

IMSP INSTITUTUL ONCOLOGIC

APROBAT
prin Ordinul IMSP IO
nr. 174 din 08.10.2024

Protocol Clinic Instituțional nr. 247 **MANAGEMENTUL HEMORAGIILOR SEVERE** **ÎN PEDIATRIE**

**Elaborat în baza Protocolului Clinic Național PCN-247, aprobat
prin ordinul Ministerului Sănătății, al Republicii Moldova nr. 1231 din
26.12.2022**

Chișinău, 2024

ABREVIERI FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	asistența medicală primară
AMUP	Asistența medicală urgentă prespitalicească
ATI	Anestezie terapie intensivă
CT	computer tomografic
DMU	Departament Medicină de Urgență
ECG	electrocardiograma
ESA	Societatea Europeană de Anestezie
FAST	test sonografic abdominal focusat
FCC	frecvența contracțiilor cardiace
FR	frecvența respiratorie
HAES	hidroxyetil amidon
Hb	hemoglobina
Ht	hematocrit
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PPC	plasmă proaspăt congelată
CMV	cito-megalo virus
CPC	complex protrombinic concentrat
PT	timp protrombinic
aPTT	timpul de tromboplastină parțial activat
PVC	presiunea venoasă centrală
rFVIIa	factor VII recombinat activat
SpO ₂	saturație periferică în oxigen
TA	tensiunea arterială
TRC	timp recolorare capilară
VSC	volum sânge circulant
DO ₂	aportul de O ₂ în organism
VO ₂	consumul global de O ₂
SaO ₂	saturația în O ₂ a sângelui arterial
SvO ₂	saturația în O ₂ a sângelui venos amestecat
PEEP	presiunea end – expiratorie pozitivă
SVAP	suport vital avansat pediatric
ASA	Societatea americana de anestezie
ARDS	Sindromul detresei respiratorii acute

SUMARUL RECOMANDARILOR ACTUALIZATE

1. Toate spitalele cu secții de urgență, sali de operație sau un serviciu obstetrical trebuie să aibă un Protocol instituțional, care va include cele mai bune indicații și îndrumări actualizate în gestionarea pacienților cu hemoragie masivă (1A)
2. Timpul scurs între incidentul hemoragic și implicarea medicală trebuie redus la minimum.
3. În traumatisme, fiecare întârziere de 1 minut în furnizarea produselor sanguine la patul pacientului este asociată cu o creștere cu 5% a mortalității la copii (1B) (43)
4. E dovedit faptul, că predecesorii decesului în șocul hemoragic sunt hipovolemia acută, hipofibrinogenemia, acidoza și hipotermia (1A)
5. Pe fond de acidoză metabolică, hipocalciemia este factorul agravant în instalarea coagulopatiei, de aceea este necesară corecția cu 0,1ml/kg Ca Cl 10% sau 0,5ml/kg Ca gluconat 10% (1C)
6. **Recomandăm** monitorizarea testelor standarde de laborator la fiecare 1 oră pentru aprecierea gradului de sangerare și severitatea șocului hemoragic (1 B)
6. Detectarea precoce a coagulopatiei se efectuează prin aprecierea repetată a indicilor INR, a PTT, fibrinogen, trombocite sau/si prin metoda tromboelastografiei (1C)

7. Se recomandă utilizarea strategiei restricționale în substituirea volemică a VSC (conceptul "hipotensiune arterială permisivă) pentru menținerea TA medii la 50-60mmHg pînă la stoparea hemoragiei în lipsa traumatismului cerebral (1B)
8. La pacientul pediatric cu leziuni ale creierului sau/si maduvei spinării, se recomandă de menținut o presiune arterială medie mai mare (>80mmHg) (1C)
9. La copii în hipotensiune persistentă se recomandă utilizarea vazopresoarelor (Norepinefrinum) (1C)
10. Infuzia preparatelor inotrope (Dobutaminum si Epinefrinum) poate fi indicată cînd se instalează disfuncția miocardică în șocul hipovolemic (1C)
11. Strategia actuală a terapiei infuzionale la copii în șocului hemoragic este refuzul de a indica soluții hipotonice cristaloides cu restricția soluțiilor cristaloides balanste (pînă 10ml/kg) (1A) Ghidurile actuale Advanced Trauma Life Support (ATLS) recomandă limitarea utilizării cristalozilor, în special NaCl 0,9%, cu trecerea mai precoce la produse din sînge.(2C).
12. Se propune de a micșora volumul coloizilor (10ml/kg) la etapa inițială a resuscitarii volemice cu restricția lor ulterioară, în legătură cu efectele lor adverse asupra hemostazei.(2C)
13. Protocolul recomandă administrarea cît mai precoce a primei doze de acid tranexamic (15mg/kg) încă la etapa de prespital (2C) sau în primele 3 ore de la trauma(1B) cu ulterioara perfuzie a 1g în curs de 8 ore (1A) (50,51)
14. Novoseven, factor VII recombinat (rFVIIa) este utilizat doar cu consultul unui Hematolog, atunci cînd opțiunile de tratament sunt limitate si epuizate iar pacientul încă mai exsanguineaza (2C)
15. Sau reînnoit indicațiile pentru utilizarea sîngelui integral, deoarece acesta posedă raportul ideal de eritrocite, plasmă, trombocite, pe cînd componentele separate conțin de trei ori mai mult volum de anticoagulant si aditivi (39), motiv pentru care susținătorii sîngelui integral afirmă că acesta minimizează coagulopatia diluțională și, în esență, restabilește ceea ce a fost pierdut prin hemoragie. Rapoartele cercetărilor inițiale ale transfuziei de sînge integral la copii indică faptul, că volumul de pînă la 20ml/kg de sînge integral cald administrat în timpul resuscitarii traumei, este eficient și sigur. (1C) (48)
16. Pentru prevenirea și compensarea deficitului diluțional provocat de administrarea inițială a cristalozilor în resuscitarea volemică recomandăm de administrat în raport de 1:1:1:1 a concentratului eritrocitar, PPC, crioprecipitat și trombocite cînd este cazul de transfuzie masivă pediatrică (1B) (41)
17. Standard de disponibilitate a componentelor sanguine în hemoragie severă la copii (52)
 - concentrat eritrocitar O(1) neg.pentru fete și O(1) poz. pentru băieți:- De intervenit IMEDIAT (4 pungi trebuie să fie prezente permanent în frigiderul din reanimare sau sala de operație) în lipsa AB(O) compatibil
 - concentrat eritrocitar AB(O) compatibil:se livrează în 15minute
 - Plasma proaspăt congelată și Crioprecipitat: se livrează în 30minute (20min.pentru dezghețare)
 Concentrat de plachete-se intervine imediat dacă-s disponibile sau pînă la 1 oră (din cauza rezervelor limitate) (1B)
18. Se recomandă de respectat următoarea succesiune în administrarea produselor sanguine:
19. Conc.eritrocitar→Crio→Concentrat eritrocitar→PPC→Plachete (cîte 10ml/kg) nu concomitent ci secvențial. Administreză Plachete 10 ml/kg după 40ml/kg de produse sanguine.Dacă sangerarea persistă, repetă Concentrat eritrocitar→crio→concentrat eritrocitar→PPC→CONCENTRAT Plachete (1B) (52)
20. Este strict recomandat întreruperea practicii liberale transfuzionale, fiind scumpă și dăunătoare și trebuie promovată strategia rațională, restricțională prin evitarea transfuziei inutile. (1A) (43,45,48,50)

PREFAȚĂ

Protocolul Clinic Instituțional a fost elaborat de grupul de lucru pentru elaborarea Protoalelor Clinice Instituționale din cadrul IMSP Institutul Oncologic.

Drept temei a servit Protocolul Clinic Național PCN-247, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, nr. 1231 din 26.12.2022, cu păstrarea structurii, numerotației capitolelor, tabelor, figurilor, casetelor etc., luând în considerație posibilitățile reale ale instituției. Protocolul Clinic Instituțional PCI-247 a fost discutat și aprobat la Consiliul de Calitate IMSP Institutul Oncologic (președinte, Veronica Ciobanu) și Comitetul Farmacoterapeutic al IMSP Institutul Oncologic (președinte, A. Mustea).

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Atitudinea modernă a medicinei bazate pe dovezi științifice, obligă societățile profesionale din specialitate să propună și adopte pachete de ghiduri și protocoale de diagnostic și tratament și, la fel de important, să implementeze și să asigure diseminarea și punerea lor în aplicare.

Astfel, ca prim pas pentru atingerea acestui scop, propunem atenției Dumneavoastră extrase, recomandări actualizate din ghidurile europene în domeniu, cu posibilitatea aplicării nemijlocite în R. Moldova. Bineînțeles, ne dorim ca aceste recomandări să fie completate prin opiniile exprimate de către experți, medicii practicieni, urmând ca pasul final să fie reprezentat de adoptarea de către Ministerul Sănătății a Protocolului privind managementul hemoragiilor severe în pediatrie. Recomandările prezentate în acest protocol sunt clasificate după sistemul GRADE elaborat de Centrul Oxford pentru medicina bazată pe dovezi științifice puternice. Fiecare recomandare gradată a fost elaborată de un grup de experți pan-europeni multidisciplinari inclusiv cu implicarea activă a reprezentanților din cinci cele mai relevante societăți europene profesionale.

Dorim a face acest Protocol și liniile sale directe cât mai aplicabile în practica de zi cu zi. Subliniem, că o abordare multidisciplinară corectă a managementului copilului cu hemoragie severă va ajuta la micșorarea invalidității și mortalității pediatrice, va mări supraviețuirea pe termen lung a copiilor.

A.1. Diagnosticul: Hemoragie acuta severa

Exemplu de diagnostic de lucru (echipa AMU, secția de internare, ATI):

1. Hemoragie acuta externă
2. Hemoragie acuta internă exteriorizată
3. Hemoragie masivă cu semne de soc hipovolemic

A.2. Codul bolii (CIM 10)

T 79.2 - hemoragie traumatică secundară și recidivantă

T 79.4 - șoc traumatic (provocat de o rană)

R 57.1 - șoc hipovolemic

A 4.3 - șoc hipovolemic hemoragic

R 04.0 - R04.9-hemoragia cailor respiratorii

S 35.9 - leziune traumatică a vaselor sanguine la nivel abdomen, lombă, bazin

N 02 - hematuria recidivantă și persistentă

N 92.0 - N92.6-menoragia, polimenoreia, metroragia

D 62 - anemia posthemoragica acută

R 58 - hemoragie neclasată la alte regiuni

A.3. Gradul urgențelor medico-chirurgicale: MAJOR

A.4. Utilizatori:

- medici oncologi/hematologi pediatri al IMSP IO
- medici departamentul diagnostic

- medici departamentul chirurgie oncologică
- echipele UPU\ secțiile de internare\
- secția ATI

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

A.5. Scopurile protocolului:

1. Sporirea numărului de pacienți care beneficiază de diagnostic corect și prompt în hemoragiile acute; spitalizare de urgență în termen oportun pentru aplicarea primului ajutor și a tratamentului specializat recomandat de medicina modernă;
2. Etapizarea diagnosticului și tratamentului hemoragiilor la diferite nivele medicale;
3. Abordarea multidisciplinară și corectă a cazului clinic de hemoragie.
4. Selectarea strategiei corecte și adecvate de folosire a preparatelor hemostatice și sanguine în tratamentul hemoragiilor la copii;

A.6. Elaborat: 2024

A.7. Revizuire: in termen de pină la 6 luni de la următoarea revizuire a PCN-247 „Managementul hemoragiilor severe în pediatrie”.

A.8. Definiții folosite în document

Hemoragie – scurgere abundentă de sânge, internă sau externă, în urma ruperii sau tăierii peretelui unui vas sanguin.

Hemoragie masivă:

- pierderea întregului VSC în 24 de ore, sau
- pierderea a 50 % din VSC în mai puțin de 3 ore, sau
- pierderea rapidă a sângelui cu un ritm de 150ml/min(2-3 ml/kg/min).
- pierderea a 10% dinVSC la fiecare 10min.
- pierderea rapida a 20% de sange din VSC in <1 ora

Hipovolemie – scăderea volumului sanguin circulant

Anemie – scăderea concentrației de Hb în sânge de la valori arbitrare

Epistaxis – hemoragie nazală.

Hemoptizie – eliminarea sângelui roșu, aerat spumos din arborele respirator în timpul tusei

Hemetimeza – eliminarea sângelui de culoarea neagră ”zaț de cafea ”(sau roșu în hemoragii masive) prin cavitatea bucală împreună cu resturi alimentare sub formă de vărsătură.

Melena – sângele este eliminat prin scaun negru ca ”păcura”.

Rectoragia – sânge roșu, nedigerat eliminat prin anus, rect.

Metroragia – sânge exteriorizat din uter prin vagin (nu în perioada menstruației).

Hematuria – hemoragia exteriorizată în timpul urinării (sau prin cateter urinar).

Transfuzie homologă – înlocuirea sângelui pierdut cu componenți sanguini prelevați de la donatori pentru utilizarea la altă persoană.

Transfuzie autologă – înlocuirea sângelui pierdut cu componenți prelevați de la pacient anterior.

Cell Saver – tehnică de recuperare sterilă și readministrare a sângelui pierdut la nivelul plăgii în cursul operației, reprezintă metoda de autotransfuzie intraoperatorie.

Transfuzia masivă – administrarea în decurs de 24 de ore a unei cantități de sânge mai mare decât VSC sau mai mare decât 10 unități concentrat eritrocitar.

- transfuzia a 4 unități de concentrat eritrocitar în 1 oră ;
- transfuzia > 8 unități de concentrat eritrocitar sau > 15 unități de PPC

A.9. Informația epidemiologică

Mii de adresări pe an la serviciu de urgență, în secția de reanimare și terapie intensivă, se datorează hemoragiilor. Hemoragia acuta este una din stările amenințătoare de viață,ce necesită corecție promptă a volumului sanguin pierdut. Cea mai frecventă cauză de hemoragie acută în

pediatrie sunt traumatismele și hemoragia masivă chirurgicală. Leziunile traumatiche cu hemoragie sunt principala cauză de morbiditate și deces la nivel mondial în rândul copiilor între 5-15 ani. Fenomenele de hemoragie severă prezintă o rată sporită de mortalitate atât în rândul populației mature cât și celei pediatrice cu un spor de 10 ori mai mare în șocul hemoragic avansat, comparativ cu cel precoce compensat. Sângerarea necontrolată contribuie la 30-40% din decesele legate de traumă și este principala cauză de deces care ar putea fi prevenită la pacienții spitalizați. În traumatisme, fiecare întârziere de 1 minut în furnizarea produselor sanguine la patul pacientului este asociată cu o creștere cu 5% a mortalității la copii,

A.10. Particularități anatomo-fiziologice ale copilului în aspect hemoragic

”Copilul nu este un adult în miniatură, organismul lui posedă anumite particularități anatomo-fiziologice, care suportă schimbări caracteristice de vârstă pe întreaga perioadă a copilăriei”

Alexandr Tur – unul din fondatorii pediatriei.

