



Republika e Kosovës
Republika Kosova – Republic of Kosovo
Qeveria – Vlada – Government
Ministria e Shëndetësisë
Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

PARANDALIMI DHE MENAXHIMI I HEMORRAGJISË PRIMARE POSTPARTALE

UDHËRRËFYES KLINIK

PARANDALIMI DHE MENAXHIMI I HEMORRAGJISË PRIMARE POSTPARTALE

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

Dr. Arbëresha Turjaka

Prof. Dr. Salih Ahmeti

Prof. Ass. Shemsedin Sadiku

Prof. Dr. Lul Raka

Dr. Teuta Qilerxhiu

Dr. Albana Morina

Mr. Fatbardha Murtezi

Znj. Fekrije Hasani

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

Prof. Dr. Merita Berisha

Dr. Naim Bardiqi

Prof. Ass. Shaip Krasniqi

Dr. Valbona Zhjeqi

Dr. Labinot Shahini

Grupi punues:

Prof. Dr. Myrvete Paçarada

Dr. Vlora Ibishi

Dr. Drita Lumi Demiri

Dr. Hysen Hyseni

Dr. Merita Vuthaj

Përmbajtja

1.	Hyrje.....	1
2.	Qëllimi dhe fokusi.....	2
3.	Metodologjia.....	4
4.	Rekomandimet	5
4.1	Si të klasifikohet hemorragjia primare postpartale?	6
4.2	A ekzistojnë faktorët e rrezikut për gjakderdhjen pas lindjes?	6
4.3	Si mund të minimizohet rreziku për hemorragji postpartale?	8
4.4	Si të vlerësohet sasia e gjakut të humbur?	8
5.	Si të menaxhohet hemorragjia postpartale?	10
5.1	Komunikimi.....	10
5.2	Reanimimi.....	11
5.3	Monitorimi dhe Hulumtimi.....	14
5.4	Menaxhimi i anestezionit.....	15
5.5	Ndalja e gjakderdhjes	15
6.	Menaxhimi i rrezikut	18
6.1	Trajnimi.....	18
6.2	Dokumentimi	18
6.3	Informimi	18
7.	Standardet e auditimit	19
8.	Procesi i përshtatjes.....	20
9.	Aplikimi dhe zbatimi i UPK në rrethanat tona	22
10.	Shkurtesat	23
11.	Referencat.....	24
	Shtojca 1.	26
	Shtojca 2.	28

PARANDALIMI DHE MENAXHIMI I HEMORRAGJISË PRIMARE POSTPARTALE

1. Hyrje

Hemorragjia primare postpartale (HPP) është forma më e shpeshtë e gjakderdhjeve majore (të mëdha) në obstetrikë dhe një nga shkaktarët e sëmundjeve dhe vdekjeve maternale.

HPP mund të paraqitet si tek lindjet vaginale ashtu edhe tek lindjet me prerje cezariene dhe është një komplikim potencialisht kërcënues për jetën.

HPP mund të jetë një nga shkaktarët e qëndrimit më të zgjatur në spital, nevojës së shtuar për transfusion, paraqitjes së koagulopatisë, insuficiencës renale, infarktit hipofizar, komës, si dhe nevojës për ndërhyrje urgjente operative e madje edhe shkak i vdekjeve maternale.

2. Qëllimi dhe fokusi

Qëllimi i këtij udhërrëfyese është që të ofrojë udhëzime të bazuara në dëshmi për diagnostikimin dhe menaxhimin e hemorragjisë primare pas lindjes.

Përmes këtij udhërrëfyese klinik, synohet të përmirësohet cilësia e kujdesit shëndetësor, duke i zbatuar gjetjet e reja të dëshmive dhe hulumtimeve në punën e përditshme praktike.

Përkufizimi: Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh), hemorragji primare pospartale definohet çdo humbje e gjakut ekuivalente apo më e lartë se 500 ml brenda 24 orëve të para nga momenti i lindjes.¹

HPP primare klasifikohet në **minore (e vogël)**, e që karakterizohet me gjakderdhje në sasi prej 500–1000 ml gjak, dhe **majore (e madhe)** kur sasia e gjakut të humbur është më e madhe se 1000 ml.

HPP majore varësisht nga sasia e gjakut të humbur klasifikohet në:

- të **moderuar** (1000–2000 ml)
- dhe të **rëndë** (>2000 ml).

Të dhënat epidemiologjike: Hemorragjia postpartale është shkaku kryesor i vdekjeve të grave në vendet në zhvillim.²

Në bazë të gjetjeve të shkaqeve të vdekjeve maternale në Kosovë për periudhën prej vitit 2008 deri 2014, hemorragjia postpartale së bashku me infeksionet rradhiten në grupin e parë të shkaqeve të vdekjeve maternale.³

Në vitin 2015 në Klinikën e Gjinekologjisë dhe Obstetrikës janë kryer 9627 lindje, që përbën më shumë se 1/3 e lindjeve në Kosovë. Gjatë këtij viti janë regjistruar 80 raste me hemorragji të rëndë postpartale (gjendje buzë vdekjes) ku përpos intervenimeve tjera ka qenë i domosdoshëm edhe aplikimi i tamponadës së zgavrës së mitrës dhe dhënia e dozave të shumta të gjakut dhe produkteve të tij.

Gjatë vitit 2015, për shkak të anemisë së rëndë janë ordinuar 223 transfuzione gjaku.

Në 6 raste ka qenë e domosdoshme histerektomia postpartale. Vetëm angazhimi maksimal i personelit të klinikës ka arritur që t'ua shpëtojë jetën këtyre rasteve.

Edhe në vendet e zhvilluara si në Angli, Skoci, bazuar në të dhënat e auditimeve, hemorragjia postpartale është njëra prej shkaktarëve kryesor të morbiditetit maternal.⁴

Popullata e synuar: Rekomandimet në këtë udhërrëfyes vlejné për të gjitha gratë tek të cilat paraqitet HPP primare.

Ky udhërrëfyes nuk i përfshin rekomandimet specifike për menaxhimin e Hemorragjisë sekondare Postpartale.

Hemorragji sekondare pospartale definohet gjakderdhja e shprehur nga kanali i lindjes, duke filluar nga 24 orët deri në 12 javët e para pas lindjes.⁵

Gratë me çrregullime para-ekzistuese të gjakut, gratë të cilat janë në terapi me antikoagulantë janë në rrezik të shtuar për paraqitjen e HPP-së; ky udhërrëfyes nuk i përfshin rekomandimet specifike për menaxhimin e rasteve të tilla dhe nuk i përfshin as rekomandimet specifike për menaxhimin e HPP-së tek gratë të cilat e refuzojnë transfuzionin e gjakut.

Dedikimi i udhërrëfyesit: Udhërrëfyesi u dedikohet ofruesve (profesionistëve shëndetësor të kujdesit parësor, dytësor dhe tretësor) dhe shfrytëzuesve të shërbimeve mjekësore me qëllim të marrjes së vendimit më të mirë të mundshëm gjatë parandalimit dhe trajtimit të HPP.

Në radhë të parë udhërrëfyesi u dedikohet mjekëve klinik, por njëkohësisht është transparent dhe i qasshëm edhe për pacientët të cilët duhet të jenë të informuar për mbrojtjen e vetvetes.

Ky udhërrëfyes është zhvilluar në rend të parë për mjekët klinik që punojnë në Kosovë, kështu që rekomandimet në këtë udhërrëfyes mund të jenë më pak adekuate për vendet tjera ku dallojnë infrastruktura, burimet dhe praktika rutinore.

Pyetjet shëndetësore:

1. Si të klasifikohet hemorragjia primare postpartale?
2. A ekzistojnë faktorë rreziku për hemorragjinë postpartale?
3. Si mund të minimizohet rreziku për hemorragji postpartale?
4. Si të vlerësohet sasia e gjakut të humbur?
5. Si të menaxhohet hemorragjia postpartale?
6. Kush duhet të lajmërohet nëse pacientja ka hemorragji postpartale?
7. Si duhet të realizohet reanimimi?
8. Cilat forma të anestezionit janë më adekuate?
9. Cilat janë metodat farmakologjike dhe kirurgjike për ndaljen e gjakderdhjes?

