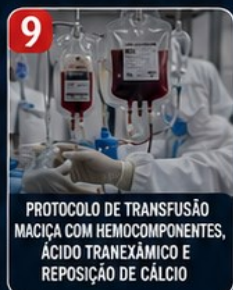
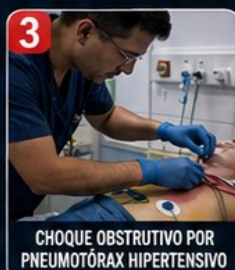


CHOQUES NA SALA VERMELHA

10 CASOS CLÍNICOS E CONDUTAS NO PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL

RECONHECIMENTO • CLASSIFICAÇÃO • ESTABILIZAÇÃO • TRANSFERÊNCIA



Aqui estão 10 casos clínicos progressivos e de alto rendimento, elaborados com base no material fornecido

focados no raciocínio rápido exigido na Sala Vermelha.



CHOQUES NA SALA VERMELHA

6 CASOS CLÍNICOS — NÍVEL FÁCIL

RECONHECIMENTO E CLASSIFICAÇÃO INICIAL

PARTE 1 • CASOS 1 A 3



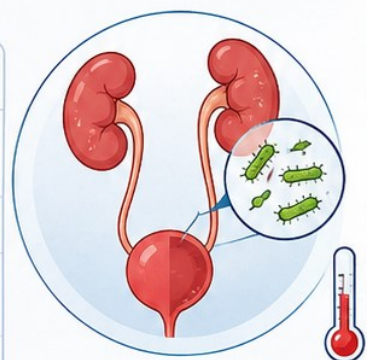
1 O “SUSTO” NO TRAUMA

	História	Homem, 25 anos, queda de moto, dor intensa em perna direita, fratura exposta de tíbia. Consciente e orientado.
	Achados-chave	• VA pérvias • MV presente bilateralmente • FC 110 bpm • PA 120x80 mmHg • FR 20 irpm • extremidades frias • TEC 3 s • E-FAST negativo • RX: fratura de tíbia.
	Classificação/Diagnóstico	CHOQUE HIPOVOLÊMICO HEMORRÁGICO — GRAU II.
	Conduta Inicial	INFUNDIR CRISTALOIDE AQUECIDO: SF 0,9% OU RINGER LACTATO 1000–2000 mL IV.
	Racional	Taquicardia e má perfusão periférica, porém PA e sensório preservados — padrão compatível com Grau II.



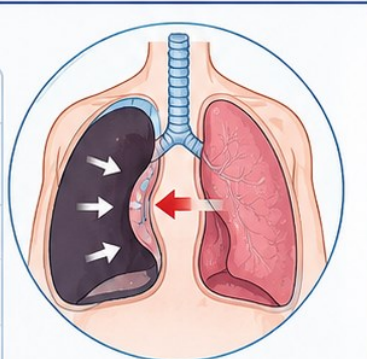
2 A FEBRE MISTERIOSA

	História	Mulher, 72 anos, confusão mental aguda há 12 h, disúria nos últimos dias.
	Achados-chave	• Letárgica • FC 115 bpm • PA 85x50 mmHg • FR 24 irpm • T 38,9 °C • extremidades quentes • pulsos cheios • hemograma com leucocitose • EAS sugestivo de ITU.
	Classificação/Diagnóstico	CHOQUE DISTRIBUTIVO (SÉPTICO).
	Conduta Inicial / Mecanismo-chave	FISIOPATOLOGIA PREDOMINANTE: QUEDA DA RESISTÊNCIA VASCULAR SISTÊMICA (RVS) POR VASODILATAÇÃO E AUMENTO DA PERMEABILIDADE VASCULAR.
	Racional	Na sepse, mediadores inflamatórios geram vasoplegia e extravasamento, explicando extremidades quentes na fase inicial (choque hiperdinâmico).



