NEXOMED – Tipos de Choque

PA 70 × 45 mmHg — O Que Você Faz Agora?

Imagine a cena: são 3:17 da madrugada, você está sozinho no plantão e chega o paciente Felisberto, de 67 anos, confuso, suando frio e com uma pressão arterial alarmante de **70x45 mmHg**. Seu coração acelera. Será que a primeira conduta é abrir o soro? Ou ligar a noradrenalina imediatamente? Nesta lição prática e interativa, você vai dominar o raciocínio clínico necessário para tomar a decisão correta na Sala Vermelha, diferenciando os tipos de choque em poucos minutos.

Ao final desta lição, você será capaz de:

- Reconhecer os sinais de hipoperfusão tecidual antes mesmo da queda severa da pressão arterial.
- Diferenciar sistematicamente os quatro grandes mecanismos de choque (hipovolêmico, distributivo, cardiogênico e obstrutivo).
- Aplicar a abordagem paralela ABCDE para estabilizar o paciente enquanto investiga a causa primária.
- Evitar erros fatais no manejo de fluidos e drogas vasoativas.
- Utilizar o ultrassom à beira-leito (POCUS) como uma ferramenta diagnóstica integrada.

Existe Hipoperfusão?

Você está na Sala Vermelha. Um paciente chega confuso, taquicárdico e hipotenso. **Qual é sua primeira pergunta?** Não pergunte apenas "Qual é a pressão arterial?". A pergunta correta e vital que você deve fazer a si mesmo é: **"Este paciente apresenta sinais clínicos de hipoperfusão tecidual?"**

Lembre-se: **choque não é sinônimo de pressão arterial baixa**. A hipotensão é frequentemente um achado tardio. O corpo tenta compensar a falência circulatória gerando intensa vasoconstrição. Para flagrar o choque precocemente, avalie imediatamente os **7 pilares da perfusão**:

- **Consciência:** O paciente apresenta confusão mental, agitação, letargia ou sonolência?
- **Pele:** Extremidades estão frias, pegajosas, pálidas ou com moteamento cutâneo?
- **Pulsos:** Os pulsos periféricos estão finos e rápidos?
- **Enchimento Capilar:** O Tempo de Enchimento Capilar (TEC) está prolongado (> 2 segundos)?
- **Diurese:** Há relato ou presença de oligúria/anúria?
- **Lactato:** O exame laboratorial aponta lactato elevado (indicando metabolismo anaeróbio)?
- **Tendência da PA:** Há uma queda progressiva em relação ao nível basal do paciente?

