

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: CHOQUE HEMORRÁGICO EN PACIENTES ADULTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CÓDIGO: CC-CIPO-GM-01
 	DEPENDENCIA: UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA		FECHA DE EMISIÓN: 17-03-2014
	PROCESO: CUIDADO CRITICO		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 8

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Establecer un plan de manejo práctico y efectivo, en los pacientes con choque hemorrágico , que ingresen a las unidades de cuidado intensivos de adultos, acorde a las recomendaciones médicas actuales, basadas en la evidencia y adaptándolas a la capacidad de respuesta e infraestructura de nuestra institución, para que de esta manera impactemos de modo positivo la morbi – mortalidad de nuestra poblacion civil y militar; y al mismo tiempo optimizar el el recurso económico.

2. METODOLOGIA

Revisión de la literatura médica en internet (Pubmed).

3. ALCANCE

El proceso se crea para unificar el manejo médico en las unidades de cuidado intensivo coronario, médico y posquirúrgico, del hospital; así como también para que los diferentes servicios quirúrgicos y médicos, enfoquen a los pacientes de una manera adecuada, en los servicio de urgencias, hospitalizados, en sala de partos o en salas de cirugía.

4. POBLACION OBJETO

Todos los pacientes adultos, civiles y militares, que presenten una patología aguda, ya sea médica, quirúrgica o por trauma, que lo lleve a una inestabilidad hemodinámica, con hipo-perfusión tisular, secundaria a un choque hemorrágico.

5. RECOMENDACIONES

Choque hemorrágico se define como un estado de hipo-perfusión tisular secundario a una perdida aguda de la volemia (sangrado), que produce inestabilidad hemodinámica de los pacientes, desencadenando una respuesta inflamatoria sistémica y que si no se maneja adecuadamente, puede llevar al paciente a una falla orgánica múltiple.

Clasificación:

GUIA DE MANEJO	CHOQUE HEMORRÁGICO EN PACIENTES ADULTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CODIGO	CC-CIPO-GM-01	VERSION	02
		Página:	2 de 8		

5. RECOMENDACIONES

Parámetros	Clases o estadios			
	I	II	III	IV
Pérdidas hemáticas (por ciento)	< 15 %	> 15 %	> 30 %	> 40 %
Pérdidas hemáticas (ml)	< 750 ml	>750 ml	>1500 ml	> 2000 ml
Frecuencia cardiaca	< 100	>100	>120	>140
Presión sistólica (mmHg)	Normal	Normal	< 90	< 70
Llenado capilar (segundos)	< 1	1 – 2	> 2	Nulo
Frecuencia respiratoria	< 20	> 20	> 30	> 35
Estado psíquico	Apropiado	Ansioso	Confuso	Comatoso
Diuresis (ml/h)	> 30	20-30	5-15	Insignificante

GUIA DE MANEJO	CHOQUE HEMORRÁGICO EN PACIENTES ADULTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CODIGO	CC-CIPO-GM-01	VERSION	02
		Página:	3 de 8		

5. RECOMENDACIONES

1. Monitoria: Tensión arterial – Frecuencia cardiaca – Frecuencia respiratoria – Temperatura – Gasto urinario por hora – PVC – IVVS
Presión en cuña – Gasto cardiaco – SvO2 - PIA - PIC
2. Paraclínicos: Hemoclasificación – Cuadro hemático – PT – PTT – Fibrinógeno – Dimero D – PDF – TEG
Na – K – Cl – Mg – Ca – Creatinina – BUN – Glicemia – AST – ALT
Gases arteriales – Gases venosos - Lactato
RX tórax – Ecocardiograma
3. Catéteres: - Acceso venoso periférico 14 o 16
- Acceso venoso central
- Línea arterial
4. Drenajes: - Sonda oro – gástrica
- Sonda vesical
- Tubos de drenaje (tórax, mediastino, abdominal, de herida quirúrgica)

El objetivo terapéutico, es controlar el sangrado y las variables hemodinámicas en la primera hora de manejo. Si no es posible controlar el sangrado, se iniciará protocolo de CONTROL DE DAÑOS.

Al mismo tiempo y lo mas rápido que se pueda, dentro de las primeras 24 horas se deben corregir: temperatura, coagulación, electrolitos, acidosis metabólica y respiratoria, lactato, SvO2.