3 O DESESPERO RESPIRATÓRIO

	História	Homem, 30 anos, ferimento por arma branca no hemitórax direito, extrema dispneia e agitação.
	Achados-chave	• FC 135 bpm • PA 70x40 mmHg • FR 32 irpm • turgência jugular • murmúrio abolido à direita • hipertimpanismo • traqueia desviada para a esquerda.
	Classificação/Diagnóstico	CHOQUE OBSTRUTIVO POR PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO.
	Conduta Inicial	PUNÇÃO/DESCOMPRESSÃO IMEDIATA E DRENAGEM DE TÓRAX.
	Racional	O ar sob tensão obstrui o retorno venoso ao coração direito; a decompressão restaura a hemodinâmica.



CHAVES DE RECONHECIMENTO RÁPIDO

- **Hipovolêmico:** taquicardia + má perfusão com PA ainda preservada nas fases iniciais.
- **Séptico:** hipotensão + febre + foco infeccioso, podendo iniciar com extremidades quentes.
- **Obstrutivo:** colapso hemodinâmico + sinais clínicos de obstrução mecânica.



● NÍVEL: FÁCIL (Reconhecimento e Classificação Inicial)

CASO 1: O "Susto" no Trauma**1. História clínica:** Homem, 25 anos, vítima de queda de moto. Trazido pelo resgate queixando-se de muita dor na perna direita, onde há uma fratura exposta de tíbia. Consciente e orientado.**2. Exame físico:** Vias aéreas pervias. Murmúrio vesicular presente bilateralmente. FC: 110 bpm, PA: 120x80 mmHg, FR: 20 irpm. Extremidades frias e TEC = 3 segundos.**3. Exames complementares:** E-FAST negativo. Radiografia confirma fratura de tíbia.**4. Pergunta:** Qual é a classificação do choque deste paciente e a conduta inicial com fluidos?**5. Resposta comentada:** Trata-se de um Choque Hipovolêmico Hemorrágico Grau II 1-3.**6. Justificativa da conduta:** O paciente apresenta taquicardia (FC > 100) e sinais de má perfusão periférica, mas a pressão arterial e o sensório estão normais 1, 3. A conduta inicial é a infusão de cristaloides aquecidos (Soro Fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato, 1000 a 2000 ml IV) 1, 4, 5.

CASO 2: A Febre Misteriosa**1. História clínica:** Mulher, 72 anos, trazida por familiares por quadro de confusão mental aguda há 12 horas. Relatam que ela estava com ardência ao urinar nos últimos dias.**2. Exame físico:** Letárgica. FC: 115 bpm, PA: 85x50 mmHg, FR: 24 irpm. Temperatura: 38,9°C. Extremidades inicialmente **quentes** e pulsos cheios.**3. Exames complementares:** Hemograma com leucocitose. EAS sugestivo de infecção urinária.**4. Pergunta:** Qual o tipo de choque e qual o mecanismo fisiopatológico primário que justifica as extremidades quentes?**5. Resposta comentada:** Choque Distributivo (Séptico) 6-9. Ocorre queda da Resistência Vascular Sistêmica (RVS) 7, 10, 11.**6. Justificativa da conduta:** Diferente dos outros choques, na sepse há liberação maciça de pró-inflamatórios que causam vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular ("furos na piscina") 7, 12. Isso gera vasoplegia e perda de líquido, deixando as extremidades quentes na fase inicial (choque hiperdinâmico) 13-15.

