



Il nuovo Ospedale S. Anna a Cona (FE)



S.I.M.G.
•SOCIETA' ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE

TVP nella pratica del MMG

Dr. Franco Miola-MMG
Coordinatore NCP Copparo AUSL-Ferrara
Casa della Salute "Terre e Fiumi"

Cona (FE) 29-09-2012

Spencer e coll. (*Arch Intern Med* 2007;167:1471-1475)

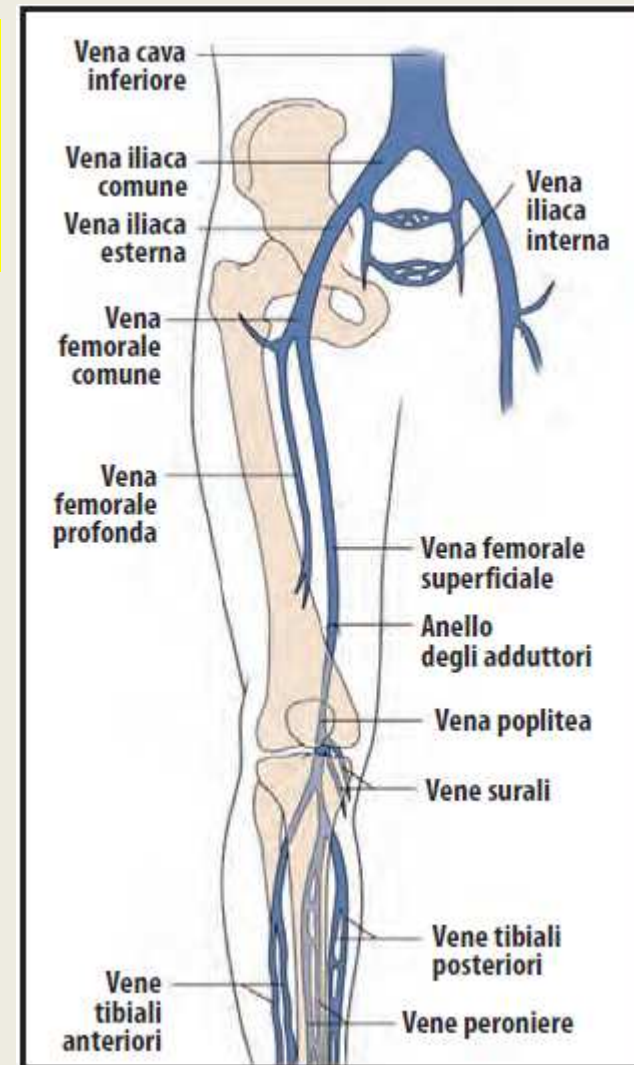
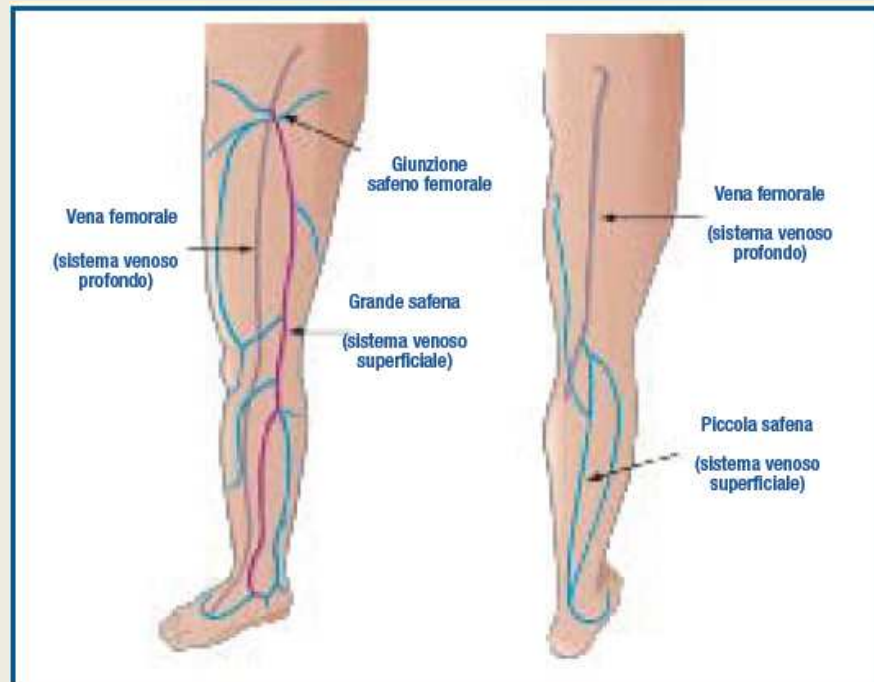
hanno esaminato tutte le diagnosi di TEV dell'area metropolitana dello Worcester (USA), rilevando un'incidenza di circa **1,3 casi per mille abitanti/anno**