3. Metodologjia

Ky udhërrëfyes është përshtatur nga grupi punues multidisiplinar dhe shumë profesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë – Republika e Kosovës (Shtojca 1).

Të gjithë anëtarët e grupit janë trajnuar paraprakisht për metodologjinë e hartimit të UPK-ve.

Anëtarët e grupit punues para përshtatjes së këtij udhërrëfyesi janë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi për çka edhe i kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit.

Ky udhërrëfyes është përshtatur nga udhërrëfyesi i Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) "Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage" No.52 November 2011.

Janë hulumtuar bazat elektronike të të dhënave si Pubmed, Medline, Cochrane për udhërrëfyesit për Parandalimin dhe Menaxhimin e Gjakderdhjes pas lindjes, të publikuar në mes të viteve 2009–2016.

Gjithashtu këto baza të të dhënave të përmendura më lartë, kanë shërbyer për kërkime RCT (randomized controlled trials/testet e kontrolluara me përzgjedhje rastësore), rishqyrtime sistematike dhe meta-analiza.

Kërkimi është kryer në gjuhën angleze duke shfrytëzuar MeSH dhe duke i kombinuar me fjalët kyqe: gjakderdhja, pas lindjes, menaxhimi, parandalimi, syntocinon, oxitocina, uterotonikët. Pas analizës së një numri të udhërrëfyesve si: WHO "Guideline for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta" 2009, The Royal Australian and New Zeland College of Obstetrician and Gynecologist, "Management of postpartum haemorrhage (PPH)" 2015, Royal Cornwall Hospitals "Postpartum haemorrhage – clinical guideline for management" 2013 dhe Royal College of Obstetricians and Gynecologists "Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage" No. 52, November 2011.

Pas analizimit të këtyre udhërrëfyesve, grupi i ekspertëve ka përzgjedhur për përshtatje udhërrëfyesin e RCOG – Parandalimi dhe menaxhimi i hemorragjisë postpartale Nr. 52 pasi që ka konsideruar se udhërrëfyesi i RCOG-së është më i favorshëm për t'u përshtatur pasi që i përgjigjet shumicës së pyetjeve të identifikuara nga grupi punues, është i kohës dhe i përshtatshëm për zbatim për kushtet tona.

Udhërrëfyesi është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të përshtatjes së udhërrëfyesve duke u shërbyer me dokumentin AGREE dhe marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupit punues është bërë me konsensus (me pëlqim të plotë të të gjithë anëtarëve).

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas pesë viteve në rast se nuk ka arsye për ndonjë përditësim më të hershëm.

4. Rekomandimet

Rekomandimet kryesore

1. Nëse gruaja me HPP primare vazhdon të gjakderdhë edhe pasi që gjaku i humbur vlerësohet të jetë 1000 ml (apo ka shenja shoku) kjo duhet të përshkruhet si HPP MAJORE dhe kërkon ndërmarjen e menjëhershme të protokolit komplet të masave për arritjen e hemostazës dhe reanimimit.
2. Menaxhimi aktiv i fazës placentare krahasuar me menaxhimin e pritur e zvogëlon gjakderdhjen pas lindjes dhe e zvogëlon rrezikun për HPP. Profilaksa me Oxitocinë duhet t'ju ofrohet të gjitha grave në mënyrë rutinore, pasi që me këtë zvogëlohet rreziku për HPP për 60%.
3. Për gratë me lindje vaginale pa faktorë rreziku për HPP, Oxitocina (10 IU me rrugë intramuskulare) është përzgjedhja e duhur për profilaksë në fazën e tretë të lindjes.
4. Për gratë në lindje me prerje cezariane, Oxitocina (5 IU e administruar ngadalë, me rrugë intravenoze) duhet të përdoret për t'i nxitur kontraksionet e mitrës dhe për ta zvogëluar gjakderdhjen.
5. Për gratë gjatë lindjes me SC, infuzioni me Oxitocine (40 IU Oxitocine në 500 ml NaCl 0.9% në kohëzgjatje prej 4 orësh) duhet të konsiderohet si shtesë ndaj dozës 5 IU bollus të Oxitocinës, pasi që e zvogëlon rrezikun për gjakderdhje majore pas lindjes.
6. Doza bollus me rrugë intravenoze mund të mos jetë adekuate për një grup të grave si ato me sëmundje kardiovaskulare dhe në këto raste infuzioni me dozë të ultë Oksitocine është një alternativë më e sigurtë.
7. Gratë me placenta accrete/percreta janë në rrezik të lartë për HPP Majore. Nëse placenta accrete/percreta diagnostifikohet gjatë periudhës antenatale planifikimi i lindjes duhet të bëhet nga ekupe multidisciplinare.
8. Në momentin kur është identifikuar hemorragjia postpartale, menjëherë duhet të fillojë menaxhimi i cili përbëhet nga katër komponente të cilat duhet të ndërmerren njëkohësisht: komunikimi, reanimimi, monitorimi dhe hulumtimi si dhe ndalja e gjakderdhjes.
9. Rekomandohet trajnimi për menaxhimin e HPP për të gjithë pjesëmarrësit në lindje. Sesionet e trajnimit dhe aftësimit duhet të planifikohen në intervale të rregullta.
10. Duhet të raportohet secili rast i HPP Majore.

4.1 Si të klasifikohet hemorragjia primare postpartale?

- Hemorragjia primare postpartale me një sasi të gjakut të humbur prej 500–1000 ml dhe në mungesë të shenjave të shokut duhet të përshkruhet si HPP Minore.

C

Në këto raste është e domosdoshme që menjëherë të ndërmerren masat bazike si monitorimi i afërt, gjetja e vijës venoze, përcaktimi i pasqyrës së gjakut, grupit të gjakut dhe Rh faktorit dhe kateterizimi i fshikëzës me qëllim që të mundësohet reanimimi në rastet kur paraqitet nevoja.

- Nëse gruaja me HPP primare vazhdon të gjakderdhë edhe pasi që gjaku i humbur vlerësohet të jetë 1000 ml (ka shenja të shokut apo tahikardisë qoftë edhe nëse sasia e gjakut të humbur është vlerësuar si më e vogël) atëherë kjo duhet të përshkruhet si HPP Majore. HPP Majore kërkon ndërmarjen e menjëhershme të të gjitha masave me qëllim të arritjes së reanimimit dhe hemostazës.

C

4.2 A ekzistojnë faktorët e rrezikut për gjakderdhjen pas lindjes?

Faktorët e rrezikut mund të jenë prezent gjatë shtatzënisë apo gjatë lindjes dhe plani i kujdesit duhet të modifikohet në rastet kur faktorët e rrezikut janë të njohur. Mjekët klinik duhet të kenë njohuri mbi faktorët e rrezikut për hemorragjinë postpartale dhe duhet t'i kenë parasysh këta faktorë në konsultat gjatë planifikimit të institucionit ku do të kryhet lindja me qëllim të sigurimit të mirëqenies së nënës.

Shumica e rasteve të hemorragjisë postpartale nuk kanë faktorë të njohur rreziku.⁶

Tabela 1: Faktorët e rrezikut për gjakderdhje postpartale:

- a) Faktorët e rrezikut gjatë shtatzënisë që asociojnë me një rritje substanciale të incidencës për hemorragji postpartale; gratë me këta faktorë rreziku duhet të udhëzohen që lindjen ta kryejnë në një qendër të avancuar të maternitetit.