CASO 3: O Desespero Respiratório**1. História clínica:** Homem, 30 anos, ferimento por arma branca no hemitórax direito. Chega à emergência com extrema dificuldade respiratória e agitação.**2. Exame físico:** FC: 135 bpm, PA: 70x40 mmHg, FR: 32 irpm. Jugulares ingurgitadas (turgência jugular). Ausculta respiratória com murmúrio abolido à direita e hipertimpanismo. Traqueia desviada para a esquerda.**3. Exames complementares:** Nenhum (diagnóstico eminentemente clínico).**4. Pergunta:** Qual é o diagnóstico fisiopatológico e a intervenção imediata?**5. Resposta comentada:** Choque Obstrutivo por Pneumotórax Hipertensivo 6, 8, 10, 16. A conduta é a punção/drenagem de tórax imediata 17-19.**6. Justificativa da conduta:** O acúmulo de ar sob tensão obstrui o retorno venoso ao coração direito 16. O coração tenta bombear, mas não recebe sangue ("torneira tampada") 16. A descompressão restaura a hemodinâmica instantaneamente.

CHOQUES NA SALA VERMELHA

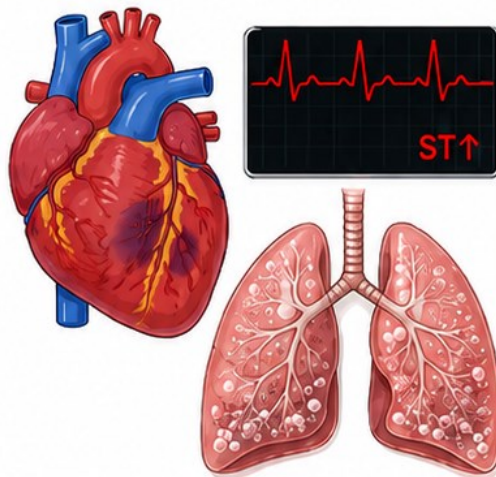
3 CASOS CLÍNICOS — NÍVEL INTERMEDIÁRIO

MANEJO DIRECIONADO E PEGADINHAS

PARTE 2 • CASOS 4 A 6

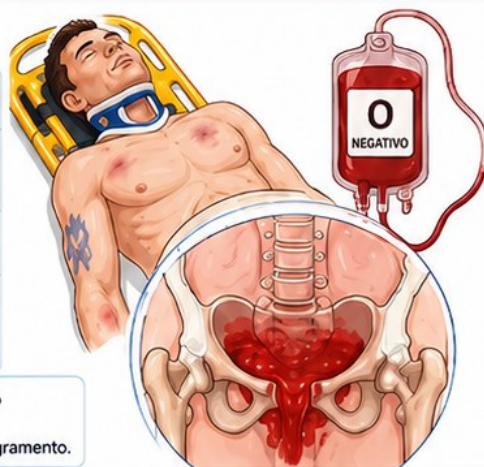
4 O CORAÇÃO QUE FALHA

	História	Mulher, 65 anos, hipertensa e diabética. Dor torácica opressiva intensa há 2 horas, evoluindo com dispneia e sudorese fria.
	Achados-chave	- Anisota • FC 112 bpm • PA 85x60 mmHg - extremidades frias e pegajosas • crepitações difusas - presença de B3 • ECG com supradesnivelamento de ST em parede anterior.
	Classificação/ Diagnóstico	CHOQUE CARDIOGÊNICA (PADRÃO HIPODINÂMICO).
	Droga/ Conduta-chave	INOTRÓPICO DE ESCOLHA: DOBUTAMINA. SE HIPOTENSÃO PIORA: ASSOCIAR NORADRENALINA.
	Racional/ Pegadinha	Falha de bomba por IAM reduz débito cardíaco e causa congestão pulmonar. Dobutamina melhora a contratilidade, mas pode vasodilatar e exigir suporte vasopressor.