Una din cele mai importante particularități ale sistemului cardio-vascular pediatric este imaturitatea arhitectonicii miocardice și hipovolemia relativă, ce pot crea în anumite situații premise de dezvoltare a insuficienței cardio-vasculare. În condițiile în care consumul de oxigen și rata metabolică pe kilocorp sunt duble față de adult, face ca rezerva contractilă să se epuizeze repede cu incapacitatea de a-și crește debitul bătăie. Debitul cardiac la copil depinde complet de frecvența cardiacă. Poți crește debitul doar prin tahicardizare. Scăderea frecvenței duce la scăderea proporțională a debitului cardiac. În repaus debitul cardiac este de 2-3 ori mai mare ca la adult. Volumul bătăie este relativ fix deoarece ventriculul stâng (miofibrilele) este slab dezvoltat la copii. Sistemul nervos simpatic și baroreceptorii (reflexele) sânt destul de imature. Din cauza imaturității inervației simpatice și a conținutului scăzut de adrenalină în sânge la nivelul cordului predomină tonusul vegetativ parasimpatic și predispoziție de a dezvolta bradicardie/asistolie, hipotensiune și insuficiență cardiacă congestivă în caz de hipoxie și supradoză de aneestezice. De aici și răspunsul paradoxal la laringoscopie prin bradicardie și nu tahicardie ca la adult.

Depozite de catecolamine scăzute ce duce la epuizarea rapidă a acestora în stres, se remarcă printr-un răspuns „moale”, întârziat la catecolaminele exogene, de aici constatăm că arborele vascular este mai puțin capabil să se constricte, deaceia urmărim răspunsul la hipovolemie care este tahicardia apoi mai tardiv survine hipotensiunea arterială.

Nou-născutul și copilul mic au tendință de a realiza vasoconstricție periferică. Ei nu tolerează creșterea atât a presarcinii cit și a postsarcinii, deaceia deshidratarea și supraîncărcarea volemică sunt riscuri mari pentru viața copilului mic.

La naștere Hb are valori mari. Durata de viață a hematiilor este mai scurtă. Capacitatea de transport O₂ a sângelui fetal este de 1,5 ori mai mare ca la adult. Ht trebuie menținut la copii la cel puțin 30-35%, iar Hb nu mai puțin de 10-12 g/l.

Nivelul hemoglobinei fetale scade pînă la sfîrșitul lunii 3-6 de viață – „anemia trimestrială”.

- n/născutul 1 sapt./viață : 16-20 g/l,
- n/născut a 4-a sapt./viață: 13-16 g/l,
- copil 1-6 luni : 10-12 g/l
- copil 1-6 ani: 11-13 g/l
- școlar : 12-14 g/l.

Hemoragia este principala cauză de anemie. **Anemia acută** se va dezvolta după o scădere bruscă a VSC și a concentrației de Hb. **Anemia cronică** se dezvoltă după pierderi treptate de sânge. În cursul anemiei acute, datorită scăderii de Hb intervine principalul mecanism compensator – creșterea debitului cardiac (la copii prin creșterea frecvenței cardiace) care va menține aportul de O₂ către țesuturi max. la o Hb de 10 g/l. Consumul de O₂ începe să scadă, însă oxigenarea tisulară nu va fi afectată încă un timp anumit datorită creșterii extracției de O₂, menținerii fluxului sanguin miocardic. Când extracția de O₂ ajunge la o valoare critică – 55% (N 20-25%) transportul de O₂ devine insuficient pentru nevoile organismului și se dezvoltă ischemia tisulară. Scăderea transportului de O₂ efectuat de Hb. afectează prognosticul la bolnavii atât chirurgicali cât și non-chirurgicali. **Există o corelație directă între concentrația de Hb preoperatorie, sângerarea intraoperatorie și mortalitatea postoperatorie.**

Limita inferioară a anemiei acute normovolemice la copil, care poate fi tolerată, nu este strict cunoscută în general. Studiile au arătat că transportul de O₂ și oxigenarea tisulară sunt menținute până la următoarele valori, încât inima să nu înceapă producția de acid lactic:

- n/născut sănătos – Hb>8g/l, Ht >27%
- n/născut în stare critică – Hb>10g/l, Ht >33%
- n/născut cu boală cardiacă cianotică – Hb>14g/l, Ht >47%
- sugar, copil, adolescent sănătos – Hb>6-7g/l, Ht>20-30%
- sugar,copil, adolescent în stare critică – Hb>7,5-9g/l, Ht>25-30%

Un aspect de care trebuie să ținem cont este aceea că anemia acută perioperatorie și postoperatorie nu este benefică vindecării plăgilor, reluării mersului, dezvoltării neurologice a copilului operat.

La copii **volumul sanguin circulant(VSC)** este 8 – 9 % din greutatea corporală ideală ce se calculează după formula:

0-12 luni masa/kg = (0,5 x vârsta în luni) + 4

1-5 ani masa/kg = (2 x vârsta în ani) + 8

6-12 ani masa/kg = (3 x vârsta în ani) + 7

sau conform vârstei: 90-100 ml/kg – prematur; 80-90 ml/kg – la nou-născut; 70-80 ml/kg – sugar 3 luni-1 an; 70-75 ml/kg – copil; 60-65ml/kg – copil obez; 60-70 ml/kg – adult

De aici, vedem, că VSC per kilogram la copii este mai mare ca la adult, dar în realitate volumul actual este mai mic. Aceasta înseamnă, că la sugari și copii mici o cantitate absolută relativ mică de sânge pierdut poate fi critic importantă. Nou-nascuții pot avea nevoie de transfuzie masivă mai mult din cauza cantității relativ mici de pierdere absolută de sânge pe care o pot tolera înainte de a avea un șoc profund în comparație cu copii și adolescenții.

La copii recoltarea de sânge pentru analize de laborator este un factor important în instalarea anemiei, având în vedere multitudinea și frecvența prelevărilor. Studiul ABC arată că în mediu se recoltează 41ml/zi de sânge de la un pacient în terapia intensivă- aceasta este o cantitate substanțială pentru copii a caror VSC constituie câteva sute de mililitri.

Este foarte important de a cunoaște (de la părinți) sau a determina masa corporală a copilului, deoarece dozarea medicamentelor sau a fluidelor se efectuează la kg/masa corporală. Copii având o suprafață corporală raportată la masa/kg mai mare ca la adulți sunt predispuși la pierderi de căldură și hipotermie. Hipotermia mărește necesarul de O₂ cu 200% provocând insuficiență respiratorie, dereglări de coagulare, micșorarea eliminării preparatelor etc.

Flexibilitatea toracică e mai mare la copil decât la adulți deoarece leziunile pulmonare sînt mai rare, dar când apar au un impact mult mai sever cu rupturi de vase și hemoragii masive.

Abdomenul la copil este de asemenea foarte vulnerabil la impactul direct și decelerația bruscă poate produce leziuni ale organelor parenhimate (ficat, splină) ori ruptură mezenterică.

Leziunile aparatului locomotor sînt la fel frecvente, dar contrariu cu situația adultului fracturile de oase lungi rar duc la probleme circulatorii serioase.

Datorită particularităților anatomo- fiziologice ale copilului managementul hemoragiilor severe este deosebit, dar nu trebuie să producă teamă. Prin cunoașterea în detaliu a acestor particularități, putem alege o conduită corectă, care ar îmbunătăți situația clinică în coagulopatia dobândită în timpul hemoragiei acute severe.

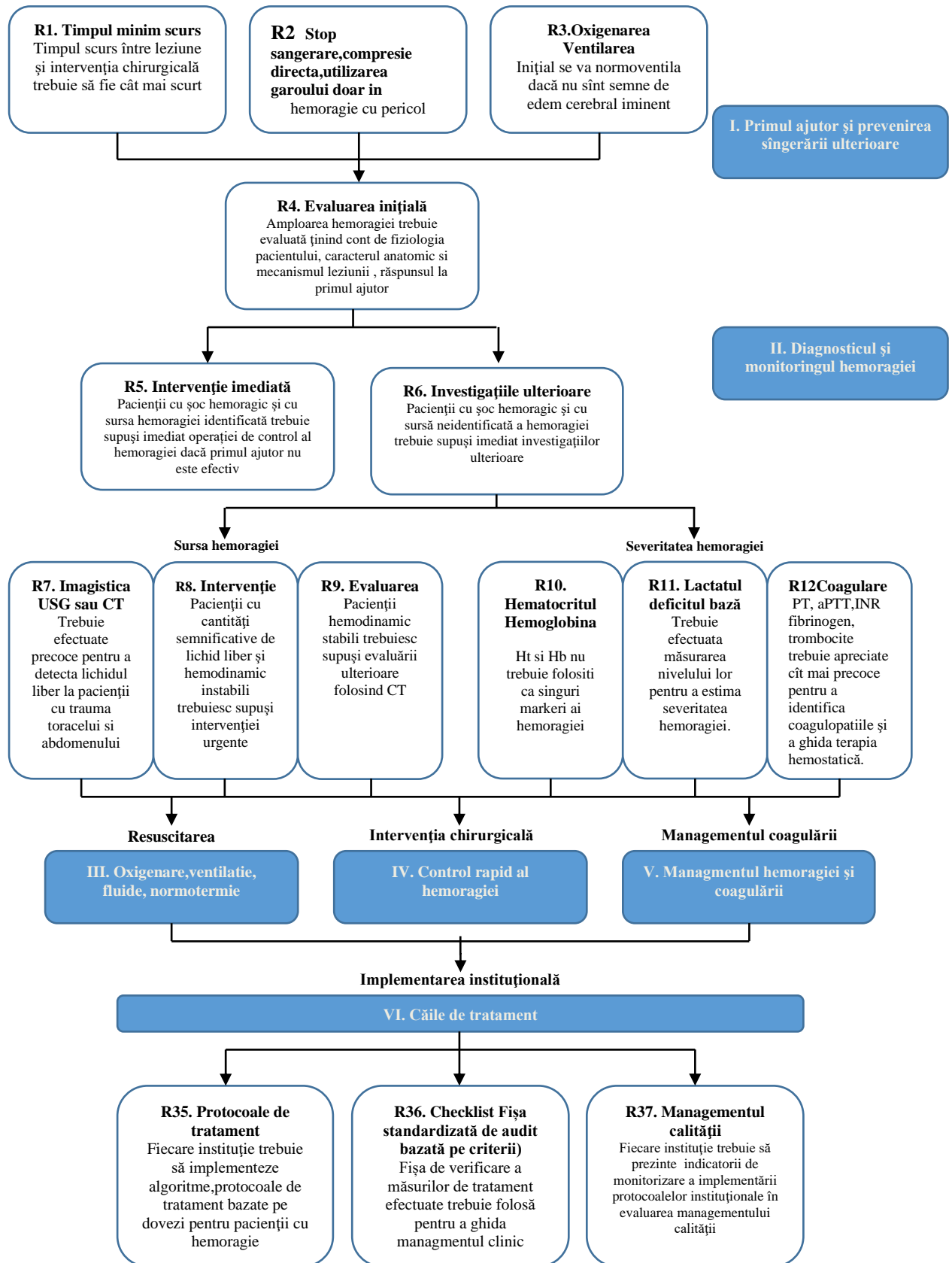
B. PARTEA GENERALĂ

2. Tratament		
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească - Secția reanimare/terapie intensivă		
Descriere	Motive	Pașii
I	II	III
1. Diagnostic		
1.1. Examen primar	Măsurile de investigare, monitorizare și tratament sînt cu atât mai ample și cresc în invazivitate, cu cât ne apropiem de abordul specializat în sala de operație și reanimare	Obligatoriu: - Anamneza: - Examen clinic: conștiența, tegumentele, TRC, TA, FCC, FR, temperatura, masa corporală, pulsoximetrie, capnografie, diureza . - Supraveghere clinică continuă
1.2. Examinări paraclinice	Pentru stabilirea diagnosticului definitiv.	Obligatoriu: - Recoltarea analizelor de laborator: EAB, teste biochimice, trombocite, coagulograma (fibrinogen, PT/INR, aPTT), analiza generală a sîngelui și a urinei, grupa sanguină, Rh-factor. - 2 linii venoase (una centrală); - linia arterială (recomandabil); - USG- FAST, Ro-grafie toraco- abdominală (daca nu s-au efectuat)
2. Tratament		
2.1. Stabilizarea pacientului (hemodinamic, respirator, metabolic etc.)	Stabilizarea pacientului va permite efectuarea examinării și tratamentului invaziv în siguranță. .	Obligatoriu:ABCDE - managementul căilor respiratorii: poziționare, aspirare, VAP (la necesitate), O ₂ --managementul cardio-circulator: resuscitare (la necesitate); - suport volemic: cristaloiizi, coloizi: la indicații stricte preparate sanguine - tratament hemostatic local si medicamentos(caseta 20) - analgetice, sedative -la indicatie(caseta 22) - monitorizare - TA,PVC, FCC, SpO ₂ , capnografie, ECG,temperatura corporală.
3. Transportarea în sala de operație (la necesitate)	Pentru asistența medicală în volum deplin (hemostaza chirurgicală, etc.).	Obligatoriu: - Stabilizarea pacientului (nota nr. 2) - Transportarea în condiții de securitate –pulsoximetrie, suport volemic, O ₂ .
B.5. Nivelul de asistență medicală spitalicească -Secțiile specializate de profil chirurgical sau pediatric		
Descriere	Motive	Pașii
I	II	III
1. Diagnostic		
1.1 Examen obiectiv și paraclinic	Pentru aprecierea evoluției stării pacientului	Obligatoriu: - Examen clinic: - Monitorizarea:ECG, pulsoximetrie, diureza, temperatura corporală.

