cu cele recomandate pentru tratamentul trombozei proximale. Administrarea ACOD este mai recomandată decât a HMMM.
- La pacienții cu tromboză distală izolată simptomatică și cancer activ trebuie să fie considerată extinderea tratamentului anticoagulant pe durata mai mare de 3 luni. Pacienților cu risc mic de progresare a trombozei și risc hemoragic elevat se recomandă regim activ și purtarea compresiei elastice cu reevaluarea clinică obligatorie și ultrasonografică peste 7-10 zile.
- Pentru tratamentul inițial al trombozei venoase profunde **la gravide** HMMM se prescriu în doze curative standard pe durata de 3 luni. Tratamentul anticoagulant la gravidele cu tromboză venoasă profundă trebuie continuat până la 6 săptămâni postpartum. Durata totală a tratamentului anticoagulant nu trebuie să fie mai mică de 3 luni. Dacă pacienta dezvoltă tromboză pe parcursul ultimelor 2 săptămâni ale sarcinii pentru tratamentul inițial este preferabilă utilizarea heparini natrium. Administrarea heparini natrium trebuie să fie oprită cu 6 ore până la nașterea planificată. La această categorie de pacienți poate fi luată în considerație implantarea profilactică a filtrului temporar în vena cava.
- Pentru tratamentul trombozei venoase profunde **la pacienții cu cancer** se recomandă utilizarea HMMM sau ACOD. Anticoagulantele de elecție pentru tratamentul inițial și cel de bază sunt HMMM. ACOD pot fi utilizate pentru tratamentul inițial și tratamentul de bază la pacienții oncologici la care tumoarea nu este localizată la nivelul tractului digestiv sau genito-urinar. Pentru tratamentul extins este recomandată trecerea de la HMMM la ACOD în doze standard.
- Luând în considerație incidența mică de tromboză recurentă și sindrom posttrombotic la nivelul **membrului superior**, durata recomandată a tratamentului anticoagulant constituie în majoritatea cazurilor 3 luni. La majoritatea absolută a pacienților tratamentul invaziv (tromboliza, trombectomie) nu este recomandat. Tromboliza poate fi considerată în mod selectiv la pacienții tineri, activi fizic cu simptomatică severă de tromboză.
- Pentru diagnosticul corect al **trombozei venoase profunde recurente** se recomandă de efectuat ultrasonografia Doppler-duplex la momentul finalizării tratamentului episodului primar de tromboză cu scopul de a determina statutul actual al sistemului venos (ceea ce va servi ca reper de referință în caz de recidivă).
- La pacienții la care scorul Villalta evaluat la 6-12 luni după episodul primar al trombozei venoase profunde este ≤ 4 puncte se recomandă **stoparea tratamentului compresiv** la nivelul membrului afectat. La bolnavii cu scorul Villalta ≥ 5 puncte se recomandă **prelungirea tratamentului compresiv până la 24 luni.**

* Recomandările noi sau modificate esențial față de prima ediție sunt subliniate.

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: **PCN-331 "Trombuza venoasă profundă la adult", ediția II.** și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru" de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Negrea Lilia – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cara Cristina – Farmacist diriginte;

Lupu Angela – Medic de familie, Șef secție;

Morari Angela – Medic pediatru;

Gheciu Lidia – Medic de familie;

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: Noiembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 97 din 10.11.2025)
în baza:

- **PCN-331 "Trombuza venoasă profundă la adult", ediția II.** Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.473 din 30.05.2025 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național "Trombuza venoasă profundă la adult", ediția II.

4. Tromboza venoasă profundă a membrului inferior stâng, tip LET II. Tromb flotant în vena femurală comună. Trombofilie ereditară (deficit de antitrombina III).
5. Tromboza venoasă profundă a membrului superior stâng.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

Bolile venelor, vaselor limfatice și ganglionilor limfatici, neclasificate altundeva (I80-I89)

I80 Flebita și tromboflebita

- I80.1** Flebita și tromboflebita venei femurale
- I80.2** Flebita și tromboflebita altor vase profunde ale extremităților inferioare
 - Tromboza unei vene profunde NOS
- I80.3** Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată
 - Embolia sau tromboza extremităților inferioare NOS
- I80.8** Flebita și tromboflebita cu alte localizări
- I80.9** Flebita și tromboflebita cu localizare nespecificată

I82 Embolia și tromboza altor vene

- I82.2** Embolia și tromboza venei cave
- I82.3** Embolia și tromboza venei renale
- I82.8** Embolia și tromboza altor vene specificate
- I82.9** Embolia și tromboza unor vene nespecificate
 - Embolia venei NOS
 - Tromboza (vena) NOS

O22 Complicații venoase în sarcină

- O22.3** Flebotromboza profundă în sarcină
 - Tromboza venoasă profundă, antepartum
- O22.8** Alte complicații venoase în sarcină
- O22.9** Complicația venoasă în sarcină, nespecificată
De gestație:
 - flebita NOS
 - flebopatia NOS
 - tromboza NOS

O87 Complicații venoase în timpul lăuziei

- O87.1** Flebotromboza profundă în timpul lăuziei
 - Tromboza venoasă profundă, postpartum
 - Tromboflebita pelviană, postpartum
- O87.9** Complicația venoasă în timpul lăuziei, nespecificate
Puerperală:
 - flebita NOS
 - flebopatia NOS
 - tromboza NOS

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de AMP (medici de familie și asistent/ă medical/ă de familie)

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de către alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A facilita diagnosticarea precoce a trombozei venoase profunde (TVP).
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu TVP.
3. A reduce rata de complicații și de mortalitate prin TVP.

A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data revizuirii protocolului: 2025

A.7. Data următoarei revizuirii: 2030

A.8. Definițiile folosite în document

Tromboembolism venos – termen medical care cuprinde două entități nosologice ce se află într-o interconexiune etiopatogenetică strânsă: tromboza venoasă profundă (TVP) și embolismul pulmonar (EP).

Tromboza venoasă profundă (TVP) – formarea și prezența maselor trombotice în lumenul venelor profunde din sistemul venei cave inferioare (mai frecvent) sau venei cave superioare.

Embolismul pulmonar (EP) sau tromboembolismul pulmonar – este un blocaj total sau parțial al lumenului arterei pulmonare sau a uneia dintre ramurile acesteia de către un embol migrat în circuitul mic dinspre sistemul venos al circuitului mare.

Sindromul posttrombotic (SPT) – dereglarea cronică a circulației venoase la nivelul membrului/membrelor inferioare, cauzată de refluxul venos patologic și/sau obstrucția totală sau parțială a venelor profunde ca consecință a TVP suportate anterior. SPT se manifestă prin simptome subiective și semne clinice caracteristice insuficienței venoase cronice, ce variază de la senzații de greutate și edemul al membrului afectat până la dereglări trofice ale țesuturilor moi și apariția ulcerului venos.

Hipertensiunea pulmonară cronică trombembolică (HTPCT) – reprezintă stenoza de diferit grad sau obstrucția lumenului trunchiului principal și/sau a ramurilor arterei pulmonare apărută în urma EP și asociată cu creșterea progresivă a rezistenței vasculare pulmonare și dezvoltarea insuficienței cardiace dreapte.

Trombofilia – stare patologică de hipercoagulabilitate, caracterizată prin tendința excesivă spre formarea trombului. Trombofilia apare ca urmare a unei predispoziții ereditare și/sau dobândite și are la bază modificări ale echilibrului sistemului de coagulare-anticoagulare.

Tromb flotant – un apex trombotic mobil, vizualizat în timpul examenului imagistic, care nu aderă la pereții venei, are un singur punct de atașare la masele trombotice

ocluzive localizate mai distal și prezintă mișcări oscilatorii (pendulare) spontane și/sau provocate.

Tromboza venoasă idiopatică sau tromboza neprovocată – dezvoltarea trombozei în absența factorilor de risc permanenți (spre exemplu vârsta înaintată, trombofilie, paralizie etc.) și tranzitorii (trauma, intervenția chirurgicală, sarcina etc).

Trombocitopenia indusă de heparină (HIT – *heparin induced thrombocytopenia*, eng.) – scăderea numărului trombocitelor mai jos de $100.000/\text{mm}^3$ sau reducerea numărului trombocitelor cu mai mult de 30% față de valoarea inițială la un pacient aflat la tratament cu heparină. HIT se dezvoltă în prima zi de tratament (HIT tip I) sau între ziua a 5-a și a 10-a (HIT tip II) și se asociază cu apariția unei tromboze noi arteriale/venoase, extinderea trombozei inițiale și/sau necroze cutanate.

Ultrasonografia compresională (USG-C) – metodă de examinare ecografică a sistemului venos profund la bolnavii cu suspecție de TVP a membrilor inferioare, care constă în compresia cu transducerul a lumenului venelor profunde. În cazul incompresibilității se va concluziona despre prezența în lumenul venei a maselor trombotice.

Ultrasonografia Doppler-duplex (USG-DD) reprezintă standardul „de aur” în diagnosticul TVP. Examinarea ecografică constă în vizualizarea structurii anatomice a vaselor sangvine în regim B, concomitent cu evaluarea parametrilor fluxului sangvin prin metoda Doppler.

Tratamentul anticoagulant inițial – tratamentul cu preparate anticoagulante directe și indirecte utilizat în faza acută (de la debutul maladiei până la 3-4 săptămâni) a TVP.

Tratamentul anticoagulant de bază – tratamentul cu preparate anticoagulante directe sau indirecte administrat pe parcursul a 3-6 luni de la debutul TVP.

Tratamentul anticoagulant extins – tratamentul cu preparate anticoagulante directe sau indirecte administrat pe parcursul a mai mult de 6 luni de la debutul TVP (de la 12 luni până la infinit).

Tromboliza farmacologică – administrarea sistemică sau nemijlocit în masele trombotice intravasculare a preparatelor fibrinolitice capabile să producă liza trombului și restabilirea circulației prin vasul sangvin afectat.

Tromboliza farmacomecanică – metodă de tratament endovascular al trombozei vaselor magistrale care combină administrarea preparatelor fibrinolitice nemijlocit în masele trombotice cu acțiunea mecanică (aspirația, fragmentarea) sau fizică (ultrasunete) asupra trombului.