Estabilize Enquanto Investiga

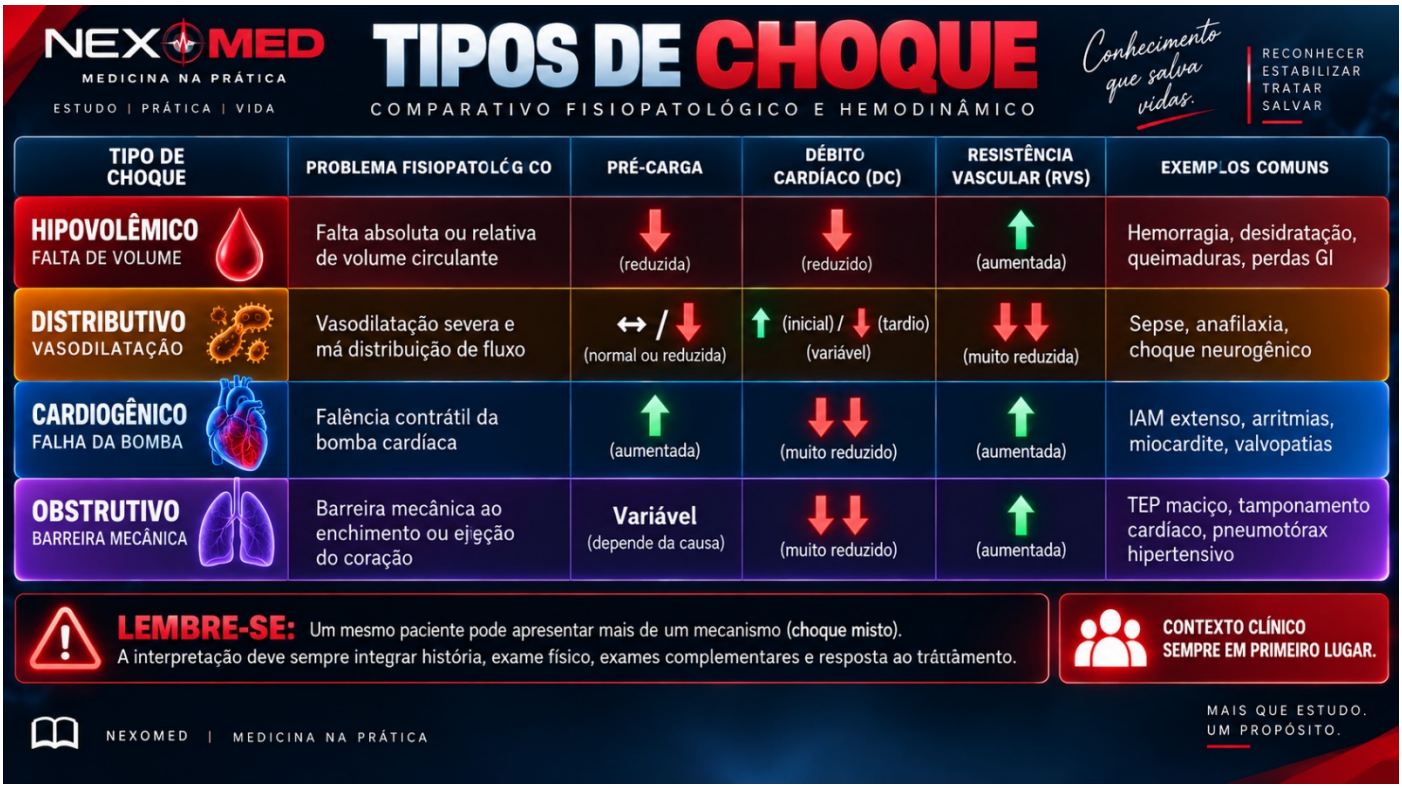
Não atrase o manejo clínico inicial tentando fechar um diagnóstico complexo. Na Sala Vermelha, o diagnóstico e o tratamento correm em paralelo. Utilize a abordagem sistemática do **ABCDE**:

- **A (Via Aérea):** Garanta a patência da via aérea. Proteja a coluna cervical se houver suspeita de trauma.
- **B (Boa Ventilação):** Avalie a expansibilidade torácica e a saturação. Ofereça oxigênio suplementar para manter a oxigenação tecidual ideal se indicado.
- **C (Circulação):** Garanta dois acessos venosos periféricos calibrosos. Instale a monitorização cardíaca contínua, colha exames (com gasometria e lactato) e controle focos de hemorragia externa ativa.

- **D (Disfunção Neurológica):** Avalie o nível de consciência, as pupilas e teste a glicemia capilar imediatamente para afastar hipoglicemia.
- **E (Exposição):** Exponha o paciente à procura de ferimentos ocultos, erupções cutâneas (sugestivas de anafilaxia) ou focos óbvios de infecção. Previna a hipotermia.

Qual Mecanismo Predomina?

Para guiar a sua conduta terapêutica definitiva, você precisa classificar o choque em um dos quatro grandes caminhos baseando-se no problema fisiopatológico central:



Explore os detalhes de cada caminho a seguir:

1. VOLUME → Choque Hipovolêmico

- **Pistas Clínicas:** Sede, turgência jugular ausente (veias colabadas), pele fria e pegajosa, taquicardia marcante.
- **POCUS:** Veia cava inferior (VCI) colabada e hiperdinâmica; pesquisa de líquido livre positiva no abdômen (trauma).
- **Conduta-Chave:** Interromper a perda de volume. Realizar reposição volêmica guiada. Se hemorrágico, acionar protocolo de transfusão maciça precoce e evitar infusão excessiva de cristaloides.
- **Armadilha:** Tentar compensar uma hemorragia ativa grave injetando litros de soro fisiológico frio, o que piora a hipotermia e causa coagulopatia por diluição.