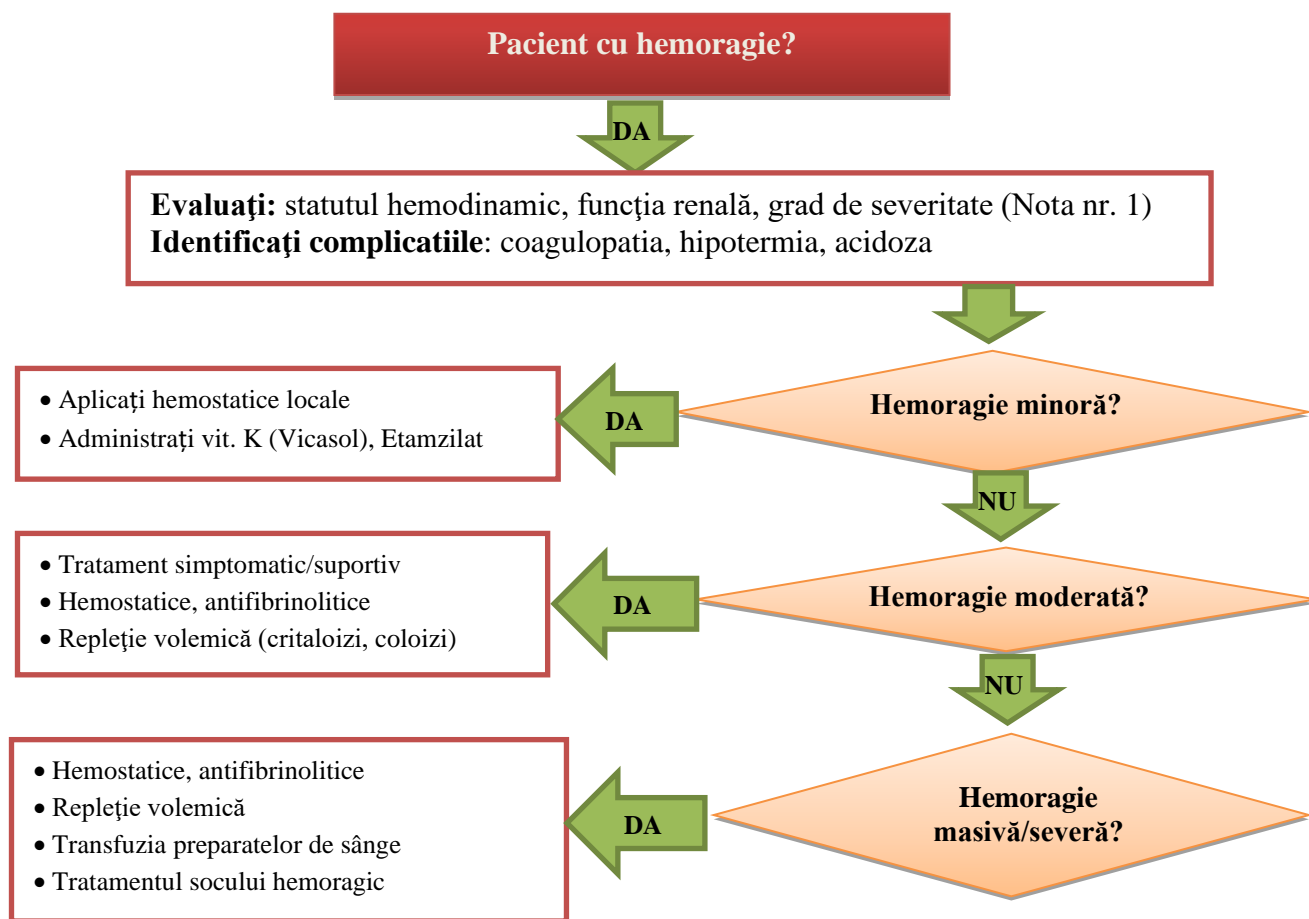
		<ul style="list-style-type: none"> - Analize de laborator:Hb,Er,Ht, urina, coagulograma, antibioticograma - Reevaluare clinică
2. Tratament	Tratamentul local și general va duce la vindecarea completă a pacienților (sau ameliorarea stării cu profilaxia complicațiilor).	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - antibioticoterapia - tratamentul anemiei(vezi protocol national tratament anemie) - tratament infuzional de susținere hidro-electrolitica(caseta 12) - tratament analgezic (caseta 22) - terapie imunomodulatorie, vitaminoterapie etc. - tratament local prin pansamente aseptice - înlăturarea firelor după cicatrizarea primară . - imobilizare gipsată (la necesitate). - consultația reabilitologului

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm de conduită în hemoragii



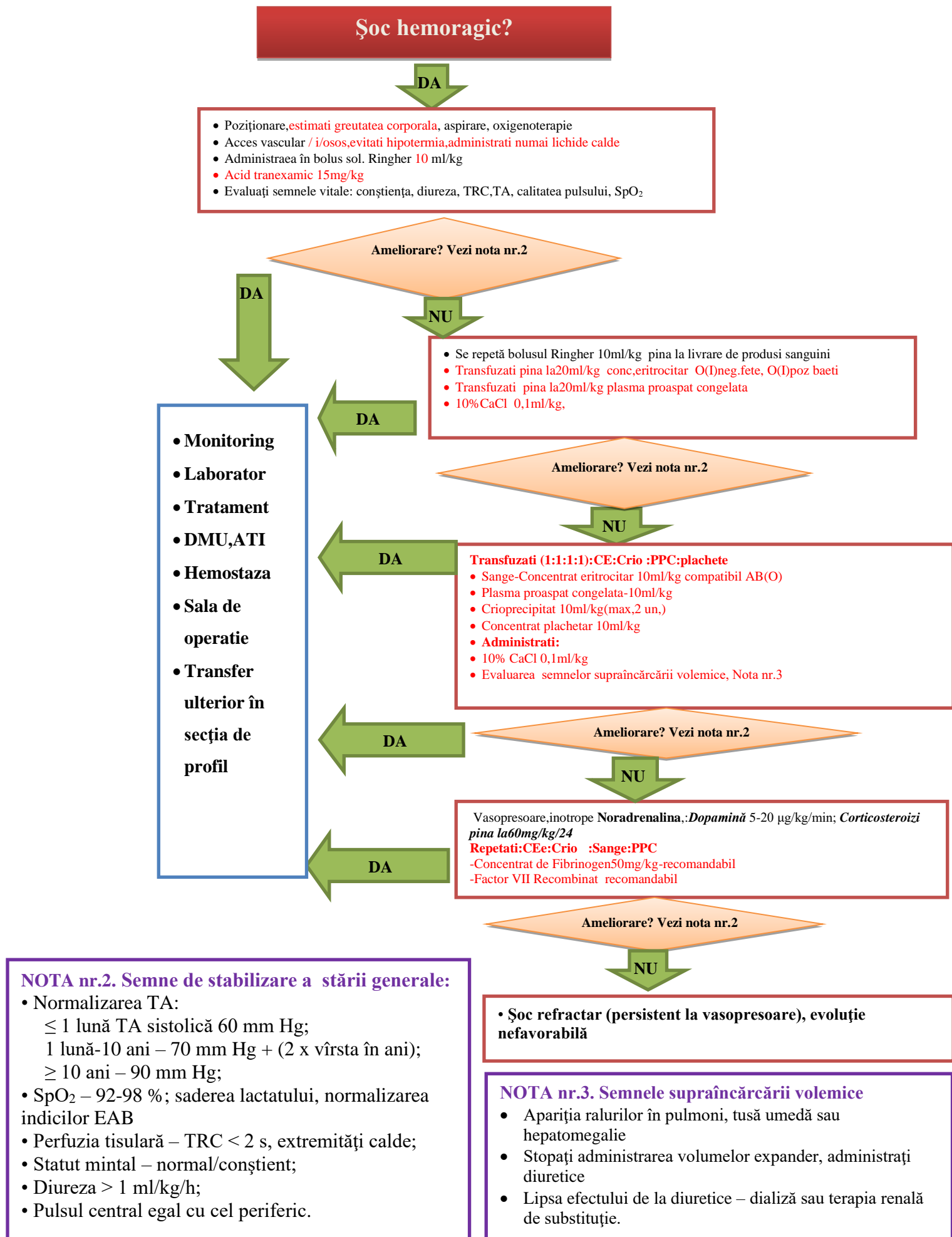
C.1.2.ALGORITMUL TRATAMENTULUI MEDICAMENTOS ÎN HEMORAGII



NOTA nr.1: Clasificarea a hemoragiei după volumul de sânge pierdut (grad de severitate)

<p>Hemoragie minoră-grad.I (pierdere < 15 ml/kg/oră sau <15%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stare generală bună, agitație - TA normală - Ps normal sau tahicardie - TRC normal (<2s)
<p>Hemoragie moderată-grad.II (pierdere 15-30 ml/kg/oră sau 20-30%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Senzație de slăbiciune, amețială, agitație - Paloare tegumentară, extremități reci, TRC>2s - TA sistolică normală, TA diastolică marită - FCC tahicardie - Tahipnee
<p>Hemoragie severă-grad.III (pierdere 30-40 ml/kg/oră sau 30-40%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Confuzie</u> - <u>Paloare tegumentară, transpirații reci</u> - <u>Hipotensiune</u> - <u>Ttahicardie (FCC peste 120 bătăi pe minut)</u> - <u>TRC>3s, oligurie</u> - <u>Tahipnee</u>
<p>Hemoragie masivă-grad.IV (pierdere > 40 ml/kg/oră sau >40%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Confuzie sau pierderea conștienței</u> - <u>Paliditate extremă, tegumente reci, umede</u> - <u>TRC nu se apreciază</u> - <u>Bradipnee</u> - <u>Oligoanurie</u> - <u>Hipotensiune, colaps vascular (TA=0)</u> - <u>Ps slab, filiform (greu perceptibil)</u>

C.1.3. ALGORITMUL ȘOCULUI HEMORAGIC LA COPIL



NOTA nr.2. Semne de stabilizare a stării generale:

- Normalizarea TA:
 - ≤ 1 lună TA sistolică 60 mm Hg;
 - 1 lună-10 ani – 70 mm Hg + (2 x vârsta în ani);
 - ≥ 10 ani – 90 mm Hg;
- SpO₂ – 92-98 %; saderea lactatului, normalizarea indicilor EAB
- Perfuzia tisulară – TRC < 2 s, extremități calde;
- Statut mintal – normal/conștient;
- Diureza > 1 ml/kg/h;
- Pulsul central egal cu cel periferic.

NOTA nr.3. Semnele supraîncărcării volemice

- Apariția ralurilor în pulmoni, tusă umedă sau hepatomegalie
- Stopați administrarea volumelor expander, administrați diuretice
- Lipsa efectului de la diuretice – dializă sau terapia renală de substituție.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea clinică

Caseta 1.

- sângerare externă – sângele se scurge în afara corpului
- sângerare internă – sângele se scurge acumulându-se în interiorul organismului
- hemoragie acută – se pierde o cantitate mare de sânge în timp scurt
- hemoragie cronică – sângerarea se produce treptat, timp îndelungat

C.2.2. Factori de risc asociați cu hemoragia severă

Caseta 2.

- vârsta și greutatea corporală mică (n/născut și sugar)
- patologii asociate
- anemia inițială, valoarea factorilor de coagulare
- cauza și locul hemoragiei
- severitatea patologiei, traumei, durata intervenției chirurgicale
- cantitatea de sânge ce a fost pierdută;
- cât de rapid s-a produs sângerarea;
- prezența personalului medical, medicației, condițiilor necesare de tratament;
- hipotermia, acidoza
- coagulopatia diluțională;

C.2.3. Conduita pacientului

Caseta 3. Pașii obligatori de efectuat în managementul hemoragiei severe:

1. Anamneza medicală scurtă și examen clinic țintit, acordul informat de la aparținători.
2. Identificarea rapidă a surselor potențiale de sângerare, urmată de măsuri prompte de stopare a pierderilor sanguine, resuscitarea volemică, medicamentoasă.
3. Programarea anticipată a potențialelor examinări necesare: riscuri și beneficii;
4. Comunicarea interdisciplinară (chirurg, traumatolog, ATI, imagist, transfuziolog, laborator et.alt);
5. Tratamentul precoce al anemiei, controlul hemoragiei, hemostază definitivă;
6. Optimizarea statutului volemic, coagulant, respirator, cardiac etc.
7. Transferul pacientului stabilizat spre un centru major specializat (la necesitate);
8. Maximă și permanentă vigilență în vederea deteriorării stării pacientului

C.2.4. Diagnostic

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 4

Trebuie să se facă un scurt istoric medical al pacientului culegând informație de la familie, echipajul ambulanței

- Interogare clinică țintită (anemie, antecedente hemoragice, patologie hematologică, anticoagulante etc.)
- Mecanismul și timpul producerii hemoragiei.
- Timpul parcurs până la adresare.
- Estimarea cantității aproximative a sângelui pierdut.
- Boli asociate
- Ultima masă

C.2.4.2. Examenul obiectiv

Caseta 5. Examenare primară

ABC- (eliberarea cailor respiratorii, controlul respirației și circulației)

- **In traumă - examinarea coloanei cervicale.**

Evaluarea rapidă și tratamentul adecvat al pacientului cu hemoragie poate juca un rol crucial în lupta

dintre viață, invaliditate sau moarte. Este important să se observe cât mai precoce semnele vitale, astfel încât să puteți urmări evoluția stării pacientului.

Evaluarea primară a statutului cardio-vascular a pacientului cu hemoragie urmărește o serie de parametri ce trebuie interpretați în ansamblu:

- Prezența și frecvența Ps central (artera carotidiană, brahială, femorală);
- Ps periferic cu caracteristicile acestuia;
- TA, culoarea și temperatura tegumentelor;
- TRC, status mental

În cadrul evaluării primare a circulației se impune o atitudine terapeutică imediată în cazul stopului cardiac, hemoragiei externe cu risc vital, hemoragiei interne masive sau tamponada cardiacă.

Stopul cardiac impune aplicarea protocolului standardizat de resuscitare. Resuscitarea are ca scop întreținerea oxigenării țesuturilor, care este esențială în prevenirea dezvoltării șocului hipovolemic.

Examinarea secundară a pacientului se va efectua amănunțit “din cap până în picioare” numai după ce funcțiile vitale au fost stabilizate. Această examinare va permite de a identifica sursa de sângerare (dacă încă nu a fost identificată) pentru a institui pregătirea preoperatorie (dacă este nevoie) pentru hemostaza definitivă.

Pentru excluderea unei sângeri intra-abdominale se va examina clinic abdomenul, și pentru diagnostic se poate practica puncția abdominală cu lavaj peritoneal (laparocinteză), iar aspirarea de sânge sau lichid hemoragic obligă efectuarea de urgență a laparotomiei. În ultimul timp acest test a fost înlocuit de către ecografia abdominală țintită la patul pacientului - Focused Abdominal Sonography for Trauma (FAST).

Caseta 6. Recunoașterea hemoragiei

Înțelegerea mecanismului de sângerare și a simptomelor relevante a hemoragiei și șocului hemoragic (hipoperfuzie) este de o importanță supremă la tratarea pacientului cu hemoragie severă. Simptoamele care însoțesc o hemoragie variază în funcție de volumul sanguin pierdut, de viteza de pierdere a sângelui și de starea de sănătate a organismului înainte de hemoragie.

Pierderea acută de 1000 ml de sânge pentru un adolescent (adult), 500 ml pentru un copil, și 100-200 ml de sânge pentru un sugar este considerată gravă. Din păcate, aceste calcule sunt retrospective și nu sunt utile atunci când se confruntă cu un pacient care sangerează. Severitatea hemoragiei trebuie să fie bazată pe simptomele pacientului și pe principiile generale ale cantității pierdute de sânge.

Hemoragia externă este vizibilă clinic și este ușor de recunoscut: sângele se scurge în afara corpului. Uneori hemoragia se produce în interior, dar se exteriorizează ulterior prin orificii anatomice.

Hemoragia poate fi internă, sângele acumulându-se în interiorul organismului. În acest caz nu se evidențiază nici o sângerare la suprafața corpului, apar doar semne clinice: paloarea, extremități reci și transpirate, amețelă, hipotensiune, tahipnee, tahicardie și starea generală se alterează progresiv până victima pierde conștiența.