Cava-filtru - filtrele de venă cavă inferioară; reprezintă dispozitivele vasculare implantabile, utilizate în scopul prevenirii EP la pacienții cu TVP sau cu risc crescut de dezvoltare a TVP. Cava-filtrele au diferită formă (*Greenfield™*, *Bird's nest™*, *Günter tulip™*) și se clasifică în: permanente (nu se extrag), „recuperabile” (preconizate pentru a fi extrase, dar pot fi lăsate), temporare (trebuie să fie extrase) și convertibile (nu se extrag, dar se deschid pentru restabilirea completă a lumenului venei). Implantarea și

extragerea cava-filtrelor se realizează cu utilizarea tehnicilor endovasculare prin abord jugular sau femural.

Sindrom de apertură toracică – o colecție de simptome determinate de compresia anormală a pachetului neurovascular de către structuri osoase, ligamentare sau musculare în spațiul îngust cuprins între claviculă și prima coastă – spațiu denumit defileu toracobrahial. Cuprinde un spectru de afecțiuni clinice diverse, care rezultă din compresia plexului brahial (sindromul neurogenic de apertură toracică), a arterei (sindromul arterial de apertură toracică) sau venei subclavie (sindromul venos de apertură toracică) ce trec prin defileul toracobrahial.

A.9. Informația epidemiologică

Tromboza venoasă profundă (TVP) și embolismul pulmonar (EP) reprezintă o problemă majoră de sănătate cu consecințe potențial grave sau chiar fatale. Numărul anual de decese cauzate de TVP în Europa este estimat la 544.000 cazuri, trei pătrimi dintre acestea fiind dezvoltate în spital. Mortalitatea cauzată de tromboembolismul venos este mai mare decât cea cauzată de accidente rutiere, cancerul și infecția HIV, luate împreună. Se estimează că în fiecare an 25.000 de persoane din Marea Britanie decedază în spitale din cauza tromboembolismului venos. Fiecare an în lume se înregistrează aproximativ 10 milioane cazuri noi de tromboembolism venos. În America de Nord, incidența anuală pentru TVP este de aproximativ 160 de cazuri la 100.000, pentru EP simptomatic non-fatal – de 20 de cazuri la 100.000 și pentru EP fatal depistat la autopsie – de 5 cazuri la 100.000 de persoane. Incidența TVP se dublează la fiecare 10 ani de avansare în vârstă iar aproximativ 60% din cazurile de tromboembolism venos sunt diagnosticate la persoane după 65 ani.

O problemă importantă prezintă recurența TVP. Incidența cumulativă a trombozelor repetate constituie aproximativ 10% în primul an după stoparea tratamentului anticoagulant și atinge 30% la distanța de 5 ani. Pe de altă parte extinderea duratei tratamentului anticoagulant se asociază cu creșterea numărului complicațiilor hemoragice, inclusiv fatale.

Tromboembolismul venos non-fatal poate să rezulte cu dezvoltarea patologiilor cronice invalidizante: sindromul posttrombotic (SPT) și hipertensiunea pulmonară cronică tromboembolică (HTPCT). SPT reprezintă cea mai frecventă complicație a TVP, care se dezvoltă în 20-50% dintre cazurile de TVP proximală și în 5-10% cazuri are un caracter sever. Prevalența SPT raportată în studii variază din cauza diversității populațiilor studiate, criteriilor folosite pentru stabilirea diagnosticului și intervalul de timp de la episodul primar de TVP acută. SPT include manifestări clinice variate de la modificări cutanate minore, durere sau edem până la ulcer venos la nivelul membrului inferior. Cei mai importanți predictorii ai SPT sunt: caracterul proximal al TVP și antecedentele de TVP ipsilaterală. Alți factori de risc includ: insuficiența venoasă pre-existentă, obezitatea, tratamentul anticoagulant suboptimal, vârsta înaintată și obstrucția venoasă reziduală. Prevalența ulcerului venos este de cel puțin 300 cazuri la 100.000 de persoane și aproximativ 25% dintre acestea se datorează unui istoric de TVP. Costurile anuale totale estimate pentru managementul pacienților cu insuficiență

venoasă cronică variază între 600-900 milioane euro în țările din Europa de Vest, ce reprezintă 1-2% din bugetul total al sistemului de sănătate. HTPCT este diagnosticată mai rar în comparație cu SPT, dar în decurs de 5 ani duce la decesul a 10-15% dintre pacienții care au suferit episodul de EP masiv.

A.10. Clase de recomandare și nivele de evidență

Clasa de recomandare I	Dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul sau procedura dată este benefică, utilă și eficientă
Clasa de recomandare II	Dovezi contradictorii și/sau o divergență de opinie referitoare la utilitatea/eficacitatea tratamentului sau procedurii date
clasa IIa	Ponderea dovezilor/opiniilor este în favoarea utilității/eficacității
clasa IIb	Utilitatea/eficacitatea conform dovezilor/opiniilor este mai puțin concludentă
Clasa de recomandare III	Există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător
Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre

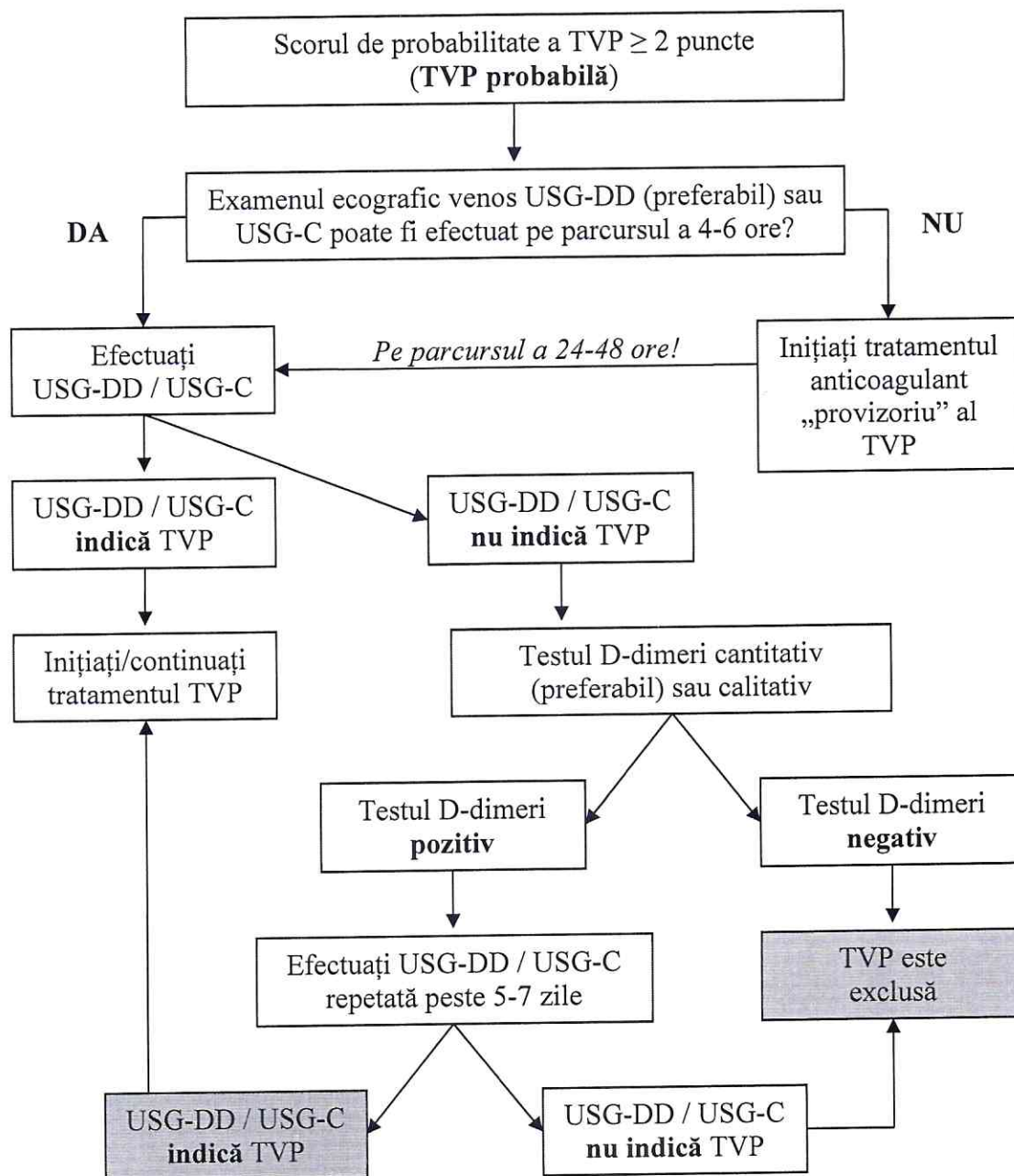
B. PARTEA GENERALĂ

<i>Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistenți medicali de familie)</i>		
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul: suspectarea diagnosticului de TVP. C.2.3.1.- C.2.3.4. Algoritmul C.1.1., C.1.2.	Acuzele, anamneza și examenul obiectiv al pacientului permit suspectarea TVP.	Standard/Obligatoriu: • Anamneza și acuzele (<i>caseta 5</i>). • Simptomatologie (<i>caseta 6</i>). • Scoruri de probabilitate clinică „pre-test” (<i>tabele 1, 2, 4</i>). • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 7</i>). • Evaluarea stării generale. Recomandabil: • USG-DD / USG-C (<i>caseta 8</i>). • Testarea D-dimerilor (<i>caseta 8</i>). Notă: Dacă testele imagistice și de laborator specifice pentru TVP sunt disponibile la nivelul asistenței medicale primare acestea necesită a fi efectuate în regim de urgență. În lipsa disponibilității examinărilor menționate – direcționarea urgentă către serviciul AMUP/AMS
2. Decizia: referire la consultul specialiștilor și/sau spitalizarea. C.2.3.4.	Consultul medicului chirurg permite confirmarea diagnosticului de TVP și aprecierea tacticii curative.	Standard/Obligatoriu: • Toți pacienții cu suspiciune de TVP necesită consultația chirurgului / chirurgului vascular (<i>caseta 10</i>). • Pacienții cu diagnosticul de TVP necesită evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 11</i>).
3. Tratamentul: tratamentul anticoagulant	După finalizarea etapei inițiale de tratament anticoagulant (ambulator sau în staționar) pacienții cu TVP	Standard/Obligatoriu: • Pacienții cu TVP necesită tratament anticoagulant de bază și/sau tratament extins (<i>caseta 17, 19; tabele 10, 11</i>).

