

● Hemorragia grave

Preparação/monitorização

- 2 catéteres venosos periféricos calibrosos
- Sonda de Foley para medida do débito urinário
- Termômetro
- **Aqueça o paciente ativamente !**
- Considere linhas arteriais e venosa central (use ultrassom se distúrbio de coagulação)
- Considere dispositivos de transfusão rápida e sistemas de reaproveitamento de hemácias (cell-saver)
- Considere infundir noradrenalina **antes e durante** a indução anestésica

Exames laboratoriais

- Contate o banco de sangue precocemente
- Prova cruzada e *screening* para anticorpos
- Hemoglobina, hematócrito, plaquetas
- Testes de coagulação, incluindo fibrinogênio
- Gasometria arterial

Terapia básica

- Mantenha o paciente normotérmico (> 36 °C)
- Mantenha normocalcemia (alvo 1.1 - 1.3 mmol/l, infusão de Ca 1 - 2 g i.v.)
- Corrija acidose (mantenha normovolemia)
- Mantenha o hematócrito entre 21% - 24%
- Mantenha a pressão arterial média (PAM) entre 55 - 65 mmHg (no traumatismo cranioencefálico (TCE) grave, mantenha a PAM entre 80 - 90 mmHg)

Terapia avançada

- **Fibrinogênio** 2 g até o máximo de 6 g para manter o fibrinogênio > 2 g/l
- **Plasma fresco congelado inicie com** 15 - 20 ml/kg (~ 2 - 4 bolsas) Meta: INR < 1.5
- **Ácido tranexâmico** 15 mg/kg em bolus lentamente i.v. (especialmente em hiperfibrinólise local, como na atonia uterina ou aborto!)
- **Plaquetas:** meta > 50.000/mm³ (mantenha > 100.000/mm³ no TCE grave)