



Murcia, 14 y 15 de junio de 2017

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA MASIVA OBSTÉTRICA

Carla Castañer Ramón-Llín, Adoración Fernández Fernández, Beatriz Furones Tormo, Fernando Araico Rodríguez, Consuelo Funes Vera, M^a Dolores Cárceles Barón

Identificación Hemorragia Masiva Obstétrica
Avisar a Ginecólogo

ACTIVAR PROTOCOLO

- Avisar Anestésista
- Avisar Banco de Sangre/Hematólogo

La hemorragia obstétrica continúa siendo unas de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna: el 22,7% de las causas de muerte materna en países desarrollados con una incidencia y mortalidad global de 3,7/1000.

Es fundamental el manejo multidisciplinar de la misma, así como la creación de guías de actuación clínica para su correcto diagnóstico y tratamiento. El retraso en iniciar el tratamiento de la hemorragia es la principal causa de efectos adversos.

Enfermería
PLANTAS MATERNAL:

- Canalizar vía periférica 14G-18G con RL 500 ml
- Cruzar Sangre
- Trasladar a Reanimación/Qx 6 (planta 1ª)

Enfermería
PARITORIO/PUERTA DE URGENCIAS

- Canalizar vía periférica 14G-18G con RL 500 ml
- Cruzar Sangre
- Trasladar a Quirófanos del Partitorio (planta-1)

PASO 1	PASO 2		PASO 3	
Enfermería	Ginecología	Anestesia	Ginecología	Anestesia
Canalizar dos vías gruesas 14-18G Analítica: hemograma completo, coagulación con fibrinógeno, gasometría Na+, K+, Ca++, lactato, Cr, glucosa Solicitar a Laboratorio "Paquetes de transfusión": 4 CH, 2 PFC, 1 plaquetas Iniciar relleno vascular con cristaloides (SSF, RL) / coloides (Voluvén) hasta 3,5l (con calentadores) Monitorización estándar: ECG, Pulsioximetría, PANI, Manta Térmica Sonda urinaria con diuresis horaria Mascarilla facial con Oxígeno a 10-15 L/min	Identificar causa del sangrado: 4 "T": Tono: fármacos Trauma: suturar Tejido: legrado Trombina: fármacos (anestésista) Uterotónicos: > Oxitocina (3-5 UI iv directas, repetir cada 3 minutos máximo 3 dosis + 40 UI en 500 ml SS en perfusión 125 ml/h > Methergín 0,1-0,2 mg im cada 15 min, máximo 3 dosis > Cytotec: 5 c rectales ó 3 c vo-sl > Hemabate: 250 mcgr im /15 min hasta 6 dosis. Posible iniciar intramiometrial: 2 dosis > Continuar masaje uterino	1 gr de Tranexámico en SF 100 ml a pasar en 10-20 minutos e iniciar perfusión de 1 gr en 8 horas 4 gr de Fibrinógeno Iniciar transfusión de Hemoderivados Canalizar arteria radial y/o Vía central Realizar gasometría arterial y/o Tromboelastograma Valorar Prothromplex, crioprecipitados, Factor VII	Si persiste sangrado: > Balon Backri > Radiología intervencionista > Ligaduras vasculares - B-Linch - Hayman > Histerectomía	Mantener estabilidad de la paciente (target values) > HB > 8 gr/dL > Plaquetas > 50.000 > TAM 60-80 mmHg > PH ≥ 7,2 > Tª > 35° C > ScvO2: 70-80% > Calcio > 8mgr/dL > Fibrinógeno ≥ 3gr/L Trasladar la paciente a Reanimación del Hospital General (1ª planta)

OBJETIVOS:

- 1.- **Disponer de la información** necesaria para diagnosticar, prevenir y tratar la hemorragia masiva obstétrica según la mejor evidencia disponible.
- 2.- Realizar una **correcta monitorización** materna y fetal
- 3.- **Coordinar de forma precoz** y eficiente a los servicios implicados en el manejo.
- 4.- **Definir las tareas y responsabilidades** de cada uno de los profesionales implicados.
- 5.- **Estandarizar** de forma rápida y eficiente el envío de hemoderivados.