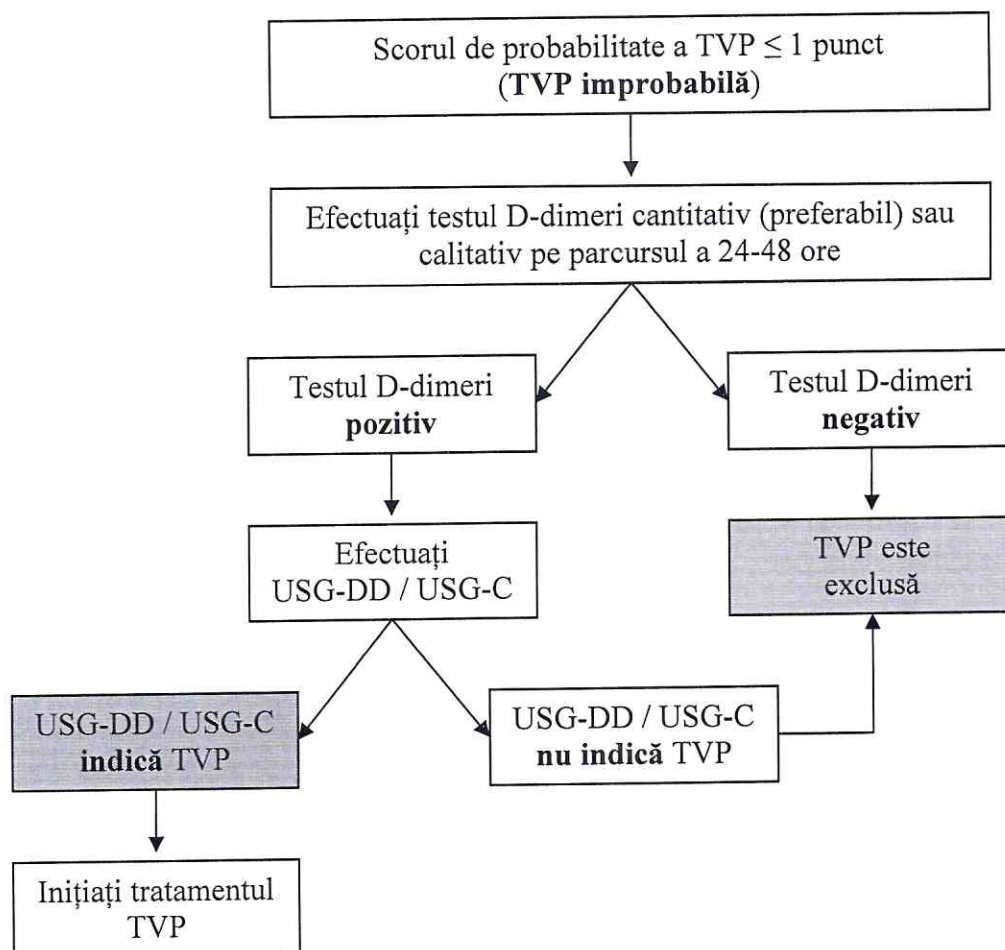
de bază/ tratamentul anticoagulant extins. C.2.3.5.3. <i>Algoritmul C.1.3.</i>	continuă tratamentul de durată (sau tratamentul extins) în condiții de ambulator.	După finalizarea tratamentului anticoagulant de bază pacienții cu TVP necesită evaluare privind stabilirea necesității în urmare a tratamentului extins (<i>tabele 14, 15, 16, 17, 18</i>).
4. Screeningul oncologic. C.2.3.5.3.	TVP poate fi prima manifestare a unui cancer nedignosticat anterior.	Standard/Obligatoriu: - La pacienții cu TVP trebuie evaluat riscul prezenței unui cancer nedignosticat și necesitatea efectuării <i>screening</i>-ului oncologic (<i>tebelul 13</i>). - Screening-ul oncologic trebuie să fie efectuat pe parcursul primei luni de tratament al TVP (<i>caseta 18</i>).
5. Supravegherea. C.2.5., C2.6.	Supravegherea activă a pacienților contribuie la prevenirea cazurilor de TVP repetată și depistarea timpurie a complicațiilor.	Standard/Obligatoriu: Supravegherea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit (<i>caseta 26</i>).

C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ

C.1.1. Algoritmul de diagnostic al TVP a membrelor inferioare la pacienții cu valoarea scorului pre-test Wells ≥ 2 puncte (TVP probabilă)
(clasa de recomandare I, nivelul C).

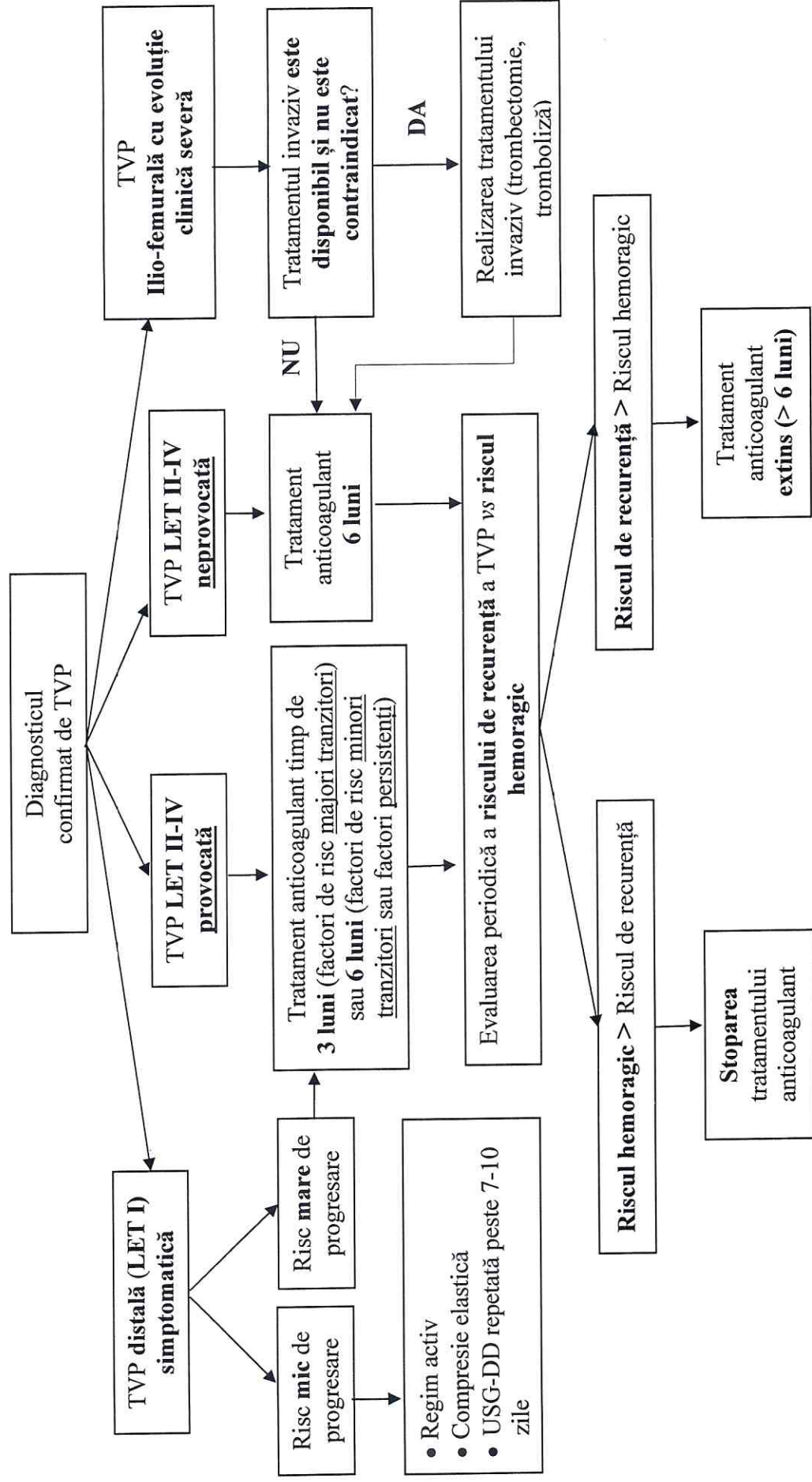


C.1.2. Algoritmul de diagnostic al TVP la pacienții cu valoarea scorului pre-test Wells ≤ 1 punct (TVP improbabilă)
(clasa de recomandare I, nivelul C).



C.1.3. Algoritmul de tratament al TVP

(clasa de recomandare I, nivelul A).



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Conduita pacientului cu TVP

C.2.1.1. Anamneza, acuzele, simptomatologia

Caseta 1. Anamneza și acuzele (clasa de recomandare I, nivelul C).

- La etapa de AMUP colectarea anamnezei după **SAMPLE**: (Simptomele, Alergii, Medicație curentă, Istoricul bolii, Ultima masa sau lichid consumat, Evenimentele care au dus la urgență).
- La pacienții cu TVP provocată, în anamneza se atestă prezența factorilor de risc congenitali sau dobândiți; tranzitorii sau persistenți (vezi **caseta 1**).
- Obligator se culeg datele anamnestică privind evenimentele venoase tromboembolice anterioare personale sau familiale (părinți, frați, surori).
- La femei suplimentar se culege anamneza obstetricală sugestivă pentru sindromul antifosfolipidic (cazuri de pierdere a sarcinii, nașteri premature, preeclampsie) și informația privind utilizarea contraceptivelor orale sau a tratamentului hormonal. La pacientele cu TVP la nivelul membrului superior se culege anamneza referitoare la tratamentul pentru cancerul glandei mamare.
- Acuzele pacienților cu TVP au un caracter nespecific și sunt mai exprimate în cazul ocluziei trombotice extinse cu blocarea căilor de circulație venoasă colaterală (vena femurală profundă, vena iliaca internă).
- În majoritatea cazurilor pacienții acuză senzație de greutate sau durere de diferită severitate la nivelul membrului afectat (gambă, coapsă) și edem, care poate implica doar planta, planta și gamba sau întreaga extremitate. Uneori se atestă subfebrilitatea sau febră „inexplicabilă” și fatigabilitatea.