Faktori i rrezikut	katër T–ja
Abrupcioni placentar i dyshimtë	Trombina
Placenta previa e njohur	Tonusi
Shtatzënia multiple	Tonusi
Pre–eclampsia / hipertensioni gestacional	Trombina

- b) Faktorët e rrezikut gjatë shtatzënisë që asociojnë me një rritje të konsiderueshme të incidencës për hemorragji postpartale; këta faktorë duhet të merren parasysh në konsultat për përcaktimin e vendit ku do të kryhet lindja.

Faktori i rrezikut	
HPP e mëparshme	Tonusi
Obeziteti BMI > 35	Tonusi
Anemia < 9 g/dl	

- c) Faktorët e rrezikut që paraqiten gjatë lindjes; këta faktorë kërkojnë vigjilencë dhe reagim të menjëhershëm nga personeli klinik.

Faktori i rrezikut	
Lindja me SC elektive	Trauma
Lindja me SC emergjente	Trauma
Indukcioni i lindjes	–
Fryti makrosom	Tonusi
Retencioni i placentës	Tonusi
Lindja operative vaginale	Trauma
Lindja e zgjatur >12 h	Tonusi
Mosha > 40 vjeç	Tonusi
Epiziotomia	Trauma
Pirexia	Trombina

4.3 Si mund të minimizohet rreziku për hemorragji postpartale?

- Menaxhimi aktiv i fazës së tretë të lindjes e zvogëlon gjakderdhjen dhe e zvogëlon edhe rrezikun për hemorragji postpartale. A
- Profilaksa me oksitocinë duhet të realizohet në mënyrë rutinore tek të gjitha gratë në menaxhimin e fazës së tretë të lindjes pasi që kjo e zvogëlon rrezikun për hemorragji postpartale për 60%. A
- Tek gratë në lindje vaginale dhe pa faktorë rreziku për gjakderdhje pas lindjes, oksitocina 5 apo 10 IU, e ordinuar në rrugë intramuskulare, është zgjedhja e rekomanduar për profilaksë në fazën e tretë të lindjes. A
- Tek gratë gjatë lindjes me prerje cezariane, oksitocina (5 IU e ordinuar ngadalë me rrugë intravenoze) duhet të ordinohet për t'i nxitur kontraksionet e mitrës dhe për ta zvogëluar sasinë e gjakut të humbur. C

Oksitocina në formë bollusi mund të mos jetë adekuate për disa gra si ato me sëmundje të rënda kardiovaskulare, dhe në këto raste si alternativë më e sigurt rekomandohet një dozë e vogël e Oksitocinës me infuzion.

- Përdorimi i Sintometrinës merret parasysh tek pacientet të cilat nuk kanë hipertension pasi që e redukton rrezikun për hemorragji postpartale. C
- Misoprostoli nuk është efikas si oksitocina mirëpo mund të përdoret në mungesë të oksitocinës si në rast të lindjeve në shtëpi. C
- Gratë me placenta accreta/percreta janë në rrezik të lartë për HPP Majore. Nëse placenta accrete/percreta diagnostikohet gjatë periudhës antenatale planifikimi i lindjes duhet të bëhet nga ekipa multidisciplinare. Të sigurohet prezenca e gjinekologut dhe anesteziologut konsultant, t'i ketë në dispozicion gjakun dhe produktet e gjakut si dhe të ketë qasje në mjekimin intenziv. C

4.4 Si të vlerësohet sasia e gjakut të humbur?

Identifikimi dhe vlerësimi i hemorragjisë postpartale është një aspekt esencial i kujdesit postpartal.

Vlerësimi vizual i humbjes së gjakut është tejet i pasigurtë dhe shpesh herë përmes vlerësimit vizual gjakderdhja mund të nënvlerësohet.⁷⁻⁹

Zvogëlimi i vlerave të hematokritit

Mënyrë objektive e definimit të HPP-së është ulja e vlerës së hematokritit për 10% nga periudha para procesit të lindjes dhe periudhës pas lindjes. Ky vlerësim objektiv nuk vlen për rastet urgjente me gjakderdhje të shprehur, sepse në fazën e hershme të humbjes së sasive të mëdha të gjakut, hematokriti nuk ndryshon dhe nuk mund të përdoret si një indikator i vëllimit të humbur të gjakut.¹⁰

Vlerësimi klinik

Nga aspekti klinik, çdo gjakderdhje që shkakton jostabilitet hemodinamik duhet të konsiderohet HPP. Prandaj monitorimi i kujdesshëm pas lindjes i parametrave vital përfshirë diurezën është vendimtar në diagnozën klinike të HPP-së.

Ky udhërrëfyes rekomandon qasje pragmatike dhe në rast të gjakderdhjes së vlerësuar prej 500–1000 ml si dhe në mungesë të shenjave klinike të shokut, menjëherë të ndërmerren masat bazike të monitorimit dhe gadishmërisë për reanimim; ndërsa në rastet kur gjakderdhja vlerësohet > 1000 ml (apo sasi më të vogla të gjakderdhjes mirëpo të shoqëruara me shenja të shokut – tahikardi, hipotension, oliguri) menjëherë të ndërmerren të gjitha masat e reanimimit, monitorimit dhe ndaljes së gjakderdhjes.

Paraqitja e posterave në formë të shkruar apo tabelare mund ta ndihmojnë personelin që punon në sallën e lindjes për ta vlerësuar sasinë e gjakderdhjes.¹¹

5. Si të menaxhohet hemorragjia postpartale?

Në momentin kur identifikohet hemorragjia postpartale, menjëherë duhet të fillojë menaxhimi i cili përbëhet nga katër komponente të cilat duhet të ndërmerren njëkohësisht: komunikimi, reanimimi, monitorimi dhe hulumtimi, ndalja e gjakderdhjes.

C

Menaxhim praktik i hemorragjisë postpartale konsiderohet ndërmarrja e njëkohësishme e katër komponenteve: **komunikimi** me të gjithë profesionistët relevant; **reanimimi**; **monitorimi** dhe **hulumtimi**; masat për ndaljen e gjakderdhjes.

Katër komponentet e menaxhimit praktik të hemorragjisë postpartale duhet të inicohen dhe të zhvillohen në mënyrë të njëkohshme për të realizuar kujdes optimal të pacientit.

Është e rëndësishme të dihet se hemorragjia postpartale minore shumë lehtë mund të progredojë në hemorragji postpartale majore dhe nganjëherë edhe pa u vërejtur.

Modeli i menaxhimit të hemorragjisë postpartale i paraqitur në këtë udhërrëfyes vlen për institucionet – njësitë e maternitetit me qasje në laborator, që kanë mundësi të sigurimit të gjakut dhe që kanë personel të obstetrikës dhe anestezionit.

Në rrethanat kur hemorragjia primare postpartale ndodh tek gruaja e cila lind në institucione tjera (si në shtëpi apo në maternitet udhëhequr nga mamia) roli i profesionistëve në terren është që t'i ofrojnë masat e ndihmës së parë deri në organizimin e transportit për në qendrën e avancuar mjekësore.

5.1 Komunikimi

Kush duhet të lajmërohet nëse pacientja ka hemorragji postpartale?

Në rastet me hemorragji postpartale minore (sasia e gjakderdhjes 500–1000 ml, pa shenja klinike të shokut).

- Njofto maminë kryesore
- Njofto obstetrin dhe personelin e anestezionit të trajnuar për menaxhimin e HPP.

Në rastet me hemorragji postpartale majore (gjakderdhja më e madhe se 1000 ml dhe që vazhdon të gjakderdhë apo shok klinik)

- Thirr maminë me eksperiencë (shtesë përpos mamisë në detyrë).
- Thirr obstetrin me përvojë dhe alarmino konsultantin.
- Alarmino hematologun klinik konsultant në thirrje.
- Alarmino laboratorin e transfuzionit.
- Thirr bartësit për sigurimin e dozave të gjakut.
- Kërko që njëri nga anëtarët e ekipit ta bëjë regjistrimin e procesit, fluideve, barnave dhe shenjave vitale.