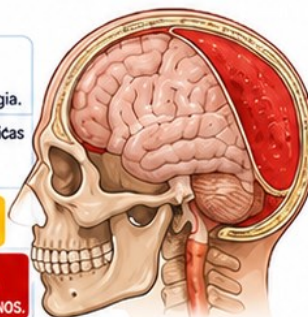
5 O PACIENTE “VAZIO”

	História	Homem, 40 anos, vítima de atropelamento. Trazido em prancha rígida e collar cervical.
	Achados-chave	- Letárgico (Glasgow 9) • FC 145 bpm • PA 60x40 mmHg - anúrico • pelve instável - FAST positivo com líquido livre em pelve e abdome.
	Classificação/ Diagnóstico	CHOQUE HIPOVOLÊMICO HEMORRÁGICO — CLASSE IV.
	Protocolo/ Conduta-chave	ATIVAR IMEDIATAMENTE O PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO MACIÇA (PTM). HEMODERIVADOS NA PROPORÇÃO 1:1:1.
	Racional/ Pegadinha	Perda > 40% da volemia: taquicardia extrema, hipotensão grave e rebaixamento do sensorio. Evitar reposição exclusiva com cristalóides; acionar cirurgia/controle do sangramento.



6 A ARMADILHA DO TCE

	História	Jovem, 20 anos, arremessado de veículo em capotamento. Chega em coma (Glasgow 5), com grande hematoma frontoparietal direito e otorragia.
	Achados-chave	- FC 130 bpm • PA 75x40 mmHg • pupila direita anisocórica - abdome normotenso, mas com escoriações - TC de crânio: extenso hematoma subdural.
	Classificação/ Diagnóstico	TCE GRAVE ASSOCIADO A HIPOTENSÃO — O CHOQUE NÃO É EXPLICADO PELO TCE ISOLADO.
	Alerta-chave/ Conduta	PEGADINHA CLÁSSICA: INVESTIGAR IMEDIATAMENTE OS 5 GRANDES PONTOS DE SANGRAMENTO OCULTO — TÓRAX, ABDOME, PELVE, OSSOS LONGOS E FERIMENTOS EXTERNOS.
	Racional/ Pegadinha	O hematoma intracraniano pode causar hipertensão, mas não costuma justificar choque hipovolêmico. Em politrauma hipotenso, procure sangramento oculto.



5 GRANDES PONTOS DE SANGRAMENTO OCULTO

	TÓRAX
	ABDOME
	PELVE
	OSSOS LONGOS
	FERIMENTOS EXTERNOS

CHAVES DE MANEJO E PEGADINHAS



Cardiogênico: hipotensão + congestão pulmonar + sinais de falência de bomba; pensar em dobutamina e suporte vasopressor conforme PA.



Hemorragico Classe IV: não perder tempo com cristalóide isolado; ativar PTM e controle de dano.



TCE + hipotensão: procure sangramento oculto; TCE isolado não explica choque hemorrágico.



● NÍVEL: INTERMEDIÁRIO (Manejo Direcionado e Pegadinhas)

CASO 4: O Coração que Falha**1. História clínica:** Mulher, 65 anos, hipertensa e diabética. Queixa-se de dor torácica opressiva de forte intensidade iniciada há 2 horas. Evoluiu com dispneia e sudorese fria.**2. Exame físico:** Ansiosa. FC: 112 bpm, PA: 85x60 mmHg. Extremidades frias e pegajosas. Ausculta pulmonar: crepitações difusas. Ausculta cardíaca: presença de B3.**3. Exames complementares:** ECG evidencia supradesnivelamento de segmento ST em parede anterior.**4. Pergunta:** Qual a classificação hemodinâmica deste choque e a droga vasoativa/inotrópica de escolha para estabilização (caso PA permita)?**5. Resposta comentada:** Choque Cardiogênico (padrão hipodinâmico) 6, 8, 10, 13, 20. A droga inotrópica de escolha é a Dobutamina 17, 21.**6. Justificativa da conduta:** Ocorre falha na bomba cardíaca (IAM), diminuindo o débito cardíaco e aumentando a pressão venosa, o que causa congestão pulmonar (crepitações) 20, 22, 23. A Dobutamina estimula receptores β_1 , melhorando a contratilidade, mas exige atenção pois pode causar leve vasodilatação periférica; se a PA cair ainda mais, associa-se noradrenalina 21.

