



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Managementul transfuzional și de resuscitare volemăică al hemoragiilor ginecologice masive

Protocol clinic național

PCN-251

Chișinău, 2016

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 24.05.2016, proces verbal nr.2**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.512 din 25.06.2016
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Managementul transfuzional și
de resuscitare volemică al hemoragiilor ginecologice masive”**

Elaborat de colectivul de autori:

Serghei Șandru	d.ș.m., conferențiar universitar, șef catedră Anestezie și Reanimatologie Nr. 1 „Valeriu Ghereg”, USMF „Nicolae Testemițanu”
Corina Cardaniuc	conferențiar universitar, catedra Obstetrică și Ginecologi, USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Cebotari	Centrul Național de Transfuzie a Sîngelui, Catedra Oncologie, Hematologie și radioterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Chesov	asistent universitar, catedra Anestezie și Reanimatologie Nr. 1 „Valeriu Ghereg” USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavîi	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Ghenadie Curocichin	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Adrian Belîi	d.h.ș.m., profesor universitar, catedra Anesteziologie și Reanimatologie “Valeriu Ghereg”, USMF “Nicolae Testemițanu”
Stelian Hodorogea	d.ș.m., conferențiar universitar Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF “Nicolae Testemițanu”
Victor Petrov	d.ș.m., conferențiar cercetator., IMSP Institutul Mamei și Copilului

CUPRINS

LISTA ABREVIERILOR	5
PREFAȚĂ	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	6
A.1. Diagnostic	7
A.2. Codul bolii	7
A.3. Utilizatori	7
A.4. Scopul protocolului	7
A.5. Data elaborării protocolului	7
A.6. Data revizuirii protocolului	7
A.7. Lista autorilor și recenziților	7
A.8. Definiții folosite în document	7
A.9. Date epidemiologice	8
B. PARTEA GENERALĂ	9
B.1. Nivelul de asistență medicală primară.	9
B.2. Nivelul instituțiilor de asistență medicală de urgență	10
B.3. Unitățile Primirii Urgențe (UPU) (sau Departamentul Medicină Urgentă – DMU)	10
B.4. Nivelul instituțiilor de asistență medicală spitalicească	11
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	14
C.1.1. Algoritm de management al hemoragiilor uterine acute	14
C.1.2. Algoritm de management procedural al hemoragiile uterine acute	15
C.1.3. Algoritm de transfuzie masivă în hemoragiile ginecologice severe	16
C.1.4. Algoritm de selectarea testelor de laborator în perioada preoperatorie pentru evaluarea sistemului de hemostază.	17
C.1.5. Algoritm de diagnostic ROTEM (adaptat) ^a .	18
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	19
C.2.1. Factorii de risc și cauzele hemoragiilor obstetricale severe	19
C.2.2. Screening și profilaxie	19
C.2.3. Estimarea pierderilor sanguine	20
C.2.4. Diagnosticul cauzei hemoragiei	20
C.2.5. Management	20
C.2.5.1. Management general	20
C.2.5.2. Principiile managementului de resuscitare	21
C.2.5.3. Managementul anticoagulantelor	23
C.2.5.4. Managementul medical.	24
C.2.5.5. Managementul anestezic în hemoragiile severe ginecologice	25
C.2.5.6. Monitorizarea parametrilor clinici și paraclinici	25
C.2.5.7. Criteriile de eficiență a tratamentului transfuzional și de resuscitare volemică	26

^aH. Lier; M. Vorweg; A. Hanke; K. Görlinger, Thromboelastometrie-gesteuerte Therapie massiver Blutungen – Algorithmus der Essener Runde Hämostaseologie 2013; 33: 51–61 doi:10.5482/HAMO-12-05-0011-175

C.2.5.8. Indicatori de prognostic nefavorabil	26
C.2.6. Transferul pacientelor cu hemoragie ginecologică masivă	26
C.2.7. Managementul termic	27
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	28
D.1. Pentru instituțiile de AMP	28
D.2. Pentru echipele AMU profil general și specializat 903, AVIASAN	28
D.3. Unități Primiri Urgențe (sau Departamentul Medicină Urgentă –DMU)	28
D.4. Secția reanimare/terapie intensivă	28
D.4. Secțiile specializate ale spitalelor raionale, municipale și republicane	29
E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI	30
ANEXE	31
BIBLIOGRAFIA	47

ABREVIERI FOLOSITE

A5, A10	Amplituda la 5/10 min după timpul de coagulare
AMP	Asistența medicală primară
AMU	Asistența medicală de urgență
AON	Anticoagulante orale noi
APTEM	Test de tromboelastometrie rotațională ce utilizează aprotinina și factorul tisular recombinant drept catalizator al activării.
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
AVK	Antagonist vitamina K
CaO₂	Conținutul de oxigen în sângele arterial
CCP	Concentrat de complex de protrombină
CE	Concentrat eritocitar, toate tipurile (CEDL, CEDLAD, CEA, CED)
CPL	Concentrat de plachete (trombocite), toate tipurile (CPL, AMCPL, CPLA)
CPF8	Crioprecipitat
CFT	Timpul de formare a trombului (numit timpul K)
CID	Coagulare Intravasculară Diseminată
CLI 30/60	Indicele de liză a trombului la 30/60 min.
CT	Timp de coagulare
DMU	Departament Medicină de Urgență
DO₂	Aportul de oxigen
ECG	Electrocardiograma
EXTEM	Tromboelastometria extrinsecă - test ce utilizează factorul tisular recombinant ca activator amplificatory
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FIX	Factor IX de coagulare
FIBTEM	Tromboelastometria fibrinogenului - test ce utilizează factorul tisular ca activator amplificator și citocalasina D ca inhibitor plachetar
FR	Frecvența respiratorie
FX	Factor X de coagulare
Hb	Hemoglobina
HEPTEM	Test de tromboelastometrie rotațională ce utilizează heparinaza și acidul elagic drept catalizator al activării
HMMM	Heparine cu masa moleculară mică
HNF	Heparină nefracționată
Ht	Hematocrit
INTEM	Test de tromboelastometrie intrinsecă ce utilizează acidul elagic ca amplificator al activării.
INR	Raportul Internațional Normalizat
IV	Intravenos
MCF	Fermitatea maximă a trombului
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
POC	Point of care – analize la patul pacientului
PPC	Plasmă proaspăt congelată
PVC	Presiunea venoasă centrală
RCP	Resuscitare cardio-pulmonară
rFVIIa	Factor VII recombinat activat
ROTEM	Tromboelastometrie rotațională
SaO₂	Saturația oxigenului în sângele arterial
ScvO₂	Saturația venoasă centrală
SpO₂	Saturație periferică în oxigen
TA	Tensiunea arterială

TEG	Tromboelastografie
TI	Terapie intensivă
TLS	Teste de laborator standard
TP	Timpul de protrombină
TRC	Timpul de reumplere capilară
UI	Unități Internaționale
Vit K	Vitamina K
VO₂	Consumul global de oxigen
VSC	Volum de sânge circulant

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova constituit din colaboratorii catedrelor Anesteziologie și Reanimatologie „Valeriu Ghereg” și Obstetrică și Ginecologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu”, cu suportul Asociației Swiss Red Cross din Republica Moldova.

Sângele și derivatele lui au o importanță terapeutică incontestabilă, datorită acțiunilor substitutive, hemostatice etc. După experiența de multe decenii în domeniul transfuziologiei, au fost decelate pe lângă avantajele incontestabile anumite riscuri și complicații asociate transfuziilor de componente sanguine. Pentru a se evita riscurile asociate și a se valorifica la maxim avantajele utilizării componentelor sangvine, au fost sugerate numeroase reguli ce se recomandă a fi respectate.

Protocolul clinic reprezintă recomandări de bună practică clinică bazate pe dovezile publicate până în prezent și este adresat specialiștilor medicali și echipelor multidisciplinare implicate în îngrijirea pacienților cu hemoragii ginecologice ce necesită un management transfuzional.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ^b

A.1. Diagnosticul: Hemoragie ginecologică severă

A.2. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie
- centrele de sănătate
- centrele medicilor de familie
- secțiile consultativ diagnostice
- asociațiile medicale-teritoriale
- secțiile de ginecologie\chirurgie din spitale raionale, municipale, republicane
- echipele AMU profil general și specializat 903
- secțiile de internare\ departament primiri urgente
- secțiile ATI ale spitalelor raionale, municipale și republicane
- la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

^bProtocolul vizează managementul transfuzional al hemoragiilor ginecologice și opțiunile terapeutice disponibile. Aspecte detaliate legate de cauze, factori de risc, diagnostic, tratament, tactică ginecologică și chirurgicală depășesc scopurile protocolului în cauză. Pentru elucidarea acestor subiecte recomandăm consultarea ghidurilor specializate ale societăților de obstetrică și ginecologie

A.3. Scopurile protocolului:

- Standardizarea și creșterea calității managementului transfuzional al hemoragiilor ginecologice severe;
- Diminuarea reacțiilor adverse și costurilor asociate transfuziilor, hemoragiilor și anemiei;
- Diminuarea variațiilor în practica medicală;
- Aarmonizarea practicii medicale naționale cu principiile medicale acceptate la nivel internațional;
- Diminuarea morbidității și mortalității asociate cu hemoragiile ginecologice masive.

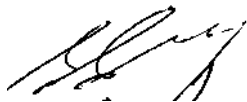





A.4. Data elaborării protocolului: 2016

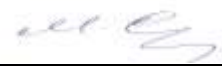

A.5. Data următoarei revizuirii: 2018

A.6. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Serghei Șandru	Conferențiar universitar, dr. șt. med, șef catedră Anestezie și Reanimatologie Nr. 1 „Valeriu Ghereg”, USMF „Nicolae Testemițanu”
Corina Cardaniuc	conferențiar universitar, catedra Obstetrică și Ginecologi, USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Cebotari	Centrul Național de Transfuzie a Sîngelui, Catedra Oncologie, Hematologie și radioterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Chesov	asistent universitar, catedra Anestezie și Reanimatologie Nr. 1 „Valeriu Ghereg” USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea instituției	Persoana responsabilă - semnătura
Societatea Anesteziologilor și Reanimatologilor din Republica Moldova	
Seminarul științific. Profilul: 321. <i>Medicină generală</i> Specialitatea: 321. 15. <i>Obstetrică și ginecologie</i>	
Seminarul științific. Profilul: 321. <i>Medicină generală</i> Specialitatea: 321. 26. <i>Urgențe Medicale;</i> 321. 19. <i>Anesteziologie și terapie intensivă</i>	
Asociația medicilor de familie	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	

Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.7 Definiții folosite în document:

Hemoragia ginecologică reprezintă sângerarea excesivă a tractului reproductiv feminin.

Hemoragia uterină acută nelegată de sarcină este definită drept sângerare "suficientă în volum" pentru ca să necesite intervenție de urgență.

Hemoragie ginecologică masivă: o sângerare >2000 ml., sau o rată a pierderii sanguine de 150 ml/min, sau o pierdere a 50% din volumul saanguin total într-un interval de timp de 3 ore, sau o descreștere a nivelului hemoglobinei cu peste 40 g/l, sau o sângerare acută care necesită transfuzie a >4 unități de CE, instabilitate hemodinamică tradusă prin tensiune sistolică <80 mmHg, tensiunea diastolică <50 mmHg, frecvență cardiacă > 115 bătăi/min, o hemoragie ce necesită utilizarea a mai mult de un absorbant/tampon pe oră.

Management transfuzional al hemoragiilor: transfuzia de componente sangvine și terapii adjuvante.

Transfuzie sangvină perioperatorie presupune transfuzia de sânge și componente sanvine în perioada pre-, intra- și postoperatorie.

Componente sangvine: concentrat eritrocitar, concentrat de plachete, crioprecipitat, plasmă proapăt congelată (ANEXA 8 și ANEXA 9), concentrat de complex de protrombină, concentrat de fibrinogen.

Terapii adjuvante: terapii, medicamente, tehnici menite să reducă sau să prevină pierderile sangvine perioperatorii și necesarul de de transfuzii de sânge și componente sangvine.

Cell Salvage: recuperarea sângelui în timpul intervenției chirurgicale sterile și reinfuzarea ulterioară a acestuia - metodă de transfuzie autologă intraoperatorie

Transfuzie masivă: administrarea a ≥ 10 unități de concentrat eritrocitar timp de 24 ore/transfuzia a 4 unități de concentrat eritrocitar timp de 1 oră/suplinirea a 50% din volumul de sânge circulant cu produși sanguini timp de 3 ore.

Protocol multimodal: strategie ce constă dintr-un „lanț” predefinit de acțiuni cu scopul de a reduce pierderile sangvine și necesitatea de transfuzie.

A.8. Date epidemiologice

Hemoragiile uterine patologice reprezintă o problemă de sănătate publică, cu o prevalență de 10-30% printre femeile de vârstă reproductivă, o etiologie multifactorială și un management complex. Prin incidența lor ridicată, etiopatogenia extrem de variată, aspectele clinice multiple și potențialul ridicat al complicațiilor, dificultățile de diagnostic și multitudinea metodelor terapeutice, hemoragiile ginecologice constituie o patologie cu calificativ de urgență în practica ginecologică, cu un impact major asupra calității vieții pacientelor. Conform datelor publicate de NICE, hemoragiile ginecologice afectează până la 30% din femeile de vârstă reproductivă, având un impact major asupra calității vieții acestora cu interferențe psihice, sociale, emoționale și materiale. Astfel, calitatea vieții pacientelor cu hemoragii uterine anormale este sub a 25-a percentilă comparativ cu cea a populației feminine generale de vârstă similară.

Conform datelor literaturii de specialitate, hemoragiile ginecologice reprezintă o problemă ginecologică majoră și sunt responsabile de 33% din totalitatea adresărilor în serviciile medicale de urgență, fiind una din cele mai frecvente provocări diagnostice și terapeutice cu care se confruntă medicii ginecologi. Prevalența hemoragiilor ginecologice crește odată cu vârsta, iar 25-50% din intervențiile chirurgicale sunt efectuate pentru tratamentul acestora. În plus, hemoragiile uterine sunt responsabile de 80-90% din chiuretajele uterine efectuate în afara

sarcinii. Mai mult decât atât, hemoragiile ginecologice severe reprezintă cauza cea mai frecventă a anemiei feriprive în țările dezvoltate și cauza

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară Centrele de sănătate (medicii de familie) – etapa prespital

Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Examen primar	Acordarea imediată a asistenței medicale de urgență și transferul pacientelor în instituțiile medicale specializate va asigura prevenirea complicațiilor severe asociate cu hemoragiile ginecologice masive.	<ul style="list-style-type: none"> - Notarea orei adresării inițiale - Anamneza țintită (Anexa 3) - Examen clinic primar: - Aprecierea gradului de severitate clinică a hemoragiei - Transfer cu echipa AMU în instituția medicală specializată.
2. Tratament		
2.1. Acordarea primului ajutor medical la locul adresării	<ul style="list-style-type: none"> - Reducerea pierderii sanguine; - Prevenirea riscului de apariție a complicațiilor. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea/Reevaluarea ABCDE (vezi protocol resuscitare cardio-pulmonara) În caz de lipsă a respirației spontane și activității cardiace evaluarea se limitează la ABC, imediat se inițiază RCP. - Aprecierea gravității pacientei și gradului de urgență (clasificarea „Color Cod” Anexa 1). - Regim de repaos deplin, cu poziționarea pacientei în decubit dorsal cu membrele inferioare ridicate^c la 15⁰. ➤ Monitorizarea semnelor vitale: <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura - Tensiunea arterială - Pulsul/Frecvența cardiacă: rata, volumul, regularitatea - Respirația: rata, intensitatea și ritmul. - SpO₂ - TRC - Diureza (dupa caz) ➤ Monitorizarea gradului de sedare/ agitare – Scala de Agitare - Sedare Richmond (Anexa 2) ➤ Oxigeno-terapii ➤ Asigurarea abordului venos la locul unde a fost stabilit diagnosticul. ➤ Resuscitare volemică. ➤ Rata și volumul fluidelor administrate vor fi ghidate de evoluția clinică a pacientei. ➤ Se va considera administrarea de Acidum tranexamicum.