În hemoragiile acute, când se pierde o cantitate mare de sânge în timp scurt, starea de sănătate se alterează rapid, putându-se ajunge într-un scurt timp la șoc hemoragic.

În hemoragiile cronice, care se produc treptat, în decurs de zile-săptămâni, simptomatologia poate fi absentă mult timp.

În cazul unei hemoragii ca urmare a scăderii O_2 în celule și țesuturi se declanșează o reacție de apărare-compensare a organismului: crește frecvența cardiacă (tahicardie) și respiratorie (tahipnee), tegumentele și mucoasele devin mramorate (spasmul periferic vascular), scade diureza. O diureză sub 1ml/kg/h semnifică o proastă perfuzie renală, implicit o perfuzie tisulară globală scăzută.

Prezența hipotensiunii și tahicardiei la secția de internare (chiar dacă a fost corectată la etapa prehospital) sînt semne de hemoragie continuă. Reumplerea capilară întârziată (>3s) este indicatorul prezenței șocului - cel mai informativ semn la copii și sugari, deoarece aceștia pot menține TA până când se pierde la jumătate din volumul de sânge. **De reținut, că hipotensiunea la copii este un indice tardiv al hemodinamicii decompensate. Scăderea cu 30% a volumului sângelui circulant nu produce hipoTA, ci doar tahicardie și scăderea intensității Ps. Scăderea cu 50% începe să producă hipoTA. Ca rezultat, până în momentul când TA la copil începe să scadă, pacientul este aproape de deces, deoarece rezervele compensatorii se apropie de epuizare fiziologică. Din acest moment timpul maximal de viață este de 20 min.**

Caseta 7. Semnele și simptomele șocului hemoragic

Șocul la copil poate fi subtil și deficil de recunoscut. Tahicardia poate fi unicul simptom notat. Determinarea TA poate fi deficilă și incorect apreciată la copii sub 3 ani. Hipotensiunea este un semn tardiv. În dependentă de faza șocului putem determina următoarele semne clinice:

- 1) **Modificările nivelului de conștiență (hipoperfuzia creierului):** neliniște; anxietate; obnubilare; comă.
- 2) **Dereglarea perfuziei periferice:** reumplere capilară întârziată (> 3 s); Ps periferic slab, filiform sau absent; piele palidă, umedă, rece, diureza < 1 ml/kg/ora
- 3) **Semne vitale deteriorate:**
 - tahicardie (semn pecoce); TA scăzută (semn tardiv);
 - respirație frecventă, dificilă, iregulară.
- 4) **Alte semne:**
 - midriază, grețuri, vomă, sete marcată, paliditate (când Hb < 5-6 g/l) sau cianoză (când Hb > 6g/l)

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 8. Teste de laborator

Probele de sânge trebuie recoltate încă la prespital de serviciul AMU, după canularea venelor. Eprubetele vor fi trimise la laborator imediat în secția de internare.

Se vor indica analize : **obligatoriu la toate etapele:** grupă și rezus, hemoleucograma, plachete, timp de coagulare și sângerare, glucoza sângelui (glucosae stick test); **recomandabil la prespital în policlinică-** fibrinogen, PT/INR, aPTT, lactat, alți indici biochimici, gaze sanguine, rata de extracție a O₂.

Nota: Fibrinogenul este fals mărit în prezența în sânge a soluțiilor sintetice coloide;

Trebuie de reținut că imediat după o sângerare acută, indicii de laborator a sângelui roșu sunt normali, deoarece pacientul pierde acut nu numai globule roșii ci și plasmă – concentrația Er, Hb rămâne aceeași. Numai peste câteva ore dacă pacientul a primit fluide sângerale va deveni diluat, iar indicii vor scădea.

Recomandăm monitoringul indicilor de laborator la fiecare 1 ora pentru aprecierea evoluției și gradului de severitate a șocului hemoragic (1 B)

Sugerăm monitorizarea perioperatorie a coagulării pentru detectarea în timp util a dereglărilor de coagulare: coagulopatia dilutațională, hiperfibrinoliza (2 C);

Diagnosticarea coagulopatiei pediatrice necesită monitorizare rapidă ținând cont de particularitățile de vârstă prin efectuarea testelor standarde de coagulare, mai ales în setările perioperatorii.

Analiza gazelor sanguine - deficitul de baze sunt foarte informative.

Valorile deficitului de baze oferă o estimare indirectă a acidozei țesuturilor și sângelui. Davis et al. a stratificat amploarea deficitului de baze în 3 categorii:

ușoară – 3-5 mEq/l (mM/l); *moderată* – 6-9 mEq/l (mM/l); *severă* - > 10 mEq/l (mM/l).

Pe baza acestei clasificări s-a stabilit o corelație semnificativă între deficitul de baze la internare și necesarul de transfuzii în primele 24 ore. Acelaș autor a dovedit că la copii deficitul de baze este markerul prognosticului de deces mult mai sensibil decât pH-ul.

Vă recomandăm efectuarea indicelui deficit de bază ca un test sensibil pentru a estima și monitoriza gradul de sângerare și șoc (1 C);

Evaluarea nivelului de **lactat seric este recomandată** ca un marker sensibil pentru aprecierea gradului de sângerare și severitatea șocului hemoragic (1B). Vincent et al. au concluzionat că lactatul ca produs din glicoliza anaerobă și ca marker al hipoxiei tisulare, la determinări repetate reprezintă un indice de încredere de prognostic pentru pacienții cu șoc circulator. Au supraviețuit toți pacienții (100 %) la care nivelul de lactat a revenit la limitele normale (≤ 2 mmoli/l) în termen de 24 de ore. Supraviețuirea a scăzut la 13,6 % la pacienții care au avut nivelul de lactat ridicat (peste 2 mmoli/l) pentru mai mult de 48 de ore.

Caseta 9 . Investigații imagistice

Se recomandă Ro-grafia toraco-abdominală, care va identifica rapid sângerarea intratoracică și abdominală (opacitatea unui câmp cu nivel).

Ro-grafia bazinului → fracturi pelviene ce explică o sângerare importantă.

Se recomandă pacientului care prezintă hemoragie dintr-o sursă neidentificată de sângerare trebuie să se efectueze **ecografia urgentă focusată (FAST)** pentru evaluarea cavității toracice, abdominale pentru depistarea lichidului liber (1 B);

Vă recomandăm ca pacienții stabili hemodinamic cu suspjecție de traumatism al cutiei craniene, toracice și/sau sângerare abdominală trebuie supuși evaluării ulterioare folosind CT (1 B). **CT** se face doar la pacienții

stabili hemodinamic sau cînd se suspectă o hemoragie retroperitoneală asociată cu hipotensiune persistentă. Utilizarea pe viitor a dispozitivelor pentru testarea **tromboelastometriei/ grafiei** va oferi date rapide de ghidare în administrarea țintită a anumitor componenți sanguini(**recomandabil**).

Endoscopia(gastroscoopia, colonoscopia) se efectuează **în toate cazurile** de hemoragii ale tractului gastro-intestinal

Eco-CG(recomandabil la necestate)

C.2.4.4.Criteriile de spitalizare

Caseta 10. Toți copii cu:

- **prezența semnelor de hemoragie/hipovolemie și stare mintală dereglată**
- **semne vitale deteriorate(respirație.Ps,TA,diureză)**
- **laborator-prezența anemiei severe**
- **absența răspunsului la terapie, continuarea hemoragiei**

Obligator se v-or interna:

- pacienții cu hemoragie și instabilitate hemodinamică în secția reanimare.
- pacienții cu hemoragie prelungită vor fi transferați direct în sala de operație
- pacienții cu suspjecție la hemoragie cu hemodinamica stabilă vor fi examinați în secția de internare/ DMU.

Scopul managementului perioperatoriv în hemoragia severă are 3 sarcini:

- 1.) Identificarea preoperatorie prin anamneză și teste de laborator a tuturor pacienților pentru care riscul de hemoragie poate fi înalt.
- 2.) Implementarea strategiilor de corecție preoperatorivă a anemiei și stabilizarea macro- și microcirculației cu scopul de a optimiza toleranța pacienților la hemoragie.
- 3.) Indicația țintită a procoagulantelor pentru reducerea sângerării, costurilor și a mortalității.

C.2.4.5. Tratamentul hemoragiilor

Caseta 11. Primul ajutor în cazul hemoragiei:

In primul rînd,se va crea o atmosferă calma fara agiotaj si panică.

Pacientul se va culca pe spate cu capul mai jos de picioare sau dacă permite situația clinică cu picioarele ridicate la 10-15° și se va încălzi cu o plapumă. Pacientul în conștiență va fi încurajat să bea lichide calde, fără componente solide;

- Persoana care acordă primul ajutor va îmbrăca mănuși, ochelari, halat;
- ABC-ul (căile respiratorii, respirația, circulația, control coloana cervicala);
- Căutăm semne și simptome evidente de hemoragie externă sau internă;
- Obiectele mari care au provocat leziunea și au rămas în plagă nu se vor înlătura;
- Stoparea sângerării **externe** (caseta 12), **interne**-interventie de urgență paralel cu deșocarea
- Abord venos sau intaosos,recoltarea de analize pina la initierea terapiei volemic
- Terapie volemică(caseta 13).
- Chemarea serviciului AMUP de urgență

Caseta 12. Stoparea sângerării (hemostaza provizorie):

Hemostaza **posttraumatică în hemoragie externă** se realizează cel mai simplu printr-o compresie aplicată pe vasul sanguin lezat, ținând cont de sensul curgerii sîngelui, astfel încât să se oprească sîngerarea. Această compresie asigură o hemostază provizorie, până la sosirea echipei medicale sau până la ajungerea într-un serviciu medical unde se va realiza hemostaza definitivă.

Compresia hemostatică se poate realiza:

- cu degetul aplicat pe vasul sanguin (compresie digitală);
- cu pansament compresiv steril sau bucăți de pînză curată;
- cu garoul, cordon elastic etc. care se leagă mai sus de leziune(pe un membru sectionat).

Se va ține presiune în mod continuu timp de cel puțin 20 minute fără să se verifice dacă s-a oprit sîngerarea. Presiunea se va menține și prin legarea rănii cu un bandaj strâns. Dacă sîngerarea continuă să pătrundă prin bandaj, acesta nu se va îndepărta ci se va adăuga mai multe bandaje în partea superioară a

răni. Dacă hemoragia nu se oprește se va apăsa cu putere o arteră principală care furnizează sânge în zona răni. **Vă recomandăm folosirea manevrei de presiune directă asupra sursei de sângerare sau asupra aortei toracice, abdominale în caz de sângerare majoră cu pericol de stop cardiac (1C)**

Locul compresiei hemostatice: Compresia se efectuează în amonte de sensul scurgerii sângelui,

- **plăgi ale antebrățului:** compresia în axilă (a. axilară);

- **ale umărului:** se comprimă fosa supraclaviculară în spatele claviculei (a. subclavie);

- **ale gambei și piciorului:** compresia în fosa poplitee, în spatele genunchiului;

- **ale coapsei:** compresia în zona triunghiului Scarpa, apăsând cu degetele mari de la mâini suprapuse în timp ce cu palmele se înconjoară coapsa;

- **ale aortei și ale arterelor iliace:** compresia peretelui abdominal cu pumnul pînă la coloana vertebrală;

- **plăgi ale feței:** compresia în fața urechii anterior de tragus (a. temporală superficială);

- **și ale scalpului:** compresia pe artera carotidă comună numai de o singură parte.

Garoul se va aplica numai ca măsură extremă în caz de hemoragii arteriale masive când nu este posibilă realizarea hemostazei prin alte metode, deoarece se pot determina leziuni grave până la necroză. La fiecare 15 minute garoul se va slăbi pentru scurt timp, ceea ce va permite alimentarea cu sânge a membrului. Dacă membrul amputat (irecuperabil) se menține numai pe lambou de piele garoul nu se va scoate (slăbi) pînă pe masa de operație.

Membrul amputat (secționat) va fi introdus într-o pungă de plastic cu gheață și transportat împreună cu pacientul cît mai repede la spital. Anunțați personalul de urgență ce va asista ulterior pacientul că a fost aplicat un garou. Documentați utilizarea garoului și timpul aplicării în raportul prespitalicesc al pacientului. În cazul hemoragiei asociate cu **fractura oaselor** sau chiar și în absența unei fracturi, imobilizarea poate permite controlul prompt al hemoragiei. Reducerea mișcărilor capetelor oaselor va reduce volumul leziunii țesuturilor, va scădea cerințele de O₂ pentru acea zonă, astfel, reducînd cantitatea fluxului de sânge spre zona afectată. Atelele pneumatice pot facilita stoparea unei hemoragii severe, asociate cu lacerării ale țesuturilor moi. Pantalonii de șoc (costum MAST) pot fi utilizați pentru asigurarea hemostazei în leziuni masive ale membrelor inferioare sau în hemoragii traumatice pelviene, ulterior intervenția ortopedică cu fixarea externă a oaselor bazinului poate salva viața pacientului.

Vă recomandăm ca pacienții cu fracturi de inel pelvin în stare de șoc hemoragic să fie rapid stabilizați și supuși intervenției chirurgicale, la necesitate embolizare angiografică (1 C).

Sângerarea la **nivelul scalpului** poate fi importantă și periculoasă la copii deoarece necesită pansament compresiv sau suturare rapidă.

Pacienții cu **hemoragii la nivel gastro-intestinal din varice dilatate** vor fi sedati, se va aplica hipotermie locală a stomacului (ghiață pe epigastriu și treimea inferioară a cutiei toracice, introducerea în stomac a acidului aminocaproic și apa de +4 C⁰, terapia hemostatică- Menadioni natrii bisulfis, Etamsylatum, Ca clorat, PPC. Ulterior-(în dependența de posibilitățile spitalului)-aplicarea sondei Blecmor și/sau hemostază endoscopică (sclerozarea varicelor). În caz de tratament endoscopic nereușit- se recomandă șuntarea cu stent intrahepatic, 1B

Metroragiile v-or fi tratate conform protocoalelor special elaborate de ginecologi.

La copii **epistaxisul** poate provoca hipovolemie severă, de aceea ca prim ajutor pacientul se va poziționa cu capul ușor aplecat în față și se va aplica o compresie digitală pe aripa nazală de unde este hemoragia. Poziția ridicată a capului favorizează pătrunderea sângelui în stomac, pacientul poate să vomite; va fi prezent riscul de aspirație și/sau asfixie. Să nu încercați stoparea hemoragiei nazale sau din ureche ca rezultat al unei traume deoarece poate crește presiunea din interiorul cavității craniene și cauza probleme mult mai grave (hipertensiune craniană, convulsii).

Caseta 13. TERAPIA VOLEMICĂ - Restabilirea volumul sângelui circulant

Prezența hemoragiei severe și/sau a șocului hemoragic obligă instituirea rapidă a manevrelor de hemostază concomitent cu repleția volemică, care este primul pas pentru restabilirea perfuziei tisulare. Monitorizarea continuă a TA, Ps, PVC, ECG, TRC, SpO₂, diurezei este obligatorie.