CASO 5: O Paciente "Vazio"**1. História clínica:** Homem, 40 anos, vítima de atropelamento. Trazido em prancha rígida e colar cervical.**2. Exame físico:** Letárgico (Glasgow 9). FC: 145 bpm, PA: 60x40 mmHg, anúrico. Pelve instável ao exame.**3. Exames complementares:** E-FAST positivo (líquido livre na pelve e abdome).**4. Pergunta:** Qual a classe deste choque hemorrágico e qual protocolo deve ser ativado imediatamente?**5. Resposta comentada:** Choque Hipovolêmico Classe IV 1-4. Deve-se ativar o Protocolo de Transfusão Maciça (PTM) 1, 24-26.**6. Justificativa da conduta:** O paciente apresenta sinais de perda > 40% da volemia (FC > 140, letargia, hipotensão grave) 1, 3. A reposição exclusiva com cristaloides é prejudicial; deve-se fazer hemoderivados na proporção 1:1:1 (Plasma, Plaquetas, Hemácias) e acionar a cirurgia 1, 24, 27.

CASO 6: A Armadilha do TCE**1. História clínica:** Jovem de 20 anos, arremessado de veículo em capotamento. Chega em coma (Glasgow 5), com grande hematoma frontoparietal direito e otorragia.**2. Exame físico:** FC: 130 bpm, PA: 75x40 mmHg. Pupila direita midriática. Abdome normotenso, mas com escoriações.**3. Exames complementares:** Tomografia de crânio mostra extenso hematoma subdural.**4. Pergunta:** O hematoma intracraniano justifica o quadro de hipotensão deste paciente? O que o emergencista deve fazer?**5. Resposta comentada:** NÃO 28-30. O choque não é causado pelo TCE isolado 28, 30. Deve-se investigar imediatamente os 5 grandes pontos de sangramento oculto 25, 31, 32.**6. Justificativa da conduta:** O crânio é uma caixa rígida que acomoda pouco volume extra (30 a 50 ml causam herniação, mas não choque hipovolêmico) 29. Se um politraumatizado está hipotenso, o sangramento está no tórax, abdome, pelve, ossos longos ou ferimentos externos 28, 30-33.

CHOQUES NA SALA VERMELHA

4 CASOS CLÍNICOS – NÍVEL DIFÍCIL

TOMADA DE DECISÃO E EXCEÇÕES

PARTE 3 • CASOS 7 A 10

7 O CHOQUE SILENCIOSO

História
Pedreiro, 45 anos, queda de andaime (5 m), trazido imobilizado. Refere não sentir nem mover as pernas.

Achados-chave

- Paraplegia flácida e anestesia abaixo da cicatriz umbilical
- FC 60 bpm • PA 80x45 mmHg
- pele quente e seca em tronco e MMII • RX: fratura-luxação em T10.

Classificação/Diagnóstico
CHOQUE DISTRIBUTIVO NEUROGÊNICO.

Mecanismo-chave
TRM → DENERVAÇÃO SIMPÁTICA SÚBITA, VASOPLÉGIA E QUEDA DA RVS.

Racional/Pegadinha
Sem taquicardia compensatória porque há perda da resposta simpática; bradicardia/FC normal é anômala no trauma.



8 A PRESCRIÇÃO PERIGOSA

História
Mulher, 35 anos, HDA volumosa, chega descorada e confusa.

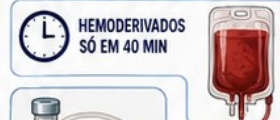
Achados-chave

- FC 135 bpm
- PA 65x40 mmHg
- acesso venoso difícil
- hemoderivados disponíveis só em 40 min.

Pergunta/Alerta
NORADRENALINA PARA "SEGURAR A PRESSÃO" ESTÁ CORRETO?

Conduta-chave
NÃO. AMINAS SÃO CONTRAINDICADAS NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO HEMORRÁGICO SEM REPOSIÇÃO VOLÊMICA ADEQUADA.