^cManevra de ridicare a membrilor inferioare este controversată, eficiența acesteia fiind dubioasă.

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cateterizarea vezicii urinare (asigurandu-se condiții de asepsie). ➤ Managementul termic (caseta 14).
3. Transportare la spital (prin serviciul AMU)	Transportarea rapidă a pacientei la spital va micșora riscul de apariție a complicațiilor.	Obigatoriu: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitarea serviciului AMU (903); - Transfer în instituția medicală specializată după stabilizarea pacientei. (caseta 13)

B.2. Nivelul instituțiilor de asistență medicală de urgență echipele de AMU profil general și specializat 903, AVIASAN

Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Examen primar.	Acordarea imediată a asistenței medicale de urgență și transferul pacienților în instituțiile medicale specializate va asigura prevenirea complicațiilor severe asociate cu hemoragiile ginecologice masive.	<ul style="list-style-type: none"> - - Notarea orei adresării inițiale - Anamneza țintită (Anexa 3) - Examen clinic primar: - Aprecierea gradului de severitate clinică a hemoragiei - Transfer cu echipa AMU în instituția medicală specializată.
2. Tratament		
2.1. Acordarea primului ajutor medical (dacă nu s-a efectuat)	Reducerea pierderii sanguine; Transportarea cât mai rapidă a pacientei la spital va micșora riscul de apariție a complicațiilor.	Obigatoriu: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea/Reevaluarea ABCDE(vezi protocol resuscitare cardio-pulmonara) În caz de lipsă a respirației spontane și a activității cardiace evaluarea se limitează la ABC, imediat se inițiază RCP. - Aprecierea gravității pacientei și a gradului de urgență (clasificarea „Color Cod” Anexa 1). - Regim de repaos deplin, cu poziționarea pacientei în decubit dorsal cu membrele inferioare ridicate^d la 15⁰. ➤ Monitorizarea semnelor vitale (caseta 10): <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura - Tensiunea arterială verificată intermitent (monitor semne vitale) - EKG continu (monitor de semne vitale) - Pulsul/Frecvența cardiacă: rata, volumul, regularitatea - Respirația: rata, intensitatea și ritmul. - SpO2 - TRC - Diureza (dupa caz) ➤ Monitorizarea gradului de sedare/ agitare – Scala de Agitare - Sedare Richmond (Anexa 2) ➤ Oxigeno-terapie - oxigen 100%

^dManevra de ridicare a membrelor inferioare este controversată, eficiența acestora fiind dubioasă.

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asigurarea abordului venos: 2-3 linii venoase largi (14-16-18G), la locul unde a fost stabilit diagnosticul. ➤ Resuscitare volemică: administrare intravenoasă de fluide încălzite, preferențial soluții cristaloide balansate. ➤ Rata și volumul fluidelor administrate vor fi ghidate de evoluția clinică a pacientei. ➤ Se va considera administrarea de Acidum tranexamicum. ➤ Cateterizarea vezicii urinare (asigurându-se condiții de asepsie). ➤ Managementul termic. (caseta 1)
3. În funcție de condițiile clinice: - transfer la unități specializate prin serviciul 903 sau AVIASAN	Transportarea pacientei pentru asistența medicală specializată în volum deplin.	Obligatoriu: - Stabilizarea pacientei - Transportarea în condiții de securitate : suport volemic și respirator, O2. - Monitoring-ul semnelor vitale pe perioada transportării. (caseta 10)

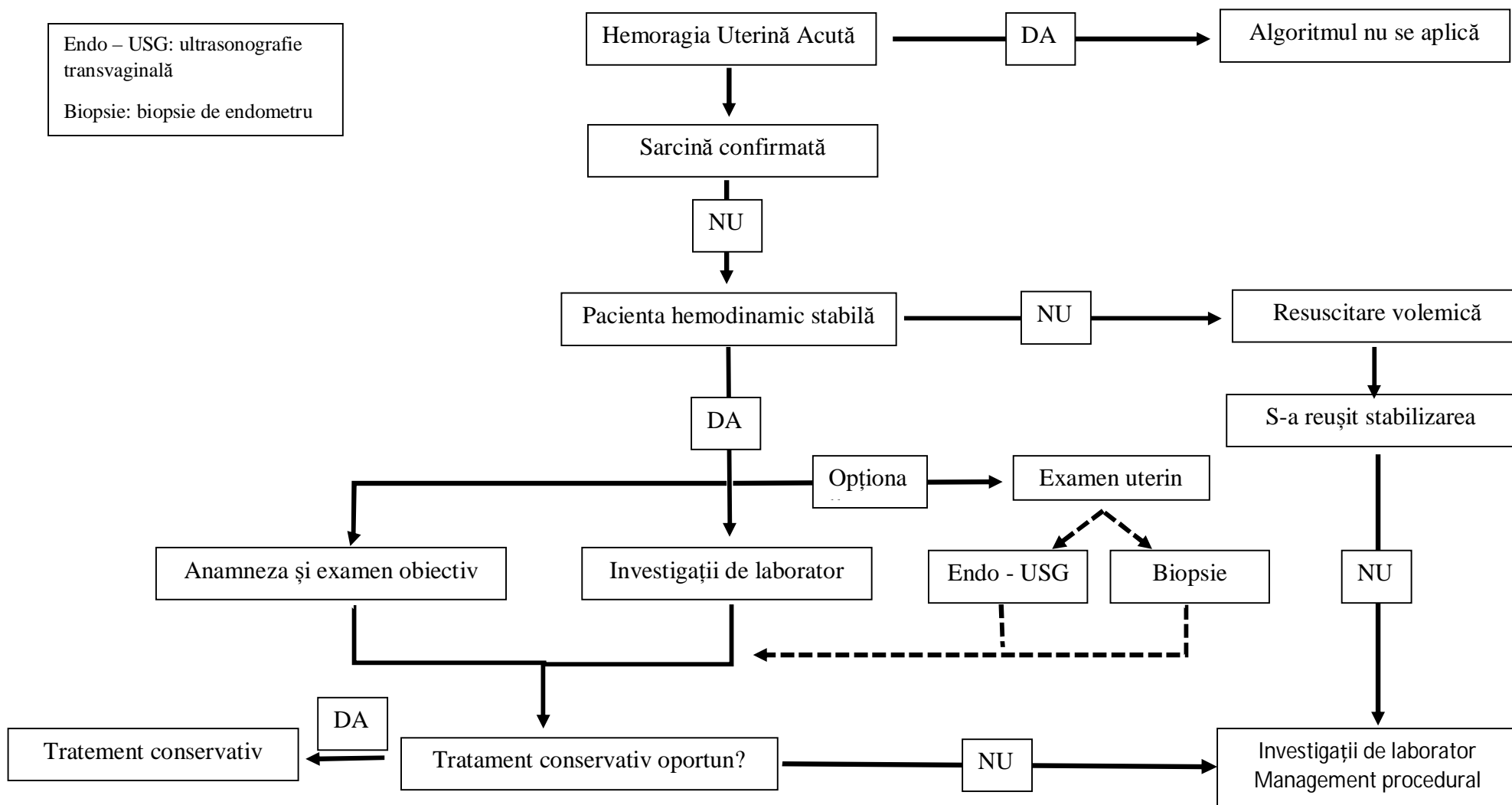
B.3. Nivelul instituțiilor de asistență medicală spitalicească Secția de internare, Departamentul Medicină Urgentă (DMU), secția profil ginecologie/chirurgie, secția Terapie Intensivă/Reanimare,		
Descriere	Motivele	Pași
Evaluare rapidă și atitudinea terapeutică imediată inițială	Aprecierea severității stării pacientei, stabilirea și inițierea intervențiilor necesare pentru prevenirea compromiterii pacientei	Obligator: 1.Tratamentul pacientelor cu hemoragie severă și instabilitate hemodinamică va fi inițiat în secția pe care se află pacienta.
1. Diagnostic		
2.1. Examen primar	Diagnosticarea precoce a hemoragiei ginecologice severe permite inițierea promptă a tratamentului și reducerea ratei de dezvoltare a complicațiilor.	Obligator: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Obținerea informației anamnestice de la pacientă/membrii familiei/martori ➤ Evaluarea/Reevaluare completă a stării pacientei utilizând abordarea structurată ABCDE - În caz de lipsă a respirației spontane și a activității cardiace evaluarea se limitează la ABC, imediat se inițiază RCP. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprecierea gravității stării pacientei și a gradului de urgență (clasificarea „Color Cod” Anexa 1).
2.2. Investigații paraclinice/de laborator	Stabilirea severității, etiologiei, complicațiilor pentru determinarea conduitei ulterioare.	Obligator: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Grupul sanguin și compatibilitatea sanguină pretransfuzională; ➤ Testul de sarcină (la pacientele de vârstă

		<p>reproductivă)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hemoleucograma cu trombocite; ➤ Profilul de coagulare: <p>Se va da preferință testelor POC (ROTEM, TEG) pentru ghidarea intervențiilor hemostatice (rezultat rapid, monitorizare continuă ≤60 min., reflectă dereglările de coagulare).</p> <p>În lipsa POC vor fi utilizate teste de laborator standard: TP, TTPA, INR,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fibrinogen ➤ D-dimeri ➤ Probele renale ➤ Echilibrul electrolitic (inclusiv Ca ionizat) ➤ Echilibrul acido-bazic ➤ Probe hepatice ➤ Analiza gazelor sangvine ➤ Teste pentru boala von Willebrand: <ul style="list-style-type: none"> - antigenul anti von Willebrand - activitatea de cofactor al ristocetinei - activitatea factorului VII ➤ Fierul seric, capacitatea totală de legare a fierului, feritina serică ➤ Investigații speciale în funcție de cauza primară a hemoragiei: examen pelvin, USG transvaginală, chiuretaj/biopsie de endometru, etc.
2. Tratament		
2.1. Acordarea urgentă a asistenței medicale de susținere și stabilizare a funcțiilor vitale (dacă n-a fost efectuat anterior)	Acordarea promptă a asistenței medicale va preveni deteriorarea stării generale după transportare	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obligatoriu: ➤ Solicitare de ajutor ➤ Poziționarea pacientei în decubit dorsal, cu membrele inferioare ridicate^b la 15° ➤ Monitorizarea parametrilor vitali <ul style="list-style-type: none"> - Obligator: <ul style="list-style-type: none"> Tensiunea arterială Frecvența Contractiilor Cardiace Pulsul Saturația cu oxigen Electrocardiografia TRC Temperatura Debit urinar Analiza gazelor sangvine - După caz <ul style="list-style-type: none"> Oximetrie cerebrală Saturația venoasă centrală Variația volumului bătaie Variația presiunii pulsului ➤ Monitorizarea gradului de sedare/agitare – Scala

		<p>de Agitare - Sedare Richmond. (Anexa 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluarea volumului hemoragiei. (Casetă 4) ➤ Cateterizarea vezicii urinare. ➤ Abordare interdisciplinară – echipa medicală va fi compusă din obstetrician-ginecolog, anesteziolog experimentați, hematolog. <ul style="list-style-type: none"> - Managementul resurselor în situații de criză (Anexa 6) ➤ Solicitați/asigurați disponibilitatea resurselor umane suplimentare. ➤ Alertarea laboratorului, secției/cabinetului de transfuzie a sângelui/bancii de sânge, blocului chirurgical, ATI. ➤ Inițierea măsurilor de resuscitare volemică: administrare intravenoasă de fluide încălzite, preferențial soluții cristaloide balansate, infuzie rapidă. ➤ Rata și volumul infuziei vor fi ajustate în funcție de evoluția clinică a pacientei. ➤ Se va considera administrarea de produse sanguine. ➤ Asigurați accesul venos (2-3 linii venoase 14-16-18 G) la locul unde a fost stabilit diagnosticul (dacă lipsesc). ➤ Inițial, preferință se va accorda canulelor venoase periferice. ➤ La necesitate se va asigura abord venos central. ➤ Colectarea simultană a analizelor de laborator. ➤ Stabilirea etiologiei hemoragiei ginecologice. (Casetă 2, 5) <p>Transfer în secția ATI sau blocul chirurgical pentru intervenție chirurgicală de urgență.</p>
2.2	Tratamentul specific în funcție de cauza hemoragiei ginecologice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratament medicamentos specific cauzei, hormonal sau nonhormonal ➤ Manopere ginecologice: balon intrauterin, înlăturare/rezecție histeroscopică, chiuretaj uterin, ablație de endometru, etc. ➤ Intervenție chirurgicală/endovasculară
3. Transportarea în secția reanimare/TI sau bloc operator	Pentru asistența medicală specializată în volum deplin.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilizarea pacientei; - Transfer în secția ATI sau blocul chirurgical pentru intervenție chirurgicală de urgență. (Casetă 13)

