



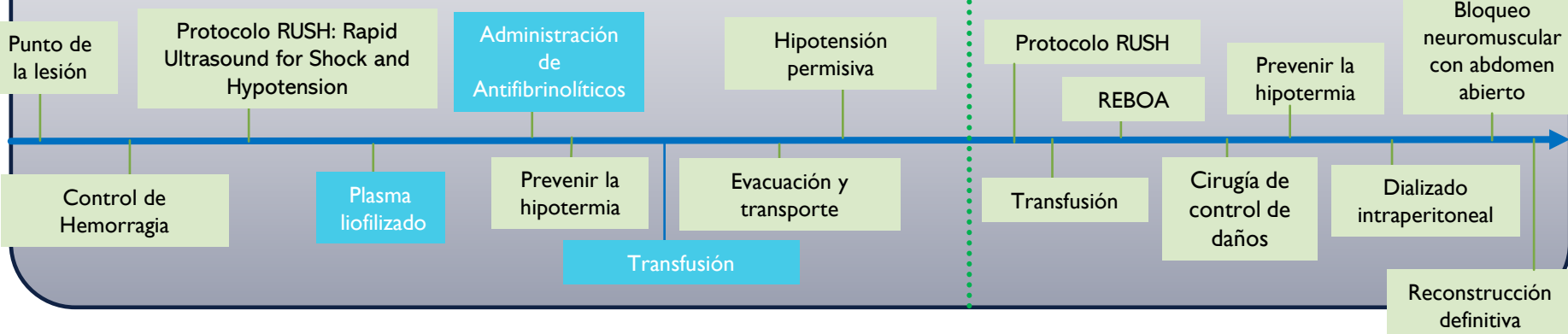
# CHOQUE HEMORRÁGICO

El reconocimiento temprano del choque hemorrágico, y las acciones tempranas de detener el sangrado, restaurar el volumen intravascular son medidas que salvan la vida a los pacientes, se refiere que tenemos hasta dos horas para poder revertir el choque hemorrágico

## Control de Daños

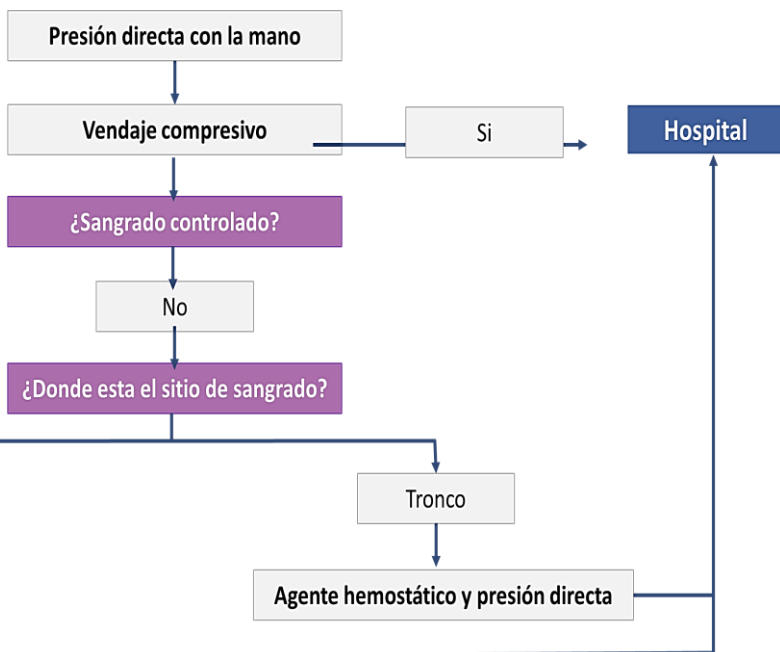
### Manejo Prehospitalario

### Manejo Hospitalario



## CONTROL DE HEMORRAGIA

- Presión directa y vendaje compresivo
- Empaquetamiento de herida
- Agente hemostático
- Torniquete
- Segundo torniquete



### Aplicación Torniquete

Se coloca 5 a 10 cm arriba de la herida (evitar articulaciones) o se recomienda la colocación del torniquete en la parte más gruesa del miembro

Apriete hasta que se detenga el sangrado y **no afloje hasta llegar al hospital.**

Anote la hora en que coloque el torniquete y asegúrese que visible y leible.