Angazhimi me kohë i personelit me përvojë duke e përfshirë edhe ekipin e anestezionit, biokimistit/transfuziologun, është fundamental në menaxhimin e hemorragjisë postpartale.

Mjekët klinik dhe personeli i transfuzionit në nivel lokal duhet të dakordohen:

- që në rast të gjakderdhjes majore obstetrike të përdorin një formë standarde të fjalëve si: “Tani kemi nevojë për gjak kompatibil apo gjak të grupit të caktuar”
- Për paraqitje kronologjike sipas së cilës do të sigurohen produktet e ndryshme të gjakut.

Terminologjia si “gjakderdhje majore e kontrolluar” apo “gjakderdhje majore obstetrike në zhvillim e sipër” mund të përdoret për ta definuar urgjencën për nevojat e ekipit.

Është me rëndësi vitale që gjinekologët dhe anesteziologët e rinj të mos hezitojnë që t’i thërrasin kolegët më të vjetër me përvojë. Personeli me përvojë duhet t’u përgjigjet thirrjeve të mjekëve të rinj.

Në rastet me hemorragji postpartale majore që vazhdojnë të zhvillohen, duhet të njoftohet mjeku obstetër konsultant dhe normalisht i njëjti duhet drejtpërsëdrejti të marrë pjesë në kujdesin ndaj pacientit. Në rast se mamia e vlerëson të nevojshme prezencën e mjekut konsultant, ajo duhet që lirisht ta thërras mjekun konsultant edhe nëse ka raste kur mjeku i ri heziton ta bëjë një gjë të tillë.

Komunikimi me pacienten dhe partnerin e saj është shumë i rëndësishëm dhe duhet të ipen informacione të qarta se çfarë është duke ndodhur.

5.2 Reanimimi

Ndërhyrja parësore tek gruaja në gjendje kolapsi apo me gjakderdhje të rëndë duhet që të përcillet me një qasje të strukturuar “ABC”; përkatësisht me një proces të njëkohshëm të evaluimit dhe reanimimit.

Urgjenca dhe ndërmarrja e masave për reanimim dhe për ndalje të gjakderdhjes duhet t’i përshtaten shkallës së shokut.

A dhe B – vlerësimi i rrugëve të frymëmarrjes dhe i frymëmarrjes

Duhet të ordinohet koncentrim i lartë i oksigjenit (10–15 litra/minutë) përmes maskës në fytyrë, pa marrë parasysh koncentrimin e oksigjenit tek gruaja. Në rast se rrugët e frymëmarrjes janë të komprimuara si pasojë e vetëdijes së çrregulluar atëherë ndihma e anesteziologut duhet të ofrohet në mënyrë urgjente.

Zakonisht, vetëdija dhe frymëmarrja përmirësohen në mënyrë rapide pas rikthimit të vëllimit qarkullues.

C Evaluimi i qarkullimit

Duhet të sigurohen dy linja venoze (kanillë 14 G); 20 ml gjak duhet të merren dhe të dërgohen për teste diagnostike përfshirë pasqyrën e gjakut, testet e koagulimit, urea dhe elektrolitet dhe interaksioni (4 njësi).

Urgjenca dhe masat që duhet të ndërmerren për reanimim dhe ndalje të gjakderdhjes duhet të përshtaten me shkallën e shokut.

Masa bazike për HPP MINORE (gjakderdhje nga 500–1000 ml, pa shenja shoku)

- Gjeni vijën venoze (kanilla 14 G x 1)
- Filloni infuzion me kristaloide
- Vendosni kateterin urinar

Protokoli i plotë i masave të HPP MAJORE (gjakderdhje > 1000 ml apo shok klinik)

- Vlerësoni rrugët e frymëmarrjes
- Vlerësoni frymëmarrjen
- Evaluoni qarkullimin
- Oksigjen me maskë me rrjedhje 10–15 l/min
- Vijat venoze (kanilla 14x2, kanilla ngjyrë portokalli)
- Pozicionimi i rrafshët
- Mbajeni gruan ngrohtë përmes masave adekuate
- T'i jepni gjak sa më parë që është e mundur
- Deri sa të arrijë gjaku, jepni me infuzion deri në 3.5 litra tretje të ngrohtë kristaloide Hartman (2 litra) dhe / apo koloide (1–2 litra) në mënyrë rapide
- Duhet të përdoren pajisjet më të mira në dispozicion me qëllim që të sigurohet që dhënia e infuzioneve të jetë rapide dhe me fluide të ngrohta.

Terapia me fluide dhe produkte të transfuzionit të gjakut:

- Kristaloide deri në 2 litra të solucionit Hartman
- Koloide deri në 1–2 litra deri në arritjen e gjakut
- Gjak kompatibil
- Nëse mungon gjaku i grupit të caktuar ordinoni 0 RhD negative
- Plazmë e freskët e ngrirë 4 njësi për çdo 6 njësi të eritrociteve apo kur koha e protrombinës/koha parciale e aktivizuar e tromboplastinës > 1.5 x normal (12–15 ml/kg apo total 1 litër)
- Trombocite të koncentruara nëse numri i trombociteve < 50×10^9
- Krioprecipitate në rast se fibrinogjeni < 1 g/l.

Apliko vlerësimin klinik në çdo situatë.

Elementet kryesore të reanimimit gjatë HPP janë rikthimi i vëllimit të gjakut dhe kapacitetit të bartjes së oksigjenit. Kompenzimi i vëllimit duhet të realizohet duke pasur parasysh faktin se shpesh herë sasia e gjakut të humbur nënvlerësohet.¹² Gjakun kompatibil (në formë të eritrociteve të koncentruara) është fluidi më i mirë për ta zëvendësuar gjakun e humbur dhe duhet të ipet sa më parë që është e mundur në rastet kur është i nevojshëm. Pasqyra klinike duhet të jetë determinuesi më i mirë i nevojës

për transfuzion dhe nuk duhet humbur kohë duke pritur për rezultatet laboratorike.¹³

Udhërrëfyesi i Komitetit Britanez (2006) për standardet në Hematologji përmbledhë se qëllimet kryesore terapeutike në menaxhimin e gjakderdhjes masive janë që të sigurohet:

- Hemoglobina > 8 g/dl.
- Numri i trombociteve > 75×10^9 /l.
- Protrombina < 1.5 x mesatarja e kontrollit.
- Koha e protrombinës së aktivizuar – a PTT < 1.5 x mesatarja e kontrollit.
- fibrinogjeni > 1.0 g/l.

Cilat lëngje mund të përdoren për kompenzimin e vëllimit?

5.2.1 Kompenzimi i lëngjeve

Vëllimi total prej 3.5 litrash i fluideve të pastërta (deri në 2 litra solucion të ngrohtë Hartman dhënë në mënyrë rapide, të përcjellur me deri në 1.5 litra koloide të ngrohura nëse gjaku ende nuk është në dispozicion) përbën maksimumin që duhet dhënë me infuzion derisa jeni në pritje të gjakut kompatibil.¹⁴ Ekzistojnë kontradikta se cilat janë fluidet më adekuate për reanimim.¹⁵⁻¹⁶ Natyra e fluideve është më pak e rëndësishme krahasuar me administrimin rapid dhe ngrohjen e tyre.¹⁷ Gruaja duhet të mbahet ngrohtë duke i ndërmarrë masat adekuate.

5.2.2 Transfuzioni i gjakut

Në rast se gjaku kompatibil mungon pas dhënies së 3.5 litrave të lëngjeve të pastërta, atëherë duhet zgjedhur alternative më e mirë e mundshme me qëllim që të rimëkëmbet kapaciteti i bartjes së oksigjenit.