L'analisi di un grande database di MMG inglesi (*Arch Intern Med* 2007;167:935-943) ha evidenziato un'incidenza di TEV pari a **0,75 casi per mille assistiti/anno**

Secondo il database della medicina generale italiana, Health Search l'incidenza di TEV, stabile negli ultimi anni, risulta mediamente di **0,7 casi/mille assistiti/anno**.

un MMG porrà almeno una diagnosi di TEV ogni 18 mesi se assiste 1000 persone, ogni anno se ne assiste 1500

Asse venoso degli arti inferiori



un MMG sospetta ogni anno sei TVP ogni mille pazienti

Il problema del TEV è stato spesso studiato in relazione alla realtà ospedaliera, e il coinvolgimento del medico di medicina generale è stato fino ad oggi insufficiente e marginale. In realtà, i dati disponibili mostrano che gran parte dei casi di TEV si verifica al di fuori dell'ospedale, per ragioni temporali (si manifesta dopo la dimissione) e perché affligge spesso pazienti internistici non ospedalizzati.

L'incidenza (numero cioè di nuovi casi di malattia che si verificano in un certo numero di persone in periodo di tempo definito) della TVP è del **1.6-1.8 0/00**: un MG sospetta ogni anno sei TVP ogni mille pazienti, confermandone solo due; la frequenza di complicanze, gravi dal punto di vista clinico e costose per il S.S.N., quali l'embolia polmonare (EP) o la sindrome post-trombotica (SPT), spingono però la classe medica a tenere alto il livello di attenzione sulle TVP e sui problemi venosi in genere. Le flebiti profonde sia di coscia che di gamba embolizzano nel 50% dei casi, anche se in modo clinicamente non apparente: solo 1 caso su 100 di quelli esaminati è infatti clinicamente manifesto.

