



SICUT

Società Italiana di Chirurgia
d'Urgenza e del Trauma

**Consensus Conference sul
Protocollo di Trasfusione Massiva (PTM)
nel traumatizzato
IV round – metodologia Delphi**

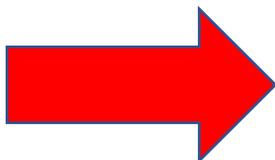
Achieving Consensus Deal with Methodological Issues in the Delphi Technique



Zahra Goodarzi ¹, Enayat Abbasi ^{2*} and Homayoun Farhadian ³

Percent of Consensus Needed in Round Three in Delphi Studies

Percent of consensus	Results in	n
≥50	Shih & Gamon, 1997; Mantooth & Fritz, 2006.	2
≥60	Sutphin & Newcomb, 1983; Murphy & Terry, 1998; Connors, 1998; Mundt & Connors, 1999; Camp et al., 2000; Boyd, 2003; Dobbins & Camp, 2003; Myers, Dyer, & Washburn, 2005 Fritzsche, & Ball, 2006; Trexler et al., 2006; Shinn et al., 2008; Nistler et al., 2011.	12
≥70	Akers et al., 2003; Dyer & Breja, 2003; Dyer et al., 2003; Jenkins & Kitchel, 2009; Myers & Thompson, 2009; Warner & Washburn, 2009; Kitchel, & Hains, 2010; Harder et al., 2010; Smalley & Retallick, 2010; Franklin, 2011; Ramsey & Edwards, 2011; Slusher et al., 2011; Namdar & Sadighi, 2013.	12
≥ 80	Ludwig & Barrick, 1996; Roberts & Dyer, 2004; Simon et al., 2005; Park & Rudd, 2005; Roberts, 2006; Rasouli et al., 2009; Rayfield & Croom, 2010; Conner and Roberts, 2013; Wooten et al., 2013.	8



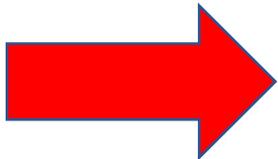
Achieving Consensus Deal with Methodological Issues in the Delphi Technique



Zahra Goodarzi ¹, Enayat Abbasi ^{2*} and Homayoun Farhadian ³

Number of Rounds Used in Delphi Studies

Number of rounds	Results in	n
1	-	0
2	Frick et al., 1991; Varnadore & Iverson, 1991; Buriak & Shinn, 1993.	3
3	Sutphin & Newcomb, 1983; Buriak & Shinn, 1989; Johnson & Schumacher, 1989; Ludwig & Barrick, 1996; Mundt & Connors, 1999; Akers et al., 2003; Boyd, 2003; Dobbins & Camp, 2003; Myers et al., 2005; Park & Rudd, 2005; Simon et al., 2005; Mantooth & Fritz, 2006; Roberts, 2006; Trexler et al., 2006; Myers & Thompson, 2009; Rasouli et al., 2009; Rayfield & Croom, 2010; Smalley & Retallick, 2010; Nistler et al., 2011; Robinson & Edwards, 2011; Conner and Roberts, 2013; Wooten et al., 2013; Namdar & Sadighi, 2013.	
4 or more	Connors, 1998; Camp et al., 2000; Dyer & Breja, 2003; Dyer, Breja, & Ball, 2003; Shinnet al., 2008; Kitchel & Hains, 2010; Harder et al., 2010; Saucier et al., 2012.	21 8



IV ROUND DELPHI

- Deadline finale per la consegna dei questionari contenenti gli statement **27/07/2021 ore 20.00**
- Misurazione delle risposte secondo la **SCALA LIKERT**
- Totale TOPICS..... **nr. 4**
- Totale STATEMENT..... **nr. 6**



TOPICS

- Identificazione del **target di Hb** in corso di rianimazione emostatica
- Identificazione del **target di piastrine** in corso di rianimazione emostatica
- **Disponibilità dei test viscoelastometrici** in corso di rianimazione emostatica
- **Indisponibilità dei test viscoelastometrici** in corso di rianimazione emostatica



IDENTIFICAZIONE DEL TARGET DI HB IN CORSO DI RIANIMAZIONE EMOSTATICA

STATEMENT 1	Nel paziente traumatizzato con sanguinamento attivo , nella consapevolezza che le emazie svolgono anche un'importante funzione emostatica fornendo superfici fosfolipidiche al complesso enzimatico deputato alla produzione di trombina (Whelihon MF, Mann KG: Thromb Res, 2013), al fine di contenere la mortalità, l' Hb dovrà tendere a non essere inferiore a 9 gr/dl con trasfusione di emazie concentrate
STATEMENT 2	Nel paziente traumatizzato con sanguinamento attivo , nella consapevolezza che le emazie svolgono anche un'importante funzione emostatica fornendo superfici fosfolipidiche al complesso enzimatico deputato alla produzione di trombina (Whelihon MF, Mann KG: Thromb Res, 2013), al fine di contenere la mortalità, l' Hb dovrà tendere a non essere inferiore a 8 gr/dl con trasfusione di emazie concentrate



IDENTIFICAZIONE DEL TARGET DI PIASTRINE IN CORSO DI RIANIMAZIONE EMOSTATICA

STATEMENT 3	Nel paziente con sanguinamento attivo , al fine di contenere la mortalità, le piastrine dovrebbero tendere a non essere inferiori a 100.000 . La trasfusione di piastrine si imporrà anche quando l'attività funzionale delle stesse risulti compromessa ai test ROTEM/TEG.
STATEMENT 4	Nel paziente con sanguinamento attivo , al fine di contenere la mortalità, le piastrine dovrebbero tendere a non essere inferiori a 90.000 ; nel caso di trauma cranico non inferiori a 100.000 . La trasfusione di piastrine si imporrà anche quando l'attività funzionale delle stesse risulti compromessa ai test ROTEM/TEG.



DISPONIBILITÀ DEI TEST VISCOELATOMETRICI IN CORSO DI RIANIMAZIONE EMOSTATICA

STATEMENT 5

Nel traumatizzato che continua ad avere **sanguinamento attivo** (risposta emodinamica di tipo B/C sec. ATLS), i provvedimenti di **rianimazione emostatica** ed **emodinamica** devono ispirarsi al Protocollo di Trasfusione Massiva ed essere sempre guidati dai risultati dei **test viscoelastometrici**, per il ruolo fondamentale delle piastrine e del fibrinogeno nella formazione del coagulo.



INDISPONIBILITÀ DEI TEST VISCOELATOMETRICI IN CORSO DI RIANIMAZIONE EMOSTATICA

STATEMENT 6

Nel caso **non** si abbiano a **disposizione** i **test viscoelastometrici** per orientare il Protocollo di Trasfusione Massiva, la **rianimazione emostatica** ed **emodinamica** viene proseguita infondendo 2 sacche di emazie concentrate, 1 sacca di plasma fresco congelato (PFC) e 1 pool piastrinico in un rapporto 2:1:1.

Si somministreranno 2 gr di **Fibrinogeno** allorquando i livelli plasmatici dello stesso siano inferiori a 150-200 mg/dl.