Alternativa më e përshtatshme do të ndryshojë varësisht nga lokacioni dhe rrethanat e pacientit. Gjaku i grupit 0 Rh negative mund të jetë alternativë më e sigurtë për ta shmangur transfuzionin e gjakut jo kompatibil në një emergjencë akute.¹⁸

Megjithatë për shumicën e grave, AB0 grupi dhe Rh faktori janë caktuar në mostrën e marrë qysh kur është pranuar pacientja; dhe në rast se jo, testimi zakonisht nuk merr kohë më shumë se 10 minuta.

Të gjitha njësitë e lindjes, veçanërisht njësitë e vogla që nuk disponojnë me banka të gjakut në afërsi, duhet të kenë në dispozicion gjak të grupit 0 Rh negativ, pasi që kjo e mundëson mbajtjen e kapacitetit për oksigjenim për një afat kohor. Numri minimal i njësive të gjakut të grupit 0 Rh negativ që duhet të disponojnë njësitë e vogla të lindjes duhet të përcaktohet me protokole lokale dhe i njëjti duhet t'i përmbush nevojat deri në furnizimin e radhës në rast të emergjencës. Njësitë e vogla të lindjes të cilat gjenden në largësi nga qendrat e transfuzionit duhet të disponojnë me një numër më të madh të rezervave të gjakut krahasuar me maternitetet të cilat janë afër qendrave të transfuzionit. Gratë me faktorë të rrezikut për gjakderdhje pospartale nuk duhet ta kryejnë lindjen në institucione pa mundësi transfuzioni.¹⁹

5.2.3 Cilat komponente të gjakut mund të përdoren?

Në rastet kur sasia e gjakut të humbur arrin në 4.5 litra (80% e vëllimit të gjakut) dhe kur janë dhënë sasi të mëdha të fluideve do të paraqiten edhe çrregullime të faktorëve të koagulimit, dhe në këto raste duhet të ipen produkte të gjakut. Duke i pritur rezultatet e faktorëve të koagulimit në rast të ballafaqimit me gjakderdhje masive atëherë në mënyrë empirike mund të ordinohen: deri në 1 litër plazmë e freskët e ngrirë dhe 10 njësi krioprecipitate.²⁰ Mjekët klinik duhet të jenë të vetëdijshëm se këto produkte të gjakut duhet të porositen sa më parë që është e mundur pasi që gjithmonë mund të paraqitet një vonesë e lehtë në furnizime me këto produkte.

5.3 Monitorimi dhe Hulumtimi

Cilat hulumtime duhet të bëhen dhe si duhet të monitorohet pacientja?

Për rastet me HPP MINORE (me humbje gjaku prej 500–1000 ml, pa shenja shoku dhe ndalje të gjakderdhjes):

Realizoni vene–punkcionin (20 ml) për:

- Grupin e gjakut me interaksion.
- Hemogramin.
- Testet e koagulimit përfshirë fibrinogjenin.
- Matjen e pulsit dhe TA çdo 15 minuta.

Për rastet me HPP MAJORE (humbja e gjakut > 1000 ml dhe me gjakderdhje që vazhdon apo shok klinik)

Realizoni vene–punkcionin (20 ml) për:

- Grupin e gjakut me interaksion.
- Pasqyrën e gjakut.
- Analizat e koagulimit përfshirë fibrinogjenin.
- Testet renale dhe hepatike.
- Monitoroni temperaturën trupore çdo 15 minuta.
- Realizoni matjen dhe regjistrimin e pulsit, TA dhe respiracionin (duke e përdorë oksimetrit, elektrokardiogramin dhe regjistrimin automatik të tensionit arterial).
- Vendosni Foley katetër për monitorim të diurezës.
- Dy kanilla periferike, 14 ose 16 G.
- Konsideroni transferin në njësinë intensive në momentin kur gjakderdhja është e kontrolluar.
- Kujdesuni që të dokumentohen procedurat si dhe dhënia e fluideve, gjakut dhe produkteve të gjakut.

Kompenzimi i lëngjeve dhe dhënia e gjakut si dhe e produkteve të gjakut duhet të monitorohet në mënyrë strikte dhe sasia që duhet dhënë duhet të përcaktohet nga mjeku udhëheqës klinik (anesteziologu konsultant apo obstetri konsultant) sipas rezultateve të pasqyrës së gjakut dhe koagulogramit si dhe sipas udhëzimeve të hematologut apo konsultantit nga qendra e transfuzionit.

Pasqyra e gjakut përfshinë vlerësimin e hematokritit dhe numrit të trombociteve.

Koagulogrami duhet t'i përfshijë kohën e protrombinës, kohën e trombinës, kohën parciale të tromboplastinës dhe vlerësimin e fibrinogjenit.

Prezenca e venës qendrore mundëson jo vetëm monitorimin e saktë të shtypjes qendrore venoze por gjithashtu e mundëson edhe dhënien rapide të lëngjeve.²¹ Monitorimi përmes venës qendrore duhet të aplikohet në rastet kur sistemi kardiovaskular është i kompromituar nga gjakderdhja.¹⁹

Monitorimi përmes venës qendrore kërkon përfshirjen e hershme të anesteziologut me përvojë, i cili do ta marrë përgjegjësinë për këtë aspekt menaxhimi.

Në momentin kur gjakderdhja ndalet dhe koagulopatia është korigjuar, administrohet trombofilaksa për shkak të rrezikut të lartë të trombozës. Është i domosdoshëm monitorimi kontinual dhe regjistrimi i parametrave për ta vlerësuar progresin klinik të pacientes.

Rievaluimi kontinual i gjendjes së gruas edhe kur në dukje gjakderdhja është ndalur, është esenciale që të konstatohet apo përjashtohet mundësia e vazhdimit të gjakderdhjes.²²

5.4 Menaxhimi i anestezionit

Anesteziologu duhet ta vlerësojë gruan, ta inicojë apo ta vazhdojë reanimimin me qëllim të rregullimit të vëllimit intravaskular dhe ta ofrojë anestezionin adekuat.

Jostabiliteti kardiovaskular paraqet kontraindikacion relativ për anestezion regional.

Bllokada e sistemit simpatik potencialisht mund ta përkeqësojë hipotensionin e shkaktuar nga hemorragjia. Në rast se është arritur stabiliteti kardiovaskular dhe nuk ka evidencë për çrregullime të koagulimit, mund të aplikohet anestezioni regional.

Në rastet kur gjakderdhja vazhdon dhe ekziston jostabiliteti kardiovaskular, anestezioni i përgjithshëm është më adekuat. Ventilimi me dozë të lartë oksigjeni mund të jetë i nevojshëm derisa gjakderdhja të kontrollohet.

5.5 Ndalja e gjakderdhjes

Shkaktarët e HPP mund të ndërlidhen me njërin apo disa nga shkaqet e mëposhtme:

- Tonus
- Indi
- Trauma

- Trombina

Shkaku më i shpeshtë i HPP është atonia e mitrës. Megjithatë ekzaminimi klinik duhet të realizohet me qëllim që të përjashtohen shkaqet tjera si:

C

- Retencioni i indeve (placenta, membranat, koagulat).
- Laceracionet vaginale/cervikale.
- Ruptura e mitrës.
- Hematoma e ligamenit të gjerë.
- Gjakderdhja ekstrapjenitale (rupture subkapsulare hepatike).
- Inverzioni i mitrës.

Në rastet kur vlerësohet se atonia është shkaku i gjakderdhjes, duhet të ndërmerren masat mekanike dhe farmakologjike si në vijim, deri në ndaljen e gjakderdhjes.

B

- Komprimimi bimanual i mitrës që të stimulohet kontraktimi.
- Sigurohuni që fshikëza të jetë e zbrazët (kateteri Foley).
- Ampulla Syntocinon 5 njësi me rrugë intravenoze ngadalë (varësisht nga situata mund të përsëritet doza).
- Ampulla Ergometrine 0.5 mg me rrugë intravenoze ngadalë ose intramuskular (e kontraindikuar tek gratë me hipertension).
- Syntocinon me infuzion (40 njësi në 500 ml tretje Hartman 125 ml/orë) në rast se nuk indikohet restrikcioni i fluideve.
- Ampulla Carboprost 0.25 mg me rrugë intramuskulare i përsëritur në intervalet jo më pak se 15 minuta, deri në maksimumin 8 doza (i kontraindikuar tek gratë me astmë).
- Misoprostol 1000 mikrogram rektal.