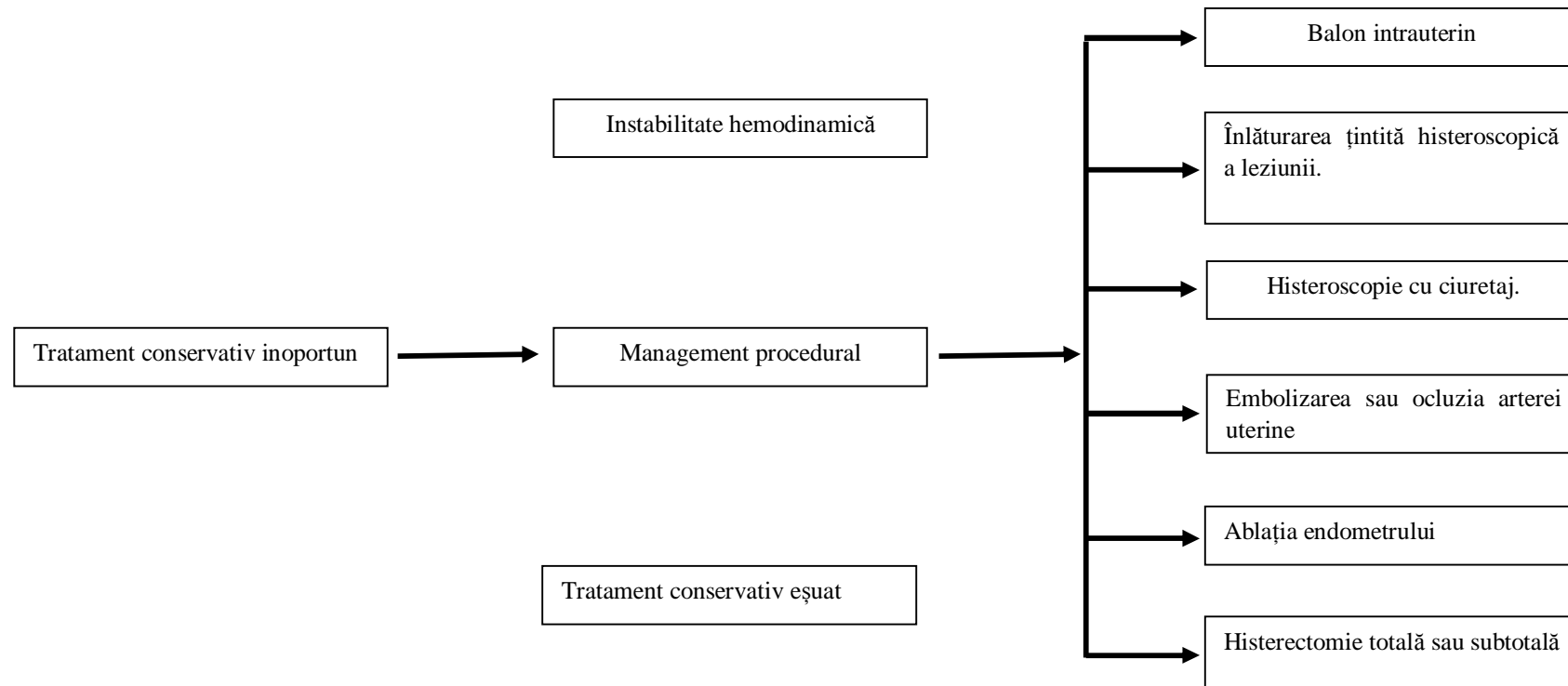
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm de management al hemoragiei uterine acute^e



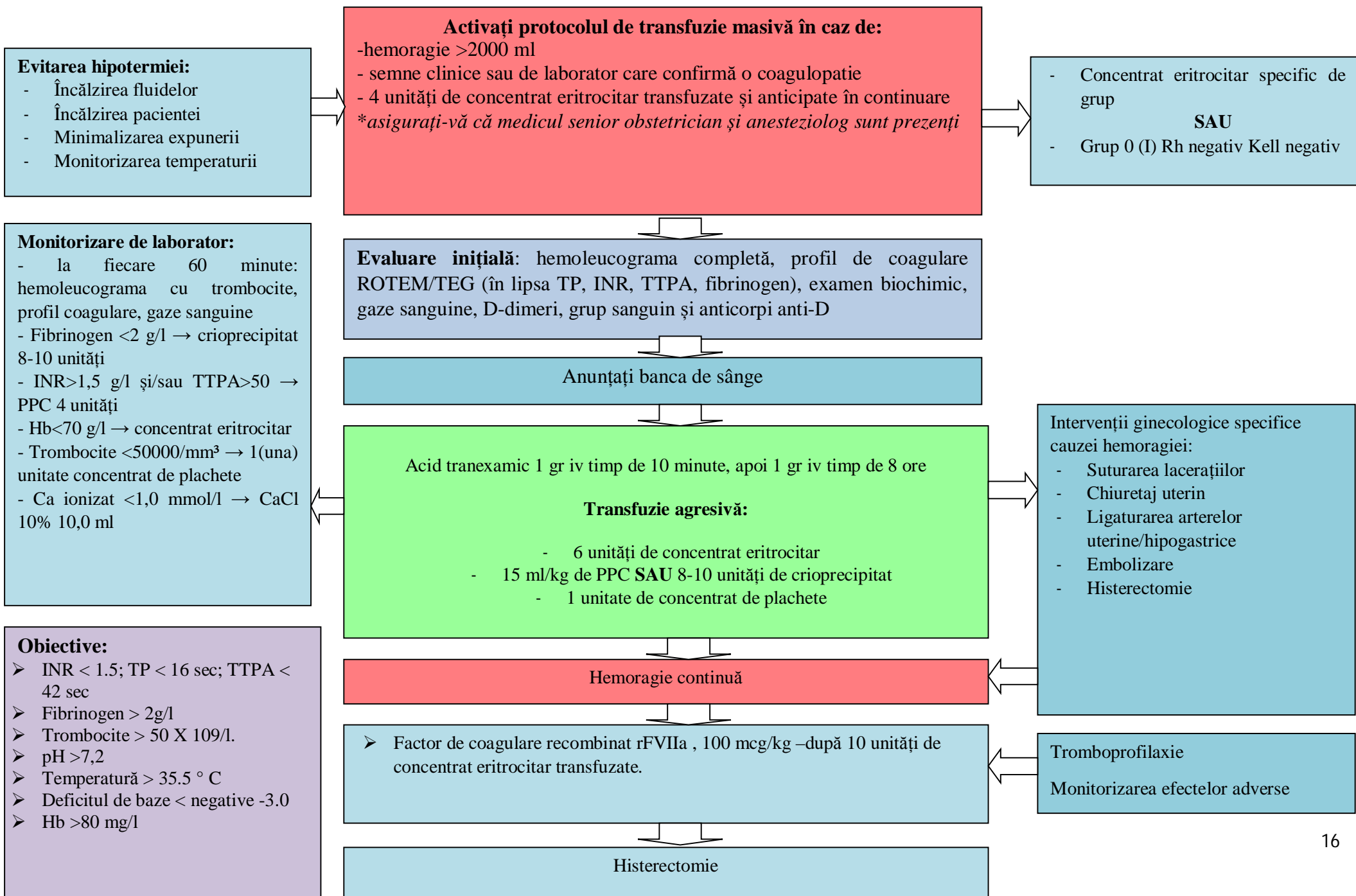
^eMunro M. Acute Uterine Bleeding Unrelated to Pregnancy: A Southern California Permanente Medical Group Practice Guideline. Perm J. 2013 Summer; 17(3): 43–56.

C.1.2. Algoritm de management procedural al hemoragiei uterine^f

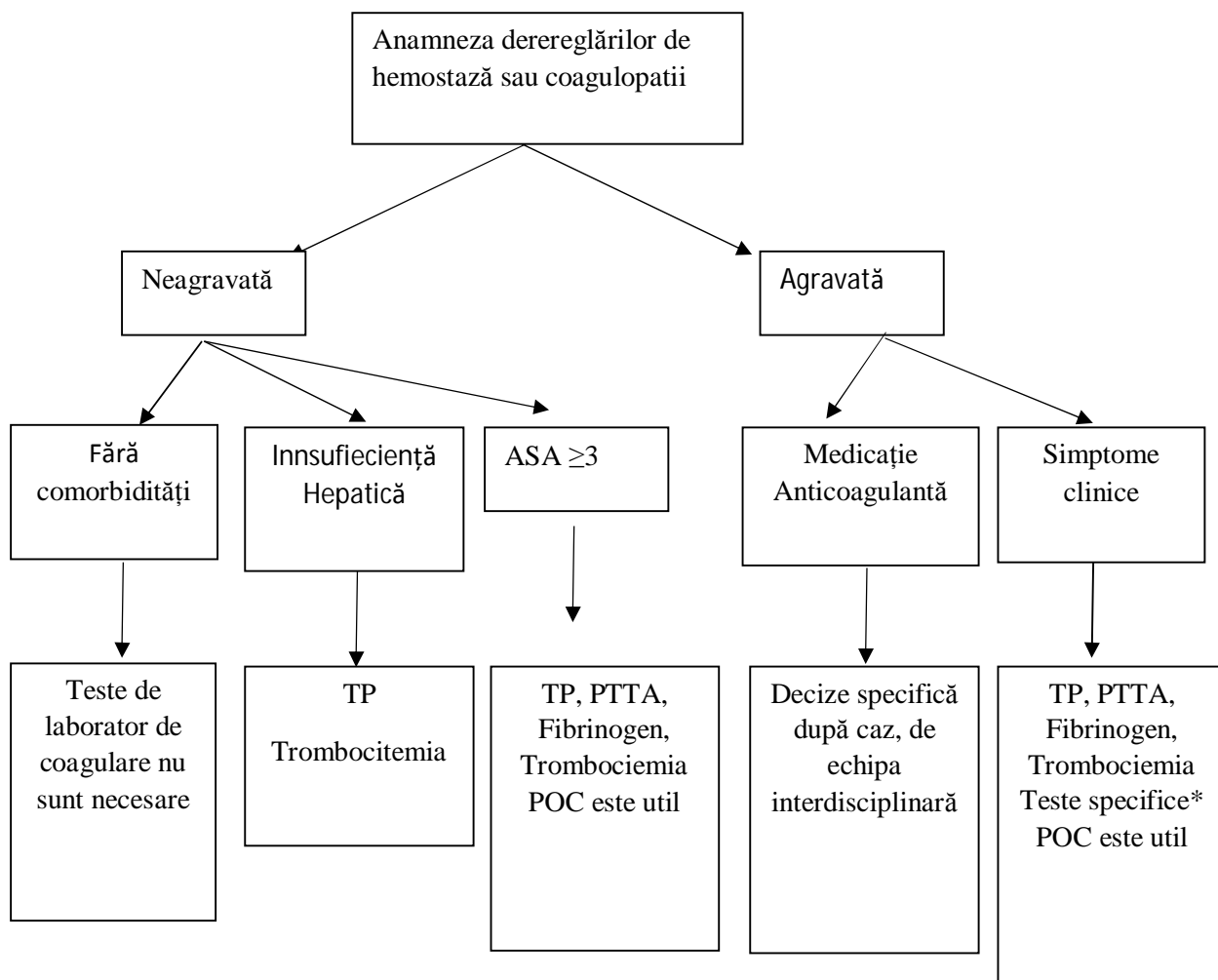


^fMunro M. Acute Uterine Bleeding Unrelated to Pregnancy: A Southern California Permanente Medical Group Practice Guideline. Perm J. 2013 Summer; 17(3): 43–56

C.1.3. Algoritm de transfuzie masivă în hemoragiile ginecologice severe



C.1.4. Algoritm de selectarea testelor de laborator în perioada preoperatorie pentru evaluarea sistemului de hemostază.

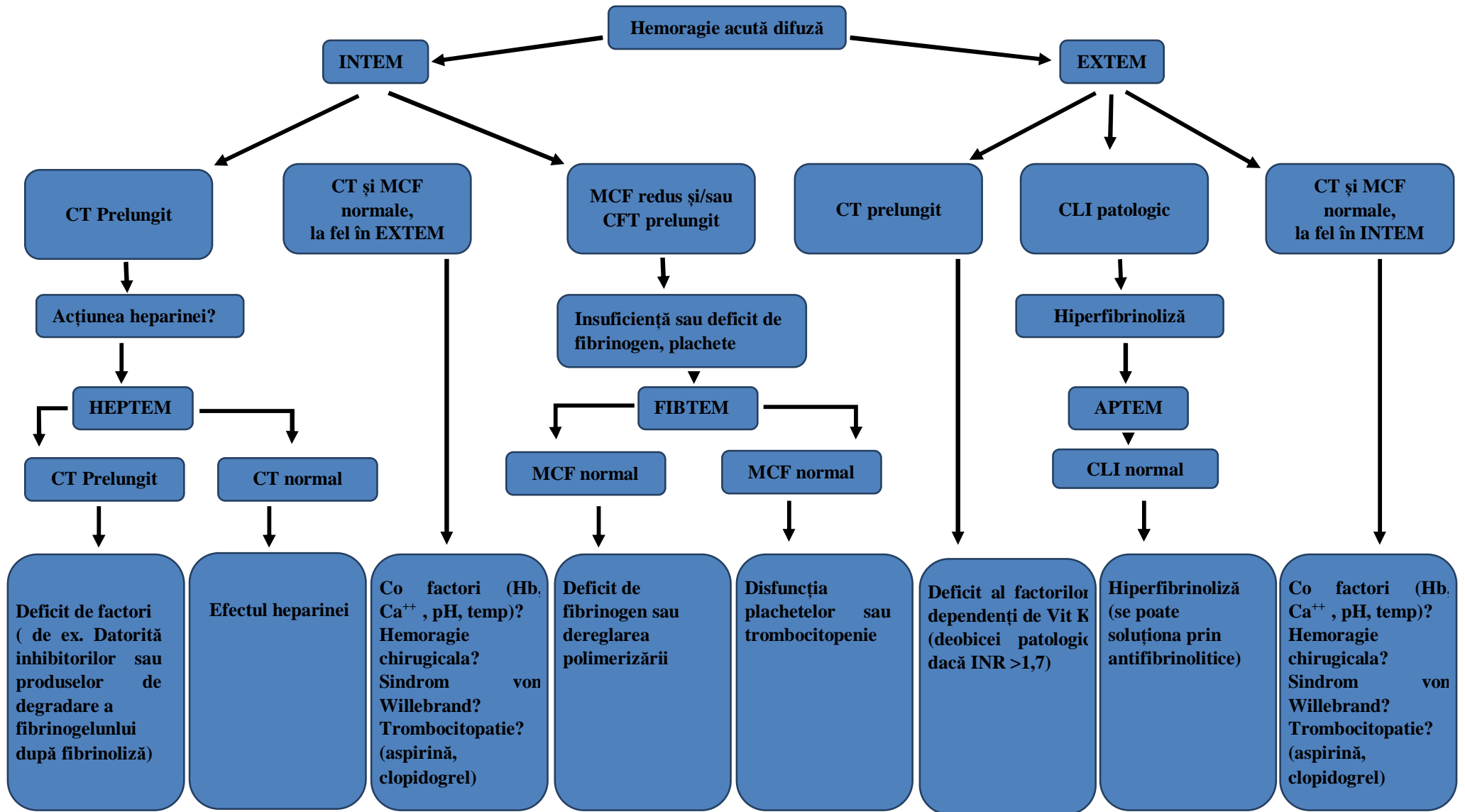


*la pacienții cunoscuți cu coagulopatii, de exemplu activitatea factorului VIII în hemofilie

TP timp de trombină

PTTA – Timpul de tromboplastină parțial activat

C.1.5. Algoritm de diagnostic ROTEM (adaptat) ⁹.



⁹H. Lier; M. Vorweg; A. Hanke; K. Görlinger, Thromboelastometrie-gesteuerte Therapie massiver Blutungen – Algorithmus der Essener Runde Hämostaseologie 2013; 33: 51–61 doi:10.5482/HAMO-12-05-0011-175

C.2. DESCRIEREA TEHNICILOR, METODELOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Factorii de risc și cauzele hemoragiilor gineologice masive

Caseta 1.

Cauzele hemoragiilor gineologice:

- Disfuncții ovulatorii
- Neoplasme:
 - Leiomiom uterin
 - Cancer endometrial
 - Cancer de col uterin
 - Hiperplazie endometrială
 - Polipi endometriali
- Traumatisme
- Coagulopatii
- Altele (adenomioză)

Alți factori de risc includ: antecedente de atonie uterină, antecedente de hemoragie perioperatorie, anemie severă, sângerări asociate cu lucrări dentare, epistaxis, sângerări gingivale, coagulopatii, etc.