Hb: 7 – 10	Htco: 21 – 30	Plaquetas: > 80.000	Fibrinógeno: > 100
PT: < de 1,5 veces	PTT: < de 1,5 veces	Ca: > 8	Mg: > 2
SaO2: > 93 %	SvO2: 65 – 70 %	Diuresis: > 0,4 cc/kg/hr	Lactato: < 2
T: 36 – 37	pH: 7,35 – 7,45	Glucometría: 140 – 180	Gasto Cardiaco: > 2,5
TAS: >90	TAM: > 60	PVC: 12 - 14	Cuña: 14 – 16

GUIA DE MANEJO	CHOQUE HEMORRÁGICO EN PACIENTES ADULTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CODIGO	CC-CIPO-GM-01	VERSION	02
		Página:	4 de 8		

5. RECOMENDACIONES

5. Proceso:

- Ingresar paciente a la UCI
- Se monitoriza y se verifican variables hemodinámicas
- Se recibe paciente por parte del médico y la información pertinente (protocolo TRASLADO DE PACIENTE CRITICO)
- Se verifican funcionamiento y permeabilidad de TOT, catéteres, sondas, drenajes
- Se verifican goteos (vasopresores, sedación, cristaloides, coloides, productos sanguíneos)
- Se verifica ventilador, si es pertinente.
- Se solicitan paraclínicos
- Se utilizan líquidos tibios
- Manta térmica, si es necesario
- Verificar reserva de productos sanguíneos en el banco de sangre
- Comunicar plan terapéutico al personal paramédico y al médico tratante
- Realizar la historia clínica en el sistema
- Comunicar a los familiares, la situación clínica del paciente.
- Confirmar los consentimientos informados firmados por la familia.
- Tomar paraclínicos de control a las 6 – 8 horas, o los que necesite el paciente

6. Ordenes médicas:

- NVO
- Iniciar aporte nutricional por vía enteral preferiblemente, lo mas pronto posible, cuando el paciente este estable hemodinámicamente
- Ventilación mecánica o suplemento de O2
- Lactato de Ringer o SSN 0,9 % , dependiendo de la situación clínica (evitar hiper-volemia)
- Sedación: Fentanilo
Midazolam (en lo posible, máximo 48 horas)
Dexmedetomidina
- Vasopresores: Norepinefrina – Vasopresina
- Inotrópicos: Dobutamina - Milrinone - Levosimendan
- Antibiótico profiláctico o terapéutico

GUIA DE MANEJO	CHOQUE HEMORRÁGICO EN PACIENTES ADULTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CODIGO	CC-CIPO-GM-01	VERSION	02
		Página:	5 de 8		

5. RECOMENDACIONES

- Omeprazol – Ranitidina
- Metoclopramida – Ondansetrón
- Calcio - Magnesio
- Tromboprofilaxis. Iniciar a las 6 horas si el sangrado esta controlado
- ASA. Re-iniciar a las 24 horas, si el sangrado esta controlado y el número de Plaquetas es mayor a 100.000

7. Terapia transfusional:

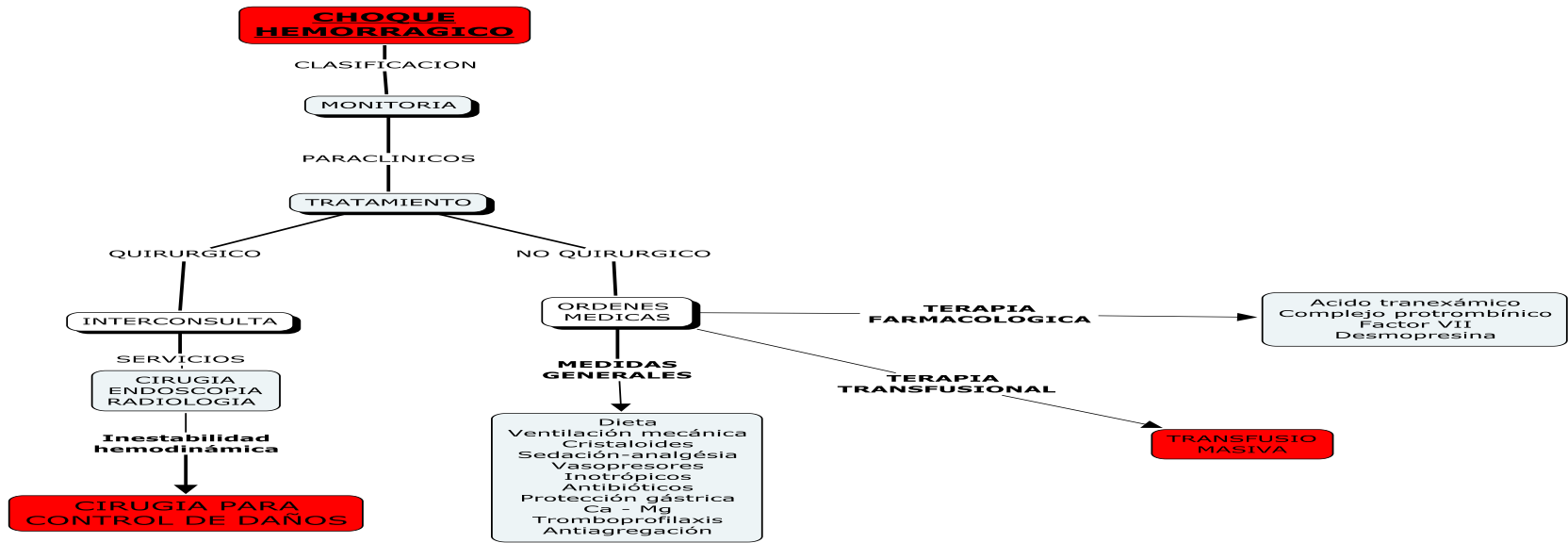
Si el paciente tiene criterios para iniciar protocolo de TRANSFUSION MASIVA, se activa.