C.2.1.2. Manifestările clinice

Caseta 2. Simptomatologie (clasa de recomandare I, nivelul C).

- Simptomatologia TVP este variabilă în funcție de localizarea și extinderea trombozei. Manifestările clinice pot lipsi complet în cazul trombozei de tip LET I, sunt exprimate moderat – în tipul LET II și maximal – în LET III-IV.
- Simptomul de bază reprezintă edemul membrului inferior care se dezvoltă brusc. Edemul are caracterul tensionat, dur-elastic și în dependența de extinderea trombozei implica doar planta, planta și gamba sau întreaga extremitate.
- La inspecție se observă accentuarea rețelei venoase subcutanate în regiunea coapsei și gambei, uneori cianoza sau paliditatea tegumentelor. Cianoza

marcată cu apariția flictenelor reprezintă un semn caracteristic phlegmaziei albastre sau gangrenei venoase.

- Palpator tegumentele sunt calde, cu un gradient termic pozitiv față de membrul contralateral (neafectat). În unele cazuri se deremină durerea la palpare în proiecția vaselor magistrale (fosa poplitee, canalul femural, plica inghinală). Pulsația arterială este păstrată la toate nivelele, dar poate fi greu perceptibilă din cauza edemului, în special – pe plantă.
- Semnele Homans (durerea în mușchii gastrocnemieni în momentul flexiei dorsale a plantei) și Mozes (durerea apărută la compresiunea antero-posterioară a mușchilor gambei) au importanță diagnostică minimă, fiind negative la 50-70% dintre pacienții cu TVP și pozitive la 50% din bolnavii fără TVP.
- Diagnosticul de TVP nu poate fi nici confirmat și nici infirmat numai în baza datelor clinice. Dacă manifestările clinice sunt sugestive pentru TVP, pentru estimarea probabilității „pre-test” (adică până la efectuarea investigațiilor paraclinice) a diagnosticului trebuie să fie utilizat scorul Wells modificat, de 2 nivele (**Tabelul 1**).
- Utilizarea scorului Wells cu trei categorii (≥ 3 puncte – probabilitate înaltă, 2-1 puncte - probabilitate moderată și ≤ 0 puncte – probabilitate joasă) nu are avantaje. Pentru estimarea probabilității „pre-test” a diagnosticului de TVP al membrului superior se utilizează scorul Constans (**Tabelul 2**).
- Conduita diagnostică ulterioară se realizează în funcție de rezultatele obținute a scorurilor „pre-test” și se bazează pe ecografie vasculară (USG-C / USG-DD) și / sau determinarea nivelului D-dimerilor în sânge (vezi algoritmele C1.1., C1.2.)

Tabelul 1. Scorul Wells modificat, de 2-nivele pentru estimarea probabilității clinice a diagnosticului de TVP al membrului inferior (clasa de recomandare I, nivelul C).

Datele clinice	Puncte
Cancer activ (tratată în ultimele 6 luni, tratament continuu, tratament paliativ)	+ 1
Pareza, paralizia sau imobilizarea gipsată recentă a membrului inferior	+ 1
Regim recent la pat (3 zile sau mai mult) sau intervenții chirurgicale cu anestezie generală / regională în ultimele 12 săptămâni	+ 1
Doloritatea localizată pe traiectul venelor profunde	+ 1
Edem al întregului membru inferior	+ 1
Circumferința gambei mai mare cu cel puțin 3 cm față de gamba contralaterală (măsurată la 10 cm sub tuberozitatea tibiei)	+ 1
Edem ce lasă godeu la membrul inferior simptomatic	+ 1
Rețea venoasă subcutanată vizibilă (însă nu maladie varicoasă)	+ 1
Antecedente documentate de TVP	+ 1
Diagnostic alternativ cel puțin la fel de probabil ca și TVP	- 2
Probabilitatea clinică	
TVP probabilă	≥ 2
TVP improbabilă	≤ 1

Notă: Sensibilitatea scorului variază între 77-98% (media – 89%), specificitatea variază între 37-58% (media – 48%), valoarea predictivă negativă este de 81-98%, valoarea predictivă pozitivă este de 14-63%.

Tabelul 2. Scorul Constans de 2-nivele pentru estimarea probabilității clinice a diagnosticului de TVP a membrului superior (clasa de recomandare IIb, nivelul B).

Datele clinice	Puncte
Implantarea recentă a cateterului venos central sau a <i>pacemaker</i> -ului	+ 1
Durerea în membrul superior	+ 1
Edemul unilateral al membrului superior	+ 1
Diagnostic alternativ cel puțin la fel de probabil ca și TVP	- 1
Probabilitatea clinică	
TVP probabilă	≥ 2
TVP improbabilă	≤ 1

Notă: Sensibilitatea scorului variază între 38-86% (media – 67%), specificitatea variază între 65-93% (media – 77%).

Caseta 3. Diagnosticul diferențial (nivelul de evidență C).

Diagnosticuri alternative care trebuie luate în considerație la examinarea pacientului cu TVP sunt următoarele:

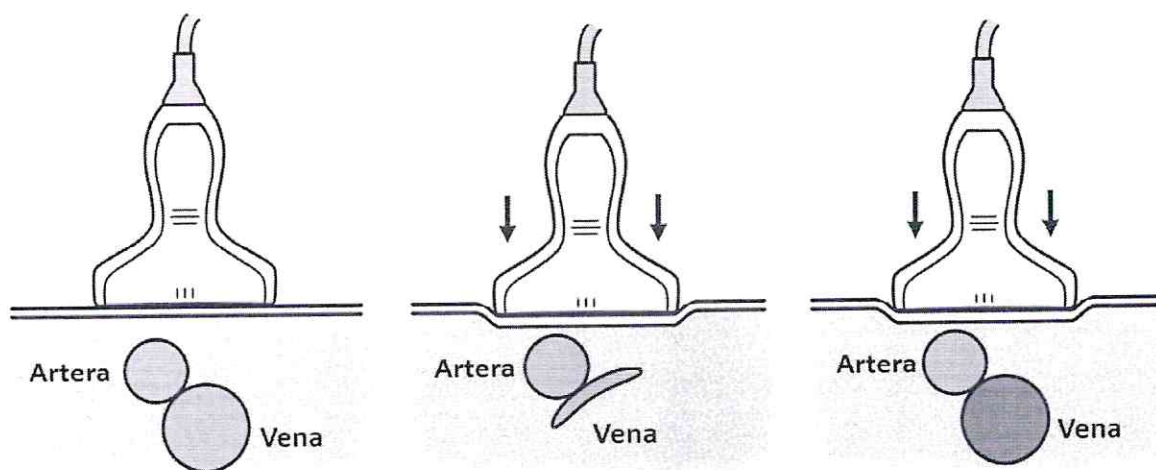
- **Chist Baker erupt.** Ruptura chistului este însoțită de durere în musculatura gambei și edem. Semnul caracteristic pentru ruptură reprezintă apariția peste câteva zile a echimozelor din partea medială și laterală a tendonului lui Achile.
- **Ruptura musculară spontană.** În cazul rupturii muschilor membrului inferior în anamneză, de regulă, se atestă un episod de traumă sau de un efort fizic semnificativ. Durerea și tumefacția au caracter localizat, iar în cazul formării hematomului poate fi determinat semnul de fluctuație.
- **Patologia osteoarticulară (artropatii, artrite).** Durerea, edem și hiperemia sunt localizate preponderent în regiunea articulației afectate și implică numai țesuturile adiacente. Mișcările active și pasive în articulație sunt dureroase și deseori sunt limitate în volum. Radiografia relevă modificări patologice specifice.
- **Edem „cardiac”.** Edemele periferice provocate de insuficiența cardiacă cronică se dezvoltă pe fondalul patologiei cardiace severe cu prezența datelor anamnestice și a manifestărilor clinice respective. Acești pacienți, de regulă, petrec majoritatea timpului în poziție așezată. Edemele apar treptat și implică preponderent planta și regiunea gleznei bilateral. Palpator edemul este moale, păstos. Sindromul algic lipsește.
- **Infecția țesuturilor moi (flegmonul).** Simptomatologia locală la fel ca și în TVP include edemul, durerea și hiperemia dar este însoțită de semne generale exprimate: febră, frison, sete, inapetență, cefalee. Palpator se determină hipertermia localizată de asupra focarului de infecție, infiltratul dur la palpare, uneori fluctuația și crepitația.
- **Limfedemul.** Edemul limfatic în majoritatea absolută a cazurilor se dezvoltă treptat pe parcursul săptămânilor sau lunilor. Edemul este indolor, exprimat maximal pe partea dorsală a plantei. Tegumentele sunt palide, normo- sau ușor hipotermice. Este caracteristică prezența semnelor Stemmer – imposibilitatea de a prinde în cută tegumentul la baza degetului doi din partea dorsală a plantei. În anamneză la acești pacienți deseori se atestă: episoade repetate de erizipel, limfadenita inghinală, limfodisecția chirurgicală sau radioterapie regională, procese neoplazice în cavitatea bazinului.
- **Stadii avansate de ischemie acută sau cronică.** În fazele avansate de ischemie se dezvoltă edem pronunțat al membrului afectat ce poate simula tabloul clinic al TVP. Sindromul algic sever, hipotermia cutanată și lipsa pulsației arterelor magistrale, sunt caracteristice sindromului ischemic și reprezintă repere pentru

diagnosticul diferențial. În cazul ischemiei acute edemul este asociat cu dereglări motorii și senzoriale la nivelul plantei.

C.2.1.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 4. Diagnosticul instrumental și de laborator al TVP.