2. VASODILATAÇÃO → Choque Distributivo

- **Pistas Clínicas:** Extremidades inicialmente quentes com pulso amplo ("choque quente"), febre ou sinais infecciosos (na sepse) ou placas urticariformes (na anafilaxia).
- **POCUS:** Contratilidade miocárdica geralmente preservada ou hiperdinâmica.

- **Conduta-Chave:** Administrar fluidos de forma criteriosa e iniciar vasopressores precocemente (Noradrenalina). Na anafilaxia, a prioridade absoluta é a adrenalina intramuscular.
- **Armadilha:** Achar que o paciente está bem perfundido apenas porque a pele do pé está quente nas fases iniciais da sepse.

3. BOMBA → Choque Cardiogênico

- **Pistas Clínicas:** Dor torácica prévia, eletrocardiograma alterado, turgência jugular bilateral, estertores pulmonares bilaterais (congestão e edema agudo de pulmão).
- **POCUS:** Ventrículo esquerdo hipocinético, presença de múltiplas Linhas B nos pulmões, VCI dilatada e fixa.
- **Conduta-Chave:** Evitar reposição de volume. Introduzir suporte inotrópico (Dobutamina) e vasopressores conforme a pressão de perfusão. Encaminhar para terapia de reperfusão de emergência (angioplastia).
- **Armadilha:** Realizar desafios hídricos cegos no paciente com insuficiência ventricular esquerda, precipitando insuficiência respiratória por edema pulmonar agudo.

4. BARREIRA → Choque Obstrutivo

- **Pistas Clínicas:** Dispneia súbita e intensa, turgência jugular bilateral proeminente. Pulmões limpos (no tamponamento e no TEP) ou murmúrio vesicular unilateralmente abolido (no pneumotórax hipertensivo).
- **POCUS:** Derrame pericárdico com colapso de câmaras direitas (tamponamento); ventrículo direito dilatado (TEP); ou ausência de deslizamento pleural (pneumotórax).
- **Conduta-Chave:** Desobstrução mecânica imediata. Realizar punção de alívio/drenagem no pneumotórax; pericardiocentese de emergência no tamponamento; ou trombólise no TEP instável.
- **Armadilha:** Atrasar a descompressão de um pneumotórax hipertensivo evidente para aguardar uma radiografia de tórax.

Desafio Clínico

Analise os quatro cenários clínicos a seguir e force o seu cérebro a tomar as decisões clínicas fundamentais antes de ler as respostas comentadas.

Os Casos da Sala Vermelha

- **Caso A:** Idosa de 72 anos, febril há 48 horas, confusa, taquicárdica, com extremidades quentes, pulsos cheios e PA de 75x40 mmHg.
- **Caso B:** Jovem de 24 anos com dor torácica súbita e dispneia extrema após acidente de moto. Apresenta ausência de murmúrio vesicular à esquerda e desvio de traqueia. PA de 70x35 mmHg.
- **Caso C:** Homem de 67 anos com dor retroesternal opressiva há 2 horas, pálido, com suor frio, estertores crepitantes nos pulmões bilateralmente e turgência jugular visível. PA de 80x45 mmHg.
- **Caso D:** Paciente com histórico de vômitos incoercíveis e diarreia profusa há 3 dias. Chega letárgico, com olhos encovados, pele fria, TEC de 5 segundos e jugulares totalmente colabadas. PA de 70x40 mmHg.

Perguntas de Decisão Clínica para Cada Caso:

1. Qual é o tipo de choque provável?
2. O padrão clínico é "quente" ou "frio"?
3. Como você espera encontrar as veias jugulares e os pulmões?
4. O volume (fluidos) ajudaria ou prejudicaria a conduta inicial?
5. Qual o tratamento etiológico imediato?
6. O que a avaliação com POCUS agregaria de valor?

Respostas e Discussão Clínica

Discussão do Caso A

- **Diagnóstico:** Choque Distributivo (Séptico, foco urinário provável).
- **Padrão:** Quente (vasodilatação periférica inicial).
- **Exame Físico:** Jugulares planas/colabadas. Pulmões limpos (a menos que a fonte seja pulmonar).
- **Conduta de Fluidos:** Ajuda na fase inicial (reposição criteriosa), mas não deve atrasar o uso de vasopressores.
- **Tratamento Etiológico:** Antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora e coleta de culturas.
- **POCUS:** Coração hiperdinâmico, VCI colabável.