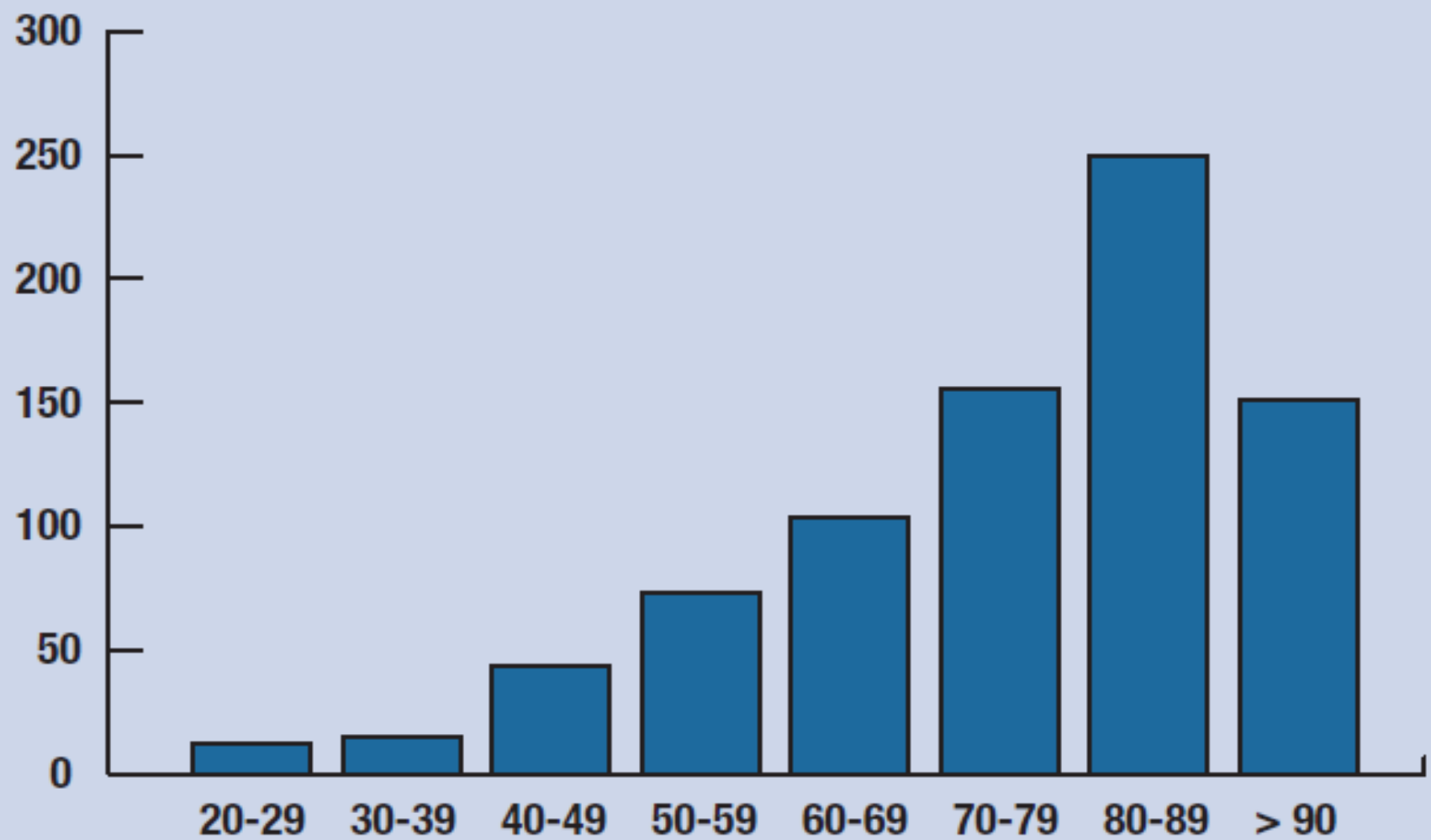


Figura 1

Incidenza di TVP per fasce d'età (anno 2004, dati *Health Search*).

TABELLA I

Compiti del MMG.

Diagnosi e terapia della TVP

- Sospetto diagnostico e invio al centro per conferma diagnostica
- Gestione della terapia acuta, da solo o con lo specialista, nei pazienti che non necessitano ospedalizzazione
- Gestione della terapia cronica, da solo o con lo specialista

Profilassi della TVP

- Identificazione dei pazienti “medici” meritevoli di profilassi a domicilio
- Impostazione e gestione della profilassi in questi pazienti
- Gestione, da solo o con lo specialista, della profilassi in pazienti dimessi dall'ospedale

Due situazioni in cui il MMG deve valutare il rischio di TEV e la necessità di profilassi:

- pazienti dimessi da ospedale o da pronto soccorso, visitati da specialisti dentro o fuori dall'ospedale);
- pazienti valutati dal solo MMG.

Pazienti “medici” allettati

Le linee guida raccomandano che i pazienti “medici” ricoverati per scompenso cardiaco o severa patologia respiratoria o che sono allettati e presentano uno o più fattori di rischio per TEV (cancro attivo, precedenti TEV, sepsi, malattia neurologica acuta, malattia infiammatoria intestinale cronica) ricevano profilassi con EBPM o fondaparinux.

In caso d'intolleranza ai farmaci si raccomanda la tromboprofilassi con mezzi meccanici.



SEGNI E SINTOMI DI TVP

- DOLORE O DOLORABILITA' AL POLPACCIO
- RIGONFIAMENTO CON EDEMA DÌ GAMBA O COSCIA
- AUMENTO DELLA TEMPERATURA CUTANEA
- DILATAZIONE DELLE VENE SUPERFICIALI
- CIANOSI IN CASO DÌ OSTRUZIONE SEVERA



Criteri clinici per la diagnosi di TVP agli arti inferiori

Alta probabilità di TVP:
presenza di 3 criteri maggiori
o almeno di 2 maggiori + 2 minori

Criteri clinici maggiori

- Anamnesi familiare positiva per TVP
- Neoplasie in stadio avanzato
- Paralisi o immobilizzazione di un arto inferiore
- Allettamento oltre 3 giorni o intervento chirurgico entro 4 settimane
- Edema polpaccio con diametro >cm 3 rispetto al controlaterale
- Edema della coscia e del polpaccio
- Dolorabilità nell'area della rete venosa profonda

Criteri clinici minori

- Recenti traumi sintomatici agli arti inferiori
- Edema con segno della fovea nel lato sintomatico
- Eritema cutaneo nel lato sintomatico
- Dilatazione vene superficiali nel lato sintomatico non preesistente
- Ospedalizzazione nei 6 mesi precedenti

Fattori di rischio acquisiti per TVP

- Età superiore a 40 anni
- Cateteri endovenosi
- Diabete mellito
- Gravidanza
- Immobilizzazione prolungata
- Insufficienza venosa cronica
- Interventi chirurgici
- Iperviscosità e mielodisplasie
- Neoplasie
- Obesità
- Policitemia vera
- Pregressa tromboembolia venosa
- Sepsi
- Sindrome da anticorpi antifosfolipidi
- Sindrome nefrosica
- Paralisi
- Piastrinopenia da eparina tipo II
- Uso di estroprogestinici
- Viaggi in posizioni costrette per >4 ore
- Traumi