C.2.2. Screening și profilaxie

Caseta 2.

Măsurile de profilaxie reprezintă una din etapele esențiale pentru îmbunătățirea asistenței medicale acordate femeilor cu risc de hemoragie gineologică severă, deoarece pot preveni complicațiile asociate cauzelor hemoragiilor gineologice, pot mări șansele de supraviețuire a femeilor și permit evitarea mortalității și morbidității severe pe termen lung. Sunt necesare:

- consultații gineologice regulate și identificarea factorilor de risc
- screeningul cancerelor genitale
- metode contraceptive
- utilizarea unui chestionar (check list) structurat de colectare a anamnezei cu identificarea pacienților cu risc pentru hemoragie gineologică și antecedente de hemoragie sau coagulopatii: diateze hemoragice severe (coagulopatie congenitală), hemoragii moderate (epistaxis, hematoame, peteșii, hemartroze, menoragie, hemoragie postpartum, cicatrizarea prelungită/patologică a plăgilor, hemoragie prelungită din plăgi habituale, extracție dentară, transfuzii masive anterioare, medicație anticoagulantă (analgetice, antitrombotice, dietă alimentară, alte medicamente) (27) **1C**
- TLS nu pot fi utilizate pentru a prezice o hemoragie intra- sau postoperatorie. Acestea au fost dezvoltate pentru monitorizarea terapiei anticoagulante. (28-31)
- informarea pacienților privind riscurile, legătura cu departamentele de ginecologie, telefoanele echipelor AMU.

Corijarea sindromului anemic prin administrare de preparate de fier, ceea ce permite diminuarea necesităților de transfuzie a produse sangvine și a volumelor de produse sanguine transfuzate. (32, 33) **1B** Autohemotransfuzia va fi considerată înaintea intervenției electivă numai dacă există suficient timp pentru recuperarea sindromului anemic (cu sau fără preparate de fier, eritropoetină). (34) **2B** Utilizarea preparatelor de fier intravenos este indicată pentru a corija anemia la femeile cu menoragie. (32, 33) Utilizarea preoperatorie a preparatelor de fier intravenos reduce necesarul de transfuzii alogene la pacientele gineologice cu cancer tratate prin chimioterapie. (61,62) **2B** Evaluarea preoperatorie a concentrației de fibrinogen și D-dimerilor la pacientele canceroase oferă puține informații utile pentru managementul dereglărilor de hemostază. (63, 64) **C** Transfuzia postoperatorie de PPC în oncochirurgia gineologică malignă este asociată cu un risc crescut de tromboembolism venos.

C.2.3. Estimarea pierderii sanguine

Caseta 3.

Metode de determinare a cantității de sânge pierdut:

- Cântărirea compreselor, meșelor, scutecelor, dimensiunea chegurilor
- Cântărire înainte și după operație (ținând cont de piesele extirpate)
- Luarea în considerație a volumului de sânge circulant pierdut

Folosind clasificarea șocului hipovolemic în corelație cu cantitatea de sânge pierdut și manifestările clinice asociate, transfuzia de eritrocite este indicată în gradul III, iar transfuzia masivă este indicată în gradul IV:

- Grad I - pierdere sanguină de >500 ml, > 1000 ml în operație (10-15% din volumul circulant) - șoc compensat - hemodinamica stabilă, posibil palpații, tahicardie ușoară, debit urinar >30 ml/oră;
- Grad II - pierdere sanguină de 1000-1500 ml de sânge (15-30% din volumul circulant) - șoc ușor - apare o instabilitate a semnelor vitale, pacienta cu astenie, transpirații, tahicardie, debit urinar 20-30 ml/oră;
- Grad III - pierdere sanguină de 1500-2000 ml (30-40% din volumul circulant) - șoc moderat - scădere accentuată a TA, cu maxima de 70-80 mm Hg, tahicardie 120 bpm, pacienta este agitată, confuză, palidă, polipneică, oligurie 10-20 ml/oră;
- Grad IV - pierdere sanguină de >2000 ml (>40% din volumul circulant) - șoc sever - scădere severă a TA, cu maxima de 50-70 mm Hg, tahicardie, tahipnee, pacienta este în colaps, dispneică, anurică (0-10 ml/oră).

Când pacienta îndeplinește criteriile care corespund șocului hemoragic de grad III sau IV, va fi desemnată o persoană care își va asuma responsabilitatea pentru comunicare cu secție/cabinetul de transfuzie a sângelui/ banca de sânge pentru a facilita livrarea rapidă a componentelor sanguine.

N.B. Aprecierea vizuală a volumului sângerării este inexactă, iar medicii cliniciști pot subestima pierderea de sânge cu 50%.

C.2.4. Diagnosticul cauzei hemoragiei

Caseta 4.

Diagnosticul cauzei hemoragiei se stabilește în baza anamnezei, manifestărilor clinice și datelor examenului clinic ginecologic. Aspectul dat depășește scopul acestui protocol. Pentru elucidarea acestui subiect recomandăm consultarea ghidurilor clinicespecializate ale societăților de obstetrică și ginecologie.

C.2.5. Management

C.2.5.1 Management general

Caseta 5.

Screeningul inițial și evaluarea preoperatorie pentru o dereglare de hemostază trebuie să fie structurat și bazat pe istoricul medical. Aceasta presupune utilizarea unui chestionar structurat de examinare a anamneșticului de hemoragie, coagulopatii: diateze hemoragice severe (coagulopatie congenitală), hemoragii moderate (epistaxis, hematoame, peteșii, hemartroze, menoragie, cicatrizarea prelungită/patologică a plăgilor, hemoragie prelungită din plăgi habituale, extracție dentară, transfuzii masive anterioare), medicație anticoagulantă (analgetice, antitrombotice, dietă alimentară, alte medicamente).

Pacientele cu hemoragie ginecologică acută masivă și instabilitate hemodinamică necesită consultație ginecologică și internare de urgență.

Procesul general de abordare a pacientelor cu hemoragie ginecologică severă poate fi abordat în 3 etape: 1) evaluarea rapidă a tabloului clinic pentru a determina gravitatea stării pacientei; 2) determinarea etiologiei probabile a hemoragiei; 3) alegerea tratamentului cel mai adecvat pentru pacientă.

Evaluarea inițială a pacientelor cu hemoragie ginecologică severă trebuie să includă o evaluare rapidă pentru evidențierea semnelor de hipovolemie și instabilitate hemodinamică.

După evaluare inițială și stabilizare, trebuie să fie determinată cauza cea mai probabilă a hemoragiei, și modalitatea cea mai oportună de tratament să fie aleasă.

Tratamentul medicamentos trebuie să fie tratamentul inițial preferat

Alegerea metodei de tratament al hemoragiilor ginecologice severe depinde de stabilitatea clinică a pacientei, severitatea hemoragiei, etiologia suspectată a hemoragiei, dorința pacientei de păstrare a fertilității și afecțiunile medicale asociate.

Managementul medical trebuie să fie tratamentul inițial preferat, dacă situația clinică o permite. Necesitatea tratamentului chirurgical va fi decisă în dependență de stabilitatea clinică a pacientei, severitatea hemoragiei, contraindicațiile pentru tratament medical, răspunsul pacientei și eficacitatea managementului medical și afecțiunile medicale asociate.

Tratamentul chirurgical va fi luat în considerație pentru pacientele instabile hemodinamic, neeligibile pentru tratament medicamentos și cele care n-au răspuns adecvat la managementul medical.

Alegerea metodei de tratament chirurgical trebuie să fie bazată pe toți factorii menționați anterior și dorința pacientei de a păstra fertilitatea.

În cazul în care pacienta este instabilă din punct de vedere hemodinamic sau are semne de hipovolemie, accesul intravenos cu una sau două linii intravenoase de calibru mare ar trebui să fie inițiat rapid, cât și pregătirea pentru transfuzie sanguină și înlocuirea factorilor de coagulare.

La pacientele instabile hemodinamic cu hemoragie ginecologică masivă necontrolată și semne de pierdere sanguină semnificativă trebuie să se inițieze resuscitare agresivă cu soluție salină și transfuzie de componente sanguine.

Volumul resuscitării colerice va depinde de severitatea hemoragiei, comorbidități, restabilirea macro- și microcirculației, stabilizarea/ameliorarea stării pacientei. Folosiți dispozitive de infuzie rapidă.

Cofactori

- Se vor lua toate măsurile necesare pentru evitarea hipotermiei și a coagulopatiei hipotermice.
- pH-ul să fie corijat concomitent cu tratamentul coagulopatiei.
- Calciul va fi administrat dacă nivelul de lui este scăzut ($\leq 1,0$ mmol/l).

Prezența și respectarea **protocoalelor instituționale multimodale** de management al hemoragiilor ginecologice masive, bazate pe POC, reduc necesarul și volumul transfuziilor de componente sangvine.

Cell Salvage în hemoragiile ginecologice masive poate reduce necesarul de transfuzii alogene. **B**

Strategiile restrictive de transfuzie (Hb 70-80 g/l) sunt la fel de eficiente ca și regimurile liberale de transfuzie (90-110 g/l). (38-41)

Antifibrinolitice (Acidum tranexamicum 20-25 mg/kg) pot fi folosite pentru rezolvarea hemoragiilor ginecologice severe, cu precădere în chirurgia onco-ginecologică. (65) În lipsa Acidum tranexamicum, poate fi utilizat Acidum aminocaproicum.

În cazul instituțiilor medicale cu resurse limitate, se va recurge la chirurgia hemostatică urgentă cu evitarea hipotermiei și folosirea soluției saline pentru menținerea volumului circulant. (66) Se va considera transferul în instituția de nivel ierarhic superior.

C.2.5.2 Principiile managementului de resuscitare

Caseta 6.

- Evaluarea/Reevaluarea completă a stării pacientei utilizând abordarea structurată ABCDE
- Aplicarea protocolului instituțional multimodal și a checklist-ului de criză pentru managementul transfuzional al hemoragiilor ginecologice masive
- Monitorizarea periodică/continuă a parametrilor vitali, prin utilizarea monitorului de semne

vitale:

- Obligator

Temperatura

Tensiunea arterială

Pulsul/Frecvența cardiacă: rata, volumul, regularitatea

Respirația: rata, intensitatea și ritmul

EKG

SpO₂

Gaze sanguine

Diureza

- După caz

Oximetrie cerebrală

Saturația venoasă centrală

Variația volumului bătaie

Variația presiunii pulsului

- Evaluarea gradului de agitare/sedare – Scala de Agitare - Sedare Richmond
- Evaluarea volumului hemoragiei.
- Solicitarea unui medic obstetrician-ginecolog și a unui medic anesteziolog experimentați.
- Alertarea laboratorului, băncii de sânge, ATI, blocului chirurgical
- Inițierea măsurilor de resuscitare.
- Poziționarea pacientei în decubit dorsal, cu membrele inferioare ridicate^b la 15°.
- Administrare de oxigen 100% prin mască cu rezervor, flux 10-15 l/min.
- O₂terapia este indicată, însă se va evita ventilarea hiperoxică. (42, 43) **1C**
- Se va considera oportunitatea ventilației artificiale cu protecția căilor aeriene superioare.
- Asigurarea abordului venos: 2-3 linii venoase largi (14-16-18G).
- Inițial preferință se va acorda canulelor venoase periferice.
- La necesitate se va asigura abord venos central.
- Colectarea simultană a sângelui pentru hemoleucograma completă, profil de coagulare și teste de compatibilitate.
- Cateterizarea vezicii urinare cu respectarea condițiilor aseptice (cateter Foley).
- Monitorizarea debitului urinar – obiectiv >0,5ml/kg/oră.
- Se va aplica o strategie restrictivă de management al hemoragiei, beneficiul careia este limitarea expunerii pacientei la produse sanguine alogene. (49, 50) **1A**
- **Resuscitare volemică: administrare intravenoasă de fluide încălzite, preferențial soluții cristaloide balansate, infuzie rapidă. (37) 2C**
- **Rata și volumul infuziei vor fi ajustate în funcție de evoluția clinică a pacientei.**
- **Soluțiile coloidale vor fi administrate cu precauție maximă, deoarece implică riscuri (agravarea coagulopatiei, leziune renală acută, reacții alergice), nu va fi depășit volumul recomandat de producător.**
- **Dextranii nu vor fi utilizați.**
- În caz de instabilitate hemodinamică, pe fundal de resuscitare volemică adecvată, vor fi considerați vasopresorii.
- Va fi considerată hipotensiunea permisivă pentru resuscitare de volum – TA sistolică <85mmHg.
- Se va asigura restabilirea agresivă și în timp oportun a presarcinii cardiace. (35, 36) **1B**
- Evitarea hipervolemiei induse/hemodiluției normovolemice deoarece nu contribuie la reducerea necesarului de transfuzii alogene. **2A**
- Inițierea managementului medical de hemostază specific cauzei.
- Aplicarea terapierilor transfuzionale și adjuvante oportune, în funcție de cauza suspectată.
- Transfuzie de concentrat eritrocitar cât mai devreme posibil, dacă este indicat.
- Administrarea acidum tranexamicum 20-25 mg/kg sau 1 gr intravenos timp de 10 minute, urmat

de o doză adițională de 1 gr timp de 8 ore.(50)**1A**

- Valoarea prag sugerată pentru transfuzia de concentrat eritrocitar $Hb < 70 - 90$ g/l. Vor fi luate în considerare caracterul hemoragiei, rezolvarea acesteia, comorbiditățile, parametrii vitali și de laborator. (38-41) **1C**
- În cazul lipsei sângelui specific de grup, se va utiliza pentru transfuzie sânge 0(I) Rh negativ Kell negativ sau alte alternative (ANEXA 9)
- Concentratul de fibrinogen se va administra la o concentrație plasmatică a fibrinogenului de $<1,5-2,0$ g/l sau date ROTEM/TEG de insuficiență funcțională.(51) **1C**
- Doza inițială de administrare a concentratului de fibrinogen de 25-30 mg/kg.**2C**
- În lipsa concentratului de fibrinogen se va administra crioprecipitat (10 unități).**2C**
- Se va considera administrarea de crioprecipitat/PPC dacă TP, PTTA sunt prelungite $>$ de 1,5 ori decât norma și fibrinogenul <2 g/l. Crioprecipitatul este de preferință.
- Dacă se decide transfuzia de PPC, volumul transfuziei va fi minim de 10-15 ml/kg și poate ajunge până la 30ml/kg (risc de supraumplere circulatorie și/sau leziune pulmonară acută asociate transfuziei).
- Transfuzia de PPC ghidată de TLS este adesea exagerată. Mai mult ca atât concentrația fibrinogenului în ciuda unor transfuzii masive de PPC scade, ceea ce implică necesitatea considerării tehnicilor alternative. (31)
- Transfuzie de CPL dacă $Tr < 50 \times 10^9/l$ în prezența hemoragiei sau risc iminent de hemoragie.
- Administrare de Ca gluconat dacă $Ca^{++} < 1.0$ mmol/L(57) **2B**
- Este recomandată utilizarea transfuziei autologe intraoperatorii Cell Salvage în caz de hemoragie intraoperatorie. (58-60) **C**
- În caz de hemoragii difuze, și fermitate slabă a trombului, în pofida concentrației adecvate de fibrinogen – se va suspecta o reducere critică a activității FXIII. În caz de deficit semnificativ al FXIII ($<60\%$), poate fi administrat concentratul de FXIII (30UI/kg). (52) **2C**
- Aplicarea protocolului de tranfuzie masivă cu rata fixă CE:Crio/PPC:CPL în caz de hemoragie cu risc iminent pentru viața pacientei.
- Administrarea de factor VII activat, recombinat (rFVIIa) 100 mcg/kg, va fi considerată drept ultimă linie de tratament, atunci când tratamentul este inefficient, embolizarea indisponibilă sau histerectomia este unica alternativă.
- Prelevați probe sangvine pentru determinarea Hb/Ht înainte de hemotransfuzie. De preferință va fi sângele prelevat pe cateter/puncție venoasă/Vacuum tainer, nu și sângele capilar.
- Monitorizarea Hb, Ht, a testelor de coagulare în dinamică, analiza gazelor sangvine, $ScVO_2$, a lactatului.**1C**
- Se vor efectua măsurări repetate a Hb, Hematocritului, lactatului seric, deficitului de baze în timpul hemoragiei active, cu scopul monitorizării perfuziei tisulare, oxigenării tisulare și dinamicii pierderilor de sânge.**1C**
- Monitorizare hemodinamică invazivă pentru ghidarea resuscitării volemeice.
- Monitorizarea reacțiilor adverse post-transfuzionale.
- Se va considera antibioprofilaxia cu spectru larg (conform protocolului instituțional de antibioticoprofilaxie).
- Transfer în blocul chirurgical pentru intervenție chirurgicală/endovasculară și resuscitare dacă hemoragia continuă sau în cazul pacientelor instabile hemodinamic.
- Transferul în unitatea de terapie intensivă/ instituția de nivel ierarhic superior
- Inițierea tromboprofilaxiei venoase standard imediat după hemostază

C.2.5.3 Managementul anticoagulantelor

Caseta 7.