Recomendaciones:

- 1 unidad de GRE aumenta 1 gr la Hb
- Aplicar 0,5 – 1 unidad de Plasma (PFC) por cada 10 kg de peso del paciente para corregir PT - PTT
- Aplicar 1 unidad de Plasma (PFC) por cada unidad de GRE transfundida
- 1 unidad de Plaquetas aumenta 10.000 el conteo
- Aplicar 0,5 – 1 unidad de Crioprecipitados por cada 10 kg de peso del paciente para corregir Fibrinógeno
- Acido tranexámico 10 mg / kg, si sospecha hiper-fibrinólisis o guiado por TEG
- Complejo protrombínico 30 unidades / kg, si persiste sangrado, o guiado por TEG o por antecedente del paciente
- Factor VII 50 – 100 unid/ kg. Solo aplicar si el paciente tiene antecedentes o si persiste sangrado clínicamente, sin origen quirúrgico y pruebas de coagulación, plaquetas y TEG dentro de limites normales
- Desmopresina 0,3 unidades / kg. Solo aplicar si existe antecedente del paciente o consumo de ASA.

GUIA DE MANEJO	CHOQUE HEMORRÁGICO EN PACIENTES ADULTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CODIGO	CC-CIPO-GM-01	VERSION	02
		Página:	6 de 8		

6. ALGORITMO



7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

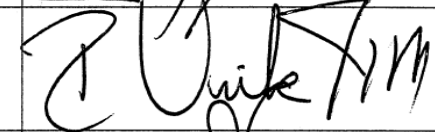
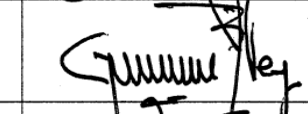
GUIA DE MANEJO	CHOQUE HEMORRÁGICO EN PACIENTES ADULTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CODIGO	CC-CIPO-GM-01	VERSION	02
		Página:	7 de 8		

8. ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

- N Engl J Med. 2013 Oct 31;369(18):1726-34. Circulatory shock. Vincent JL, De Backer D.
- J Trauma Acute Care Surg. 2013 Jul;75(1 Suppl 1):S1-2. The Prospective Observational Multicenter Major Trauma Transfusion (PROMTT) Holcomb JB, del Junco DJ.
- Prescrire Int. 2013 Jul;22(140):189-90. Trauma and severe bleeding. Tranexamic acid within one hour to reduce mortality.
- Minerva Anesthesiol. 2013 Nov 28. A systematic review of antifibrinolytics and massive injury
- Clin Chest Med. 2003 Dec;24(4):607-22. Critical issues in hematology: anemia, thrombocytopenia, coagulopathy, and blood product transfusions in critically ill patients. Department of Medicine, Division of Hematology-Oncology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School
- N Engl J Med. 2013 Oct 31;369(18):1726-34. Circulatory shock. Vincent JL, De Backer D.
- J Emerg Med. 2013 Jun;44(6):1201-10. The clinical use of prothrombin complex concentrate.Ferreira J, DeLosSantos M
- Critical Care 2004, 8:373-381. Clinical review: Hemorrhagic shock. Guillermo Gutierrez, H David Reines and Marian E Wulf-Gutierrez
- Revista Mexicana de anestesiología. Vol 27. Supl. 2 , 2004: s204 – 228. Parámetros de práctica mexicanos de los estados de choque
- Surg Clin N Am 87 (2007) 55–72. New Developments in Fluid. Resuscitation. Hasan B. Alam, MDa,b, Peter Rhee
- *Critical Care* 2008, 12:218. Bench-to-bedside review: Latest results in hemorrhagic shock. Martin K Angele, Christian P

GUIA DE MANEJO	CHOQUE HEMORRÁGICO EN PACIENTES ADULTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CODIGO	CC-CIPO-GM-01	VERSION	02
		Página:	8 de 8		

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ACTUALIZÓ	Dr. Juan Fernando Maldonado Gualdrón	Médico intensivista	Marzo de 2014	
REVISÓ	Dr. Ricardo Uribe Moreno	Coordinador Unidades de Cuidado Critico	Marzo de 2014	
APROBÓ	Dra. Eliana Ramírez Cano	Jefe Unidad Medico Hospitalaria	Marzo de 2014	
PLANEACIÓN –CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SMSD. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Marzo de 2014	