Nëse masat farmakologjike dështojnë që ta kontrollojnë gjakderdhjen, iniconi hemostazën kirurgjike, më mirë më herët sesa vonë.

C

Tamponada me balonë intrauterine është një intervenim kirurgjik adekuat i linjës së parë për shumicën e grave tek të cilat atonia është shkaktari i vetëm ose kryesor i gjakderdhjes. Në rast se me këtë metodë dështon ndalja e gjakderdhjes, mund të provohen intervenimet kirurgjike konzervative si në vijim varësisht nga rrethanat dhe përvoja:

- Ligatura bilaterale e arterieve uterine
- Ligatura bilaterale e arterieve iliake interne

Përcaktohuni për histerektomi më mirë herët sesa vonë (veçanërisht në rastet me placenta accreta apo rupturë të mitrës)

C

Mjeku klinik me përvojë duhet të jetë i përfshirë në vendimin për histerektomi.

✓

5.5.1 Cilat metoda kirurgjike mund të përdoren për ndaljen e gjakderdhjes?

Në rast se merret vendimi që të fillohet hemostaza kirurgjike, përzgjedhja e procedurës adekuate varet në radhë të parë nga përvoja e personelit. Kompresioni i aortës mund të jetë një masë e përkohshme mirëpo efektive që të fitohet kohë për reanimim derisa të arrijë mbështetja adekuate kirurgjike.

Vendimi për histerektomi duhet të bëhet nga mjeku klinik me përvojë (nëse ekzistojnë mundësitë preferohet që të diskutohet edhe me mjekun e dytë klinik me përvojë)⁷ dhe procedura duhet të realizohet nga kirurgu që ka përvojë në realizimin e histerektomisë.

Teknikat kirurgjike si tamponada dhe suturat hemostatike mund ta ndalin menjëherë gjakderdhjen dhe të ndihmojnë në marrjen e vendimit sa i përket nevojës për histerektomi. Rekomandohet realizimi i hershëm i histerektomisë, veçanërisht në rastet kur gjakderdhja shoqërohet me placenta accreta dhe rupturë të mitrës.

Histerektomia nuk lejohet të shtyhet deri atëherë kur gjendja e gruas rrezikohet për vdekje apo shtyhet histerektomia duke provuar metoda për të cilat kirurgu nuk ka përvojë.

Histerektomia subtotale është operacioni i përzgjedhur në shumicën e rasteve me HPP ku indikohet histerektomia (me përjashtim kur ekzistojnë edhe çarje traumatike në cerviks).

5.5.1.1 Tamponada e mitrës

Mund të përdoret tamponada përmes llojeve të ndryshme të balon katetrave për ta kontrolluar hemorragjinë postpartale nga atonia. Rusch balonë katetrat përshkruhen si më të preferuarat për shkak të kapacitetit të madh, aplikimit të lehtë dhe koston së ulët.^{23,24}

5.5.1.2 Ligatura e arterieve iliake interne

Hulumtime të ndryshme përshkruajnë seri të rasteve me HPP primare ku është aplikuar ligatura e arterieve iliake interne si zgjedhje e parë e intervenimit kirurgjik. Histerektomia ka qenë e domosdoshme në 39% të rasteve. Të dhënat e publikuara sygjerojnë se balon tamponada mund të jetë më efektive dhe më lehtë e realizueshme krahasuar me ligaturën e arteries iliake interne.^{25,26}

6. Menaxhimi i rrezikut

Cilat masa mund të ndërmerren për ta siguruar menaxhimin e duhur në rast të HPP.

6.1 Trajnimi

Rekomandohet trajnimi i të gjithë pjesëmarrësve në lindje për menaxhimin e HPP.



Zbatimi i njohurive të fituara nga trajnimi.

6.2 Dokumentimi

Si mund të shmangët procesi gjyqësor në rastet kur ndodh HPP?



Dokumentimi i saktë i lindjes me hemorragji postpartale është esencial.

Dokumentimi jo adekuat në obstetrikë mund të ketë pasoja ligjore.²⁷

Është e rëndësishme që të regjistrohen:

- Personeli prezent dhe koha e arritjes së tyre.
- Sekuencat e ngjarjeve.
- Koha e administrimit të agjentëve të ndryshëm farmakologjik.
- Koha e intervenimit kirurgjik.
- Gjendja e gruas në fazat e ndryshme.
- Koha e administrimit të gjakut dhe lëngjeve të tjera.

6.3 Informimi

HPP është traumatike për gruan, për familjen dhe për pjesëmarrësit në lindje, prandaj rekomandohet që informimi për rastin të bëhet nga mjeku me përvojë i cili ka qenë i përfshirë në rast.



7. Standardet e auditimit

1. Përqindja e të gjitha rasteve që kanë humbur më shumë se 1000 ml gjak dhe janë monitoruar.
2. Përqindja e grave që janë menaxhuar me HPP bazuar në këtë UK.
3. Përqindja e grave me HPP tek të cilat është dokumentuar në mënyrë korrekte koha dhe menaxhimi i HPP-së.
4. Përqindja e grave me HPP tek të cilat është menaxhuar lindja në bazë të këtij UK.
5. Përqindja e ekipeve obstetrike që janë trajnuar në përputhje me UK.

8. Procesi i përshtatjes

Gjatë procesit të përshtatjes janë hulumtuar bazat elektronike të të dhënave si Pubmed, Medline, Cochrane për udhërrëfyesit për Parandalimin dhe Menaxhimin e Hemorragjisë Postpartale, të publikuar në mes të viteve 2009–2016.

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të disa udhërrëfyesve, grupi punues është përcaktuar në përshtatjen e Udhërrëfyesit Klinik të Royal College of Obstetricians and Gynecologists, RCOG No. 52 “Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage” November 2011.

Drafti i parë i këtij udhërrëfyesi i finalizuar nga grupi punues ka qenë transparent dhe i publikuar në faqen e internetit të MSH ku është dhënë mundësia e dërgimit të vërejtjeve, rekomandimeve dhe sygjërimeve nga të gjithë të interesuarit duke i përfshirë edhe shoqatat e pacientëve dhe është dërguar për komente tek palët e interesit (Shoqata e Gjinekologëve, Shoqata e Anesteziologëve, Asociacioni i Mjekëve Familjar, Ministria e Shëndetësisë, Departamenti farmaceutik/MSH, etj). Nuk na janë dhënë komente apo sygjërime.

Gjithashtu udhërrëfyesi i është nënshtruar vlerësimit nga komisioni recensentë në përbërje: Prof.Dr. Syheda Latifi Hoxha Gjinekolog Obstetër dhe Prof.Dr. Shefqet Lulaj Gjinekolog Obsteteter të cilët i kanë dhënë komentet dhe rekomandimet e tyre.

Sa i përket komenteve të recensentëve, grupi punues i ka bërë ndryshimet sipas rekomandimeve:

- a). gabimi drejtshkrimor QKUK është korigjuar në SHSKUK.
- b). terminologjia për specialist të laboratorit dhe të hematologjisë klinike është korigjuar dhe janë përdorur emërtimet lokale.

Ndërsa sa i përket vërejtjes së recensentëve se:

- c). mungon gradimi i rekomandimeve dhe niveli i evidencës, – grupi punues e jep sqarimin si më poshtë:

– Në udhërrëfyesin HPP nuk mungon gradimi i rekomandimeve dhe niveli i evidencës. Formulimi i rekomandimeve është i njëjtë me skemën e standardizuar të gradimit, përkatësisht gradimi i rekomandimeve me shkronja A, B, C dhe shenja është bërë ashtu siç është edhe në udhërrëfyesin e RCOG i cili është përshtatur.