Racional/Pegadinha
O paciente já está em vasoconstrição máxima. Dar amina é como apertar uma "mangueira vazia": sobe a PA momentaneamente, mas piora a perfusão e a hipóxia tecidual. O correto é repor volume.



9 DETALHES QUE SALVAM VIDAS NO PTM

História
Homem, 50 anos, esfaqueado no abdome, E-FAST positivo, PTM ativado.

Achados-chave

- FC 140 bpm • PA inaudível
- 1:1:1 em curso • gasometria com acidose metabólica grave.

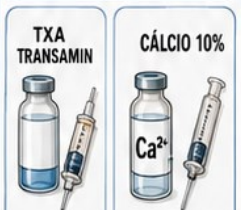
Adjuntos cruciais
ÁCIDO TRANEXÂMICO + GLUCONATO DE CÁLCIO 10%.

Doses

Transamin: 1 g IV em 10 min + 1 g IV nas próximas 8 h.

Gluconato de Cálcio 10%: 10–20 mL EV a cada 2 bolsas de hemácias.

Racional/Pegadinha
TXA reduz fibrinólise nas primeiras 3 h do trauma. O citrato das transfusões causa hipocalcemia e piora a coagulopatia.



10 O SANGUE "NORMAL" E O FALSO ALÍVIO

História
Homem, 28 anos, FAF em flanco direito, chega confuso e taquicárdico.

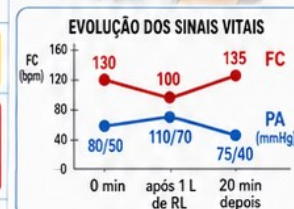
Evolução

- FC 130 bpm • PA 80x50 mmHg
- após 1 L de RL aquecido: PA 110x70 e FC 100
- 20 min depois: letargia, FC 135 e PA 75x40.

Classificação
RESPOSTA VOLÊMICA TRANSITÓRIA.

Pegadinha-chave
Hb INICIAL 13,5 g/dL PODE SER FALSO NORMAL NO SANGRAMENTO AGUDO.

Destino imediato
Vaga Zero para o Centro Cirúrgico + transfusão. Houve resposta temporária, mas persiste sangramento ativo contínuo.



CHAVES DE DECISÃO E EXCEÇÕES



Neurogênico: hipotensão + pele quente + bradicardia/FC normal após TRM.



Hemorragico: não use vasopressor sem volume.



PTM: lembrar TXA precoce e reposição de cálcio.



Resposta transitória: precisa controle mecânico do sangramento.



CASO 7: O Choque Silencioso**1. História clínica:** Pedreiro de 45 anos sofreu queda de andaime (5 metros de altura). Trazido imobilizado. Queixa-se de não conseguir sentir ou mover as pernas.**2. Exame físico:** Paraplegia flácida e anestesia abaixo da cicatriz umbilical. FC: **60 bpm**, PA: 80x45 mmHg. Curiosamente, a pele do tronco e membros inferiores está quente e seca.**3. Exames complementares:** Radiografia mostra fratura com luxação em T10.**4. Pergunta:** Por que o paciente não apresenta taquicardia compensatória e qual a etiologia do choque?**5. Resposta comentada:** Choque Distributivo Neurogênico 6, 8, 9, 23, 34.**6. Justificativa da conduta:** O Trauma Raquimedular (TRM) causa denervação simpática súbita abaixo da lesão 23, 34. Ocorre perda do tônus vascular (vasoplegia com extremidades quentes e queda da RVS) e incapacidade de liberar catecolaminas para gerar taquicardia compensatória, resultando na bradicardia (ou FC normal) anômala para o contexto de trauma 11, 23, 34.

