ALGORITMO

Emorragia massiva in ostetricia

PREVENZIONE
Scheda di rischio
Correggere anemia
Emogruppo + prove crociate

Due grossi accessi venosi
Catetere vescicale

Rianimazione volemica
(preferibilmente i cristalloidi)
Riscaldiamo la pz

Emocromo, coagulazione, profilo con elettroliti, EGA, prove di compatibilità

Riconoscimento precoce
Valutazione perdite e parametri vitali

IDENTIFICARE LA CAUSA:
-Atonia uterina,
-Traumi-lacerazioni utero, cervice, perineo, vagina
-Patologie placentari
-Alterazioni della coagulazione

Ha perso > 1000 ml? → NO

SI → Tranex 1 gr ev in 10 min

SI → Se Hb < 8 gr/dl Valutare trasfusione

Sanguinamento non controllato?
Hb < 9 gr/dl
Presenta almeno uno di questi segni?
PAS <90 mmHg, acidosi, lattati ≥ 5,5 , BE <-6

SI → Attiva Protocollo trasfusione massiva

NO

Protocollo trasfusione massiva

GRC 2 U isogruppo o Oneg

Richiedere 4 unità GRC
1 unità Plasma

Fibrinogeno 2gr se < 200 mg/dl
(25-50 mg/kg)

Trattamento farmacologico
SALA PERATORIA
Emostasi chirurgica
Procedure radiologiche
Isterectomia

Sanguinamento non controllato

logua blood in obstetric: where are we going now?
ombruno et al
Transfus 2012; 10: 125-47

TRATTARE LE CAUSE
Continuare TRASFUSIONE MASSIVA:
- Emazie/plasma: 4 unità (1000 ml): 1 unità (600 ml)
- Piastrine se < 50 x 10⁹/Lt
- Fibrinogeno se < 200 mg/dl
- rFatt VIIa off label

OTTIMIZZARE IL QUADRO METABOLICO
Mantenere normotermia, correggere l'acidosi e l'ipocalcemia
EGA ogni 30'
Monitoraggio coagulazione ogni 60'