Cause croniche di edema agli arti inferiori

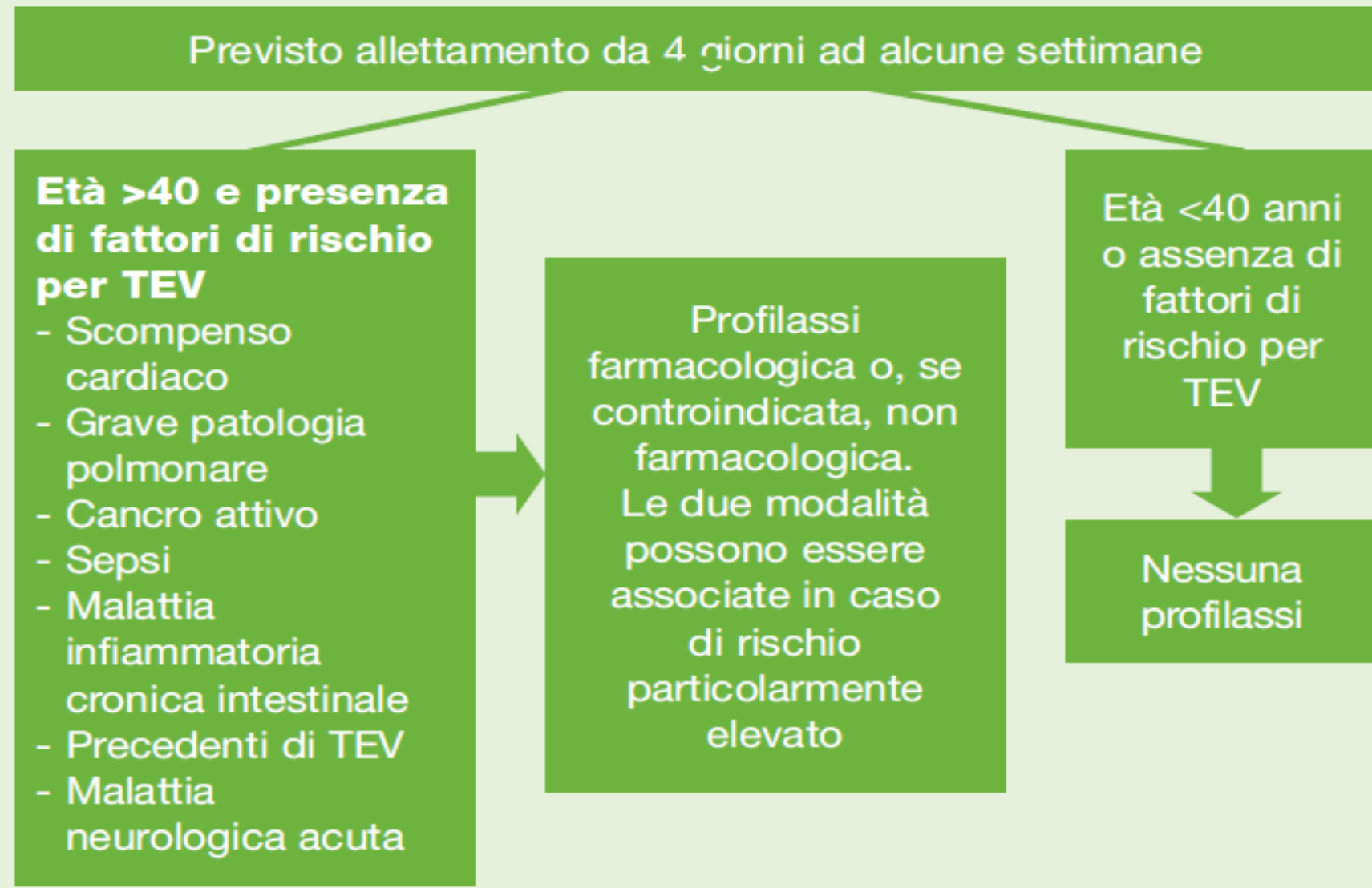
- Sindrome post-flebitica
- Insufficienza venosa
- Ostruzione venosa
- Lipodermatosclerosi
- Linfedema
- Scompenso cardiaco
- Distrofia simpatica riflessa
- Ipoproteinemia (indipendentemente dalla causa)
- Edema idiopatico
- Lipoedema
- Edema da "poltrona"
- Farmaci calcio-antagonisti