Resuscitarea volemică tradițională a sângerărilor în traumă se inițiază pînă mai ieri cu volume mari de cristaloid Natrii chloridum 0,9% bolus 20ml/kg repetat de 3-4 ori, urmată de coloizi (20ml/kg) și produse sanguine. Ghidurile actuale Advanced Trauma Life Support (ATLS) **recomandă limitarea utilizării cristaloidelor, în special a Natrii chloridum 0,9%, cu trecerea cît mai precoce la produse din sânge.** (2C). Volumul mare de cristaloid nu mai este indicat, deoarece exacerbează coagulopatia și este asociat cu mai multe efecte secundare dăunătoare, inclusiv edem tisular, acidoza, leziune de reperfuzie,

aritmii, edem pulmonar, ARDS, creșterea permeabilității peretelui intestinal, ileus paralytic, dehiscenta plăgii și insuficiența multiorganica

Terapia volemică se instalează optim pe 2 catetere i/venoase cu cel mai mare diametru sau prin acces intraosos. Cateterizarea unei vene centrale se face în secția ATI de un medic experimentat. Se va recolta mai întâi sânge pentru investigațiile de laborator. Toate soluțiile perfuzate se vor încălzi pentru a preveni hipotermia ce are impact negativ.

În colaps acut cu TA=0 sau foarte joasă pentru repleția volemică **se recomandă utilizarea soluțiilor izotonice, balansate pentru suplینirea cu fluide în hemoragii la copii. 1C.** Prima rundă de resuscitare volemică include soluția balansată Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum bolus 10ml/kg (1A), urmată apoi de soluția coloidă Albuminum 5%, Gelatinum* bolus 10 ml/kg, care pot fi repetate pînă la obținerea produselor sanguine. Au fost raportate dereglări minore după infuziile cu soluții de Gelatinum* sau Albuminum. După această probă de încărcare cu fluide urmărim răspunsul pacientului. În caz că funcțiile vitale ale copilului nu se îmbunătățesc după administrarea de fluide, în acest caz, posibil că pacientul pierde mai mult decît administrăm sau șocul nu este datorat hipovolemiei. Atunci cînd nu există răspuns pozitiv la administrarea bolusului de fluide și există leziuni traumatiche multiple se ia în considerare administrarea **imediată** a concentratului eritrocitar O(I) Rh neg. la fete și O(I)poz. la băieți, **în lipsa concentratului eritocitar AB(O) compatibil**, adițional medicamentelor antifibrinolitice, hemostatice (ac. tranexamicum), alte preparate de sânge, vasopresoare, steroizi (vezi algoritm șoc hemoragic). **Retineți că:** fiecare 500 ml coloizi administrați i/v în 15min scad Ht cu 4-6%, fiecare 500 ml cristaloizi isovolemici administrați i/v în 15min produc 100% efect volemic, dar peste 15min 80% din apa vasculară trece în interstitiu iar în patul vascular rămîne doar 20%. Trebuie să urmărim ca TA sistolică **să nu se ridice brusc**, mai mare de 80- 100 mm Hg (se mărește hemoragia), și să nu scadă < 70 mm Hg (scade perfuzia tisulară). TA medie trebuie menținută ≈ 50-60 mm Hg, -conceptul "hipotensiune arterială permisivă" pînă la stoparea sîngerării în faza inițială fără leziuni cerebrale. Acest lucru este deosebit de important la pacientul cu leziuni ale creierului sau/si a maduvei spinării, unde se recomandă o presiune arterială medie mai mare (>80mmHg)(1C)

În hipotensiune persistentă **se recomandă** utilizarea vazopresoarelor (Norepinephrinum) (1C)

Infuzia preparatelor inotrope (Dobutaminum* și Epinephrinum) poate fi indicată în instalarea disfuncției miocardice în șocul hipovolemic(1C)

Dupa stabilizare (nota 2) se recomandă de administrat cristaloizi numai pentru înlocuirea pierderilor insensibile și urinare nu mai mult de 0,5 ml/kg/ora. Coloizii sintetici se vor administra în pierderi acute sanguine în cantitate pînă la 1,0ml/kg/h. Cert este, că soluția de Glucosum în resuscitarea volemică a hemoragiilor **nu se utilizează (cu excepția hipoglicemiei documentate).**(1A)

Recomandăm, ca cristaloizii să fie utilizați inițial pentru tratarea hipovolemiei prin sîngerare, coloizii pot fi adăugați în limitele strict prescrise pentru fiecare soluție (2 C);

Nu-i recomandată substituirea pierderii a o parte de sânge cu 3-4 părți de cristaloizi. Administrarea în volum mare de cristaloizi este asociată cu apariția numeroaselor complicații. Substituiți pierderile masive cu cristaloizi și coloizi doar la prima etapă de resuscitare, odată ce substituția cu cristaloizi a depășit 40-50ml/kg în situație critică cînd s-au pierdut 1-1,5 VSC, anticipați posibila coagulopatie diluțională și pregătiți plasmă proaspăt congelată (10ml/kg) pentru transfuzie (este necesar de 20-30 minute pentru a o dezgheța), crioprecipitat (10ml/kg) sau concentrat de plachete (dacă-s disponibile). Diluția proteinelor plasmatice și a factorilor de coagulare micșorează vîscozitatea și mărește sîngerarea. Pentru prevenirea și compensarea deficitului diluțional provocat de administrarea inițială a cristaloizilor în resuscitarea volemică este necesar de administrat în raport de 1:1:1:1 a concentratului eritocitar, PPC, crioprecipitat și plachete cînd este cazul de transfuzie masivă. Dovezile de cea mai înaltă calitate în vederea proporțiilor optime de produse sanguine provin din SUA în războiul din IRAC și Afganistan. Aceste studii observationale prospective (41,44) conțin descoperiri ce țin și de populația civilă, inclusiv copii raniti din acele zone de luptă, care au fost tratați de medicii militari. Studiile militare de reper au oferit rațiunea clinică pentru a investiga beneficiile unei transfuzii echilibrate la pacienții pediatrici cu hemoragie severă. Totodată și alte protocoale actuale urmăresc să ofere recomandări privind terapia cu componenți sanguini într-un raport care imită (aproximează) sângele integral, adică: o unitate de celule roșii, de plasma, plachete, crioprecipitat. Patfiziologia care stă la baza sîngerării pediatrice este comparabilă cu cea a adulților, deoarece există variații dependente de vîrstă ale nivelelor factorilor de coagulare. Coagulopatia de diluție se întîlnește la adulți și la copii într-o manieră asemănătoare. Totuși impactul negativ asupra hemostazei la copil trebuie luat în considerare și monitorizat succint.

Caseta 14. TERAPIA CU COMPONENTI SANGUINI.

„Dacă nu ai măsurat-o (hemoragia) nu poți s-o stăpânești, substituie ceea ce lipsește!” - Dana Tomescu et. al. „Intraoperative blood loss and blood transfusion during liver transplantation”. JR ATI vol.21, nr.1, aprilie 2014, 19-27.) Estimarea cantității sîngelui pierdut se efectuează după anumite formule sau cîntarirea meșelor, scutețelor:

$[(Ht \text{ normal} - Ht \text{ prezent}) / Ht \text{ normal}] \times VSC(\text{ estimat}).$

$Volumul \text{ necesar de transfuzat} = [(Ht \text{ norma} - Ht \text{ prezent}) / Ht \text{ sol. transfuz.}] \times VSC$

$Ht \text{ concentrat eritrocitar} = 80-90\%$

Indicațiile generale ale transfuziei alogene-triggerii transfuzionali

Deși transfuzia de sânge alogen salvează mii de vieți omenești, ea nu este o terapie lipsită de riscuri. Se consideră că până la 57-60% din produsele sanguine sunt prescrise inadecvat. Procesul de administrare a sîngelui trebuie să înceapă și să se termine ținînd seama de siguranța pacientului. Sângele alogen de la voluntari este o rezervă limitată și valoroasă, care trebuie utilizată cu atenție, în mod corespunzător și în condiții de siguranță. Decizia de a transfuza un pacient se bazează pe judecata clinică, ținînd cont de: vechimea anemiei; terenul bolnavului (vârsta, statut cardio-respirator, t°, intervenția chirurgicală); TA; cererea metabolică (consumul de O₂); persistența riscului hemoragic (medicamente anticoagulante, hemoragie continuă, viteza sîngerării); posibilitatea monitorizării clinice (laborator dotat) necesarul tisular de O₂ și posibilitatea pacientului de a-și crește debitul cardiac și extracția tisulară de O₂.

Indicațiile transfuziei de sânge se bazează pe cunoștințele medicului prescriptor și contextul organizațional în care activează. De aceea în acest domeniu educația medicală continuă este extrem de importantă. Indicațiile majore ale transfuziilor de componente sanguine includ creșterea capacității de transportare de O₂ (eritrocite), corecția anomaliilor de hemostază (PPC), plachete, fibrinogen și alți factori ai coagulării; creșterea răspunsului la infecții (granulocite) și terapia imună (imunoglobuline).

Preparate sanguine se indică numai la strictă necesitate, substituind componentul deficitar.

Colegiul medicilor americani consideră în 1992, că decizia de a transfuza trebuie luată numai când bolnavul este instabil hemodinamic și există riscul ischemiei miocardice sau cerebrale.

Folosirea unui singur trigger (indice) nu poate caracteriza toți factorii fiziologici ce influențează oxigenarea. *Regula 10/30* Hb -10g/l, Ht-30 %) astăzi este considerată prea conservativă. Nivelul Hb între 6g/l și 8g/l este acceptabil pentru bolnavii care nu au afecțiuni cardiovasculare. Datele clinice existente arată că este periculos să coborâm, în perioada perioperatorie, la pacienți în starea bună, la nivele ale Hb 4-6 g/l.

Nu vă recomandăm utilizarea Ht/Hb ca singur marker de sîngerare (1 B);

Valoarea izolată a Hb/Ht fără a lua în considerație DO₂, VO₂, SaO₂, SvO₂, lactatul etc. nu poate fi acceptată ca trigger transfuzional deoarece ea nu diferențiază între pierderea de sânge reală și hemodiluție. Hemoglobinemia singură nu poate arăta toleranța unui anumit pacient la anemie. Mijloacele de evaluare a oxigenării tisulare sunt fie nespecifice (clinice: tahicardie, hipotensiunea posturală), fie invazive și costisitoare (determinarea saturației sîngelui venos amestecat, a extracției tisulare globale de O₂) sau tonometria gastrică, spectroscopia în infraroșu. Necesitatea și eficacitatea transfuziei trebuie să fie monitorizată prin determinarea acidului lactic - indicator al scăderii perfuziei tisulare.

Triggerii transfuzionali nu sînt aceiași în chirurgia de urgență sau în cea programată. Mortalitatea bolnavilor la operații programate, cu Hb 6-8 g/l preoperator, este de 15 %, iar în cele de urgență, la aceleasi valori ale Hb, a fost de 33 %.

Rata de extracție de O₂ la nivelul țesuturilor este cel mai obiectiv triger pentru transfuzia de concentrat eritrocitar.

Caseta 15. Plasma proaspăt congelată (PPC)

Vă recomandăm tratamentul cu PPC la adulți și copii în hemoragii severe complicate cu coagulopatie (PT / INR, aPTT > 1,5 ori), în hipofibrinogenemie, în cazul cînd concentratele de fibrinogen nu sunt disponibile Doza – 10 ml/kg, dar pot fi necesare doze suplimentare. (1 C);

Transfuzia de PPC pentru tratamentul hemoragiilor severe este recomandată de mai multe ghiduri internaționale. **Ghidurile recomandă evitarea PPC pentru restabilirea volumului circulant.** PPC poate fi utilizată numai în cazul în care nici o altă sursă de fibrinogen nu este disponibilă (2 C);

Nu pot fi elaborate recomandări clare privind indicarea și dozarea transfuziei de PPC la copii cu hemoragie masivă continuă, dar s-au raportat efecte adverse severe la ea (C);

- PPC se administrează conform grupei ABO. Pentru situații de urgență majoră se administrează PPC de grup sanguin AB(IV) (41)

- PPC este administrată și eficientă numai în cazul deficienței unor anumiți factori de coagulare în doze adecvate. Administrarea PPC cu scop profilactic a arătat ineficiența sa în prevenirea hemoragiei.

Cînd administram PPC luăm în considerare:

doza, toxicitatea citratului, timpul de înjumătățire a factorilor: fibrinogen - 7 zile; factor VII – 2-6 ore; factor VIII – 8-12 ore; factor II și IX – 2-3 zile;
In intervențiile programate PPC este administrată imediat după dezghețare cind situația clinică indică o pierdere relevantă a factorilor de coagulare II, VII, IX, X. **Daca laboratoric aPTT, PT < 1,5, plachete > 50x10⁹ – 75x10⁹/l, fibrinogen > 1,0 -1,5 g/l se va controla repetat necesitatea transfuziei.**

Caseta 16. Crioprecipitatul

Crioprecipitatul conține factor VIII, fibrinogen, factor Von Willebrand
Se folosește pentru corecția deficitului de fibrinogen la pacienții cu sângerare, cînd doar plasma nu este suficientă pentru corectarea hipofibrinogenemiei .

- **Este indicat cînd fibrinogenul este < 1,5 g/l (grad 1C)**
- Administrarea după ABO compatibil.

Doza 1 unitate la 10 kg/masa corporală.

Caseta 17. Concentrat de plachete

La copil și la adult pragul transfuziei pentru trombocite variază în dependență de tipul operației și în dependență de funcția plachetară.

Vă recomandăm administrarea concentratului de plachete pentru a menține nivelul lor mai mare de 100x10⁹/l la pacienții cu sângerare gravă și leziuni traumatice (2C), asigurînd 5 ml/kg, ce duce la ridicarea numărului de plachete cu 20x10⁹/l – 50x10⁹/l (1 C);

- Numărul acceptat de plachete pentru o intervenție programată trebuie să fie mai mare de 75x10⁹/l – 100x10⁹/l;

- În pierderea a unui VSC trombocitele scad cu 30%; în pierderea a 2 VSC –cu 60 % și în pierderea a 3 VSC - cu 80 %. Trebuie să anticipăm și să pregătim plachetele în pierderi iatrogene (operatorii). **De reținut**, dacă nu se vor transfuza imediat - nu se vor pune în frigider, dar se vor ține la temperatura camerei agitându-le permanent.

Empiric indicator pentru transfuzie de concentrat de plachete este nr. trombocitelor în sângele pacientului mai mic de 50x10⁹/l. Administrarea concomitentă profilactică a concentratului de plachete pentru prevenirea hemoragiei nu este indicată.

Caseta 18. Tratament hemostatic local și medicamentos

Se recomandă utilizarea agenților hemostatici topici în combinație cu alte măsuri de hemostază (grad 1B) mai ales cînd accesul chirurgical la sursa hemoragiei este deficitar. Agenții hemostatici locali includ produsele pe bază de colagen, gelatină, celuloză, fibrină, polisaharide, clei și adezivi sintetici.