- Abordare interdisciplinară.
- Va fi evaluat riscul hemoragiei comparativ cu riscul trombozelor

- Continuarea dublei terapii este prioritară. (67) **1C**
- Se va opta pentru păstrarea cel puțin a Acidumului acetylsalicylicum(68) **1C**
- În caz de hemoragie intra/postoperatorie asociată a Acidumului acetylsalicylicum, se recomandă transfuzia de CPL.**2C**
- Dacă este necesară sistarea thienopiridinelor, aceasta se va efectua cu suficient timp înainte (Clopidogrelum* 5 zile, Prasugrel* 7 zile).**2C**
- Pentru reversia thienopiridine se va recurge la transfuzie de plachete (doza: $0,7 \times 10^{11}$ per 7 kg de masă corporală la adult. **2C**
- Reluarea medicației antiplachetare în perioada postoperatorie se va face cât mai repede posibil (24 de ore după suturarea pielii).**2C**
- Inhibitorii orali de FXa, AVK vor fi sistați în caz de intervenții majore (5 zile), aplicându-se terapii de tranziție cu Heparini natrium sau HMMM în doze terapeutice.**1C**
- În perioada postoperatorie, HNF sau HMMM pot fi reluate la 6-48 ore postoperator, iar AVK când hemostaza chirurgicală este obținută.**1C**
- Pentru reversia anticoagulantelor cumarinice este indicat concentrat de complex de protrombină**1B**, în doză de 25 UI FIX/kg **2C**, în lipsa acestuia sau în cazuri non-urgente se va administra Vit K. (53,54)
- Pentru reversia heparinei se va administra Protamini sulfas IV, în doză de 1mg per 100 UI de HNF**1A**
- Ultima doză de HMMM în doză profilactică va fi administrată cu 12 ore înainte de intervenția chirurgicală electivă.**1A**
- Ultima doză de HMMM în doză terapeutică va fi administrată cu 24 ore înainte de intervenția chirurgicală electivă.**1A**
- Hemoragia severă asociată cu administrarea de HMMM trebuie tratată cu Protamini sulfas IV în doză de 1mg per 100 anti-FXa unități de Heparini natrium cu masă moleculară mică administrată.**2C**
- În baza deciziei interdisciplinare poate fi considerată administrarea rFVIIa pentru tratamentul hemoragiei severe asociate administrării subcutanate de Fondaparinuxum sodium.**2C**
- Pentru pacientele tratate cu Rivaroxabanum, apixaban, edoxaban, dabigatran, la care clearance-ul creatininei > 50ml/min, și care prezintă risc înalt de hemoragie este sugerată terapia de tranziție.**1C**
- Pentru pacientele tratate cu dabigatran cu clearance-ul creatininei între 30 și 50 ml/min, este indicate AON cu 5 zile înainte de intervenție fără terapie de tranziție.**2C**

Reluarea Heparini natrium în cazul pacientelor cu AON (HNF sau HMMM) trebuie efectuată peste 6-72h după intervenție, luând în considerație riscul de hemoragie.

*Medicamentele nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor dar sunt recomandat de Ghidurile Internaționale bazate pe dovezi clinice.

C.2.5.4.Managementul medical

Caseta 8.

Managementul medical al hemoragiilor uterine acute trebuie să fie luat în considerație înaintea tratamentului chirurgical, cu excepția cazurilor când este suspectată o hemoragie pe fond de retenție a produsului de concepție sau leziuni intrauterine cum ar fi un leiomiom submucos. Opțiunile de tratament medicamentos al hemoragiilor uterine patologice acute includ:

- Estrogeni naturali conjugați administrați intravenos
- Contraceptive orale combinate
- Progestine orale
- Acidum tranexamicum
- Medicație uterotonă

Tratament chirurgical.

Tratamentul chirurgical este considerat terapie de linia a doua în cazul hemoragiilor uterine anormale, dar poate fi opțiune de primă intenție la pacientele cu hemoragii ginecologice severe pe fond de retenție a produsului de concepție sau leziuni organice ca leiomiomul uterin etc. Opțiunile de tratament chirurgical al hemoragiilor ginecologice severe includ:

- ➤ Tamponadă intracavitară cu balon sau cateter Foley
- 2 ➤ Chiuretaj uterin hemostatic
- ➤ Histeroscopie
- Ablație de endometru
- 2 ➤ Embolizarea arterelor uterine
- ➤ Electrocoagularea/suturarea suprafeței sângerânde
- 5 ➤ Histerectomie

C

.2.5.5. Managementul anestezic în hemoragiile ginecologice severe

Caseta 9.

- Anestezie generală în caz de instabilitate hemodinamică a pacientei.
 - Va fi considerată tehnica de inducție și menținere a anesteziei cu agent volatil (inducție rapidă + răsunet hemodinamic minim).
- Utilizarea timpurie a monitoringului hemodinamic invaziv.

Decizia metodei de anestezie aparține medicului anesteziolog.

C.2.5.6. Monitorizarea parametrilor clinici și paraclinici

Caseta 10.

➤ **Parametrii clinici 1C:**

- Sistemul respirator: frecvența și pattern-ul respirator, SpO₂
- Sistemul cardiovascular: FR, TAS, TAD, PAM (în hemoragie severă preferential invaziv), EKG, TRC
- Temperatura
- Debit urinar
- Oximetrie cerebrală
- Analiza gazelor sangvine
- Saturația venoasă centrală
- Variația volumului bătaie
- Variația presiunii pulsului

➤ **Parametrii hematologici/biochimici 1C:**

- Hemoleucograma cu trombocite
- Profilul de coagulare: teste POC (ROTEM/TEG), în lipsa acestora TP/PTTA/INR. (47,48)
- Fibrinogen
- D-dimeri
- Determinarea activității anti-factor Xa (anti-FXa) –la paciente cu sindrom antifosfolipidic, boli și disfuncții renale.
- Probele renale
- Echilibrul electrolitic
- Echilibrul acido-bazic
- Probele hepatice

Testele de laborator vor fi efectuate la inițierea protocolului și la fiecare 60 minute în timpul tratamentului de resuscitare.

Dacă este suspectată o anemie intraoperatorie doar valorile Hb/Ht, nu sunt suficiente pentru aprecierea răsunetului clinic al hemoragiei. (44,45) Vor fi determinate pierdeile estimative de sânge, monitorizate

semnele clinice, lactatul, deficitul de bază, ScvO₂(46)1C

În lipsa unui anamnesic agravat testele de laborator standarte și POC nu sunt sugetive și nu au valoare prognostică pentru eventuala hemoragie:

- TLS monitorizează terapia anticoagulantă;

- POC denotă schimbările actuale ale hemostazei nu cele ulterioare;

- dacă o dereglare de hemostază (coagulopatie) este suspectată sau cunoscută, consultația hematologului

C.2.5.7.Criteriile de eficiență tratamentului transfuzional și de resuscitare

Caseta 11.

- Parametrii acceptabili ROTEM/TEG, dacă nu sunt disponibili INR < 1.5; TTPA < 40 s
- Fibrinogen > 2g/l
- Trombocite > 50,0 x 10⁹/l.
- pH 7.35 - 7.45
- Temperatură > 35.5 ° grade Celsius
- Deficitul de baze < negative -3.0
- Lactat < 2,0 mmol/l
- Hb >80 g/l
- Stabilitatea indicilor hemodinamici

C.2.5.8.Indicatori de prognostic nefavorabil

Caseta 12.

TAS < 70 mmHG

Temperatura < 34° C

Deficit de baze > -6 mmol/l

pH < 7.1

lactat >4 mmol/l

calciu ionizat <1.0 mmol/l

C.2.6.Transferul pacientelor cu hemoragie ginecologică masivă

Caseta13.

Criterii de transfer în unitatea de terapie intensivă pot fi dar nu se reduc la:

- Paciente critice, instabile care necesită monitorizarea continuă a semnelor vitale.
- Instabilitate hemodinamică: FCC<40b/min. sau >150b/min.; TAS <80 mmHg sau cu 20 mmHG mai mică ca TAS obișnuită a pacientei, TAD < 60 mmHg.
- Alterarea bruscă a stării de conștiință (modificarea scorului Glasgow cu mai mult de 2 puncte).
- Pacienta la care continuă hemoragia activă.
- Orice pacientă pe care echipa interdisciplinară o consideră a nu fi în siguranță altundeva decât în terapia intensivă.
- Necesitatea protezării căilor aeriene și suportului ventilator.

Criterii de transfer în altă instituție:

- lipsa echipamentului chirurgical sau intervențional.
- absența personalului calificat.
- stabilitate hemodinamică.
- controlul temporar al hemoragiei prin tamponadă uterină.
- existența unei proceduri operaționale standard comune cu instituția erarhic superioară.

C.2.7.Managementul termic

Caseta 14.

Mentținerea normotermiei (56) 1B

- Încălzirea activă a pacietei:
 - tun cu aer cald
 - saltea-gel electrică
- Încălzirea fluidelor administrate (38⁰-40⁰C)

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA
PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

D.1.Serviciul de asistență medicală primară	Personal:
	Aparataj,utilaj medical
	Medicamente
D.2.Serviciul de asistență medicală urgentă: echipa de profil general și specializat 903, AVIASAN	Personal:
	Aparataj/utilaj medical:
	Medicamente:
D.3. Etapa spitalicească:	Personal

Departamentul de urgență, unitatea primiri urgențe, secția ATI, secția de ginecologie, bloc chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> • medic de urgență, • anesteziolog-reanimatolog • obstetrician-ginecolog • transfuziolog • medic laborant • imagist, ultrasonografist • asistente medicale, laborant, moașe
	<p>Aparataj/utilaje medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • protocol instituțional și Checklist-uri pentru managementul hemoragiei obstetricale • troliu de urgențe cu sursă portabilă de oxigen și defibrilator manual • sursă de oxigen staționară • balon gonflabil • trusă pentru managementul căilor aeriene • mască de oxigen, canule nazale, mască facială, sonde traheale • ventilator pentru ventilare mecanică a pacientului • stetoscop, tensiometru, pulsoximetru • monitor de semne vitale (invaziv: TAS, TAD, PAM, PVC, FCC; non invaziv TAS, TAD, TAM, FCC, Puls, RR, Variația undei de puls, temperatura, SpO₂, capnogramă etc.) • mașină de anestezie • aparate POC: Arstrup, ROTEM/TEG, Glucometru • fibrogastroscoop, aparat USG, radiograf, CT • canule periferice, seturi pentru catetizarea venelor centrale, seturi pentru cateterizarea arterelor centrale, truse de perfuzie, seringi, seringi preheparinizate • infuzomat, injectomat • dispozitiv de încălzire a fluidelor • dispozitiv pentru încălzirea pacientei (tun de aer și/sau saltele electrice) • set pentru cateterizarea vezicii urinare • Cell saver • Set de instrumente pentru intervenții și manipulații ginecologice pentru hemostază definitivă <p>Medicamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • preparate pentru resuscitare • soluții cristaloide, coloide, preparate sangvine • hemostatice, antifibrinolitice • antibiotice, antiseptice • Antifibrinolitice • analgetice, sedative, anestezice inhalatorii, opioizi, curara

E. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ CONFORM SCOPURILOR PROTOCOLULUI

Nr	Scop	Indicator	Metoda de calculare	
			Numărător	Numitor
	Indicatori de process			
1.	Prevenirea hemoragiilor ginecologice masive.	1.1.Ponderea femeilor cărora li s-a efectuat evaluarea riscului de hemoragie ginecologică masivă.	Numărul total de femei cărora li s-a efectuat evaluarea riscului de hemoragie ginecologică masivă.	Numărul total de femei care au dezvoltat hemoragie ginecologică masivă.
		1.2.Ponderea femeilor care au dezvoltat hemoragie masivă ginecologică pe parcursul unui an calendaristic (raportat la 100%).	Numărul total de femei care au dezvoltat hemoragie ginecologică masivă pe parcursul unui an.	Numărul total de ginecopate internate pe parcursul unui an.
2.	Diminuarea numărului transfuziilor ginecologice.	2.1. Numărul total de unități de concentrat eritrocitar transfuzate la 1000 femei.	Numărul total de unități de concentrat eritrocitar transfuzate.	Numărul total de femei internate cu hemoragii ginecologice.
		2.2. Ponderea de transfuzii masive ginecologice.	Numărul de femei cărora li s-a transfuzat >4 unități de concentrat eritrocitar.	Numărul total de femei internate cu hemoragii ginecologice.
3.	Diminuarea reacțiilor adverse și complicațiilor asociate transfuziilor.	Ponderea complicațiilor dezvoltate după transfuzie.	Numărul de femei care au dezvoltat complicații severe după transfuzie.	Numărul total de femei cărora li s-au transfuzat produse sanguine.
4.	Creșterea aderenței la protocolul clinic de management transfuzional al hemoragiilor ginecologice masive.	Ponderea departamentelor ginecologice care au aderat și au implementat protocolul clinic de management transfuzional al hemoragiilor ginecologice masive.	Numărul departamentelor ginecologice care au aderat și au implementat protocolul clinic de management transfuzional al hemoragiilor ginecologice masive.	Numărul total al departamentelor ginecologice
5.	Creșterea gradului competențelor personalului medical în management transfuzional al hemoragiilor ginecologice masive.	Ponderea personalului medical instruiți în managementul transfuzional al hemoragiilor ginecologice masive.	Numărul total al medicilor și asistentelor medicale/moașelor instruite în managementul transfuzional al hemoragiilor ginecologice masive.	Numărul total al medicilor și asistentelor medicale/moașelor din secțiile de ginecologice

6.	Îmbunătățirea managementului transfuzional al hemoragiilor ginecologice masive.	Ponderea femeilor cu hemoragie ginecologică masivă cărora li s-a acordat o asistență transfuzională corectă și fără întârziere (la 100%).	Numărul total de femei cu hemoragie ginecologică masivă cărora li s-a acordat o asistență transfuzională corectă și fără întârziere.	Numărul total de femei internate în secțiile de ginecologie care au dezvoltat hemoragie ginecologică masivă.
7.	Diminuarea morbidității materne severe prin hemoragie ginecologică masivă.	Ponderea femeilor care au dezvoltat insuficiență poliorganică și morbiditate severă prin hemoragie ginecologică masivă.	Numărul total de femei cu hemoragie masivă ginecologică care au dezvoltat insuficiență poliorganică și morbiditate severă.	Numărul total de femei care au dezvoltat hemoragie ginecologică masivă.
9.	Diminuarea ratei histerectomiilor din cauza hemoragiilor ginecologice masive.	Ponderea femeilor supuse histerectomiei din cauza hemoragiilor ginecologice severe.	Numărul total de femei cu hemoragie masivă ginecologică supuse histerectomiei.	Numărul total de femei care au dezvoltat hemoragie ginecologică masivă.
10.	Diminuarea mortalității prin hemoragie obstetricală masivă.	Ponderea femeilor decedate prin hemoragie ginecologică masivă (indicele de mortalitate prin hemoragie ginecologică masivă).	Numărul total de femei cu hemoragie masivă ginecologică, decedate pe parcursul unui an	Numărul total de femei care au dezvoltat hemoragie ginecologică masivă pe parcursul unui an.