Lidhur me këtë e kemi bashkangjitur tabelën e fundit me të cilën sqarohet niveli i evidencës dhe grada e rekomandimit.

Të gjitha sygjërimet dhe komentet janë përfshirë në draft.

Po ashtu është konsultuar edhe eksperti i hematologjisë Prof.Asoc. Dr. Emrush Kryeziu – Hematolog i cili është pajtuar në tërësi me aspektin hematologjik të përfshirë në këtë UPK, pa komente shtesë.

Gjatë hartimit janë kontaktuar edhe dy paciente tek të cilat lindja është komplikuar me hemorragji postpartale. E kemi marrë përvojën si dhe përshtypjet e tyre. Ato e shprehën kënaqësinë e tyre për hartimin e këtij udhërrëfyesi i cili do të jetë ndihmë e madhe në menaxhimin e rasteve të tilla.

Udhërrëfyesi është dorëzuar për shqyrtim në Këshillin Kosovar për Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike (KKUPK) të përcaktuar nga MSH. Pas vlerësimit nga KV, grupi punues i ka bërë plotësim–ndryshimet e UPK-së sipas rekomandimeve të përcaktuara nga KV dhe është dorëzuar drafti final.

9. Aplikimi dhe zbatimi i UPK në rrethanat tona

Udhërrëfyesi u dedikohet ofruesve (profesionistëve shëndetësor të kujdesit parësor, dytësor dhe tretësor) dhe shfrytëzuesve të shërbimeve mjekësore me qëllim të marrjes së vendimit më të mirë të mundshëm gjatë parandalimit dhe trajtimit të HPP.

Udhërrëfyesi në formë të shtypur dhe online do të jetë në dispozicion të të gjithë profesionistëve shëndetësor në institucionet shëndetësore në Kosovë.

Sipas udhëzimit administrativ të gjithë profesionistët obligohen t'i përmbahen këtij udhërrëfyesi për parandalimin dhe menaxhimin e HPP-së.

Prej këtij udhërrëfyesi duhet të derivojnë protokolet lokale dhe listat e kontrollit në përputhje me nivelin e institucionit shëndetësor.

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë: resurset e mjaftueshme njerëzore, infrastruktura bazike ekziston, rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësor dhe shumica e barnave që nevojiten dhe rekomandohen nga ky udhërrëfyes për trajtimin e gjakderdhjes postpartale janë të përfshira në listën esenciale të barnave.

Pengesat e identifikuar në zbatimin e këtij UPK janë:

- mosfurnizimi me misoprostol edhe pse ilaçi është në listën esenciale të barnave,
- mungesa e furnizimit me kohë me materiale shpenzuese si kanilla G14 G16,
- pamundësia e realizimit të analizave biokimike brenda institucionit shëndetësor ku trajtohet gjakderdhja postpartale dhe vonesa e rezultateve sepse analizat bëhen në ndërtesën tjetër (Instituti i biokimisë),
- pamundësia e realizimit të disa prej analizave biokimike si fibrinogjeni brenda institucioneve publike shëndetësore,
- nevoja për edukim të vazhdueshëm dhe trajnime të profesionistëve shëndetësor,
- UPK për HPP nuk është i përfshirë kurrikulat e specializimeve,
- komunikimi i pamjaftueshëm ndërinstitutional,
- infrastruktura e vjetruar dhe pamundësia e ripërtrirjes të disa prej pajisjeve kirurgjike,
- vonesa në hartimin e protokoleve klinike dhe listave të kontrollit.

Pajisjet mjekësore sipas standardeve, barnat dhe materiali shpenzues duhet të sigurohen në vazhdimësi nga MSH, SHSKUK dhe institucionet relevante me qëllim që të krijohen kushtet për zbatimin e këtij udhërrëfyesi në praktikë.

10. Shkurtesat

ABO	Grupet e gjakut
BMI	Body Mas Index–Indeksi i masës trupore
ECG	Elektro kardiografia
HPP	Hemorragjia Postpartale
KKUPK	Këshilli Kosovar për Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike
KV	Këshilli Vlerësues
MeSH	Medical Subject Headings–Kërkim i titujve mjekësor
MSH	Ministria e Shëndetësisë
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
RCT	Randomized controlled trials (testet e kontrolluara me përzgjedhje rastësore)
UI	Njësi Internacionale
SC	Sectio Cesarea (prerje cezariane)
PTT	Koha e protrombinës së aktivizuar
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
QMF	Qendra e Mjekësisë Familjare
TA	Tensioni Arterial

11. Referencat

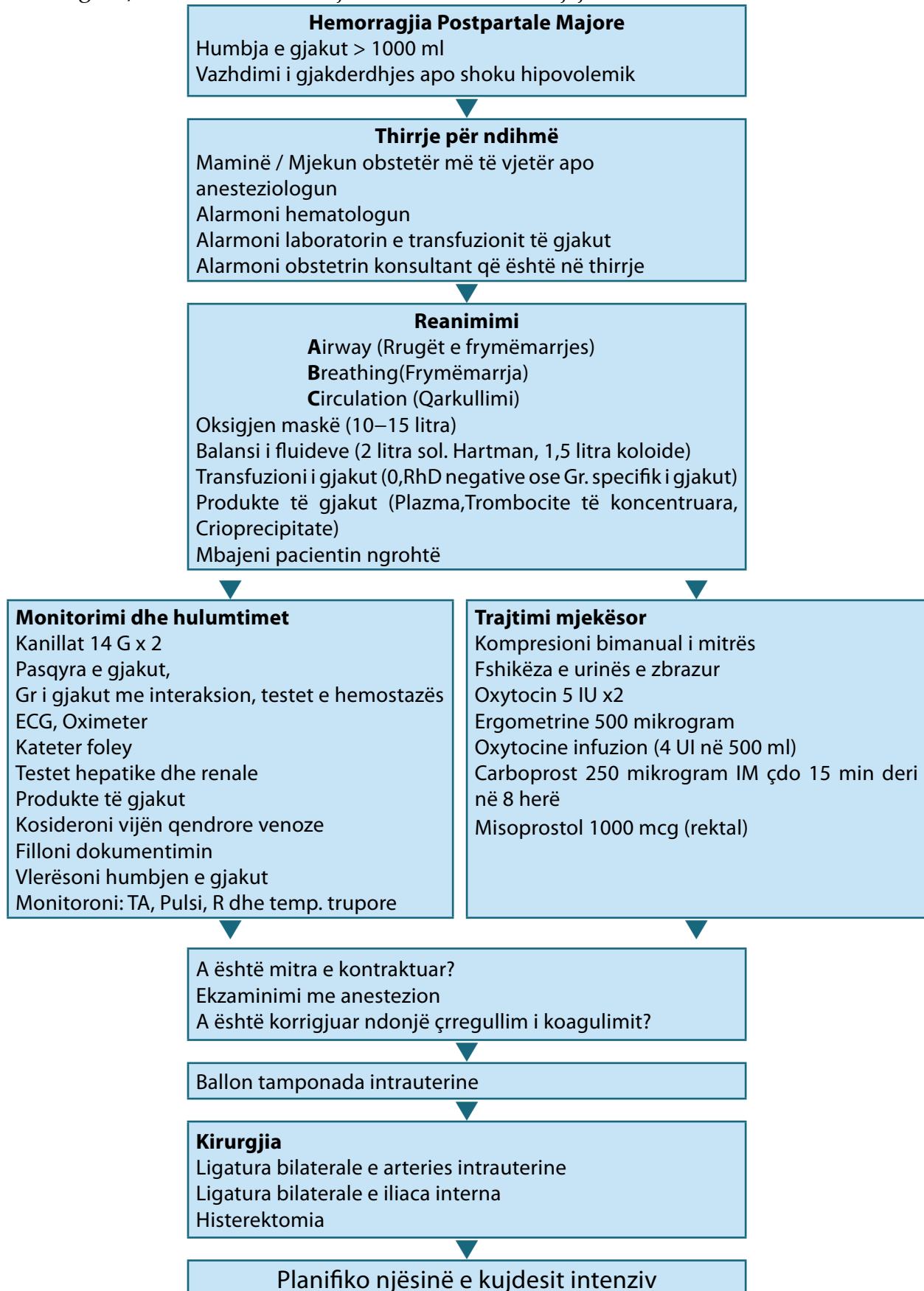
1. Postpartum haemorrhage – prevention and control in Recommendation for prevention and management of postpartum haemorrhage, WHO, 2012.
2. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008, Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank, WHO 2010.
3. Sh. Lulaj et Al. Raporti Gjendja perinatale në Kosovë, UNFPA, WHO, MSH, Kosovë, 2014.
4. Brace V., Kernaghan D. & Penney G. (2007) Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003–05. *BJOG* 114, 1388–96.
5. Alexander J, Thomas PW, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD002867.5.
6. Magann EF, Evans S, Hutchinson M, Collins R, Howard BC, Morrison JC. Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. *South Med J*. 2005 Apr;98(4):419–22. PubMed PMID: 15898516.
7. Diaz V, Abalos E, Carroli G. Methods for blood loss estimation after vaginal birth (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD010980. DOI: 10.1002/14651858. CD010980.
8. Glover P. Blood losses at delivery: how accurate is your estimation? *Aust J Midwifery* 2003; 16:21–4.
9. Toledo P et al. The accuracy of blood loss estimation after stimulated vaginal delivery. *Anesth Analg* 2007; 105:1736–40.
10. Hillman R, Hershko C. Acute blood loss in Williams hematology 2011.
11. Bose P, Regan F, Paterson–Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. *BJOG* 2006;113:919–24.
12. Duthie SJ, Ven D, Yung GL, Guang DZ, Chan SY, Ma HK. Discrepancy between laboratory determination and visual estimation of blood loss during normal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991;38:119–24.
13. Ho AMH, Karmakar MK, Dion PW. Are we giving enough coagulation factors during major trauma resuscitation? *Am J Surg* 2005;190:479–84.
14. Schierhout G. & Roberts I. Fluid resuscitation with colloid or crystalloid solutions in critically ill patients: a systematic review of randomised trials. 1998; *BMJ* 316, 961–4.
15. Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. *Br J Haematol* 2006;135:634–41.