Cause alternative di sintomi e segni

- Trombosi venosa superficiale
- Infiammazione del tessuto sottocutaneo (ipodermite)
- Rottura muscolare o tendinea
- Strappo muscolare
- Danno intra articolare del ginocchio. Cisti di Baker
- Vasculite cutanea
- Linfedema



Figura 2 Possibile flow-chart in caso di allettamento per tempi medio-brevi
(Modificata da *NEJM* 2007;356:1438-1444)



Punteggio di Wells per stimare la probabilità di TVP

(Da *Lancet*, 1995; 345, 1326-1330)

CARATTERISTICHE CLINICHE	PUNTEGGIO
CANCRO ATTIVO (terapia attuale; < 6 mesi; palliativa)	+1
PARALISI, PARESI, RECENTE INGESSATURA ARTI INFERIORI	+1
ALLETTAMENTO > 3 giorni o CHIRURGIA MAGGIORE entro 4 settimane	+1
DOLORABILITÀ LOCALIZZATA (lungo la distribuzione del sistema venoso profondo)	+1
EDEMA DI UN INTERO ARTO INFERIORE	+1
EDEMA POLPACCIO > 3 cm (rispetto all'arto inferiore asintomatico) (misurare 10 cm sotto la tuberosità tibiale)	+1
EDEMA IMPRONTABILE (maggiore nell'arto sintomatico)	+1
PRESENZA DI VENE SUPERFICIALI COLLATERALI (non varicose)	+1
PRESENZA DI DIAGNOSI ALTERNATIVA	- 2

Probabilità clinica: ≤0: bassa 1 – 2: intermedia ≥3: alta.

Come inviare il paziente ?

- Al CUP con
urgenza differita
tipo A
- Telefonata al
Collega disponibile
- Percorsi
predefiniti....
- Invio in
P.Soccorso
..e prefestivi e
festivi?



D-Dimero e ECOCOLORDOPPLER ???



MOLECOLA	Profilassi della TVP in chirurgia generale e ortopedica	Profilassi della TVP in pazienti NON chirurgici	Trattamento della TVP	Emodialisi	Sindromi Coronariche acute
BEMIPARINA Ivor	X	NO	X	X	NO
DALTEPARINA Fragmin	X	NO	X	X	X
ENOXAPARINA Clexane	X	X	X	X	X
NADROPARINA Seleparina	X	NO	X	X	X
PARNAPARINA Fluxum	X	X	X	NO	NO
REPIVARINA Clivarina	X	X	X	NO	X
FONDAPARINUX Arixtra	X	X	X	NO	X

Terapia

Gli obiettivi del trattamento della TVP sono rivolti ad evitare le complicanze a breve e lungo termine di questa patologia: in particolare a prevenire l'embolia polmonare e a ridurre il rischio di sindrome postflebitica e di recidive.

Le linee guida raccomandano l'utilizzo di anticoagulazione a breve termine (3 mesi) o a lungo termine (6-12 mesi) con eparina a basso peso molecolare (LMWH) (grado 1A) o fondaparinux (grado 1 A). In concomitanza a questi farmaci va iniziato, già in prima giornata, un antagonista della vitamina K (es. warfarin) e il trattamento con eparina e simili va proseguito per almeno 5 gg e fino a quando il valore di INR risulta per almeno 48 ore maggiore di 2.

Eparina a basso peso molecolare (LMWH) es. enoxaparina (Clexane).

Rappresenta sicuramente la scelta migliore per i pazienti con diagnosi di TVP acuta rinviiati al domicilio e che non abbiano controindicazioni all'utilizzo dell'eparina (es. trombocitopenia eparina indotta - HIT-). Viene somministrata al dosaggio di 100 U/Kg 2 volte al di. Particolare attenzione va posta per le pazienti in gravidanza e i pazienti con insufficienza renale ove possono verificarsi fenomeni di accumulo ed è pertanto consigliato un aggiustamento del dosaggio (es 50% della dose raccomandata) o l'utilizzo dell'UFH.

Fondaparinux

È un inibitore diretto selettivo del fattore Xa. Può essere una valida alternativa alla LMWH in quanto necessita di una sola somministrazione/die per via sottocutanea (7.5 mg in pazienti tra i 70 e 100 Kg, 5 mg e 10 mg nei pazienti con peso rispettivamente al di sotto o al di sopra del range). È sconsigliato l'uso nei pazienti con clearance creatinica <30ml/min in quanto è risultato aumentare il rischio di sanguinamento.