Clasificarea („Color-Cod”) urgențelor medico-chirurgicale la etapa de prespital^h

Cod	Semnificație
CODUL ROSU	Include urgențele medico-chirurgicale în care sunt puse în pericol funcțiile vitale ale solicitanților sau situațiile în care se intuiește existența persoanelor cu funcții vitale în pericol. În cazurile respective este obligatorie trimiterea echipelor AMU specializate de reanimare, cardiologie, neurologie, psihiatrie sau de profil general care posedă nivelul adecvat de competență profesională și dotare. Conducătorul echipei AMU obligator informează Departamentul de medicină urgentă (secția internare) care urmează să recepționeze bolnavul (bolnavii).
CODUL GALBEN	Include urgențele medico-chirurgicale care indică un potențial pericol de agravare a stării sănătății bolnavului dacă nu este asistat prompt. Urgențele respective necesită rezolvare rapidă, indiferent de faptul absenței pericolului pentru viață. Urgențele în cauză pot fi rezolvate de echipele AMU specializate sau generale.
CODUL VERDE	Include transportările medicale asistate și intervențiile unde bolnavul este în afara pericolului și poate aștepta fără ca starea lui să se agraveze. Urgențele medico-chirurgicale din acest cod pot fi programate sau temporizate.

^hAnexa nr.44 la ordinul MS al RM nr.85 din 30.03.2009

Scala de Agitare – Sedare Richmond (RASS)

Puncte	Element	Descriere
+4	Combativ	Combativ sau violent, periculos pentru personalul de îngrijire.
+3	Foarte agitat	Trage de tubul traheal, catetere, agresiv cu personalul.
+2	Agitat	Mișcări necontrolate, „luptă cu aparatul de ventilație”.
+1	Neliniștit	Mișcări frecvente, neviolente, anxios.
0	Calm și alert	
-1	Somnolent	Adormit, dar răspunde la stimuli verbali și menține 10 secunde ochii deschiși.
-2	Sedare ușoare	Deschide ochii la stimuli verbali și menține contact vizual pentru 10 secunde.
-3	Sedare moderată	Deschide ochii la stimulare verbală, dar nu menține contact vizual.
-4	Sedare intensă	Fără răspuns la apelare verbală, dar reacționează (mișcare sau deschidere a ochilor) la stimuli fizici (nociceptivi).
-5	Sedare profundă/ netrezit	Fără răspuns la stimuli fizici.

Formular de screening al dereglărilor de hemostază la pacientele cu hemoragii ginecologice severeⁱ

Screeningul inițial pentru dereglările de hemostază la pacientele cu hemoragii ginecologice severe trebuie să se bazeze pe o anamneză structurată:

1. Sângerări menstruale abundente de la menarhă
2. Una din următoarele:
 - a. Hemoragie post-partum
 - b. Hemoragie asociată cu intervenție chirurgicală
 - c. Hemoragie asociată cu lucrări dentare
3. Două sau mai multe din următoarele simptome:
 - a. Echimoze 1–2 ori/lună
 - b. Epistaxis 1–2 ori/lună
 - c. Sângerări gingivale frecvente
 - d. Antecedente familiale de hemoragie

Evaluări adiționale de laborator sunt necesare în cazul în care sunt prezente: 1) sângerări abundente de la menarhă, un criteriu din lista B sau 2) două sau mai multe criterii din lista C.

ⁱMunro M. Acute Uterine Bleeding Unrelated to Pregnancy: A Southern California Permanente Medical Group Practice Guideline. Perm J. 2013 Summer; 17(3): 43–56.

Checklist de criză pentru managementul hemoragiei intraoperatorii (Adaptat)^j

Hemoragie			
Sângerare acută masivă			
ACȚIUNI			
1. Apelați la ajutor și cereți untroliu de resuscitare - Întrebați: „Cine va fi coordonatorul echipei de ceiză?”	Doze de medicamente		
	Tratamentul HIPOCALCIEMIEI		
2. Inițiați administrarea de fluide și asigurați un abord venos adecvat	Tratamentul HIPERPOTASIEI		
	1. Calcii gluconas	* 30 mg/kg IV	
3. Administrați O ₂ 100 și închideți anestezele volatile.	Sau		
	Calcii chloridum 10 %	* 10mg/kg IV	
4. Contactați secția/cabinetul de transfuzie a sîngelui/banca de sînge - Inițiați protocolul transfuzie masivă - Desemnați o persoană de contact cu secția/cabinetul de transfuzie a sîngelui/banca de sînge. - Solicitați produse sanguine 1PPC la: 1 concentrat eritrocitar Dacă este indicat CPL	2. Insulinum humanum (rapidă)	10U IV cu	
		1-2 ampule	
		40% dacă este necesar	
	Categorii Speciale de Pacienți		
5 Solicitați dispozitiv de infuzie rapidă	TRAUMĂ:	OBSTETRICĂ	Pacienți non chirurgicali cu hemoragie NE CONTROLATĂ
6 Discutați planul de management în echipa interdisciplinară: chirurg, anestezist, asistenta de operație/anestezie, transfuziolog	*Administrare empirică de crioprecipitat 1 bolus (10 doze)	Administrați... Acidum tranexamicum 1000mg IV în 10 min. , urmat de 1000 mg în următoarele 8 ore	În pofida transfuziei masive de Concentrat eritrocitar, CCP, trombocite și crioprecipitat.
7 Solicitați consult chirurgical suplimentar	* Verificați fibrinogenul, obiectiv $\geq 1.5g/l$	Sau Acidum tranexamicum 4-5 gr în 250 ml de ser fiziologic în primele ore, după care urmează infuzia continuă de 1g. În 50 ml de ser fiziologic IV în următoarele 8 H.	*Administrați aFVIIr: 40 $\mu g/kg$ IV Mai întâi de toate se verifică sursa hemoragiei.
8 Evitați hipotermia, încălziți pacientul și fluidele	*Comandați 2 bolusuri (20 doze) de crioprecipitat, În cazul în care fibrinogenul $<1.5g/l$		Folosii cu atenție -la pacienți cu risc de tromboză Nu folosiți Dacă Ph $<7,2$
9 Transmiteți probele de sînge la laborator			
10 Luați în considerație - Dereglările electrolitice (hipocalciemie, hiperpotasiemie) Chirurgia de control a leziunilor (Damage Control Surgery) Grupuri speciale de pacienți (vezi caseta alăturată)			
Toate precauțiile rezonabile au fost luate în calcul pentru verificarea informației din acest checklist. Responsabilitatea pentru utilizarea și interpretarea informațiilor rămâne la latitudinea utilizatorului. Revizuit martie 2014.			

^jAriadne Lab, <http://www.projectcheck.org/crisis-checklist-templates.html>

Chestionar structurat de evaluare preoperatorie a dereglărilor de hemostază, coagulopatiilor (Adaptat)^k

Pacient	Nume Prenume	Vârsta	ani	Sex	
Vă rugăm răspundeți la următoarele întrebări.					
Subliniați sau Marcați ^l		DA	Nu	Întrebări suplimentare Vor fi nonate de medic	Dacă Da
0	Vă cunoașteți cu dereglări dehemostază, coagulopatii, trombofilie?			Confirmați diagnosticul	2
Ați observat, urmărit, vă cunoașteți cu următoarele tipuri de hemoragii/sângerare, fără a exista o cauză obiectivă pentru ele?					
1A	Hemoragie nazală (40-50%) ²			- Mereu/frecvent/permanent	2
	în absența altei cauze cum ar fi:			- Sezonier	3
	- congestie nazală	DA	Nu	- După examenul ORL	
	- criză hipertensivă			- Pe fond de medicație	1
	- traumă, strângerea forțată a nasului			- Hipertensiune arterială	4
	-suflarea forțată a nasului				
1B	Vânătași, hemoragii punctiforme (68%)			- Activitate ce predispune la impacturi fizice	0
	Pe trunchi, abdomen și alte zone de obicei ne susceptibile la impact mecanic	DA	Nu	- mereu/permanent	2
				- Pe fond de medicație	1
1C	Hemartroză				2
	- hematoame în țesuturile moi și mușchii în zone periarticulare (90%)	DA	Nu		
2	Hemoragii după leziuni minore zgârieturi, tăieturi, înțepăturilor(40-60%)	DA	Nu	- > 5 minute	2
				- bărbierit umed	2
				- Pe fond de medicație	1
3	Hemoragie după extracție dentară(40-60%) ^l			- > 5 minute	2
		DA	Nu	- bărbierit umed	2
				- Pe fond de medicație	1
4	Hemoragie severă în timpul sau după intervenția chirurgicală (40-53%)	DA	Nu	- Ce fel de intervenție?	
				- Hemoragia a fost mai mare de cât s-a preconizat?	
5	Cicatrizarea întârziată a plăgilor (40%)			- Plagă zemuindă, biantă	2
		DA	Nu	- Macerată	2
				- Keloid	2
6	Istoria familială agravată (79%)			- Gradul de rudenie	2
	-cosangvinizare	DA	Nu	- Clarificat diagnoza	2
	- diateză hemoragică etc.				
	- deces la vârsta tânără				
7A	Medicație anticoagulantă administrată recent (60-70%)			- Medicații care poate produce drept efect advers o dereglare de coagulare.	2
	Aspirină, Trombostop, Plavix, Warfarină, Sintrom, Ticlid, Xarelto	DA	Nu	(remedii naturiste, fitoterapie, antibiotice)	4
7B	Medicație analgetică, administrată fără prescripție medicală(60-70%)	DA	Nu		6
	(Migrenă, Reumatis,				
8	Menometroragie (55-65%)			- Se va face diagnostic diferențial pentru cauze ginecologice: miom uterin, dereglări de menstruație etc.	2
	-Prelungită (> 7 zile)	DA	Nu		
	- Învolumcrescut (Nr. Absorbantelor)				
Acțiuni (0) Nu este nevoie; (1) Anamneza medicației cronice; (2) Consultația Hematologului; (3) Consultația ORL; (4) Consultația Internistului/Cardiologului; (5) Consultat documentația medicală; (6) Consultația Internistului/Chirurgului pentru eventuala sistare a medicație sau terapie de conversie.					
Data	Doctor	Semnătura			

1. Anamneza va fi considerată agravată dacă pacientul va răspunde “Da” cel puțin la o întrebare și relevanța răspunsului este confirmată de medicul în cursul interviului (coloana din dreapta).

^kPfanner G, Koscielny J, Pernerstorfer T, Gütl M, Perger P, Fries D, Hofmann N, Innerhofer P, Kneifl W, Neuner L, Schöchl H, Kozek-Langenecker SA; Preoperative evaluation of the bleeding history. Recommendations of the working group on perioperative coagulation of the Austrian Society for Anaesthesia, Resuscitation and Intensive Care, Anaesthesist. 2007 Jun;56(6):604-11.

^lHemoragia după piererea dinților mai degrabă se datorește periodontinei și nu dereglărilor de coagulare (<40%)

2. Procentajul indică probabilitatea ca în caz de răspuns pozitiv testele de laborator standard vor putea depista o coagulopatie.
3. Funcție de rezultatele interviului vor fi sau nu indicate testeesuplimentare de laborator, conform algoritmului C2.3.

ANEXA 6

Principiile managementului resurselor în situații de criză (CRM)^m

1. Cunoaște mediul
2. Anticipează și planifică
3. Solicită ajutor
4. Fii lider și membru a echipei
5. Distribuie sarcinile
6. Mobilizează toate resursele disponibile
7. Comunică efectiv – discutați
8. Utilizează toată informația disponibilă
9. Verifică și reverifică
10. Revaluează continuu
11. Muncește în echipă – coordonează-te și sprijină colegul
12. Fii atent la detalii
13. Priorități dinamice

ANEXA 7

Valori de referință ROTEM

	Timp de coagulare CT (s)	Timpul de formare a trombului CFT (s)	Amplitudinea după CT (mm)		Fermitatea maximă a trombului MCF* (mm)	Indicele de liză a trombului (%)	
			10 min. A10	20 min. A20		30 min CLI30	60 min CLI60
INTEM	100-240	30-110	44-66	50-71	50-72	94-100	85-100
EXTEM	38-79	34-159	43-65	50-71	50-72	94-1000	85-100
HEPTEM	100-240**	30-110			50-72		
FIBTEM			7-23	8-24	9-25***		
APTEM	38-79	34-159			50-72		

* De obicei disponibil după 20-40 minute

** Un CT redus marcat în HEPTEM versus INTEM denotă efectul heparinei

*** MCF < 9 mm indică o concentrație redusă a fibrinogenului plasmatic (<1,0 g/l) sau dereglarea polimizării fibrinei. MCF > 25 mm denotă a concentrație plasmatică sporită a fibrinogenului (≥ 3,0 g/l).