Monitorizarea nivelului de Ca ionizat și corecția s-a (0,1ml/kg10% Calci chloridum) este recomandată în hemoragii cu transfuzii masive (grad 1C).

Menadioni natrii bisulfis, Etamsylatum sunt recomandați ca hemostatice.

Agenții antifibrinolitici trebuie luați în considerație în tratamentul pacientului cu sângerare. Acidum tranexamicum este recomandat de administrat cât mai precoce la etapa de prespital în primele 3 ore de la trauma. Dozele recomandate:

Acidum tranexamicum –15 mg/kg (max. 1g.) perfuzat timp de 10 min, urmată de o perfuzie de 2 mg/kg/oră (1g), timp de 8 ore sau pînă cînd sângerarea se oprește (1A)

Protocolul recomandă administrarea primei doze de acidum tranexamicum (15mg/kg) încă la etapa de prespital (2C) sau în primele 3 ore de la traumă (1B) cu ulterioara perfuzie a 1g în curs de 8 ore (1A)

Administrarea intraoperatorie a agenților antifibrinolitici este pe larg folosită pentru minimalizarea sîngerării și a transfuziilor de sânge. **Recomandăm ca să se folosească terapia antifibrinolică perioperatorie pentru a reduce pierderile sanguine și necesarul de transfuzii în chirurgia pediatrică . (2 A).** La copiii supuși intervenției chirurgicale cardiace și intervenției de corecție a scoliozei, cu risc hemoragic mare, **acidum tranexamicum** a redus marcat pierderile sanguine perioperatorii și transfuzia globulelor roșii. Efecte similare ale acidum tranexamicum s-au raportat în chirurgia pediatrică în craniosynostosis. Dozarea optimă rămîne incertă, cu variații mari ale dozei de încărcare (10 – 100 mg/kg) și ale ratelor de infuzie (1 -10 mg/kg/oră).(42)

Administrarea **Acidum aminocaproicum**— 100 – 150 mg/kg, urmată de 15 mg/kg/oră;

a arătat că a fost redusă transfuzia de preparate de sânge la copii. Este administrat în sala de operație după

inducție în doza de încărcare 100 mg/kg urmată de 40 mg/kg/oră. Studiile clinice recente au dovedit eficacitatea acidului epsilon-aminocaproic și toleranța sa bună fără efecte secundare.(40)

Factor VII recombinat activat (rFVIIa)*este utilizat doar cu consultul unui Hematolog, atunci cind opțiunile de tratament sunt limitate si epuizate iar pacientul încă mai exsangvinează (43)

Terapia antifibrinolică trebuie anulată odată ce sângerarea s-a oprit.

* Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor

Caseta 19. Aspecte chirurgicale in hemoragie.

Se recomandă ca timpul între incident și intervenție chirurgicală să fie minimalizat cât mai mult pentru pacienții ce necesită controlul chirurgical al hemoragiei (1 A);

Dupa stabilizare pe masa de operatie în caz de hemoragie continuă este indicată intervenția invazivă pentru depistarea sursei hemoragice.

Vă recomandăm ca pacienții cu lichid liber intraabdominal semnificativ conform FAST și instabilitate hemodinamică trebuie supuși unei intervenții chirurgicale de urgență (1 A);

Recomandăm operație de diagnostic la pacientul cu șoc hemoragic și semne de hemoragie continuă și coagulopatie, hipotermie și acidoză **dupa stabilizare** (1 C);

Echipele chirurgicale va fi selectată minuțios, fiind formată minim din trei chirurși experimentați, care ar putea face față complicațiilor intraoperatorii.

Măsurile chirurgicale de prevenire a pierderilor sanguine prin tehnică chirurgicală miticuloasă:

- optimizarea mărimii inciziei pentru un bun acces la sursa hemoragiei
- atitudine menajantă față de țesuturi
- depistarea rapidă a posibilelor surse de hemoragie
- utilizarea electrocautere și bisturie, aspiratoare ultrasonice
- disectoare de țesuturi cu microunde și jet de apă
- poziție specială a pacientului pe masa de operație cu plaga operatorie mai sus de nivelul inimii

Caseta 20. Aspecte anestezice in hemoragie la copil.

Momentul anestezico-chirurgical nu este izolat, dar se petrece paralel cu resuscitarea pacientului și poate începe la etapa de prespital sau în terapia intensivă.

Se tratează în primul rând leziunea traumatică cu risc vital imediat.

Intervenția echipei medicale se face de cele mai multe ori contra cronometru, aici dovedindu-se utilitatea aplicării cu strictețe a protocolului de management în hemoragii severe. S-a dovedit că omiterea oricărei trepte din protocol poate compromite evoluția ulterioară a pacientului.

Analgezia și sedarea se va indica numai pacientului stabil hemodinamic, după excluderea traumatismului organelor interne. Doza inițială va fi micșorată cu 50% pentru a preveni depresia cardiovasculară și respiratorie.

Copilul cu hemoragie severă este critic cu grad de risc ASA avansat. Nu trebuie neglijat că acest copil cu instabilitate marcată va trebui supus actului anestezico-chirurgical în urgență cu prezența factorilor agravanți: stomac plin, examen preanestezic superficial, scurtat de criză de timp impusă de urgență, lipsa unei informații necesare (în lipsa aparținătorilor) în ceea ce privește patologii preexistente. Evaluarea preanestezică are o importanță majoră cu acordarea unei atenții speciale ținând seama de posibilele leziuni, coagulopatiilor și modificărilor statutului volemic.

Nu se pune problema de timp pentru o **premedicație** corespunzătoare. Aceasta se va efectua în sala de operație. În traumă administrarea analgo-sedării cu opioizi, benzodiazepine se va efectua în caz de stabilitate hemodinamică cu conștiența păstrată. În caz contrar opioizii, sedativele vor prăbuși și mai mult TA, ceea ce poate provoca decesul pacientului. Un factor important ce influențează alegerea metodei și a substanțelor anestezice este starea hemodinamică a pacientului în șoc. Ketaminum este anestezicul de elecție la copii în instabilitate hemodinamică, datorită efectului creșterii tonusului simpatic, care menține TA și FCC.

Tehnică anestezică de elecție pentru acești pacienți care necesită intervenție chirurgicală este anestezia generală cu intubație endotraheală. "Protocolul anestezic" cel mai frecvent utilizat folosește combinația agent inhalator cu opioid plus curar. Agenții inhalatori (Sevofluranum, Halotanum, Isofluranum) nu influențează reglarea activării plachetare. Acidum acethilsalicylicum și alți antiinflamatori nesteroidici scad acțiunea agregantă a plachetelor și pot crește riscul sângerării. Acidum acethilsalicylicum trebuie întreruptă cu 10 zile înainte de operația programată.

Anestezia generală suplimentată cu anestezia regională la copii reduce pierderile sanguine intraoperatorii. Pierderea sanguină în anestezia generală singură este dublă față de cazul când copilul a primit suplimentar bloc caudal. Anestezia trebuie adaptată cazului luând în considerație și asocierile farmacologice. Trebuie menționat că la copiii cu hemoragie, chiar dacă intervenția chirurgicală este minoră, **“anestezia generală este întotdeauna majoră”**.

Este necesar de folosit :

- ✓ tehnici de încălzire a pacientului și a lichidelor perfuzabile;
- ✓ tehnici de recuperare și autotransfuzie a sîngelui (cell-saver);
- ✓ **Inducția anestezică** se va efectua cu Sevofluranum (dacă lipsește calea venoasă) sau Ketaminum intra-venos bolus 0,5 – 1 mg/kg (efect hiperdinamic, minim deprimant miocardic); Aplicați secvența rapidă de inducție și intubație endotraheală pentru a preveni regurgitarea și aspirarea conținutului gastric;
- ✓ La pacienții care nu răspund la resuscitarea inițială cu fluide se montează un cateter venos central;
- ✓ Evitați **menținerea anesteziei** cu benzodiazepine, opioizi la pacienții instabili hemodinamic;
- ✓ Utilizați doze minime eficiente de droguri anestezice (luăm în considerație hipovolemia, eliminarea scăzută, efectele secundare hemodinamice, respiratorii și neurologice)
- ✓ Pentru o mai bună titrare a efectului utilizăm pentru menținere benzodiazepine și opioizi cu timp de înjumătățire mai scurt (Midazolamum, Remifentanilum* etc)
- ✓ Ventilația mecanică se efectuează cu 100 % O₂ în regim normoventilator;

Nu sugerăm hiperventilația sau utilizarea PEEP la pacienții cu traume severe și hipovolemie (2 C). Hiperventilația și hipocapnia la copii sunt periculoase, deoarece pot provoca hipoperfuzie cerebrală și dezvoltarea leicomalației periventriculare.

Pacienții în **șoc hemoragic** nu sînt supuși anesteziei, intervenției chirurgicale fără a fi în prealabil stabiliți pe masa de operație. Șocul hemoragic impune reducerea dozei de anestezic I.V., deoarece determină o redistribuție a fluxului sanguin în organism către cord și creier pe fond de hipovolemie. La nivelul organelor metabolice precum ficat, rinichi fluxul sanguin scade. Modificările comportamentului substanțelor anestezice au o importanță majoră în dozarea lor și efectele obținute în cazul șocului hemoragic sever. Din punct de vedere farmacologic în șoc se observă o modificare a raportului concentrație-efect. Ghidurile propun o reducere cu 50 % a dozei de anestezic I.V. pentru a obține un efect similar al substanței comparat cu pacienții normali. Modificarea farmacocineticii în șoc are un aspect particular în cazul PROPOFOL-ului, care suferă o modificare a eficienței, ceea ce determină o creștere suplimentară a nivelului său în plasmă.

În timpul intervenției chirurgicale evaluați continuu eficiența anesteziei și a tratamentului administrat; urmăriți TA, Ps, PVC, TRC, ECG, capnografia, debitul urinar, indicii de laborator.

La sfârșitul operației pacientul este transferat în secția de TI pe tub endotraheal, monitorizat continuu în prezența medicului anestezist.

În secția de TI se va continua terapia intensivă de reabilitare postoperatorie a pacientului.

* Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor

C 2.5. COMPLICAȚII

Caseta 21. Combaterea triadei letale-hipotermia, acidoza, coagulopatia este primordială.

1. Hipotermia (sub 35° C) este o complicație serioasă și reprezintă un indicator independent al mortalității. Hipotermia poate induce:

- fibrinoliză, disfuncția trombocitelor, reducând activitatea coagulantă.
- cauzează o reducere gradată a frecvenței cardiace și a minut volumului cardiac în timp ce sporește predispoziția pentru aritmii și alte afecțiuni miocardice morbide;
- curba de disociere a oxihemoglobinei se deplasează spre stînga la reducerea temperaturii, împiedicînd astfel oxigenarea țesuturilor periferice la pacientul hipovolemic în momentul când este cel mai necesar;
- frisonarea și acidoza lactică poate spori consumul de O₂, care însoțește de obicei hipovolemia.
- chiar și hipotermia ușoară inhibă semnificativ procesul de coagulare și sporește incidența infecțiilor. La fiecare 1 grad C de hipotermie funcția de coagulare scade cu 10% de la normă.

Hipotermia crește riscul de insuficiență de organe și coagulopatie și poate fi prevenită prin încălzirea pacientului (pături, lichide calde, dispozitive). Este necesar de un încălzitor de lichide de capacitate înaltă pentru a face față ratelor de infuzie rapidă în timpul resuscitării volemică a pacienților cu hemoragie.

Recomandăm aplicarea precoce a măsurilor de reducere a hipotermiei și încălzirea pacientului în scopul de a realiza și menține normotermia (1 C);

2. Acidoza în hemoragii severe este frecvent indusă de hipoperfuzia țesuturilor și administrarea în exces a Sol. NaCl 0,9% în resuscitarea fluidică. Acumularea în exces a ionilor de H⁺ interacționează cu factorii de coagulare, produc schimbarea structurii și formei trombocitelor. Ca rezultat este redusă formarea de trombin și are loc degradarea fibrinogenului ce agravează coagulopatia.

3. Coagulopatia în hemoragii masive este un fenomen secundar. Hipotermia, acidoza și hemodiluția produc coagulopatie. Resuscitarea fluidică agresivă poate cauza coagulopatia de diluție la 50% din pacienți, în dependență de tipul de soluții administrate.

Coagulopatia dilutațională la pacienții critici cu hemoragie este un factor de risc ce mărește mortalitatea. Riscul depinde de doza soluțiilor administrate. Monitorizarea semnelor precoce a coagulopatiei se efectuează cu ajutorul tromboelastometriei/grafiei rotaționale (ROTEM). Coagulopatia indusă de coloizii sintetici poate fi reversată de administrarea de Fibrinogen sau/ și Concentrat de Protrombina (include factorii II, VII, IX și X).

Complicațiile transfuziei de preparate sanguine (vezi ghid național în transfuziologie)

- ✓ Reacții febrile nonhemolitice și hemolitice (incompatibilitate ABO, Rh)
- ✓ Reacții alergice (șoc anafilactic)
- ✓ Infecții posttransfuzionale
- ✓ Leziune pulmonară acută (sdr. TRALI)
- ✓ Complicații imunologice (ex. aloimunizarea fetițelor)
- ✓ Supraîncărcare de volum
- ✓ Dezechilibre de coagulare
- ✓ Intoxicații cu citrat
- ✓ Dezechilibre acido-bazice și ionice (**pericol de stop cardiac în hiperpotasemie!**)

CID-ul este o complicație de temut la pacienții cu sângerare acută. Acest sindrom duce la o mortalitate ridicată și este dificil de reversat. Semne laborator de CID: timp prelungit PT/INR și aPTT, cu trombocitopenie semnificativă, fibrinogen < 1,0 g/l – toate sînt sugestive pentru dezvoltarea CID. Administrarea cit mai precoce de PPC, trombocite și crioprecipitat poate stopa procesul.

C.2.6. PROFILAXIA

Caseta 22. Profilaxia hemoragiilor în intervenții programate se sprijină pe 3 piloni:

1. Optimizarea eritropoezei (vit. B 12, acid folic, preparate de Fe, eritropoetina);
2. Minimalizarea sîngerării și a pierderilor sangvine (hemostaza meticuloasă);
3. Optimizarea toleranței la anemie (hemodinamica, ventilația și oxigenarea).

Nivelul minim de Hb pentru operații programate este estimat pentru:

- nou-născut >12g/l; copil normal sănătos >10g/l

Copiii anemici preventiv vor primi preparate de Fe²⁺ 100-150 mg/zi (6 mg/kg/zi) în 3 prize; eritropoetină 300 un/kg x 15 doze cu 10 zile preoperator.