- Diagnosticul paraclinic al TVP se bazează pe două metode: ecografie vasculară (USG-C, USG-DD) și determinarea nivelului D-dimerilor în sânge. Utilizarea acestor metode se realizează conform algoritmilor C1.1., C1.2. Investigații rutine de laborator (nivelul protrombinei și fibrinogenului, timpul de coagulare, timpul de sângerare) nu au valoarea diagnostică și nu trebuie să fie utilizate cu acest scop (*clasa de recomandare III, nivelul C*).
- Ultrasonografia venoasă reprezintă metoda de diagnostic de primă intenție (*clasa de recomandare I, nivelul C*). Ecografia vasculară la pacienții cu TVP poate fi realizată în două variante: USG-C și USG-DD. USG-C este mai accesibilă deoarece poate fi efectuată de către orice medic (chiar și fără specializare în imagistică) și cu ajutorul aparatului standard pentru ultrasonografie. Tehnica USG-C este simplă:



- (1) Cu transducerul linear (frecvența 5-10 MHz sau 3,5-5 MHz la persoane cu obezitate) în regimul B, în plan transvers se vizualizează lumenul venei femurale comune la nivelul plicii inghinale. Vena este situată medial de arteră, are diametrul mai mare și este apulsatilă. (2) Se realizează compresia moderată cu transducerul asupra venei femurale. (3) În urma compresiei vena normală colabează complet. În cazul incompresibilității totale sau parțiale se face concluzie despre prezența în lumenul venei a maselor trombotice. (4) Tehnica similară se aplică pentru evaluarea venei poplitee în regiunea fosei poplitee. La acest nivel vena este situată mai superficial și puțin mai lateral față de artera poplitee. (5) La necesitate prin tehnica similară poate fi examinată și vena femorală (v. femorală superficială conform terminologiei vechi). Cu ajutorul

USG-C se pot depista majoritatea cazurilor de TVP, cu excepția trombozelor izolate ale venelor iliace sau ale venelor gambei.

- La pacienții cu scorul Wells ≥ 2 puncte și rezultatul negativ al USG-C primare se recomandă de repetat examinarea ecografică peste 5-7 zile (*clasa de recomandare IIa, nivelul C*).
- USG-DD reprezintă standardul „de aur” în diagnosticul TVP. Metoda se realizează de către medicul-specialist în ecografie vasculară cu ajutorul aparatului ultrasonografic special. Metoda permite investigarea întregului sistem venos cu stabilirea gradului de obstrucție al lumenului vascular, vechimii trombozei și caracterului maselor trombotice. Trebuie de ținut cont de faptul, că rezultatele USG-DD sunt înalt dependente de calificarea și experiența operatorului. Se recomandă validarea periodică externă a rezultatelor USG-DD prin repetarea investigației la o altă instituție medicală.
- La pacienții cu suspecție la TVP clasa LET I utilizarea USG-DD este preferabilă, față de USG-C (*clasa de recomandare I, nivelul C*).
- La pacienții cu suspecție la TVP proximală (clase LET III-IV) și rezultatele neconcluzive ale ultrasonografiei venoase sau în cazul indisponibilității acestora se recomandă efectuarea venografiei prin rezonanță magnetică nucleară (RMN) sau tomografie computerizată (TC) (*clasa de recomandare IIa, nivelul C*).
- În absența simptomelor clinice și datelor paraclinice (rezultatele ECG, ecocardiografiei, radiografiei pulmonare, nivelul markerilor cardiaci) sugestive pentru EP investigarea de rutină a pacienților cu TVP prin tomografie computerizată nu este recomandată (*clasa de recomandare III, nivelul C*).
- Determinarea D-dimerilor nu necesită pregătirea specială a pacientului. Se recoltează sângele venos într-un vacutainer cu citrat de natriu. După centrifugare serul este supus analizei prin latex-aglutinare automata cu detecție fotometrică (test cantitativ). Valoarea D-dimerilor pozitivă pentru diagnosticul TVP este ≥ 500 ng/ml. La pacienții cu vârsta mai mare de 59 de ani valoarea pragală se recomandă a fi calculată prin multiplicarea cu 10 a vârstei pacientului (60 ani - 600 ng/ml; 70 ani - 700 ng/ml etc.) (*clasa de recomandare IIb, nivelul C*).
- Sensibilitatea testului la D-dimeri este de aproximativ 95%, cu valoarea predictivă negativă de 99-100% (dacă testul este negativ – TVP poate fi exclusă cu siguranță). Neajunsul testului reprezintă specificitatea joasă de doar 35-55%, cu rezultate fals pozitive în prezența infecției, neoplaziilor, traumatismelor, sarcinii etc.

Tabelul 3. Regula LEFt pentru estimarea probabilității clinice a diagnosticului de TVP a membrului inferior la gravide (clasa de recomandare IIb, nivelul C).

Datele clinice	Puncte
Afectarea membrului inferior stâng	+ 1
Circumferința gambei mai mare cu cel puțin 2 cm față de gamba contralaterală (măsurată la 10 cm sub tuberositatea tibiei)	+ 1
Primul trimestru al sarcinii	+ 1
Probabilitatea clinică	
TVP probabilă	≥ 2
TVP improbabilă	≤ 1

C.2.1.4. Criteriile de spitalizare

Caseta 5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu TVP

La suspecția de TVP pacientul trebuie să fie examinat în regim de urgență de către un medic (clasa de recomandare I, nivelul C).

- Medicul este obligat să realizeze examinarea clinică minuțioasă a pacientului și să evalueze probabilitatea *pre-test* a diagnosticului de TVP conform scorului Wells / Constans. Conduita diagnostică ulterioară se realizează conform algoritmului C1.1 sau C1.2 (clasa de recomandare I, nivelul C).
- Pacienții cu diagnosticul confirmat (ecografic și/sau de laborator) de TVP necesită inițierea cât mai precoce a tratamentului anticoagulant (clasa de recomandare I, nivelul C). Pacienții care dezvoltă TVP pe parcursul aflării în staționar nu necesită în mod obligator transferul în secția de chirurgie pentru efectuarea tratamentului anticoagulant.
- Pacienții cu probabilitate clinică înaltă a TVP (scorul Wells sau Constans ≥ 2), la care nici examenul USG-C / USG-DD și nici testul la D-dimeri nu pot fi efectuate în următoarele 12 ore, necesită inițierea tratamentului anticoagulant „empiric” și evaluarea în dinamică (clasa de recomandare IIa, nivelul C).
- Pacienții cu TVP și suspecție la EP cu risc moderat sau înalt de mortalitate (PESI $\geq$ III, PESIs $\geq$ 1) trebuie să fie internați direct în secția de reanimare sau terapie intensivă. Pentru determinarea probabilității clinice a EP pot fi utilizate: scorul Wells pentru EP, regula PERC sau scorul Geneva. Pentru mai multe detalii vezi PCN-148 „Tromboembolismul pulmonar”.
- Tratamentul ambulator este recomandat pentru majoritatea pacienților cu TVP (clasa de recomandare I, nivelul A). Contraindicațiile relative către tratamentul ambulator sunt enumerate în **caseta 6**.

Caseta 6. Contraindicații relative pentru efectuarea tratamentului inițial al TVP în condiții de ambulator (clasa de recomandare IIa, nivelul C).

- Sarcina.
- TVP recurentă.
- TVP „masivă” cu simptomatikă clinică foarte exprimată (edem, dureri pronunțate), flegmazia albă (*phlegmasia alba dolens*), flegmazia albastră (*phlegmasia cerulea dolens*).
- Diagnosticul, suspecție întemeiată sau riscul înalt de EP.
- Contraindicații la tratament anticoagulant sau riscul înalt de hemoragie (trombocitopenie $< 50 \times 10^9/L$; INR inițial $\geq 1,5$; dereglarea severă a funcției renale sau hepatice).
- Prezența altor patologii ce necesită spitalizare.
- Complanță redusă a pacientului.
- Accesul limitat la servicii medicale ambulatorii (pacienții cu dificultăți de deplasare, distanța mare de la domiciliu până la instituția medicală de circumscripție).
- Contingent social vulnerabil.

C.2.1.5. Tratamentul inițial al TVP.

C.2.1.5.1. Tratamentul anticoagulant inițial

Tabelul 4. Algoritmul de monitoring și corecția dozelor AVK în tratamentul TVP.

Valoarea INR	< 1,5	1,5-1,9	2,0-3,0	3,1-3,9	4,0-4,9
Modificarea dozei	$\uparrow \approx 20\%$ (+ 1,25 mg)*	$\uparrow \approx 10\%$ (+ 0,75 mg)**	Nu se modifică	$\downarrow \approx 10\%$ (- 0,75 mg)**	Omiteți 1-2 doze, apoi $\downarrow \approx 20\%$ (- 1,25 mg)*
Următorul test INR	Peste 3 – 7 zile	Peste 7 – 14 zile	Vezi algoritmul de mai jos	Peste 7 – 14 zile	Peste 3 – 7 zile
* – ¼ de comprimat de 5 mg de Warfarinum					
** – ¼ de comprimat de 3 mg de Warfarinum					
Algoritmul de monitoring la pacienții cu valorile „țintă” ale INR					
Numărul de analize consecutive în „fereastra terapeutică”			Interval de testare a INR		
1 analiză			7 – 14 zile		
2 analize			2 – 3 săptămâni		
3 și mai multe analize			4 – 8 săptămâni		

Notă: (1) La valorile „marginale” ale INR (1,8-1,9 sau 3,1-3,2) doza poate fi lăsată neschimbată cu testarea repetată a INR peste 7 zile.

Tabelul 5. Algoritmul de acțiuni în cazul supradozajului de AVK (clasa de recomandare I, nivelul C).