^mRall & Gaba in Miller's Anesthesia 7th edition

Produsele sanguine și proprietățile acestora

Nr. d/o	Denumire	Proprietăți
1. Componente sanguine eritrocitare		
1.1 Informații generale - Eticheta sau fișa de însoțire a produsului va conține următoarea informație: datele de identificare ale producătorului, numărul unic de identificare, apartenența grupului sanguin după sistemul ABO, RhD, Kell (după caz fenotipat), calificativul anticorpi anti-eritrocitari, data producerii, denumirea soluției de anticoagulant, denumirea componentului sangvin, data expirării, greutatea componentului sangvin, condiții de păstrare și mențiunea validat.		
1.2 Proprietăți specifice:		
1.2.1	Concentrate eritrocitar (CE)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,65 - 0,75 și Hb un minim de 45 g. Produsul conține toate eritrocitele și o mare parte din leucocite (cca 2,5 - 3,0 x 10 ⁹ celule) din unitatea de sânge din care a fost produsă. Greutate 280±50 g.
1.2.2	Concentrate eritrocitar cu soluție aditivă (CEAD)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,5 - 0,7 și Hb un minim de 45 g. Produsul conține toate eritrocitele și o mare parte din leucocite (cca 2,5 - 3,0 x 10 ⁹ celule) din unitatea de sânge din care a fost produsă. Greutate 330±50 g.
1.2.3	Concentrat eritrocitar de leucocitat (CEDL)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,65 - 0,75 sau 0,50- 0,70, Hb un minim de 40g-43g. Produsul conține toate eritrocitele din unitatea de sânge din care a fost produsă. Conținutul în leucocite este inferior valorii de 1,2x10 ⁹ sau 1,0 x 10 ⁶ celule/unitate. Greutate 250±50 g.
1.2.4	Concentrat eritrocitar de leucocitat cu soluție aditivă (CEDLAD)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,5 - 0,7 și Hb un minim de 43 g. Produsul conține toate eritrocitele din unitatea de sânge din care a fost produsă. Conținutul în leucocite este inferior valorii de 1,2x10 ⁹ sau 1,0 x 10 ⁶ celule/unitate. Greutate 300±50 g.
1.2.5	Concentrat eritrocitar de afereză de leucocitat (CEA)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,65 - 0,75, Hb un minim de 40g. Produsul conține toate eritrocitele din unitatea de sânge din care a fost produsă. Conținutul în leucocite este inferior valorii de 1,0 x 10 ⁶ celule/unitate. Greutate 250±50 g.
1.2.5	Concentrat eritrocitar de afereză de leucocitat cu soluție aditivă (CEAAD)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,5 - 0,7, Hb un minim de 40g. Produsul conține toate eritrocitele din unitatea de sânge din care a fost produsă. Conținutul în leucocite este inferior valorii de 1,0 x 10 ⁶ celule/unitate. Greutate 300±50 g.
1.2.6	Concentrat eritrocitar deplasmatic (CED)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,65 - 0,75, Hb un minim de 40g. Produsul conține eritrocite din unitatea de sânge din care a fost produsă iar conținutul în leucocite este inferior valorii de 1,0 x 10 ⁶ celule/unitate. Greutate 200±50 g.
2. Componente plachetare (trombocitare)		
2.1 Informații generale - Eticheta sau fișa de însoțire a produsului va conține următoarea informație: datele de identificare ale producătorului, numărul unic de identificare, apartenența grupului sanguin		

după sistemul ABO (RhD și Kell pentru CPL standard), calificativul anticorpi antieritrocitari, data producerii, denumirea componentului sangvin, data expirării, greutatea componentului sangvin, condiții de pastrare și mențiunea validat.		
2.2 Proprietăți specifice:		
2.2.1	Concentrat de plachete, standard (CPL)	O unitate (doză) de produs conține un număr de trombocite cuprins între $45 - 85 \times 10^9$, mediul de suspensie fiind plasma umană. Concentrația de leucocite este de până la $0,05 \times 10^9$ și de eritrocite de până la $0,2 \times 10^9$ pe unitate. Cantitatea unei doze este de 50 ± 5 g. O doză terapeutică include 6-8 doze standard.
2.2.2	Concentrat de plachete de afereză (CPLA)	Concentrat de plachete de afereză are un conținut minim de plachete 2×10^{11} , conținutul maxim de leucocite reziduale este de $0,3 \times 10^9$. Cantitatea unei doze este de 150 ± 50 gr.
2.2.3	Concentrat de plachete de afereză de leucocitat (CPLD)	O unitate (doză) de produs are un conținut minim de plachete 2×10^{11} , conținutul maxim de leucocite reziduale este de $1,0 \times 10^6$. Cantitatea unei doze este de 150 ± 50 gr.
2.2.4	Amestec de concentrate de plachete AMCPL.	Amestecul resuspendat în plasmă are un conținut minim de plachete 2×10^{11} , conținutul de leucocite reziduale este inferior valorii de $1,0 \times 10^9$, mediul de suspensie fiind plasma de 40 - 60 ml. Amestecul resuspendat în soluția aditivă, special concepută acestui scop are un conținut minim de plachete 2×10^{11} , conținutul maxim de leucocite reziduale este de $0,3 \times 10^9$, mediul de suspensie amestec de plasmă (30-40%) și soluție aditivă (60-70%). Cantitatea unei doze este de 200 ± 50 gr.
2.2.5	Amestec de concentrate de plachete de leucocitat AMCPLD.	Amestecul de leucocitat și resuspendat în plasmă are un conținut minim de plachete 2×10^{11} , numărul leucocitelor reziduale este inferior valorii de $1,0 \times 10^6$, mediul de suspensie fiind plasma 40 - 60 ml. Amestecul de leucocitat resuspendat în soluție aditivă, are un conținut minim de plachete 2×10^{11} , conținutul maxim de leucocite reziduale fiind de $1,0 \times 10^6$ și mediul de suspensie fiind 40 - 60 ml, care reprezintă amestec de plasmă (30-40%) și soluție aditivă (60-70%). Cantitatea unei doze este de 200 ± 50 gr.
3. Componente plasmatice		
3.1 Informații generale - Eticheta sau fișa de însoțire a produsului va conține următoarea informație: datele de identificare ale producătorului, numărul unic de identificare, apartenența grupului sanguin după sistemul ABO, calificativul anticorpi antieritrocitari, data producerii, denumirea componentului sangvin, data expirării, greutatea componentului sangvin, condiții de pastrare și mențiunea "validat".		
3.2 Proprietăți specifice:		
3.2.1	Plasmă proaspăt congelată (PPC)	O unitate de component sanguin conține, la valori plasmatice normale, factori stabili de coagulare, albumina și imunoglobuline, în mediu, nu mai puțin de 50g/l din concentrația totală de proteine. 100 gr de produs conține nu mai

		puțin de 70 UI de factor VIII și cantități cel puțin similare de alți factori de coagulare, precum și inhibitori naturali prezenți. Greutate 300±50 g.
3.2.2	Crioprecipitat (CPF8)	O unitate (doză) de produs conține cea mai mare parte din factorul VIII, factorul Willebrand, fibrinogen, factorul XIII și fibronectină, prezente în plasma proaspăt prelevată și/sau separată. Fiecare unitate conține factorul VIII nu mai puțin de 70 UI la unitate și fibrinogen nu mai puțin de 140 mg la unitate. Cantitatea unei doze este de 10-20±5g.

ANEXA 9

ALTERNATIVE PENTRU TRANSFUZIA DE COMPONENTE SANGVINE

Alternative AB0/Rh pentru transfuzia de componente sangvine eritrocitare

Informație despre pacient	Componente eritrocitare și gradul de prioritate în aplicarea alternativă							
	1-a	a 2-a	a 3-a	a 4-a	a 5-a	a 6-a	a 7-a	a 8-a
AB0/Rh pacient								
0 Rh pozitiv	0 poz	0 neg						
0 Rh negativ	0 neg	0 poz*						
A Rh pozitiv	A poz	A neg	0 poz	0 neg				
A Rh negativ	A neg	0 neg	A poz*	0 poz*				
B Rh pozitiv	B poz	B neg	0 poz	0 neg				
B Rh negativ	B neg	0 neg	B poz*	0 poz*				
AB Rh pozitiv	AB poz	A poz	B poz	AB neg	A neg	B neg		
AB Rh negativ	AB neg	A neg	B neg	0 neg	AB poz*	A poz*	B poz*	0 poz*

Consultați directorul medical sau persoana autorizată în acest scop

* În situații care pun în pericol viața pacientului, la decizia medical/clinician autorizat unitatea de component eritrocitar Rh pozitiv poate fi eliberat pacienților de Rh negativ.

* Rolul directorului medical este să se discute cu medicul/clinician autorizat pentru a determina dacă este nevoie să se administreze imunoglobulina umană anti Rhesus.

Alternative AB0 pentru transfuzia de componente sangvine plasmatice, inclusiv crioprecipitat

Informație despre pacient	Componente plasmatice și crioprecipitat și gradul de prioritate în aplicarea alternativă	
	1-a	a 2-a
AB0 pacient		
0	0	AB
A	A	AB
B	B	AB
AB	AB	

Alternative AB0 pentru transfuzia de produse trombocitare

Informație despre pacient	Componente trombocitare și gradul de prioritate în aplicarea alternativă			
	<i>Concentrat de trombocite standard</i>			
AB0/Rh pacient	1-a	a 2-a	a 3-a	a 4-a
0 pozitiv	0 pozitiv	0 negativ		
0 negativ	0 negativ	0 negativ		

A pozitiv	A pozitiv	A negativ		
A negativ	A negativ	A negativ		
B pozitiv	B pozitiv	B negativ		
B negativ	B negativ	B negativ		
AB pozitiv	AB pozitiv	AB negativ		
AB negativ	AB negativ	AB negativ		
<i>Concetratul de trombocite de afereză suspendat în plasmă sau amestecul de concentrate de plachete suspendate în plasma</i>				
<i>AB0 pacient</i>	1-a	a 2-a	a 3-a	a 4-a
0	0	AB		
A	A	AB		
B	B	AB		
AB	AB			
<i>Concetratul de trombocite de afereză în soluție de resuspendare sau amestecul de concentrate de plachete în soluție de resuspendare</i>				
<i>AB0 pacient</i>	1-a	a 2-a	a 3-a	a 4-a
0	0	AB	A	B
A	A	AB	B	0
B	B	AB	A	0
AB	AB	A	B	0

Fișa standardizată de audit medical
bazat pe criteriile pentru protocolul clinic național „Managementul
transfuzional și de resuscitare volemică al hemoragiilor ginecologice masive”

	Domeniul Prompt	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	denumirea oficială
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact
3.	Numărul fișei obstetricale	
4.	Ziua, luna, anul de naștere a pacientei	ZZ-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
5.	Mediul de reședință	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu știu.
6.	Numele medicului curant	nume, prenume
	INTERNAREA	
7.	Data și ora internării în spital	data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau 9 = necunoscută
8.	Data și ora transferului în sala de operații/intervenției mici	data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau 9 = necunoscută
9.	Data și ora internării în terapie intensivă	data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau 9 = necunoscută
10.	Data și ora transferului în secție	data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau 9 = necunoscută
11.	Reinternarea în terapia intensivă	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
	DIAGNOSTICUL	
12.	Pierderi sangvine preoperator	cantitatea (ml)
13.	Pierderi sanguine în timpul intervenției	cantitatea (ml)
14.	Hemoragie totală	cantitatea (ml)
15.	Transfuzie intraoperatorie	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
16.	Utilizarea profilactică de antifibrinolic	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9 (doza)
17.	Utilizarea de antifibrinolic în timpul intervenției	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9 (doza)
18.	Utilizarea de antifibrinolic după intervenție	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9 (doza)
19.	Transfuzia de toate tipurile de concentrat eritrocitar intraoperator pentru corecția anemiei preoperatorii	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19.1	investigații realizate în acest scop:	
19.1.1	Hb	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19.1.2	Ht	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19.1.3	Er	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9

19.1.4	Tr	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19.1.5	grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19.1.6	grup sanguin după sistem Rh	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19.1.7	grup sanguin după sistem Kell	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19.1.8	proba la compatibilitate pretransfuzională	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19.1.9	altele	de indicat tipurile investigațiilor
19.2	număr total de unități transfuzate	număr de unități
19.3	tipurile de CE transfuzate (CE, CED, CEDL, CEAD, CEDLAD, CEA)	de indicat toate tipurile de CE transfuzat
19.4	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.	Transfuzia de toate tipurile de concentrat eritrocitar intraoperator pentru corecția anemiei intraoperatorii	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1	investigații realizate în acest scop:	
20.1.1	Hb	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1.2	Ht	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1.3	Er	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1.4	Tr	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1.5	grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1.6	grup sanguin după sistem Rh	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1.7	grup sanguin după sistem Kell	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1.8	proba la compatibilitate pretransfuzională	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
20.1.9	altele	de indicat tipurile investigațiilor
20.2	număr total de unități transfuzate	număr de unități
20.3	tipurile de CE transfuzate (CE, CED, CEDL, CEAD, CEDLAD, CEA)	de indicat toate tipurile de CE transfuzat
20.4	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
21.	Transfuzia de toate tipurile de concentrat de plachete intraoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
21.1	investigații realizate:	
21.1.1	Hb	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
21.1.2	Ht	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
21.1.3	Tr	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
21.1.4	Er	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9

21.1.5	altele	de indicat tipurile investigațiilor
21.2	număr total de unități transfuzate	număr de unități
21.3	tipurile de CPL transfuzate (CPL, CPLA, CPLADL, AMCPL, AMCPLD)	de indicat tipurile de CPL transfuzat
21.4	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.	Transfuzia de toate tipurile de plasmă proaspăt congelată intraoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.1	investigații realizate în acest scop:	
22.1.1	fibrinogen	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.1.2	TP	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.1.3	INR	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.1.4	TTPA	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.1.5	ROTEM	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.1.6	TEG	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.1.7	grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22.1.8	altele	de indicat tipurile investigațiilor
22.2	număr total de unități transfuzate	număr de unități
22.3	tipurile de PPC transfuzate (PPC, PPCAS, PDECR)	de indicat toate tipurile de PPC transfuzat
22.4	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.	Transfuzia de crioprecipitat intraoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1	investigații realizate în acest scop:	
23.1.1	fibrinogen	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.2	factorul VIII	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.3	grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.4	altele	de indicat tipurile investigațiilor
23.2	număr total de unități transfuzate (CPFVIII)	număr de unități
23.3	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
24	Utilizarea factorilor de coagulare intraoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
24.1	număr total de unități utilizate	număr de unități
24.2	tipurile factorilor de coagulare utilizați	de indicat tipurile factorilor de coagulare
25	Transfuzia intraoperatorie conform algoritmului instituțional	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9