Stoparea preparatelor anticoagulante și antitrombotice înaintea operației majore (minim cu 48 ore)

Puncte importante de reținut:

- prevenirea intraoperatorie a hemoragiei masive contestă în optimizarea examinării preoperative a pacientului, corecția anemiei și coagulopatiei.
- sângerarea masivă intraoperatorie trebuie prompt stopată de chirurg și intervenția procoagulantă să nu fie întârziată, ca să fie prevenită coagulopatia, hipoperfuzia tisulară, anemia și transfuzia ulterioară a produselor alogene de sânge. Terapia procoagulantă trebuie individualizată în considerație cu patologia.
- în hemoragii masive este necesară implicarea obligatorie a transfuziologului sau a unui alt medic în efectuarea transfuziei. Banca de sânge trebuie amplasată la 3 min distanță de secția terapiei intensive și blocul operator (vezi ordinul N331 MS).
- sexul, vârsta, clasa socială, educație, factori psihologici (stress, boli mentale etc.), copil organizat sau liber educat - **toate** trebuie luate în considerare în prevenirea hemoragiilor.

D. RESURSE UMANE SI MATERIALELE NECESARE

D.3. Etapa spitaliceasca: Secțiile de primiri urgente, ATI, chirurgie	Personal <ul style="list-style-type: none">• <i>medic de urgenta,</i>• <i>anesteziolog-reanimatolog</i>• <i>chirurg, traumatolog, pediatru,transfuziolog</i>• <i>n/chirurg, hematolog, gastrolog etc.(la nivel III)</i>• <i>imagist, medic laborant, endoscopist</i>• <i>asistente medicale, laboranti</i>
	Aparataj,utilaje medicale: <ul style="list-style-type: none">• <i>sursa de oxigen,sac Ambu,ventilatoare automate</i>• <i>fonendoscop, tonometru, pulsoximetru</i>• <i>defibrilator, laringoscop, aparat anestezie</i>• <i>cardiograf, capnograf, micro-ASTRUP</i>• <i>fibrogastroscoap, aparat USG, radiograf, CT</i>• <i>laborator și cabinet sânge dotat</i>• <i>seturi pentru puncția venelor periferice, centrale, seringi</i>• <i>materiale pentru sutura si pansament</i>• <i>set instrumente chirurgicale pentru hemostaza definitiva</i>
	Medicamente; <ul style="list-style-type: none">• <i>preparate pentru resuscitare</i>• <i>soluții cristaloide, coloide, preparate sangvine</i>• <i>hemostatice, antifibrinolitice, glucocorticosteroizi</i>• <i>antibiotice, antiseptice</i>• <i>analgetice, sedative, anestezice inhalatorii, opioizi, curara</i>

CONCLUZII LA PROTOCOL

Recomandările prezente pentru managementul pacientului cu sângerare severă se bazează pe o evaluare critică a literaturii de specialitate publicate de societățile profesionale într-un mod bazat pe dovezi, studii clinice randomizate, controlate la om, care au furnizat cele mai puternice dovezi în gestionarea sângerării. Am făcut un efort să depistăm cât mai multe diferențe specifice în managementul hemoragiilor la copii. Am constatat, în general, o abordare conservatoare în gestionarea sângerării la copii. Puține dovezi științifice publicate în vederea diferențelor fiziologice legate de vârstă, subliniază necesitatea pentru continuarea studiilor clinice.

Mesaje cheie:

21. Timpul scurs între incidentul hemoragic și implicarea medicală trebuie redus la minimum.
22. Pacientul care prezintă șoc hemoragic și o **sursă identificată** de sângerare trebuie să fie supus imediat controlului chirurgical al hemoragiei, dacă măsurile inițiale de resuscitare nu au fost de succes; Abordarea chirurgicală este esențială
23. Pacientul care prezintă șoc hemoragic și o **sursă neidentificată** de sângerare trebuie să i se efectueze o evaluare imediată(după caz), utilizând ecografia focusată (FAST), Ro-grafia, tomografia computerizată (dacă-i posibil), indicii de laborator
24. Tratamentul medicamentos, suport volemic, utilizarea corectă a produselor sanguine și a altor agenți farmacologici sînt liniile directoare în managementul hemoragiei la copil;
25. Oxigenarea adecvată, stoparea rapidă a hemoragiei, restituirea volumului de lichide pierdute, transferul pacientului la un spital specializat - insemna un bun management al hemoragiei.
26. Este strict recomandat întreruperea practicii liberale transfuzionale, fiind scumpă și dăunătoare și trebuie promovată strategia rațională, restricțională prin evitarea transfuziei inutile.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII POTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
2.	Sporirea calității acordării primului ajutor și tratamentului de urgență	2.1.Ponderea copiilor cu hemoragie cărora li sa acordat ajutorul de urgență la etapa prespitalicească,conform recomandărilor protocolului elaborat,pe parcursul unui an (în %)	Numărul de copii cu hemoragii, cărora li s-a acordat ajutorul de urgență la etapa prespitalicească, conform recomandărilor protocolului elaborat, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu hemoragii, care s-au adresat la instituțiile medicale, pe parcursul ultimului an
4.	Reducerea ratei mortalității prin hemoragii la copii	Ponderea copiilor care au decedat ca rezultat al hemoragiilor, pe parcursul unui an (în %)	Numărul de copii care au decedat ca rezultat al hemoragiilor, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de copii cu hemoragii, care s-au adresat la instituțiile medicale, pe parcursul ultimului an

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

F.1. Indicațiile (criteriile) de trimitere a pacientului

Transferul în alte secții (transferul intern și transferul extern) a pacientului cu hemoragie severă în pediatrie:

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Agravarea stării pacientului cu hemoragie severă	IMSP Institutul Oncologic Secția ATI	Șef secție Nr.tel: 022 85 23 18 Intern: 317
În caz de hemoragie de origine nononcologică stopată, cu funcțiile vitale compensate (stabilitatea hemodinamicii, respirației, diurezei, cunoștinței etc)	IMSP respective după profil	Vicedirectorul medical

Procedura generală de transfer a pacientului cu hemoragie severă în pediatrie:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: agravarea stării parvenite la pacient.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia corespunzătoare.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează Vicedirectorul medical despre cazul respectiv.
6. Vicedirectorul medical invită consultant din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă consiliul medical în componență: vicedirector medical IMSP Institutul Oncologic, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern – forma 003/e; pentru transfer extern – forma 027/e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.

F.2. Cerințele privind necesitatea investigațiilor de diagnostic a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigații respective

Investigații necesare pacientului cu hemoragie severă în pediatrie:

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Computer Tomografie	Instituțiile contractate	Registratura

Computer Tomografie:

1. Necesitatea efectuării CT va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027/e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT cu angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de către medicul curant.

F.3. Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului și/sau probelor de laborator

1. Pentru efectuarea investigațiilor în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul curant îndreptare, care va include obligatoriu date de pașaport a pacientului, diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul poliței de asigurare (forma 027/e)
2. Pentru consultații în alte instituții, medicul curant argumentează necesitatea efectuării consultației în forma 003/e. Consultația preventiv se coordonează prin șeful secției cu

vicedirectorul medical. Pacientul este însoțit de către personalul medical, care este responsabil de documentația medicală.

F.4. Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusiv întoarcerea în instituție la locul de observare sau investigare

1. În contract cu instituțiile subcontractate este menționat modalitatea de expediere și recepționare a rezultatelor

F.5. Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul transferului la alt nivel de asistență medicală.

1. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer intern sau extern). Transferul se efectuează cu acordul informat al unuia dintre părinți sau tutore.

F.6. Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere pentru evidența ulterioară

1. Extrasul (forma 027/e) obligatoriu va include recomandări pentru pacient și părinți.

STANDARDUL MINIM DE INTERVENȚII IN HEMORAGIE

Scopul	Procedura	Comentarii
Investigații de laborator	Fibrinogen, Hb, Ht, Eritrocite, PT/INR, aPTT, grupa sanguină, rezus factor, gaze sanguine, biochimie	Analizele trebuie recoltate înainte de perfuzie
Restabilirea volumului circulant	Insertia cateterului I.V. periferic sau intraos (vena centrala in sectia ATI). Administrarea cristaloid sau coloid încălzit pentru menținerea TA sistolice > 80 mm Hg și diureza > 0,5 ml/kg/h	Monitorizarea TA, PVC, pulsoximetrie, diureza
Contactați personalul de specialiști	Anesteziolog, chirurg, cabinet de sânge, traumatolog, laborant, imagist	O persoană responsabilă pentru comunicare și documentare
Stoparea hemoragiei	Manuală, intervenție chirurgicală, imagistica interventională	Prompt si fara rețineri
Menține Hb mai mult de 8 g/dl	Administrarea concentratului eritocitar gr. O(I), Rh D negativ (cald și rapid)	In extremă urgență, până când va fi disponibilă grupa compatibilă
Menține plachetele mai mult de $75 \times 10^9/l$	După administrarea de concentrat eritocitar când numărul de plachete este mai mic de $50 \times 10^9/l$ transfuzăm concentrat de plachete pînă la $100 \times 10^9/l$	
Menținerea PT/INR și aPTT la o valoare medie	Administrarea PPC 12-15 ml/kg. Anticipați nevoia de PPC după administrarea unui volum de concentrat eritocitar (~ 20 minute – timp pentru decongelare)	PT/ aPTT mai mare de 1,5 înseamnă o normală corelare cu mărirea hemoragiei, în acest caz dacă Ca^{2+} ionizat > 1 – 13 mmoli/l
Menține fibrinogenul mai mult de 1,0g/l	Dacă nu este corectat de PPC → dă crioprecipitat Dacă fibrinogenul rămîne mai mic de 1,0g/l → dă crioprecipitat	Crioprecipitatul este foarte rar necesar, doar în CID
Evită CID	Tratează prompt cauza CID-lui (șocul, hipovolemie, acidoză)	Când se dezvoltă CID mortalitatea este foarte mare

PRODUSELE SANGUINE ȘI PROPRIETĂȚILE ACESTORA

Nr. d/o	Denumire	Proprietăți
1. Componente sanguine eritrocitare		
<p>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 antieritrocitari, data producerii, denumirea soluției de anticoagulant, denumirea componentului sanguin, data expirării, greutatea componentului sanguin, condiții de păstrare și mențiunea validat.</p>		
1.2 Proprietăți specifice:		
1.2.1	Concentrat 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	Concentrat 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 deleucocitat (CEDL)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,65 - 0,75 sau 0,50- 0,70, Hb un minim de 40 - 43g. Produsul conține toate eritrocitele din unitatea de sânge din care a fost produsă. Conținutul în leucocite este inferior valorii de 1,2 x 10 ⁹ sau 1,0 x 10 ⁶ celule/unitate. Greutate 250±50 g.
1.2.4	Concentrat eritrocitar deleucocitat 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 deleucocitat (CEA)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,65 - 0,75, Hb un minim de 40 g. 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 deleucocitat cu soluție aditivă (CEAAD)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,5 - 0,7, Hb un minim de 40 g. 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 deplasmalizat (CED)	O unitate de component sanguin are hematocritul de 0,65 - 0,75, Hb un minim de 40 g. 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)		
<p>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 (Rh și Kell pentru CPL standard), calificativul anticorpi antieritrocitari, data producerii, denumirea componentului sanguin, data expirării, greutatea componentului sanguin, condiții de păstrare și mențiunea validat.</p>		
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 x 10 ⁹ , mediul de suspensie fiind plasma

		umană. Concentrația de leucocite este de pînă la $0,05 \times 10^9$ și de eritrocite de pînă la $0,2 \times 10^9$ pe unitate. Cantitatea unei doze este de 50 ± 5 g. O doză terapeutică includ 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 deleucocitat (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 deleucocitat AMCPLD	Amestecul deleucocitat 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 deleucocitat 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 sanguin, data expirării, greutatea componentului sanguin, condiții de păstrare 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 50 g/l din concentrația totală de proteine, 100 g 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 $10-20 \pm 5$ g.

ALTERNATIVE PENTRU TRANSFUZIA DE COMPONENTE SANGUINE

Alternative AB0/Rh pentru transfuzia de componente sangvine eritrocitare

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

Notă: se transfuzează de același grup sanguin AB0/Rh ca și primul component transfuzat, dacă sunt cerute mai multe componente.

Alternative AB0 pentru transfuzia de componente sangvine plasmatică, inclusiv crioprecipitat

Informație despre pacient	Componente plasmatică și crioprecipitat și gradul de prioritate în aplicarea alternativă	
	<i>1-a</i>	<i>a 2-a</i>
AB0 pacient		
0	0	AB
A	A	AB
B	B	AB
AB	AB	

Notă: se transfuzează de același grup sanguin AB0/Rh ca și primul component transfuzat, dacă sunt cerute mai multe componente.

Alternative AB0 pentru transfuzia de produse plachetare (trombocitare)

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

<i>Concentrat de trombocite de afereză suspendat în plasmă sau amestec de concentrate de plachete suspendate în plasma</i>				
<i>ABO 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>Concentrat de trombocite de afereză în soluție de resuspendare sau amestecul de concentrate de plachete în soluție de resuspendare</i>				
<i>ABO 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

Notă: se transfuzează de același grup sanguin AB0/Rh ca și primul component transfuzat, dacă sunt cerute mai multe componente.