CASO 8: A Prescrição Perigosa**1. História clínica:** Mulher, 35 anos, com quadro de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) volumosa em casa. Chega à emergência descorada e confusa.**2. Exame físico:** FC: 135 bpm, PA: 65x40 mmHg.**3. Exames complementares:** Acesso venoso difícil. Banco de sangue informa que os hemoderivados demorarão 40 minutos. Um médico residente sugere iniciar Noradrenalina para "segurar a pressão" até o sangue chegar.**4. Pergunta:** Esta conduta está correta? Justifique fisiopatologicamente.**5. Resposta comentada:** NÃO. É estritamente contraindicado usar drogas vasoativas no choque hipovolêmico hemorrágico sem reposição volêmica adequada 35, 36.**6. Justificativa da conduta:** O paciente já está com máxima vasoconstrição periférica devido à ação fisiológica de catecolaminas (α_1) 37, 38. Prescrever aminas é como apertar uma "mangueira vazia": a pressão pode até subir momentaneamente, mas a isquemia e hipóxia tecidual serão agravadas exponencialmente, reduzindo a perfusão dos órgãos nobres. O correto é repor volume 35, 36.

CASO 9: Os Detalhes que Salvam Vidas no PTM**1. História clínica:** Homem de 50 anos esfaqueado no abdome. Chega pálido e rebaixado. Avaliação do E-FAST positiva. Ativado Protocolo de Transfusão Maciça (PTM).**2. Exame físico:** FC: 140 bpm, PA: inaudível. Recebendo 1:1:1 de hemoderivados.**3. Exames complementares:** Gasometria mostra acidose metabólica grave.**4. Pergunta:** Além dos hemocomponentes, quais duas medicações adjuntas são cruciais no manejo deste paciente na Sala Vermelha e quais suas doses?**5. Resposta comentada:** Ácido Tranexâmico (Transamin) e Gluconato de Cálcio 10% 5, 24.**6. Justificativa da conduta:**

- **Transamin:** Deve ser feito nas primeiras 3 horas do trauma para conter a fibrinólise. Dose: 1g IV em 10 minutos seguido de 1g IV nas próximas 8 horas 5, 24, 39. (*Cuidado: não tem indicação comprovada no choque por dengue hemorrágica* 40).
- **Gluconato de Cálcio 10%:** A transfusão maciça infunde muito citrato (presente nas bolsas de hemácias), que quela o cálcio do paciente, causando hipocalcemia e piorando a coagulopatia da tríade letal 24, 41. Dose clássica: 10 a 20 ml EV a cada 2 bolsas de hemácias 24.

CASO 10: O Sangue "Normal" e o Falso Alívio**1. História clínica:** Rapaz de 28 anos, ferimento por arma de fogo em flanco direito. Chega confuso e taquicárdico.**2. Exame físico:** FC 130 bpm, PA 80x50 mmHg. Recebe 1 litro de Ringer Lactato aquecido. A PA sobe para 110x70 mmHg e a FC cai para 100 bpm. Vinte minutos depois, o paciente volta a ficar letárgico, FC sobe para 135 bpm e PA despenca para 75x40 mmHg.**3. Exames complementares:** O primeiro exame de sangue colhido na chegada mostrou Hemoglobina (Hb) de 13,5 g/dL (normal).**4. Pergunta:** Como se classifica a resposta volêmica deste paciente, e por que a Hb inicial veio normal? Qual o destino imediato dele?**5. Resposta comentada:** Resposta Volêmica **Transitória** 26-28. O destino é Vaga Zero para o Centro Cirúrgico com transfusão 19, 28, 42.**6. Justificativa da conduta:** O paciente respondeu, mas perdeu a estabilidade, indicando sangramento ativo contínuo (perda de 15 a 40%) 26-28. A hemoglobina inicial vem normal porque no sangramento agudo perde-se sangue total (hemácias e plasma na mesma proporção); a hemoconcentração demora a cair (falso normal) 27, 28. A torneira está aberta, precisa de controle mecânico cirúrgico imediato.