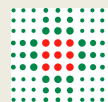
Inibitore della vitamina K (es. warfarin - Coumadin)

Va iniziato a partire dal giorno della diagnosi di TVP in associazione alla LMWH e al dosaggio di 10 mg /die nei pazienti con età inferiore a 60 anni e 5 mg nelle donne, nei pazienti con età maggiore di 60 anni e con evidenti segni di deficit nutrizionale. L'obiettivo è mantenere un range terapeutico dell'INR tra 2 e 3.

A differenza delle eparine e simili che vengono utilizzati nei primi giorni dopo la diagnosi di TVP e continuate per 5 gg e sin quando l'INR non è in range per almeno 48 ore, il warfarin viene utilizzato per almeno 3 mesi o più in base all'andamento clinico e all'esito degli esami di follow-up.

Guida alla Terapia
Anticoagulante Orale
per Medici
di Medicina Generale

FCSA - SIMG



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

Dipartimento Farmaceutico Interaziendale - Coordinamento di Farmacovigilanza



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



Le interazioni tra farmaci nei pazienti cronici

*Analisi delle prescrizioni territoriali con l'impiego di banche
dati - AUSL Ferrara*

Dott. Anna Campi

Direttore U.O Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale AUSL FE

Dott. Angela Benini

Responsabile Farmacovigilanza AUSL Ferrara

Ferrara, 2 Aprile 2011

Rete Sole

Progetto SOLE

Regione Emilia Romagna

Sanità On LinE

La rete dei medici di famiglia dell'Emilia Romagna

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Anno 2011

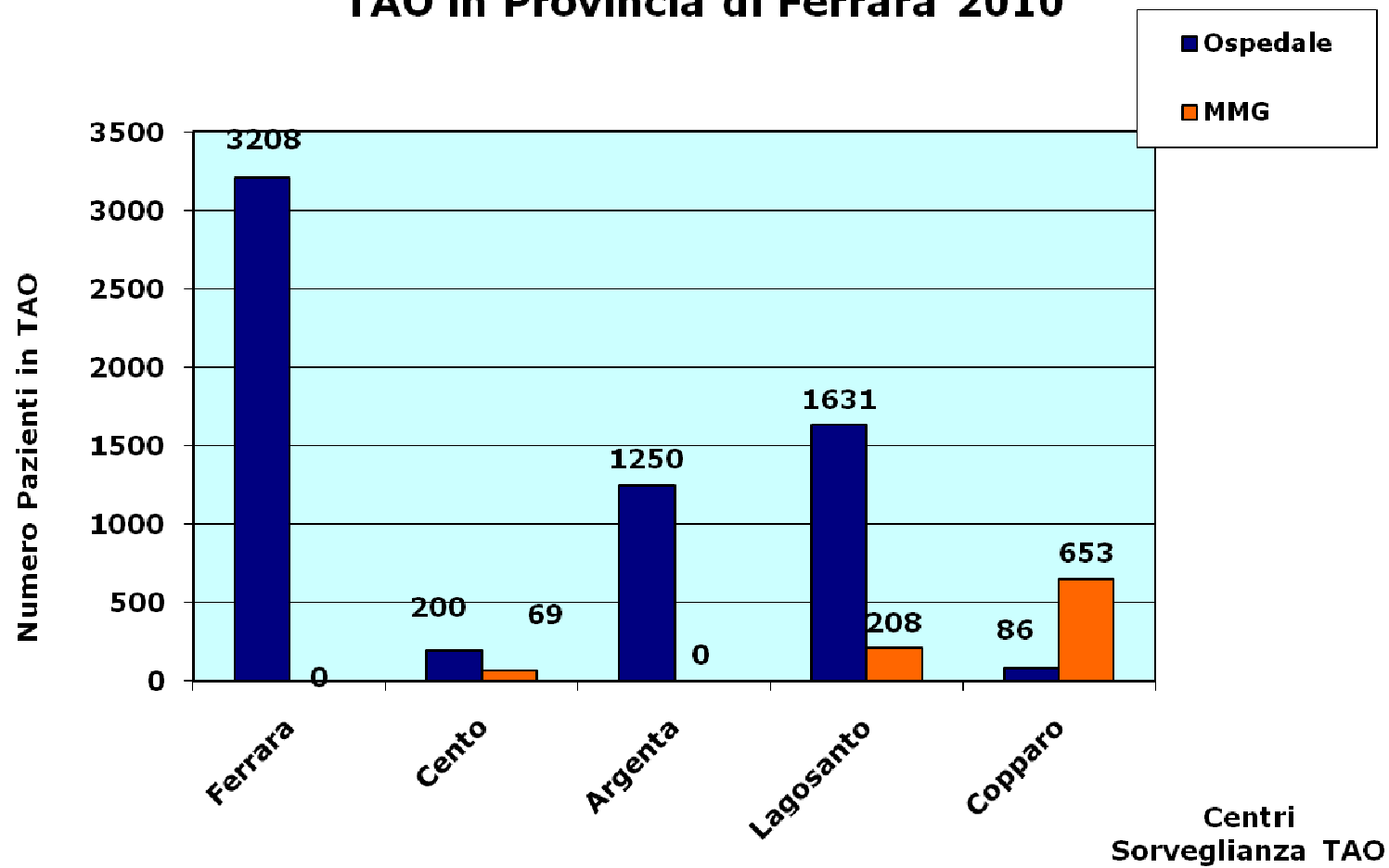
Valori Assoluti determinazioni

Residenti
Prov. Ferrara

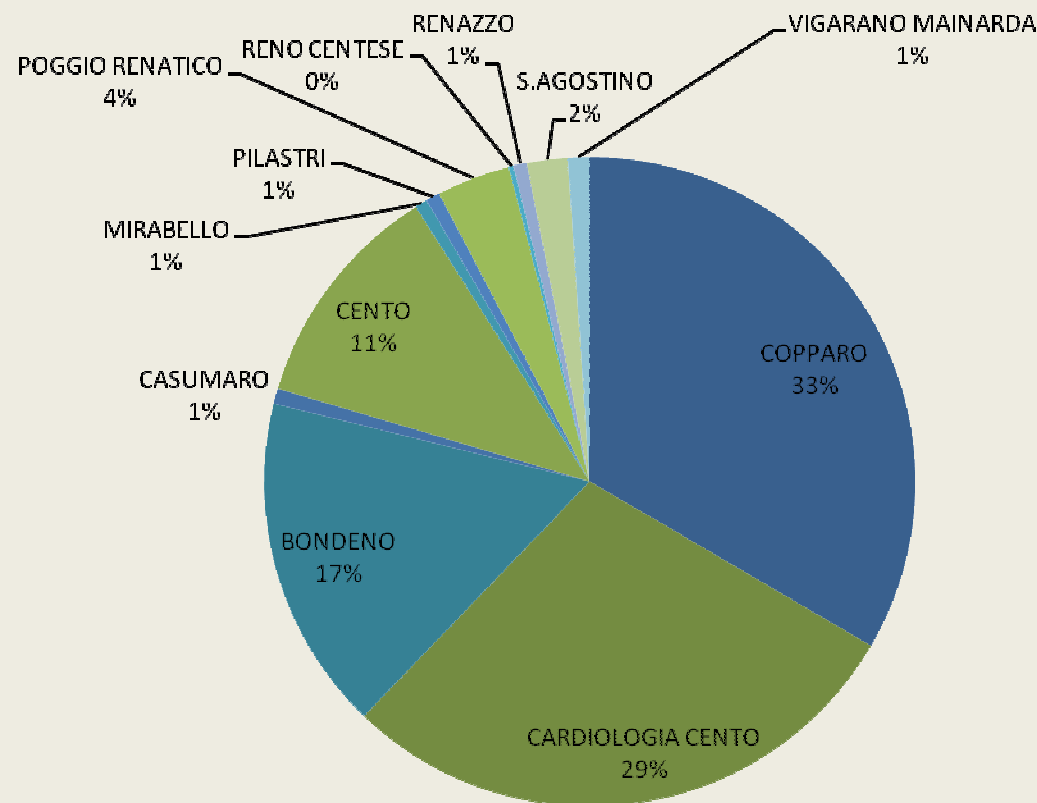
Comune di residenza assistito	90.75.4 - PT
ARGENTA	7.148
BERRA	2.611
BONDENO	6.464
CENTO	10.533
CODIGORO	4.077
COMACCHIO	7.789
COPPARO	8.793
FERRARA	66.305
FORMIGNANA	1.129
GORO	1.647
JOLANDA DI SAVOIA	1.722
LAGOSANTO	1.986
MASI TORELLO	1.001
MASSA FISCAGLIA	1.419
MESOLA	2.814
MIGLIARINO	1.369
MIGLIARO	879
MIRABELLO	1.338
OSTELLATO	2.319
POGGIO RENATICO	3.609
PORTOMAGGIORE	4.210
RO	1.735
SANT'AGOSTINO	2.203
TRESIGALLO	2.344
VIGARANO MAINARDA	3.195
VOGHIERA	1.829
TOTALE COMPLESSIVO	150.468