16. Schierhout G, Roberts I. Fluid resuscitation with colloid or crystalloid solutions in critically ill patients: a systematic review of randomised trials. *BMJ* 1998;316:961–4.
17. Pundir J, Coomarasamy A. Postpartum haemorrhage In *Obstetrics – Evidence Based Algorithms*, Cambridge University Press 2016; pg 267.
18. Bhardwaj K. *Transfusion guide for clinicians*, 1st Ed. JBM Publisher 2012; Pg 4.
19. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers Lives 2003–2005. *Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: CEMACH; 2006.
20. Walker ID and al. Investigation and management of haemorrhagic disorders in pregnancy. *J Clin Pathol* 1994;47:100–8.
21. Royal College of Physicians of Ireland. Prevention and management of primary postpartum haemorrhage 2014.
22. The evidence based management of postpartum haemorrhage, Oxford Maternal and Perinatal Health, Maternal Health Task Force, Geneva Foundation for Medical Education 2012.
23. Akhter S, Begum MR, Kabir Z, Rashid M, Laila TR, Zabeen F. Use of a condom to control massive postpartum haemorrhage. *Medscape General Medicine* 2003;5:38.
24. Keriakos R, Mukhopadhyay A. The use of the Rusch balloon for management of severe postpartum haemorrhage. *J ObstetGynecol* 2006;26:335–8.
25. Joshi VM, Otiv SR, Majumder R, Nikam YA, Shrivastava M. Internaliliac artery ligation for arresting postpartum haemorrhage. *BJOG* 2007;114:356–61.
26. Nizard J, Barrinque L, Frydman R, Fernandez H. Fertility and pregnancy outcomes following hypogastric artery ligation forsevere post-partum haemorrhage. *Hum Reprod* 2003;18:844–8.
27. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr OpinObstet Gynecol* 2007;19: 145–50.

Shtojca 1.

Algoritmi

Hapat e ndryshëm të menaxhimit të hemorragjisë postpartale: reanimimi, monitorimi, investigimi/hulumtimi dhe trajtimi ndodhin në të njëjtën kohë.



Evidencat e përdorura në këtë udhërrëfyes janë të graduara sipas skemës së mëposhtme ndërsa formulimi i rekomandimeve është i njëjtë me skemën e standardizuar të gradimit.

Klasifikimi i nivelit të evidencës	Grada e rekomandimeve
1++ Cilësi e lartë e meta–analizës, rishikim sistematik i RCT ose RCT me risk shumë të ulët të biasit. 1+ Organizim i mirë i meta–analizës, rishikim sistematik i RCT ose RCT me risk të ulët të biasit. 1– Meta–analizë, rishikim sistematik i RCT ose RCT me risk të lartë të bias. 2++ Kualitet i lartë i rishikimeve sistematike për rast–kontrollë ose studime kohorte ose rast–kontrollë me kualitet të lartë me risk shumë të ulët për konfuzion dhe bias. 2+ Rast–kontroll i organizuar mirë ose studim kohort me rrezik të ulët për konfuzion dhe bias. 2– Rast–kontroll ose studim kohort me risk të lartë për konfuzion dhe bias. 3 Studim joanalitik p.sh. studim i rasteve dhe seri e rasteve. 4 Opinion i ekspertit.	A Së paku një meta–analizë, rishikim sistematik ose RCT e vlerësuar si 1++ dhe direkt e aplikueshme në popullatën e synuar; ose një rishikim sistematik; ose një rishikim sistematik i RCT ose një trup që përmban të dhëna (dëshmi) të studimeve të vlerësuara me 1+ direkt të aplikueshme në popullatën e synuar. B Një trupë e të dhënave (dëshmime) Perfshtirë studimet e vlerësuara si 2++ dhe direkt të aplikueshme në popullatën e synuar dhe që demonstrojnë konsistencë të përgjithshme të rezultateve. C Një trupë e të dhënave (dëshmime) duke përfshirë studimet e vlerësuara si 2+ direkt të aplikueshme në popullatën e synuar dhe që demonstrojnë konsistencë të përgjithshme të rezultateve. D Niveli i të dhënave (dëshmime) 3 ose 4. ✓ Pika të praktikës së mirë Praktika të mira të rekomanduara të bazuara në përvojën klinike të grupit për zhvillimin e udhërrëfyesve.

Shtojca 2.

Përbërja e grupit punues për hartimin e udhërrëfyesit:

PARANDALIMI DHE MENAXHIMI I HEMORRAGJISË PRIMARE POSTPARTALE

1. Prof. Dr. Myrvete Paçarada – Gjinekolog Obstetër në Klinikën e Gjinekologjisë dhe Obstetrikës – SHSKUK, udhëheqëse e grupit punues.
2. Ass. Dr. Vlora Ademi Ibishi Dr. Sci Gjinekolog Obstetër në Klinikën e Gjinekologjisë dhe Obstetrikës – SHSKUK, anëtare e grupit punues.
3. Dr. Hysen Hyseni Anesteziolog në Klinikën e Anestezionit me Mjekim Intenziv (KAMI) – SHSKUK, anëtar i grupit punues.
4. Dr. Merita Vuthaj, Udhëheqëse e Divizionit për Shëndetin e Nënës, Fëmijës dhe Shëndetin Riprodhues / Ministria e Shëndetësisë (MSH), anëtare e grupit punues.
5. Dr. Drita Lumi Demiri Specialiste e Mjekësisë familjare në Qendrën e Mjekësisë Familjare (QMF) Ferizaj, anëtare e grupit punues.