Discussão do Caso B

- **Diagnóstico:** Choque Obstrutivo (Pneumotórax hipertensivo à esquerda).
- **Padrão:** Frio (baixo débito por restrição mecânica ao retorno venoso).
- **Exame Físico:** Turgência jugular presente (represamento venoso). Pulmão esquerdo sem murmúrio vesicular.
- **Conduta de Fluidos:** Pouco efeito benéfico. O problema central é mecânico.
- **Tratamento Etiológico:** Descompressão torácica imediata (punção com agulha no segundo espaço intercostal ou toracostomia com dreno).
- **POCUS:** Ausência de deslizamento pleural (sliding) à esquerda.

Discussão do Caso C

- **Diagnóstico:** Choque Cardiogênico (IAM com supra de parede anterior).
- **Padrão:** Frio (falência de bomba direta).
- **Exame Físico:** Turgência jugular proeminente bilateral. Pulmões congestos (crepitações bilaterais por edema pulmonar).
- **Conduta de Fluidos:** Altamente prejudicial! Risco de piorar de forma catastrófica a congestão pulmonar.
- **Tratamento Etiológico:** Angioplastia coronária de emergência (ou fibrinólise se indisponível), suporte inotrópico associado à noradrenalina.
- **POCUS:** Ventrículo esquerdo com hipocinesia segmentar grave, múltiplas Linhas B pulmonares bilateralmente.

Discussão do Caso D

- **Diagnóstico:** Choque Hipovolêmico (Desidratação grave).
- **Padrão:** Frio (baixo volume circulante com compensação simpática).
- **Exame Físico:** Jugulares totalmente colabadas. Pulmões limpos.
- **Conduta de Fluidos:** Altamente benéfico e prioritário. Reposição vigorosa de cristaloides isotônicos.
- **Tratamento Etiológico:** Controle das perdas gastrointestinais e hidratação guiada por metas clínicas.
- **POCUS:** VCI filiforme e totalmente colabável durante o ciclo respiratório.

O Desafio do Choque Misto

Na prática diária de terapia intensiva e emergência, o paciente real raramente se encaixa de forma perfeita em uma única caixa diagnóstica. É muito comum nos depararmos com o **choque misto**.

Considere o seguinte cenário real na UTI: Um paciente é admitido com **choque séptico pulmonar** (choque distributivo predominante). Devido à febre, taquipneia e baixa ingesta de líquidos, ele também apresenta um componente de desidratação severa (**choque hipovolêmico associado**).

No dia seguinte, as toxinas bacterianas circulantes provocam uma disfunção cardíaca induzida pela sepse, com queda drástica na fração de ejeção (**componente cardiogênico**). Para agravar, ele é intubado e colocado sob parâmetros elevados de pressão positiva expiratória (PEEP) na ventilação mecânica, o que comprime a veia cava e restringe o retorno venoso ao coração (**componente obstrutivo**).

O que isso ensina ao médico? Não se apegue a diagnósticos estáticos. Se o paciente em choque séptico não responde à reposição inicial e à noradrenalina, reavalie! Ele pode ter desenvolvido uma disfunção miocárdica (necessitando de dobutamina) ou estar sofrendo restrição mecânica devido aos parâmetros ventilatórios.

Erros Que Precisam Ser Evitados

Fique atento aos deslizes mais comuns cometidos no plantão de emergência:



Sumário

Algoritmo de Bolso

RECONHEÇA A HIPOPERFUSÃO → ESTABILIZE (ABCDE) → IDENTIFIQUE O MECANISMO → TRATE A CAUSA IMEDIATA → OTIMIZE A HEMODINÂMICA → REAVALIE CONTINUAMENTE

Memorize esta regra de ouro: No manejo do estado de choque, nenhuma conduta é definitiva. Toda intervenção clínica (seja uma infusão de 250 ml de soro, seja o aumento de dose de um vasopressor) é um teste fisiológico. Avalie a perfusão clínica antes e depois de cada ação.

"A resposta do paciente faz parte do diagnóstico."