Valoarea INR	Acțiuni necesare
5-8 (fără hemoragie)	Opriți administrarea Warfarinum; testați INR zilnic; reinițiați administrarea în doză micșorată când INR < 4. Dacă există necesitatea în corecția INR timp de 24 ore (riscul hemoragiei, necesitatea în intervenție chirurgicală) – administrați Phytomenadionum 2,5-5 mg <i>per os</i>
> 8 (fără hemoragie)	Opriți administrarea Warfarinum; administrați Phytomenadionum 2,5-5 mg <i>per os</i> sau 1-2 mg în infuzia i/v lentă; testați INR zilnic; reinițiați administrarea în doză micșorată când INR < 4.
Hemoragie minoră	Opriți administrarea Warfarinum; administrați Phytomenadionum 1-3 mg în infuzia i/v lentă
Hemoragie majoră	Opriți administrarea Warfarinum; administrați Phytomenadionum 5 mg în infuzia i/v lentă; transfuzați concentratului complexului protrombinic. Doza concentratului complexului protrombinic variază între 25-50 UA/kg și depinde de valorile INR la momentul hemoragiei: 25UA/kg (maxim 2500 UA) la INR 2-4; 35 UA/kg (maxim 3500 UA) la INR 4-6 și 50UA/kg (maxim 5000 UA) la INR > 6. Plazma proaspăt congelată (în doză $\approx$ 15 ml/kg) sau crioprecipitat sunt mai puțin efective și pot fi utilizate dacă concentratul complexului protrombinic nu este disponibil. Factorul VIIa recombinant nu este recomandat.

C.2.1.5.2. Tratamentul anticoagulant de bază și tratamentul anticoagulant extins

Caseta 7. Tratamentul de bază al TVP.

- După finalizarea tratamentului inițial al TVP în faza acută, preparatele anticoagulante trebuie să fie administrate pacientului în regim continuu, pe o perioadă de cel puțin 3 sau 6 luni (*clasa de recomandare I, nivelu A*), durata exactă fiind selectată în funcție de tipul trombozei – provocată sau neprovocată, proximală sau distală (vezi algoritmul C.2.3.5.1).
- Pentru tratament de bază pot fi utilizate trei opțiuni: (1) administrarea ACOD: rivaroxabanum în doză de 20 mg/zi, începând cu ziua a 22-a de tratament; apixabanum în doză 5 mg x 2 ori pe zi începând cu ziua a 8-a; edoxabanum în doză 60 mg pe zi; dabigatranum etexilatum în doză 150 mg x 2 ori pe zi; (2) administrarea AVK în doze necesare pentru menținerea valorilor INR în limitele

„ferestrei terapeutice” (2,0-3,0); (3) administrarea continuă a HMMM sau a fondaparinuxum sodium în doză curativă (vezi tabelul 7).

- Alegerea opțiunii se bazează pe situația clinică, disponibilitatea preparatelor medicamentoase necesare, accesibilitatea monitoringului de laborator și preferințele bolnavului. Utilizarea ACOD pentru tratament de bază este recomandată în mod preferențial, față de tratamentul cu HMMM sau AVK (*clasa de recomandare I, nivelul A*).
- La pacienții cu **TVP provocată** durata minimă a tratamentului anticoagulant este de 3 luni și poate fi extinsă până la 6 luni (*clasa de recomandare I, nivelul A*). La pacienții cu TVP proximală ($LET \geq II$), provocată de factori de risc tranzitori majori (operații cu anestezia generală cu durata >30 minute, spitalizare cu regim la pat >3 zile, sarcina și perioada postpartum, tratament cu estrogeni) durata tratamentului de 3 luni este mai preferabilă decât cea de 6 luni (*clasa de recomandare IIA, nivelul A*). La pacienții cu TVP proximală ($LET \geq II$), provocată de factori de risc tranzitori minori (operații cu anestezia generală cu durata <30 minute, spitalizare cu regim la pat <3 zile, regim la pat la domiciliu pentru maladii acute) poate fi considerată extinderea tratamentului anticoagulant până la 6 luni, cu condiția evaluării periodice a riscului trombotic și hemoragic (Tabele 14-18), (*clasa de recomandare IIB, nivelul C*). La pacienții cu TVP proximală ($LET \geq II$), provocată de factori de risc persistenți (trombofilii, boli intestinale inflamatorii, boli reumatice, obezitate) trebuie să fie considerată extinderea tratamentului anticoagulant până la 6 luni, cu condiția evaluării periodice a riscului trombotic și hemoragic (Tabelele 14-18), (*clasa de recomandare IIA, nivelul C*).
- La pacienții cu TVP proximală ($LET \geq II$) **neprovocată** și riscul mic sau moderat al complicațiilor hemoragice se recomandă de administrat tratamentul anticoagulant timp de 6 luni (*clasa de recomandare I, nivelul A*). La finalizarea tratamentului se evaluează riscul de recurență a trombozei, riscul hemoragic și se decide privind necesitatea tratamentului extins (Caseta 19).
- În cazul persistenței simptomelor clinice ale insuficienței venoase (dureri, edemul) la nivelul membrului afectat, tratamentul anticoagulant poate fi combinat cu tratament simptomatic: utilizarea compresiei elastice și administrarea preparatelor venoactive (diosminum) (*clasa de recomandare IIB, nivelul C*).

Caseta 8. Screening-ul pentru cancer la pacienții cu TVP.

- La momentul de față nu există date științifice suficiente privind impactul screening-ului pentru cancer la pacienții cu TVP asupra supraviețuirii bolnavilor. Cu toate acestea, aproximativ 4-12% din pacienții cu TVP neprovocată sunt diagnosticați primar cu cancer în primele luni după episodul trombotic. Respectiv, se recomandă de efectuat examinarea clinică generală și

screening-ul formelor cele mai frecvente ale cancerului (în funcție de genul pacientului) la bolnavii cu TVP neprovocată (*clasa de recomandare I, nivelul A*). Screening-ul extensiv, efectuat în mod de rutină la toți bolnavii cu TVP nu este recomandat (*clasa de recomandare III, nivelul A*).

- Pentru determinarea probabilității TVP asociate cu cancer poate fi utilizat un scor special (**Tabelul 6**).
- Screening-ul pentru cancer poate fi realizat în condiții de ambulator, pe parcursul primei luni de tratament al TVP (*clasa de recomandare I, nivelul C*).
- Metoda cea mai informativă de screening reprezintă CT a abdomenului și toracelui. În calitate de metode imagistice alternative poate fi utilizată USG abdominală, radiografia cutiei toracice. La pacientele de gen feminin cu vârsta mai mare de 45 de ani se recomandă de efectuat mamografie (*clasa de recomandare I, nivelul A*).
- Testele de laborator utilizate pentru screening-ul cancerului la pacienții cu TVP includ: analiza maselor fecale la prezența sângelui ocult, nivelul PSA (la bărbați), testul Papanicolau (la femei) (*clasa de recomandare I, nivelul A*).

Tabelul 6. Scorul pentru estimarea probabilității TVP provocate de cancer nediagnosticat (Mulder F. et al, 2020).

Criteriu clinic / demografic / de laborator	Puncte
Sexul masculin	+1
Vârsta > 70 ani	+2
Patologia pulmonară cronică	+1
Anemia (hemoglobina < 120 g/L la femei sau < 130 g/L la bărbați)	+2
Numărul trombocitelor $\geq 350 \times 10^9/L$	+1
TVP postoperatorie	-2
TVP în anamneză	-1
Screening-ul pentru cancer este recomandat în cazul acumulării de către pacient a 3 sau mai multe puncte	
Caseta 9. Tratamentul anticoagulant extins (> 6 luni) al TVP.	
• După finalizarea tratamentului anticoagulant cu durata de 3-6 luni, pacientul cu TVP trebuie să fie evaluat privind necesitatea extinderii duratei tratamentului până la un an sau mai mult, cu scop de a preveni dezvoltarea trombozei recurente (vezi algoritmul C.2.3.5.1) (<i>clasa de recomandare I, nivelul A</i>). • Factori de risc majori pentru recurența TVP după finalizarea tratamentului anticoagulant sunt: cancerul activ, trombofiliile severe (deficit de antitrombina, sindromul antifosfolipidic, mutația homozigotă a factorului V Leiden sau mutația 20210 a protrombinei, trombofiliile combinate) și bolile reumatice cronice. Factori de risc cu impact mediu sunt: TVP recurentă, TVP neprovocată,	

TVP provocată de factori minori / tranzitori, EP, sexul masculin, obezitatea, insuficiența cardiacă, boala pulmonară cronică obstructivă și alte comorbidități semnificative.

- Decizia privind necesitatea aplicării tratamentului anticoagulant extins se bazează pe evaluarea raportului între riscul complicațiilor hemoragice și riscul de recurență a TVP în fiecare caz individual. Pentru estimarea riscului hemoragic și riscului trombotic se recomandă utilizarea scorurilor speciale (vezi **Tabele 7, 8, 9, 10, 11**) (*clasa de recomandare IIa, nivelul A*).
- Scorurile DASH și HERDOO-2 se utilizează la pacienții cu primul episod de TVP neprovocată (HERDOO-2 fiind destinat numai pacienților de gen feminin). Scorul SOX-PTS poate fi utilizat la pacienții cu orice tip de TVP.
- Suplimentar la factorii de risc menționați mai sus în procesul de luare a deciziei privind tratamentul anticoagulant extins poate fi considerată și recanalizarea incompletă a venelor profunde, definită ca incompresibilitatea acestora cu cel puțin 4 mm la USG-C sau USG-DD (*clasa de recomandare IIb, nivelul B*).
- Dacă a fost luată decizia de a prelungi tratamentul anticoagulant – pacientul continuă administrarea anticoagulantelor. AVK sau HMMM se vor administra în continuare fără modificarea dozei. Dozele ACOD, utilizate pentru tratamentul extins depind de riscul recurenței TVP. La pacienții cu prezența factorilor de risc majori se recomandă continuarea dozelor utilizate pe parcursul tratamentului de bază: rivaroxabanum 20 mg/zi; apixabanum 5 mg x 2 ori pe zi. În lipsa riscului foarte înalt de recurență se utilizează dozele reduse de ACOD: rivaroxabanum 10 mg/zi; apixabanum 2,5 mg x 2 ori pe zi (*clasa de recomandare IIa, nivelul B*).
- Utilizarea rivaroxabanului și apixabanului pentru tratament extins este mai preferabilă decât utilizarea AVK (*clasa de recomandare IIa, nivelul B*).
- Următoarea reevaluare a riscurilor poate fi efectuată peste 6-12 luni sau mai devreme în cazul modificărilor semnificative în starea pacientului (dezvoltarea maladiilor concomitente noi, compensarea sau decompensarea maladiilor preexistente etc) (*clasa de recomandare IIa, nivelul C*).
- Dacă a fost luată decizia de a stopa tratamentul anticoagulant, administrarea preparatelor anticoagulante (Warfarinum, Rivaroxabanum, HMMM) se întrerupe unimomentan, fără reducerea treptată a dozei. Utilizarea preparatelor antiplachetare (Acidum acetylsalicylicum, Clopidogrelum) pentru tratamentul extins al TVP nu este recomandată (*clasa de recomandare III, nivelul A*).