ANEXA 4

Particularitățile transfuziei componentelor sangvine pentru nou-născuți până la vârsta de 1 (una) lună

Componenta	Volum/transfuzie minoră
Componente eritrocitare	Specifice grupei de sânge AB0/Rh
	Termen de valabilitate până la 14 zile din ziua colectării, cu excepția exsanguinotransfuziilor la care termenul va fi de până la 5 zile din ziua colectării.
	în situația când mama are anticorpi cu semnificație clinică, se vor transfuza componente eritrocitare de apartenență 0Rh negative, cu excepția cazului când este incompatibil cu 0Rhesus negative (ex. prezența anticorpilor antieritrocitari anti-c, anti-e)
	în situația când anterior s-a detectat un anticorp matern cu semnificație clinică sau există informații în anamneză despre prezența unor anticorpi cu semnificație clinică la mamă, se vor selecta unitățile de componente eritrocitare confirmate drept negative la toate antigenele corespunzătoare anticorpilor materni
Crioprecipitat	Specific grupei de sânge AB0
Componente plasmatică	Specifice grupei de sânge AB0
Componente plachetare	Specifice grupei de sânge AB0/Rh

Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru protocolul clinic national
„Managementul hemoragiilor severe în pediatrie”

	Domeniul prompt	Definiții și note
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	denumirea oficială
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, funcția ocupată, telefon de contact
3	Numărul de înregistrare a pacientului din “Registrul pentru înregistrarea cazurilor”	
4	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.003/e	
5	Data de naștere a pacientului	ZZ-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
6	Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
7	Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
8	Numele medicului curant	nume, prenume
	INTERNAREA	
9	Data, ora debutului hemoragiei	Data (ZZ: MM: AAAA), ora (00:00) sau 9 = necunoscută
10	Timpul parcurs pana la adresare	Timpul (00:00) sau 9 = necunoscut
11	Data,ora sosirii ambulanței	ZZ -LL-AAAA ora (00:00) sau 9 = necunoscut
12	Data/ ora internării în spital	Data (ZZ: MM: AAAA), ora (00:00) sau 9 = necunoscută
13	Timpul aflării la sec. internare/DMU	Timpul (00:00) sau 9 = necunoscut
14	Criterii de internare	Eliberat la domiciliu = 0; Unitate de primiri urgente = 1; Secția de terapie intensivă = 2; Bloc de operații = 3;Sec. chirurgie-4 sau 9 = necunoscută
	DIAGNOSTICUL	
15	Evaluare primară rapidă	A fost efectuată: nu=0; da=1, nu știu =9
16	Originea hemoragiei	da = 1(sursa hemoragiei) ; nu se știe = 9
17	Prezintă la internare semne -stare de șoc (hipovolemic de origine hemoragică)	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
18	Hb,Ht,Er,trombocite,timp sangerare,coagulare etc.	Au fost prelevate probe după internare: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
19		În cazul unui răspuns afirmativ, rugăm să specificați valoarea indecelor specificați
20	Investigații paraclinice(radiografie,ecografie,CT,RMN	Au fost efectuate după internare: nu = 0; da = 1; nu știu =9
21	Consultația specialiștilor de profil	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22	Criterii de severitate	Au fost apreciate după internare: nu = 0; da =1; nu știu=9
23	Transfuzia de concentrat eritrocitar pentru corecția funcției de transport a O₂ (DO₂, VO₂, SaO₂, SvO₂, lactatul):	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1	Investigații realizate în acest scop:	
23.1.1	Hb	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.2	Ht	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.3	Er	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.4	Tr	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.5	Funcția de transport a O ₂ (DO ₂ , VO ₂ , SaO ₂ , SvO ₂ , lactatul)	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.6	Grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9

23.1.7	Grup sanguin după sistem Rh	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.8	Grup sanguin după sistem Kell	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.9	Proba la compatibilitate pretransfuzională	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
23.1.10	altele	de indicat tipurile investigațiilor
23.2	Număr total de unități transfuzate	număr de unități
23.3	Tipurile de CE transfuzate (CE, CED, CEDL, CEAD, CEDLAD, CEA)	de indicat toate tipurile de CE transfuzat
23.4	Formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
24	Transfuzia de toate tipurile de concentrat de plachete	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
24.1	Investigații realizate:	
24.1.1	Hb	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
24.1.2	Ht	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
24.1.3	Plachete	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
24.1.3.1	nivelul Plachete	de indicat nivelul Plachete
24.1.4	Er	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
24.1.5	altele	de indicat tipurile investigațiilor
24.2	Număr total de unități transfuzate	număr de unități
24.3	Tipurile de CPL transfuzate (CPL, CPLA, CPLADL, AMCPL, AMCPLD)	de indicat tipurile de CPL transfuzat
24.4	Formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25	Transfuzia toate tipurile de plasmă proaspăt congelată pentru corecția dereglărilor de coagulare	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25.1	Investigații realizate în acest scop:	
25.1.1	Fibrinogen	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25.1.2	PT	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25.1.3	INR	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25.1.4	aPTT	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25.1.5	ROTEM	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25.1.6	TEG	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25.1.7	Grup sanguin după sistem AB0	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
25.1.8	altele	de indicat tipurile investigațiilor
25.2	Număr total de unități transfuzate	număr de unități
25.3	Tipurile de PPC transfuzate (PPC, PPCAs, PDECR)	de indicat toate tipurile de PPC transfuzat
25.4	Formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26	Transfuzia de crioprecipitat	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1	Investigații realizate în acest scop:	
26.1.1	Fibrinogen	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1.2	Factorul VIII	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1.3	Grup sanguin după sistem AB0	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
26.1.4	altele	de indicat tipurile investigațiilor
26.2	Număr total de unități transfuzate (CPFVIII)	număr de unități
26.3	Formular pentru hemotransfuzie îndeplinit	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27	Utilizarea factorilor de coagulare	a fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
27.1	Număr total de unități utilizate	număr de unități
27.2	Tipurile factorilor de coagulare utilizați	de indicat tipurile factorilor de coagulare

ANAMNEZA		
28	Hemoragii anterioare	Nu = 0; da = 1; nu se știe știu = 9
29	Prezenta anterioară a anemiei, dereglarilor de coagulare	Nu = 0; da = 1; nu se știe știu = 9
30	Boli asociate	Nu = 0; da = 1; nu se știe știu = 9
31	Tratament cu anticoagulante sau hemostatice	Nu = 0; da = 1; nu se știe știu = 9
HEMOSTAZA		
32	Locul de efectuare a hemostazei primare	în ambulanță = 0; la spital = 1; în cadrul altei institutii = 2; nu știu = 9
33	Data/ora hemostazei primare	Data (DD ZZ: MM LL: AAAA)/ora (00:00) sau 9 = necunoscută
34	Timpul Ora internării în terapia intensivă	Timpul (HH: MM) Ora (00:00) sau 9 = necunoscut
35	Data/ora hemostazei chirurgicale	Data (DD ZZ; MM LL; AAAA) Ora (00:00) sau 9 = necunoscut
36	Data/ora inițierii Hemostazei medicamentoase data/ timpul	Data (ZZ; LL; AAAA) Ora (00:00) sau 9 = necunoscut
37	Data/ ora inițierii tratamentului hemostatic	Data (ZZ; LL; AAAA) Ora (00:00) sau 9 = necunoscut
38	Data/ ora tratamentului chirurgical definitiv	Tratamentul a fost acordat precoce: nu = 0; da = 1; nu se știe = 9 Data (ZZ; LL; AAAA) Ora (00:00) sau 9 = necunoscut
39	Motivul de ce nu a fost acordat tratamentul hemostatic/ chirurgical/ terapia de infuzie	Tratamentul hemostatic: adresare prea tardivă = 0; complicații înainte de hemostaza = 1; defecțiuni tehnice = 2; pacientul a refuzat tratamentul = 3; hipertensiune arterială necontrolată = 4; imposibilitatea examinării (radiografie, CT, RMN) = 5; boală hematologică = 6; altele = 7; nu se cunoaște motivul = 9
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
40	Data externării sau decesul	Include și data transferului la alt spital, precum și data decesului.
41		Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
42		Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
43	Prescrierea preparatelor de fier la externare	Externat din spital cu indicarea preparatelor de fier administrate oral: nu = 0; da = 1; pacientul a renunțat = 2; tratamentul este contraindicat = 3; nu este cazul = 4; nu se știe = 9
44	Prescrierea programei de recuperare la externare	Externat din spital cu indicarea tratamentului de recuperare: nu = 0; da = 1; pacientul a renunțat = 2; tratamentul este contraindicat = 3; nu este cazul = 4; nu se știe = 9
DECESUL PACIENTULUI LA 30 DE ZILE DE LA INTERNARE		
45	Decesul în spital	Nu = 0; De la toate cauzele care pot fi atribuite la evenimentul din index; din cauza șocului hemoragic = 1; Moartea provocată în urma altei cauze, ca urmare a tratamentului = 2; Alte cauze nehemoragice = 3; Deces cauzat de complicații ce a condus la această internare, sau care au apărut în timpul internării = 4; nu se știe = 9

BIBLIOGRAFIE

1. „Actualități în Anestezie și Terapie Intensivă”, Dan Corneci, Dana Tomescu et al., Timișoara, Editura Mirton, 2015.
2. „Terapia Intensivă, Medicina de Urgență, Sângele și Hemotransfuzia”, Cursul III al Fundației Europene pentru Educare în Anestezie, Chișinău 2008.
3. „Toxicitatea Anesteziei”, Bejan Dumitru, Șerban Marinescu, Editura Sylvi, București 2006.
4. „Mechanisms of fatal opioid overdose. Addiction”, Shater S, White Joe, 2009, 94: 961-972.
5. „Revista Română de Anestezie și Terapie Intensivă, vol. 9,10,11,12,13.
6. „Șocul, șocul traumatic în pediatrie”; „Cadrul legal al transfuziei de sânge și tehnicile de siguranță”, Dolghier Lidia, Cebotari Svetlana et al., Anale Științifice, Vol XX, pag. 84-88, Chișinău 2014.
7. „How to manage massive blood loss in the operating theatre”, Sibylle A., Kozek-Langenecker, ESA Refresher Course 2013.
8. „Hemoglobin Management in Acute Brain Injury”, Peter Le Roux, Curr Opin Crit Care 2013, 19: 83-91.
9. „Blood utilization: fostering an effective hospital transfusion culture”, Carolyn Hyatt Sherman, Duncan C. MacIvor, Jurnal of Clinical Anesthesia 2012, 24: 155-163.
10. „Anemia and Patient Blood Management in Hip and Knee Surgery”, Donat R. Spahn, Anesthesiology vol 113, N°2, 2010.E
11. „Benefits of Regional Anesthesia in Children”, A. Bosenberg, Pediatric Anesthesia, vol. 22 N°1, 2012.
12. „Trauma and Transfusion”, Philippe J. Vander Linden, Curr Opin Anesthesiology 2013, 26: 193-230.
13. „Intraoperative blood loss and blood transfusion during liver transplantation. A national single center experience”, J Rom Anest Terap Int 2014; 21: 27-34.
14. „Drug affecting coagulation”, Anesthesia and Intense Care Medicine, Balraj Appadu, 2010, vol. 11:6: 247-254.
15. „Masive Bleeding in Trauma and its Management”, Pär I. Johanson, Anesthesia International, 2012, vol. 6: N°1; 16-20.
16. „Population pharmacokinetics of ϵ -aminocaproic acid in infants undergoing surgery”, EJA British Jurnal of Anesthesia 2013, vol. 110: 788-799.
17. „Seuils transfusionnels en soins intensifs”, P. Van der Linden, S.G. de Hert, Archives of the Balkan Medical Union, 2012: 7-16.
18. „Plasma fibrinogen concentration is correlated with postoperative blood loss in children undergoing cardiac surgery. A retrospective review”, David Faroani, Veaceslav Savan et al. European Jurnal of Anaesthesiology 2014, vol. 31 (6), 317-327.
19. „Ghid de evaluare preoperatorie a riscului hemoragic”, Daniela Filipescu, Curs de ghiduri și protocoale, Timișoara, 2006.
20. „What is the ideal cristaloid?”, Raghunathan Karthik et al., Current opinion in Critical Care; august 2015, vol. 21 (4), pag. 309-314.
21. „Fluid therapy and the hypovolemic microcirculation”, Vincent K., Gruartmoner G. et al., Current opinion in Critical Care, August 2015, vol. 21 (4), pag. 276-284.
22. „Fluid and coagulation”, Kozek-Landenecker, Sibylle A., Current opinion in Critical Care, august 2015, vol 21 (4), pag. 285-291.
23. „The anaesthetist and natural disasters”, DJ Baker, Anaesthesia international 2011, vol.5, N°1, pag. 10-16.
24. „Massive transfusion: assessing higher plasma: blood ratios and earlier plasma administration”, Anne Godier et al., European Journal of Anesthesiology, vol. 28, N°3, march 2011, 149-151.
25. „Pre-interventional haemostatic assessment”, Fanny Bonhomme et al., Guidelines from the French Society of Anaesthesia and Intensive Care, EJA 2013; 30: 142-162.
26. „Management of severe perioperative bleeding”, Sibylle A. Kozek-Langenecker et al., guidelines from European Society of Anaesthesiology, EJA 2013; 30: 270-382.

27. „Management of bleeding and coagulopathy following major trauma” An updated European guideline, Pocket Guide, A quick reference tool for clinicians, Critical Care 2013; 17; R 76.
28. Elizabeth A.M. ”Preoperative fluids: Anevidence-Based Review in Anesthesiologi news. Special Edition,2015 p 31-37)
29. Dana Tomescu et. al. „Intraoperative blood loss and blood transfusion during liver transplantation”. JR ATI vol.21, nr.1, aprilie 2014, 19-27.
30. Daniela Filipescu, Revista Română de ATI, vol 7 № 1-2 1999)[27]
31. Osman D.,Boychev Is ”Upper gastrointestinal bleeding” in ICU Management vol. 14(2) 2014, p 24-27).
32. Davis S., Throsten Haas „Perioperative coagulation management for major pediatric surgery” in Abstract Book of the European Anaesthesiology Congress, Euroanaesthesia 2014, p 8
33. Gh.Ciobanu”Socul” Chisinau,”Nova-Imprim”, 2011,424p
34. “Pathophysiology of Traumatic Shock”Richard P.Dutton,MD,MBA International TraumaCare Vol.18, No.1,2008
35. ‘Goal-Directed Management of Pediatric Shoch in the Emergency Department” Jozeph A., 2007 Published by Elsevier Inc. 165
36. “ Shock in children” Davendralingam Sinniahle,JSME 2012:6 (Suppl 1):S129-136
37. “Pediatric Hypovolemic Shock” Michael J. Hobson, The Open Pediatric Medicine Journal,USA,2013,7,(Suppl1:M3) 10-15
38. Trappey A.F., Thompson K. Metal. Dezvoltarea ghidurilor de transfuzie pentru copiii raniti. *Trauma Acute Care Surg.*2019;87(4): p 935-943
39. Tanar PP,Borge PD.A face disponibil(din nou).sange integral pentru traume:experienta Crucii Rosii Americane.*Transfusiologie*,2019;59(2):1439-1445
40. Cannon J.W., Neff L.P., Evolutia practicii transfuziologiei pediatrice in timpul operatiunilor de lupta 2001-2013. *J.Trauma Acute Care Surg.* 2018: 84, p 69-76
41. HolcombJB,Tilley BC,et al.Transfuzia de plasma, trombocite, celule rosii crioprecipitat intr-un raport 1:1:1:1 si mortalitatea la pacientii pediatrici; studiu clinic randomizat PROPPR, *Jama*, 2015:313(5), p. 471-482
42. Borgman M. A. Estimarea mortalitatii la copii dupa traumatisme militare. *Pediatrie*, 2011. 127, p 92.
43. Hors J. A, Leonard J. C. Un studiu privind protocolul de transfuzie masiva pediatrica din SUA, 2017.
44. Edvards M. J., Lustic M, Blast injury in children: an analysis from Afganistan and Iraq,2002-2012
45. Pickett P. M. Protocol de transfuzie masiva in trauma militara pediatrica. *Int. Anesth. Clin.* 2011; p.49
46. Imperial College Healthcare NHS Trust ”Pediatric Major Hemorage Protocol”, 2019 Version 8
47. *J.Trauma Acute Care Surg.* 2019 November; 73(5) ”A pediatric massive transfusion protocol”
48. *Jurnal of Blood Medicine* ”Massive Transfusion Protocols for Pediatric Patients:Current Perspectives”, 2020, p.163-172
49. Wessex children’s major trauma guidelines, Southampton Children’s Hospital, UK 2020
50. Jurnalul Britanic de Hematologie, Colegiul Regal de Pediatrie si Sanatatea Copilului, Protocol ”Trauma majora si utilizarea acidului tranexamic la copii,” versiunea 5, an. 2021.
51. Russian Journal of Anaesthesiology and Reanimatology, Protocol “Resuscitation and intensive care in acute massive blood loss”, 1, 2021
52. Lazner N., Cole J, Childrens Massive Haemorrhage Protocol, 2021, Brighton and Sussex University Hospitals