Deje descubierto el torniquete excepto en situaciones de climas extremos

Si uno no es suficiente, coloque el segundo de manera proximal.

## TRATAMIENTO

- Realizar hemostasia y tratar la causa
- Administrar oxígeno
- Tratamiento de hipotermia
- Administración de soluciones cristaloides en bolos de 250 ml IV o infusión de 20-80 ml/kg/h\* (**evitar la sobre-reanimación**)
  - Hemorragia no controlada: PAM 60 a 65 mmHg (hasta 40 mmHg)<sup>1</sup>
  - Hemorragia controlada: PAM > 65 mmHg
- Se pueden utilizar vasopresores
- Considerar administración de ácido tranexámico: 1 g/100 ml/10 min IV
- Considerar transfusión (plasma)\*
- Traslado rápido a un hospital resolutivo (Scoop and run → Penetrante)



### Ácido tranexámico

Administración:

- 1 g- 2g en 100 ml de SSN 0.9 %.
- Infusión en 10 minutos.
- Aproximadamente 3 gotas por segundo (o 600 ml/h en bomba de infusión).
- Debe administrarse en las primeras tres horas del inicio de la hemorragia.
- Está indicado en hemorragia obstétrica y TCE.

### Hipotensión permisiva

- La hipotensión permisiva es más baja en trauma penetrante:  
**60 – 70 mmHg SBP, contra 80 – 90 mmHg SBP en trauma contuso.**

- En hemorragia no controlada con trauma contuso y TCE:  
**100 – 110 mmHg SBP**

### Protocolo RUSH: Rapid Ultrasound For Shock And Hypotension



1. Corazón

2. Vena cava inferior

3. Pulmonar anterosuperior (bilateral) → Fluidos

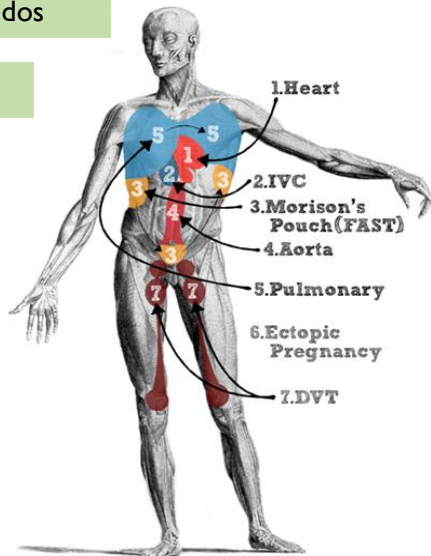
4. Esplenorrenal y costofrénico izquierdo

5. Suprapúbico (pelvis)

6. Hepatorrenal y costofrénico derecho

7. Aorta

8. Miembros inferiores



#### La sobre-reanimación con cristaloides:

- Disminuye la capacidad para transportar oxígeno.
- Diluye factores de coagulación.
- Disminuye la temperatura.
- Genera acidosis.\*

#### Referencias:

- Boron, W., & Boulpaep, E. (2017). *Fisiología médica*. Italia: Elsevier.
- Cecconi, M. (2014). Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.*
- Finfer, S. (2013). Circulatory shock. *The New England Journal of Medicine.*
- NAEMT. *Soprote vital avanzado: un abordaje basado en la evaluación*. 2ed. Barcelona; Elsevier: 2017.
- Pollak, A. N. (2017). *Critical care transport*. USA: Jones & Bartlett.
- Ramesh et al. *International Journal of Emergency Medicine* (2019) 12:38