Tabelul 7. Scorul RIETE pentru estimarea riscului hemoragic la pacienții cu TVP tratați cu preparate anticoagulante.

Criteriu clinic / demografic / de laborator	Puncte
Hemoragie recentă majoră* (< 15 zile în urmă)	2
Creatinina serică > 106 μmol/L	1,5
Nivelul hemoglobinei < 130 g/L (bărbați) sau 120 g/L (femei)	1,5
Cancerul activ sau în anamneză	1
TVP complicată cu manifestări clinice ale EP	1
Vârsta > 75 ani	1
0 puncte – risc mic de hemoragie ($\approx 0,1\%$) 1-4 puncte – risc mediu de hemoragie ($\approx 3\%$) > 4 puncte – risc major de hemoragie ($\approx 10\%$)	

Notă: * – în acest scor hemoragia majoră este definită ca hemoragia acută manifestată clinic și asociată cu: necesitatea în transfuzie a ≥ 2 doze de concentrat eritocitar sau localizarea „critică” a sursei de hemoragie (intracraniană, retroperitoneală, spinală).

Tabelul 8. Scorul VTE-BLEED pentru estimarea riscului hemoragic la pacienții cu TVP tratați cu preparate anticoagulante.

Criteriu clinic / demografic / de laborator	Puncte
Cancerul activ (diagnosticat sau tratat în ultimele 6 luni / cancerul progresiv sau recidivant)	2
Pacient de gen masculin cu hipertensiune arterială necontrolată (tensiunea arterială sistolică ≥ 140 mm Hg)	1
Anemie (hemoglobina < 130 g/L la bărbați sau < 120 g/L la femei)	1,5
Hemoragie în anamneză*	1,5
Vârsta ≥ 60 ani	1,5
Funcția renală dereglată (rata estimată de filtrație glomerulară < 60 ml/min, calculată conform formulei lui Cockcroft-Gault)	1,5
< 2 puncte – risc scăzut de hemoragie ($\approx 1,5\%$) ≥ 2 puncte – risc înalt de hemoragie ($\approx 10\%$)	

Notă: * – în acest scor hemoragia în anamneză este definită ca orice episod de hemoragie majoră sau clinic relevantă (asociată cu necesitatea în spitalizare sau modificarea planului de tratament) în trecut sau episoade frecvente de hemoragie rectală, epistaxis, hematurie.

Tabelul 9. Scorul DASH pentru estimarea riscului de recurență a TVP după finisarea tratamentului anticoagulant (după primul episod de tromboză neprovocată).

Criteriu clinic / demografic / de laborator	Puncte
Valoarea D-dimerilor mai mare decât în normă*	+ 2
Vârsta ≤ 50 ani	+ 1

Sexul masculin	+ 1
Utilizarea preparatelor hormonale la momentul dezvoltării TVP**	- 2
• ≤ 1 punct – poate fi considerată <u>stoparea</u> tratamentului anticoagulant (riscul anual de recurență a TVP $\approx 3\%$) • ≥ 2 puncte – poate fi considerată <u>extinderea</u> tratamentului anticoagulant (riscul anual de recurență a TVP $\approx 10\%$)	

Notă: * – determinat la 3-5 luni după finisarea tratamentului anticoagulant; ** – preparate ce conțin estrogen / progesteron.

Tabelul 10. Scorul HERDOO-2 pentru estimarea riscului de recurență a TVP după finisarea tratamentului anticoagulant (numai pentru paciente de gen feminin).

Criteriu clinic / demografic / de laborator	Puncte
Prezența la momentul evaluării a cel puțin unui semn de SPT*	1
Valoarea D-dimerilor ≥ 250 ng/ml	1
Indicele masei corporale ≥ 30 kg/m ²	1
Vârsta ≥ 65 ani	1
• ≤ 1 punct – poate fi considerată <u>stoparea</u> tratamentului anticoagulant (riscul anual de recurență a TVP $\approx 1,5\%$) • ≥ 2 puncte – poate fi considerată <u>extinderea</u> tratamentului anticoagulant (riscul anual de recurență a TVP $\approx 7,5\%$)	

Notă: * – hiperpigmentarea sau hiperemia tegumentelor la nivelul gambei, edem al membrului afectat.

Tabelul 11. Scorul SOX-PTS pentru estimarea riscului de recurență a TVP după finisarea tratamentului anticoagulant.*

Criteriu clinic / demografic / de laborator	Puncte
Afectarea venelor iliace	1
Indicele masei corporale ≥ 35 kg/m ²	2
Scorul Villalta > 14 la momentul evaluării**	2
Scorul Villalta 10-14 la momentul evaluării**	1
• Scorul de ≥ 4 puncte indică asupra necesității utilizării tratamentului anticoagulant extins (riscul recurenței TVP este de 6 ori mai mare în comparație cu 0 puncte)	

Notă: * – spre deosebire de scorurile descrise mai sus scorul SOX-PTS nu a fost supus procedurii de validare externă; * – scorul Villalta reflectă severitatea sindromului posttrombotic (este prezentat în Tabelul 12).

Tabelul 12. Scorul Villalta pentru estimarea severității SPT.

Simptom	Absent	Ușor	Moderat	Sever
Subiective				
Durerea	0	1	2	3
Crampe musculare	0	1	2	3
Senzații de greutate	0	1	2	3
Parestezii	0	1	2	3
Prurit cutanat	0	1	2	3
Obiective				
Edemul pretibial	0	1	2	3
Indurația pielii	0	1	2	3
Hiperpigmentarea	0	1	2	3
Hiperemia	0	1	2	3
Ectazii venoase	0	1	2	3
Dureri la compresia gambei	0	1	2	3
• 0-4 puncte – SPT absent • 5-9 puncte – SPT ușor • 10-14 puncte – SPT moderat • ≥ 15 puncte – SPT sever				

C.2.2. Profilaxia primară și secundară

Profilaxia primară a TVP include un complex de măsuri care se aplică în situații când pacientul este expus acțiunii factorilor de risc tranzitorii: intervenții chirurgicale, traumatisme, imobilizare îndelungată. Profilaxia include administrarea preparatelor anticoagulante în doze profilactice, aplicarea compresiei elastice pe membrele inferioare, activizarea postoperatorie precoce a bolnavului (pentru mai multe detalii vezi PCN-227 „Profilaxia tromboembolismului venos”). Profilaxia primară la pacienții cu trombofilie diagnosticată dar fără antecedente trombotice nu este recomandată, însă poate fi utilizată în situații cu risc înalt de dezvoltare TVP. Scopul profilaxiei secundare constă în prevenirea recurenței TVP. La pacienții ce au suportat TVP și au finalizat tratamentul anticoagulant TVP recurentă se poate dezvolta în momentul expunerii la acțiunea factorilor de risc tranzitorii. La pacienții cu TVP în anamneză se recomandă de utilizat măsuri profilactice (farmacologice și mecanice) în perioada perioperatorie, în cazul imobilizării la pat, zboruri de lungă durată, sarcină și naștere. Se recomandă întrebuințarea adecvată a lichidelor (în special pe timp de vară), evitarea sedentarismului, prevenirea / corecția excesului de masă corporală.

C.2.3. Supravegherea pacienților cu TVP după stoparea tratamentului anticoagulant.

Caseta 9. Supravegherea pacienților cu TVP.

Medicul de familie.

- La finalizarea tratamentului anticoagulant pacientul trebuie să fie informat despre riscul dezvoltării unei eventuale recurențe a TVP, precum și despre probabilitatea apariției semnelor de SPT (*clasa de recomandare I, nivelul C*).
- Pacientului care a suportat TVP trebuie să i se recomande următoarele modificări ale stilului de viață: (1) efectuarea zilnică a exercițiilor fizice dozate ce implică activitatea musculaturii membrelor inferioare (mersul, înotul, gimnastică); (2) regimul dietetic îndreptat spre menținerea masei corporale în limitele normei; (3) evitarea efortului fizic major; (4) prevenirea constipațiilor; (5) menținerea igienei tegumentelor membrului afectat; (6) evitarea purtării hainelor și a încălțămintei prea strânse; evitarea deshidratării (exces de alcool, hiperinsolații, saună, băi fierbinți); (7) evitarea activităților asociate cu risc de traumatism al țesuturilor moi la nivelul membrelor inferioare (sportul competitiv, lucrări agricole, etc) (*clasa de recomandare IIB, nivelul C*).

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

Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	Personal: Medic de familie. Asistent/ă medical/ă de familie. Medic în laborator. Medic imagist ecografist (CMF).
	Aparate, utilaj: USG, USG-DD (CMF). Laborator clinic și biochimic.
	Medicamente conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010) Medicamente pentru prescriere: Anticoagulante directe (Heparini natrium; HMMM: enoxaparină natrium, nadroparină calcium; ACOD: Apixabanum, Edoxabanum, Rivaroxabanum) și indirecte (AVK: Warfarinum).