26	Transfuzia de toate tipurile de concentrat de plachete postoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1	investigații realizate:	
26.1.1	Hb	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1.2	Ht	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1.3	Tr	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1.4	Er	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1.5	altele	de indicat tipurile investigațiilor
26.2	număr total de unități transfuzate	număr de unități
26.3	tipurile de CPL transfuzate (CPL, CPLA, CPLADL, AMCPL, AMCPLD)	de indicat toate tipurile de CPL transfuzat
26.4	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27	Transfuzia de toate tipurile de concentrat eritrocitar postoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1	investigații realizate în acest scop:	
27.1.1	Hb	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1.2	Ht	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1.3	Er	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1.4	Tr	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1.5	grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1.6	grup sanguin după sistem Rh	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1.7	grup sanguin după sistem Kell	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1.8	proba la compatibilitate pretransfuzională	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1.9	altele	de indicat tipurile investigațiilor
27.2	număr total de unități transfuzate	număr de unități
27.3	tipurile de CE transfuzate (CE, CED, CEDL, CEAD, CEDLAD, CEA)	de indicat toate tipurile de CE transfuzat
27.4	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
28	Transfuzia de toate tipurile de plasmă proaspăt congelată postoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
28.1	investigații realizate în acest scop:	
28.1.1	fibrinogen	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
28.1.2	TP	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
28.1.3	INR	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9

28.1.4	PTTA	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
28.1.5	ROTEM	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
28.1.6	TEG	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
28.1.7	grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
28.1.8	altele	de indicat tipurile investigațiilor
28.2	număr total de unități transfuzate	număr de unități
28.3	tipurile de PPC transfuzate (PPC, PPCAS, PDECR)	de indicat toate tipurile de PPC transfuzat
28.4	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
29	Transfuzia de crioprecipitat postoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9 (Nr. unități/volum)
29.1	investigații realizate în acest scop:	
29.1.1	fibrinogen	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
29.1.2	factorul VIII	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
29.1.3	grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
29.1.4	altele	de indicat tipurile investigațiilor
29.2	număr total de unități transfuzate (CPFVIII)	număr de unități
29.3	formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
30	Utilizarea factorilor de coagulare postoperator	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
30.1	număr total de unități utilizate	număr de unități
30.2	tipurile factorilor de coagulare utilizați	de indicat tipurile factorilor de coagulare
31	Transfuzia postoperatorie conform algoritmului instituțional (în Terapia Intensivă)	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
32	Durata internării în Terapia Intensivă (zile)	număr de zile
33	Durata de ventilare mecanică în perioada postoperatorie/postpartum (ore)	număr de ore
34	Durata internării în spital (zile)	număr de zile
	ISTORICUL MEDICAL AL PACIENELOR	
35	Pacientă internată în mod programat pentru intervenție	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
36	Pacientă internată în mod urgent pentru intervenție	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
37	Pacientă cu anemie preoperatorie (Hb < 10 g/dl)	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
38	Pacientă cu insuficiență renală preoperatorie (Clerance creatinină < 50 ml/kg/min)	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9

39	Pacientă cu insuficiență hepatică preoperator (INR >1,5)	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
40	Pacientă cu dereglări de coagulare congenitale și/sau dobândite preoperator/prenatal	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
	TRATAMENTUL	
41	Utilizarea uterotonicelor	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9, preparat (), doza ()
42	Măsuri temporare de hemostază	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
43	Reintervenție pentru hemostază chirurgicală	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
44	Implementarea protocolului instituțional de management transfuzional și resuscitare volemică al hemorgiilor ginecologice masive.	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
45	Implementarea checklist-ului de criză pentru managementul hemorgiilor ginecologice masive.	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
46	Complicații dezvoltate după transfuzie.	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
47	Insuficiență poliorganică și morbiditate severă prin hemoragie ginecologică masivă.	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
48.	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului.
		data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
		data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută

Bibliografie

1. Glance LG, Dick AW, Mukamel DB, et al. Association between intraoperative blood transfusion and mortality and morbidity in patients undergoing noncardiac surgery. *Anesthesiology* 2011; 114:283–292.
2. Carless PA, Henry DA, Carson JL, Hebert PP, McClelland B, Ker K. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 10:CD002042.
3. Afshari A, Wikkelso A, Brok J, Moller AM, Wetterslev J. Thrombelastography (TEG) or thromboelastometry (ROTEM) to monitor haemotherapy versus usual care in patients with massive transfusion. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 3:CD007871.
4. Shakur H, Roberts I, et al. CRASH-trial collaborators Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2010; 376:23–32.
5. Ducloy-Bouthors AS, Jude B, Duhamel A, et al. High-dose tranexamic acid reduces blood loss in postpartum haemorrhage. *Crit Care* 2011; 15:R117.
6. Kozek-Langenecker SA, Afshari A, Albaladejo P, et al. Management of severe perioperative bleeding: Guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2013; 30:270–382.
7. Practice Guidelines for Perioperative Blood Management: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative, *Anesthesiology* 2015, Vol.122, 241-275. doi:10.1097/ALN.0000000000000463
8. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding: Malcolm G Munro, Hilary O D Critchley, Ian S Fraser, for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 Apr;113(1):1–2.
9. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 Apr;113(1):3–13.
10. James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Oct;158(2):124–34.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2013 Apr;121(4):891–6.
12. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Working Group The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril.* 2011 Jun;95(7):2204–8. 2208.e1–3.
13. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: who needs them? *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Oct;207(4):259–65.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: number 41, December 2002. *Obstet Gynecol.* 2002 Dec;100(6):1389–402.
15. Philipp CS, Faiz A, Dowling NF, et al. Development of a screening tool for identifying women with menorrhagia for hemostatic evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Feb;198(2):163.e1–8.
16. Cooke I, Lethaby A, Farquhar C. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000249.
17. Yeasmin S, Nakayama K, Ishibashi M, et al. Microwave endometrial ablation as an alternative to hysterectomy for the emergent control of uterine bleeding in patients who are poor surgical candidates. *Arch Gynecol Obstet.* 2009 Aug;280(2):279–82.

18. Nichols CM, Gill EJ. Thermal balloon endometrial ablation for management of acute uterine hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2002 Nov;100(5 Pt 2):1092–4.
19. Chapa HO, Antonetti AG, Sandate J, Silver L. Emergent thermal balloon ablation for acute uterine hemorrhage: a report of 2 cases *J Reprod Med* 2010 November–Dec;55.11–12 511–3.3
20. Munro M. Acute Uterine Bleeding Unrelated to Pregnancy: A Southern California Permanente Medical Group Practice Guideline. *Perm J.* 2013 Summer; 17(3): 43–56.
21. Tibbles CD. Selected gynecologic disorders. Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Adams JG. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.* 7th ed. Mosby (Elsevier); 2009. Vol 1: Chap 98.
22. Davidson BR, Dipiero CM, Govoni KD, Littleton SS, Neal JL. Abnormal uterine bleeding during the reproductive years. *J Midwifery Womens Health.* 2012 May-Jun. 57(3):248-54.
23. [Guideline] James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, et al. Von Willebrand disease and other bleeding disorders in women: consensus on diagnosis and management from an international expert panel. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Jul. 201(1):12.e1-8.
24. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2012 Jul. 120 (1):197-206.
25. [Guideline] American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction. National Guideline Clearinghouse. Available at <http://guideline.gov/content.aspx?id=47451>. Accessed: Oct 31 2014.
26. [Guideline] Roach L. Uterine Bleeding: ACOG Updates Guidelines. *Medscape Medical News.* June 21 2013.
27. Koscielny J, Ziemer S, Radtke H, et al. A practical concept for preoperative identification of patients with impaired primary hemostasis. *Clin Appl Thromb Hemost* 2004; 10:195–204.
28. De Hert S, Imberger G, Carlisle J, et al. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011; 28:684–722.
29. Eckman MH, Erban JK, Singh SK, Kao GS. Screening for the risk for bleeding or thrombosis. *Ann Intern Med* 2003; 138:W15–24.
30. Owen CA Jr. Historical account of tests of hemostasis. *Am J Clin Pathol* 1990; 93 (4 Suppl 1):S3–8
31. Segal JB, Dzik WH, Transfusion Medicine/Hemostasis Clinical Trials Network. Paucity of studies to support that abnormal coagulation test results predict bleeding in the setting of invasive procedures: an evidence-based review. *Transfusion* 2005; 45:1413–1425.
32. *The Clinical Use of Blood, Handbook, WHO, ISBN-13 9789241545396, 2001*
33. Munoz M, Garcia-Erce JA, Diez-Lobo AI, et al. [Usefulness of the administration of intravenous iron sucrose for the correction of preoperative anemia in major surgery patients]. *Med Clin* 2009; 132:303–306
34. Henry DA, Carless PA, Moxey AJ, et al. Pre-operative autologous donation for minimising perioperative allogeneic blood transfusion. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2):CD003602.
35. Gurgel ST, do Nascimento P Jr. Maintaining tissue perfusion in high-risk surgical patients: a systematic review of randomized clinical trials. *Anesth Analg* 2011; 112:1384–1391.
36. Hamilton MA, Cecconi M, Rhodes A. A systematic review and metaanalysis on the use of preemptive hemodynamic intervention to improve postoperative outcomes in moderate and high-risk surgical patients. *Anesth Analg* 2011; 112:1392–1402.
37. Story DA, Morimatsu H, Bellomo R. Hyperchloremic acidosis in the critically ill: one of the strong-ion acidoses? *Anesth Analg* 2006; 103:144–148.
38. Hebert PC. Transfusion requirements in critical care (TRICC): a multicentre, randomized, controlled clinical study. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators and the Canadian Critical care Trials Group. *Br J Anaesth* 1998; 81 (Suppl 1):25–33.

39. Corwin HL, Gettinger A, Pearl RG, et al. The CRIT Study: Anemia and blood transfusion in the critically ill—current clinical practice in the United States. *Crit Care Med* 2004; 32:39–52.
40. Vincent JL, Baron JF, Reinhart K, et al. Anemia and blood transfusion in critically ill patients. *JAMA* 2002; 288:1499–1507.
41. Vincent JL, Sakr Y, Sprung C, Harboe S, Damas P. Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients Investigators. Are blood transfusions associated with greater mortality rates? Results of the Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients study. *Anesthesiology* 2008; 108:31–39.
42. Kilgannon JH, Jones AE, Parrillo JE, et al. Relationship between supranormal oxygen tension and outcome after resuscitation from cardiac arrest. *Circulation* 2011; 123:2717–2722.
43. Cabello JB, Burls A, Emparanza JI, Bayliss S, Quinn T. Oxygen therapy for acute myocardial infarction. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (6):CD007160.
44. Snyder HS. Significance of the initial spun hematocrit in trauma patients. *Am J Emerg Med* 1998; 16:150–153.
45. Paradis NA, Balter S, Davison CM, Simon G, Rose M. Hematocrit as a predictor of significant injury after penetrating trauma. *Am J Emerg Med* 1997; 15:224–228.
46. Englehart MS, Schreiber MA. Measurement of acid-base resuscitation endpoints: lactate, base deficit, bicarbonate or what? *Curr Opin Crit Care* 2006; 12:569–574.
47. Rahe-Meyer N, Pichlmaier M, Haverich A, et al. Bleeding management with fibrinogen concentrate targeting a high-normal plasma fibrinogen level: a pilot study. *Br J Anaesth* 2009; 102:785–792. 117 Rahe-Meyer N, Solomon C, Winterhalter M, et al. Thromboelastometryguided administration of fibrinogen concentrate for the treatment of excessive intraoperative bleeding in thoracoabdominal aortic aneurysm surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 138:694–702.
48. Schochl H, Nienaber U, Maegele M, et al. Transfusion in trauma: thromboelastometry-guided coagulation factor concentrate-based therapy versus standard fresh frozen plasma-based therapy. *Crit Care* 2011; 15:R83.
49. Carless PA, Henry DA, Carson JL, Hebert PP, McClelland B, Ker K. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (10):CD002042.
50. Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, et al. A multicenter randomized controlled clinical trial of transfusion requirements in critical Care. *N Engl J Med* 1999; 340:409–417.
51. Singbartl K, Innerhofer P, Radvan J, et al. Hemostasis and hemodilution: a quantitative mathematical guide for clinical practice. *Anesth Analg* 2003; 96:929–935.
52. Korte W. [Fibrin monomer and factor XIII: a new concept for unexplained intraoperative coagulopathy]. *Hamostaseologie* 2006; 26 (3 Suppl 1): S30–35.
53. Pabinger I, Brenner B, Kalina U, et al. Prothrombin complex concentrate (Beriplex P/N) for emergency anticoagulation reversal: a prospective multinational clinical trial. *J Thromb Haemost* 2008; 6:622–631.
54. Pabinger-Fasching I. Warfarin-reversal: results of a phase III study with pasteurised, nanofiltrated prothrombin complex concentrate. *Thromb Res* 2008; 122 (Suppl 2):S19–22.
55. Dunn CJ, Goa KL. Tranexamic acid: a review of its use in surgery and other indications. *Drugs* 1999; 57:1005–1032.
56. Rajagopalan S, Mascha E, Na J, Sessler DI. The effects of mild perioperative hypothermia on blood loss and transfusion requirement. *Anesthesiology* 2008; 108:71–77.
57. Ho KM, Leonard AD. Concentration-dependent effect of hypocalcaemia on mortality of patients with critical bleeding requiring massive transfusion: a cohort study. *Anaesth Intensive Care* 2011; 39:46–54.
58. Nagarsheth NP, Sharma T, Shander A, Awan A. Blood salvage use in gynecologic oncology. *Transfusion* 2009; 49:2048–2053.

59. Beck-Schimmer B, Romero B, Booy C, et al. Release of inflammatory mediators in irradiated cell salvage blood and their biological consequences in human beings following transfusion. *Eur J Anaesthesiol* 2004; 21:46–52.
60. Yamada T, Ikeda A, Okamoto Y, Okamoto Y, Kanda T, Ueki M. Intraoperative blood salvage in abdominal simple total hysterectomy for uterine myoma. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 59:233–236.
61. Kim YT, Kim SW, Yoon BS, et al. Effect of intravenously administered iron sucrose on the prevention of anemia in the cervical cancer patients treated with concurrent chemoradiotherapy. *Gynecol Oncol* 2007; 105:199–204.
62. Dangsuwan P, Manchana T. Blood transfusion reduction with intravenous iron in gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. *Gynecol Oncol* 2010; 116:522–525.
63. Myers ER, Clarke-Pearson DL, Olt GJ, Soper JT, Berchuck A. Preoperative coagulation testing on a gynecologic oncology service. *Obstet Gynecol* 1994; 83:438–444.
64. Abu-Rustum NR, Richard S, Wilton A, et al. Transfusion utilization during adnexal or peritoneal cancer surgery: effects on symptomatic venous thromboembolism and survival. *Gynecol Oncol* 2005; 99:320–326.
65. Celebi N, Celebioglu B, Selcuk M, Canbay O, Karagoz AH, Aypar U. The role of antifibrinolytic agents in gynecologic cancer surgery. *Saudi Med J* 2006; 27:637–641.
66. Chigbu B, Onwere S, Kamanu C, et al. Lessons learned from the outcome of bloodless emergency laparotomies on Jehovah's Witness women presenting in the extremis with ruptured uterus. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279:469–472.
67. Burger W, Chemnitz JM, Kneissl GD, Rucker G. Low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention - cardiovascular risks after its perioperative withdrawal versus bleeding risks with its continuation - review and meta-analysis. *J Intern Med* 2005; 257:399–414.
68. Levi M, Eerenberg E, Kamphuisen PW. Bleeding risk and reversal strategies for old and new anticoagulants and antiplatelet agents. *J Thromb Haemost* 2011; 9:1705–1712.