Residenti al 31/12/2011	N° Det. PT / 1000 residenti
22.553	317
5.216	501
15.283	423
35.770	294
12.525	326
23.132	337
17.163	512
135.444	490
2.815	401
3.911	421
3.047	565
5.008	397
2.381	420
3.615	393
7.133	395
3.721	368
2.241	392
3.527	379
6.487	357
9.743	370
12.361	341
3.408	509
7.152	308
4.582	512
7.626	419
3.842	476
359.686	418

TAO in Provincia di Ferrara 2010



TAO Ferrara-Cento



2011 - anno Conteggio Richieste

Le non "Cardiologia di Cento" gestite dal MMG

I nuovi anticoagulanti orali

- **Dabigatran**: inibitore orale diretto della trombina
posologia due al di, scarsissima interferenza con cibo e farmaci,
no monitoraggio di laboratorio
- **Rivaroxaban**: inibitore orale diretto del fattore Xa
posologia uno al di, scarsissima interferenza con cibo e
farmaci,
no monitoraggio di laboratorio

NO →



Criticita' e opportunità

La discrepanza tra le effettive indicazioni delle linee guida e l'utilizzo degli esami di controllo potrebbe creare una barriera nella collaborazione fra lo specialista e il MMG e ricadere sulla qualità delle cure prestate al paziente.

Questi problemi potrebbero essere risolti stendendo percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) da concordarsi localmente tra ospedale/specialisti e MMG.

La terapia anticoagulante orale con dicumarolici (TAO) può essere gestita dall'Ospedale, dal MMG, oppure da un centro specialistico referenziato, o da tutti e tre, in funzione delle caratteristiche del territorio e della sua organizzazione, oltre che della disponibilità dei medici e della loro competenza. (Vedi il Protocollo operativo AUSL decaduto)



DR. DAVIDE IMBERTI (REFERENTE AZIENDALE PER LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DELLA TROMBOSI E DELLA TROMBOFILIA)

Visita angiologica in urgenza per sospetta TVP

CRITERI DI ACCESSO:

sospetto clinico di TVP acuta (agli arti inferiori o superiori)

CRITERI DI ESCLUSIONE:

segni o sintomi riferibili ad embolia polmonare (in tal caso il paziente dovrà essere inviato in Pronto Soccorso).

Il paziente inviato a visita angiologica in urgenza dal Medico di Medicina Generale con la diagnosi di “sospetta TVP”, verrà sottoposto ai seguenti accertamenti:

- a) Visita medica con compilazione di cartella clinica
- b) Ecotomografia venosa/ecocolordoppler venoso
- c) Prelievo ematico per dosaggio dei D-Dimeri



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara
DA STICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Allegato 1

20 Maggio 2009

LINEE GUIDA PER LA PROFILASSI DEL TROMBO EMBOLISMO VENOSO (TEV)

La revisione delle precedenti Linee Guida (2004) per la profilassi della TEV è stata redatta seguendo le Raccomandazioni originali: *“Prevention of Venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians (ACCP) Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) CHEST, 2008 n133”*.

Le raccomandazioni contenute in questo documento sono indirizzate a gruppi di pazienti per i quali i benefici della profilassi superano i rischi ad essa connessi. Tuttavia la decisione di attuare la profilassi nel singolo paziente deve essere presa dal medico con consenso multidisciplinare (specialista chirurgo, cardiologo, anestesista, ecc) combinando le conoscenze espresse dalle raccomandazioni di questa Linea Guida (LG) con il giudizio clinico. In questa ottica il medico può discostarsi dalle raccomandazioni fornite dalle LG, tuttavia, l'allontanarsi in modo significativo dalle raccomandazioni dovrebbe essere documentato nella cartella clinica.

Rapporto MMG- ospedale/specialista

La collaborazione tra MMG e specialista inizia con la **lettera di dimissione**, che dovrebbe contenere tutte le informazioni necessarie e, conseguentemente, essere il punto di riferimento per la definizione degli obiettivi di salute, di cosa fare per conseguirli e di chi deve fare che cosa per raggiungerli. Nel caso della profilassi del TEV i dati necessari sono:

- il livello di rischio;
- i determinanti del rischio (reversibili e non reversibili);
- la terapia/profilassi consigliata (nel caso in cui la profilassi non venga prescritta in pazienti ad elevato rischio, la scelta va motivata);
- la durata della terapia stessa;
- la possibilità di eventuale sostituzione di una molecola con un'altra;
- l'eventuale necessità di controlli periodici e dove !!



Grazie



Copparo-Delizia Estense