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	A facilita diagnosticarea precoce a TVP.	Ponderea pacienților diagnosticați precoce (primele 24 ore de la debut) cu TVP.	Numărul de pacienți diagnosticați precoce cu TVP pe parcursul ultimului an x 100 (%).	Numărul total de pacienți diagnosticați cu TVP pe parcursul ultimului an.
2	A facilita inițierea precoce a tratamentului anticoagulant al TVP.	Ponderea pacienților cu TVP la care tratamentul anticoagulant a fost inițiat în primele 24 ore de la debut.	Numărul de pacienți cu TVP pe parcursul ultimului an la care tratamentul anticoagulant a fost inițiat în primele 24 ore de la debut x 100 (%).	Numărul total de pacienți spitalizați cu TVP pe parcursul ultimului an.
3	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu TVP în staționar (tratament anticoagulant inițial).	Ponderea pacienților cu TVP la care tratamentul a fost realizat conform recomandărilor* din Protocolul Clinic Național <i>Tromboza venoasă profundă la adult</i> , pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu TVP la care tratamentul a fost realizat conform recomandărilor* din Protocolul Clinic Național <i>Tromboza venoasă profundă la adult</i> , pe parcursul unui an x 100 (%).	Numărul total de pacienți cu TVP care au beneficiat de tratament staționar, pe parcursul unui an.
4	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu TVP în condiții de ambulator (tratament anticoagulant de durată).	Rata pacienților tratați cu AVK ce se află în limitele „ferestrei terapeutice” a valorilor INR. Rata pacienților spitalizați repetat pentru TVP recurentă.	Numărul de pacienți tratați cu AVK ce se află în limitele „ferestrei terapeutice” a valorilor INR în orice moment de timp x 100. Numărul de pacienți spitalizați repetat pentru TVP recurentă pe parcursul ultimului an x 100 (%).	Numărul de pacienți tratați cu AVK în orice moment de timp. Numărul total de pacienți spitalizați cu TVP pe parcursul ultimului an.

Notă: * – se va ține cont de (1) utilizarea dozelor corecte de anticoagulante pentru tratamentul inițial; (2) corectitudinea trecerii de pe preparate parenterale pe anticoagulante orale; (3) externarea pacientului cu doză adecvată a anticoagulantului.

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația ghirurg	IMSP SR Edineț	Cab.210, Cab.214
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator
USG	IMSP CS Edineț	Cab.328

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.
3. În cazul necesității internării de urgență a pacientului i se acordă asistență medicală urgentă în incinta instituției medicale, se solicită SAMU și pacientul se transferă IMSP SR Edineț cu bilet de trimitere (dorma027e) completat de medicul de familie.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactare telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRS.M. Biletul de trimitere forma 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterea) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

Anexa 1

GHIDUL PACIENTULUI CU TVP

Tromboza venoasă este o boală în care circulația sângelui prin vene este blocată din cauza formării unui cheag de sânge (denumit în termeni medicali – tromb). Cel mai frecvent această tromboză se localizează la nivelul venelor din membrele inferioare (gambe, coapse), dar poate să apară în anumite condiții și la nivelul membrelor superioare (brațe) sau în alte regiuni.

Tromboza venoasă profundă (TVP) este rezultatul blocării circulației venoase profunde de către un cheag.

Cei mai importanți **factori de risc** pentru dezvoltarea TVP sunt:

- Intervențiile chirurgicale sau ortopedice;
- Traumatismele (majore, în general; sau ale membrelor inferioare);
- Imobilizarea (>3 zile), parezele, imobilizarea unui membru în aparate gipsate;
- Neoplaziile și tratamentul antineoplazic (hormono-, chimio-, sau radioterapie);
- Antecedentele de TVP;
- Vârsta peste 40 ani;
- Sarcina și perioada postpartum (după naștere);
- Tratamentele hormonale: contraceptivele orale sau terapia de substituție hormonală pe bază de estrogeni, modulatorii selectivi de receptori estrogenici – raloxifenum* (nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor), tamoxifenum etc.;
- Afecțiuni medicale acute (insuficiența cardiacă sau respiratorie, infarctul miocardic acut, accidentul vascular cerebral, bolile inflamatorii intestinale, sindromul nefrotic, sepsisul);
- Afecțiuni ereditare sau dobândite ale coagulării sângelui (trombofilii);
- Obezitatea;
- Fumatul;
- Varice pe membrele inferioare;
- Cateterizarea venoasă centrală.

Semnele și simptomele clasice ale TVP includ:

- Creșterea de volum (umflarea) membrului afectat;
- Durere la acest nivel;
- Temperatura pielii piciorului mai mare în comparație cu membrul contralateral;
- Senzație de picior greu, obosit.

În TVP, umflarea membrului este cel mai frecvent asimetrică (de exemplu o singură gambă), și nu are un motiv clar (amintiți-vă dacă ați avut un traumatism local, o înțepătură de insectă, o rană deschisă la acest nivel). Aceste semne sau simptome pot apărea atât la nivelul membrelor inferioare (gambă și/sau coapsă) sau, mai rar, dar posibil, la nivelul membrelor superioare (antebraț, braț).

Urmările TVP sunt dintre cele mai grave: de la complicații pe termen lung, invalidizante și greu de tratat (sindrom posttrombotic și hipertensiune pulmonară) până la deces (prin embolie pulmonară). O complicație importantă și redutabilă a TVP este reprezentată de embolia pulmonară. Aceasta rezultă din migrarea cheagului de sânge de la nivelul venei către plămân, unde poate bloca una dintre ramurile arterei pulmonare și, astfel, se întrerupe circulația sângelui în plămâni.

Diagnosticul TVP se presupune în baza datelor clinice, dar necesită confirmare prin metode instrumentale de investigație.

Ecografia vasculară - este o metodă neinvazivă, cel mai frecvent utilizată în diagnosticul TVP. După plasarea de gel special pe pielea membrului afectat, medicul urmărește cu ajutorul unui transducer care emite și primește ultrasunete prezența unui tromb în vene și fluxul de sânge de la nivelul venelor. Medicul poate comprima intermitent membrul afectat pentru a studia efectul acestei presiuni asupra circulației sângelui prin vene. Fluxul sângelui în vene, anatomia acestora și eventual prezența de cheaguri este urmărită de către medic pe ecranul ecografului.

Scopurile tratamentului TVP sunt:

- oprirea creșterii trombului deja format;
- împiedicarea migrării cheagului către plămâni;
- stoparea formării de alte cheaguri noi.

Principala metodă de **tratament în TVP** este reprezentată de medicamentele anticoagulante, care subțiază sângele și împiedică formarea de cheaguri. Tratamentul anticoagulant poate fi injectabil și oral. Injectabil se pot administra: heparini natrium, heparinele cu masă moleculară mică (Enoxaparin natrium, Nadroparin calcium). În cazul unui tratament prelungit, heparinele cu masă moleculară mică au avantajul că pot fi administrate chiar de către pacient sau de un membru al familiei, acasă, după externare. După o primă etapă de administrare de heparine injectabile, și cu o perioadă de suprapunere, tratamentul este continuat cu anticoagulante orale (preparatul Warfarinum). Tratamentul cu Warfarinum necesită monitorizarea strictă a unor analize ce reflectă coagularea sangvină. Acest monitoring se efectuează pe tot parcursul

tratamentului. Tratamentul TVP poate fi din start cu preparate anticoagulante perorale (fără injecții). În acest caz se inițiază preparatele din grupul așa-numitelor Anticoagulante Orale Directe (ACOD), din care fac parte Rivaroxabanum, Apixabanum, Edoxabanum, Dabigatranum etexilatum. Tratamentul cu anticoagulante se continue pentru o perioadă ce variază între 3-6 luni și chiar toată viața (în funcție de factorii de risc asociați și de severitatea bolii). Acest tratament trebuie luat zilnic, după o schemă indicată de medic.

Precauții: în timpul tratamentului anticoagulant pot apărea sângerări mici (de exemplu gingivale, la periajul dinților), sau importante (în scaun, urină, hematoame importante). Anunțați medicul imediat ce sesizați o hemoragie importantă. Evitați traumatismele în timpul tratamentului anticoagulant. În caz de tratamente stomatologice sau chirurgicale, **anunțați medicul** că urmați un tratament anticoagulant. În caz de sarcină, anunțați urgent medicul curant – anticoagulantele orale nu sunt indicate în sarcină, deoarece acest tratament poate fi nociv pentru făt (pot apărea malformații sau hemoragii severe).

Pentru prevenirea consecințelor tardive ale trombozei suportate (așa-numitului sindrom posttrombotic) pacientului i se recomandă purtarea ciorapilor sau bandajelor compresive la nivelul membrului afectat. Durata necesară de utilizare a tricotajului compresiv se determină de către medic și, de regulă, variază între 6-24 luni. Pentru diminuarea intensității și a numărului simptomelor caracteristice TVP, medicul poate recomanda utilizarea concomitent cu preparatele anticoagulante și tricotajul compresiv a medicamentelor venoactive (diosmina purificată).

FIȘA STANDARDIZATĂ
pentru auditul medical bazat pe criterii în tromboza venoasă profundă

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU IMA			
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
		9	Nu se cunoaște
7.	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8.	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9.	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA	
10.		OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
11.	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
12.	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
13.	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
14.	Prezența TVP / EP în anamneză	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
15.	Prezența patologiilor asociate	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
TRATAMENTUL ANTICOAGULANT			
16.		1	Nu

	Tratamentul anticoagulant a fost inițiat în primele 24 ore de la debutul TVP	2	Da	
17.	Pentru tratamentul anticoagulant au fost utilizate doze curative recomandate de PCN	1	Nu	
		2	Da	
18.	Tratament anticoagulant la externarea pacientului	1	Pacient externat pe AVK cu INR în limitele 2,0-3,0	
		2	Pacient externat pe AVK cu INR în afara limitelor 2,0-3,0	
		3	Pacientul a fost externat pe HMMM sau ACOD	
		4	Pacientul a fost externat fără tratament anticoagulant	
	TRATAMENT ENDOVASCULAR / INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ			
19.	Intervenția chirurgicală sau endovasculară a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
20.	Data efectuării intervenției chirurgicale / endovasculare	ZZ/LL/AAAA		
21.	Durata intervenției chirurgicale / endovasculare	OO:MM		
22.	Tipul anesteziei	1	Locală	
		2	Generală	
	EXTERNARE ȘI TRATAMENT			
26.	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)		
27.	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)		
28.	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)		
29.	Deces în spital	1	Nu	
		2	Din cauzele atribuite TVP / EP	
		3	Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate	
		4	Alte cauze neatribuite TVP / EP	
		9	Nu se cunoaște	