



**AVALIAÇÃO E MANEJO
DOMICILIAR DA SUSPEITA
DE CHOQUE**

MÓDULO 19



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de
Carvalho Silva***

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA SUSPEITA DE CHOQUE

UNIDADE - 03

**São Luís
2014**

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

Revisão Ortográfica:

João Carlos Raposo Moreira

Revisão Técnica:

Fabício Silva Pessoa

Leonardo Savassi

Mariana Borges Dias

Revisão Didático-Pedagógica:

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região Nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Avaliação e manejo domiciliar da suspeita de choque/Guilherme Emanuel Bruning; Mauro Binz Kalil; Sati Jaber Mahmud (Org.). - São Luís, 2014.

13 f. : il.

1. Choque. 2. Choque traumático. 3. Disfunção orgânica. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Título.

CDU616-001.36

SUMÁRIO

UNIDADE 3	6
1 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA SUSPEITA DE	
CHOQUE	6
1.1 O que é	6
1.2 Como avaliar	6
1.3 Como diagnosticar	9
1.4 Como manejar	10
1.5 Quando referenciar	12
REFERÊNCIAS	13

UNIDADE 3

1 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA SUSPEITA DE CHOQUE

1.1 O que é

Choque é um estado fisiológico caracterizado por uma redução significativa de perfusão tecidual, o que resulta em inúmeras alterações, sendo a principal delas o desequilíbrio entre a oferta e a utilização de oxigênio (GAIESKI, 2013). Também pode ocorrer baixa oferta de nutrientes, reduzida depuração de substâncias tóxicas, maior afluxo de substâncias nocivas ao tecido, ativação de mecanismos agressores e redução de defesa do hospedeiro (SIQUEIRA; SCHMIDT, 2003). As alterações ocorrem primeiramente em nível celular, tecidual, e progridem para sistêmico, desencadeando cascatas inflamatórias e não inflamatórias.

Segundo Bone (1992), a mortalidade por choque é muito alta. Estima-se em 35-60% de morte quando o diagnóstico é choque séptico, podendo chegar a 60-90% quando o choque é cardiogênico (MOSCUCCI; BATES, 1995). A mortalidade ocasionada por choque hipovolêmico é variável, dependendo sobremaneira da causa e de quanto tempo foi necessário para ocorrer o reconhecimento e o tratamento.

1.2 Como avaliar

O choque pode ser classificado basicamente em três tipos:

a) Choque hipovolêmico

Ocorre quando há redução do volume circulatório difusamente, evidenciando-se um esforço orgânico para manter uma perfusão adequada aos órgãos vitais. Há duas possíveis subclassificações:

- I. Hemorrágico: trauma fechado ou penetrante, sangramento intestinal alto ou baixo, ruptura de hematoma, pancreatite hemorrágica, fraturas, ruptura de aorta.
- II. Perdas de fluidos: desidratação, acidente vascular hemorrágico, queimaduras, perda para terceiro espaço (comum em pacientes pós-operatórios, obstrução intestinal, pancreatite, cirrose).

b) Choque cardiogênico

Ocorre em consequência de falha do coração em impulsionar o sangue a todo o organismo. Pode ter as seguintes classificações:

- I. Cardiomiopatia: infartos, cardiomiopatia dilatada, miocardite, progressão de choque séptico.
- II. Arritmias: fibrilação atrial, flutter atrial, taquicardia ventricular, bradiarritmias, bloqueio cardíaco completo.
- III. Anormalidades mecânicas: causas podem incluir defeitos valvulares, defeito ou ruptura de septo ventricular, músculo papilar ou cordoalha tendínea, insuficiência aórtica aguda.
- IV. Anormalidades extracardíacas: embolia maciça pulmonar, pneumotórax hipertensivo, pericardite constrictiva severa, tamponamento cardíaco, hipertensão pulmonar severa.

c) Choque distributivo

Ocorre em consequência de múltiplas situações que ocasionam uma vasodilatação disseminada, como por exemplo:

- I. Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS);
- II. Choque séptico;
- III. Síndrome de choque tóxico;
- IV. Reações anafiláticas e anafilactoides;
- V. Drogas ou reações tóxicas, incluindo picadas, reações transfusionais, ingestão de metais pesados;
- VI. Mixedema;
- VII. Choque neurogênico;
- VIII. Síndrome pós-parada cardíaca.

Independente do tipo de choque, existe uma progressão que pode culminar em dano irreversível e morte. Citam-se abaixo os estágios do avanço do estado de choque:



O pré-choque é assim denominado em situações em que os mecanismos compensatórios ainda estão acontecendo, como, por exemplo, “quando um adulto tem diminuição de 10% de seu sangue arterial perdido por hematoquezia (perda de sangue vivo nas fezes) e está assintomático”. Irá apresentar taquicardia, vasoconstricção periférica e uma modesta diminuição ou aumento

da pressão arterial (SCHOMAKER, 1996; CHIEN, 1967).

O indivíduo encontra-se em choque quando, apesar dos mecanismos de compensação do organismo francamente instalados, não se obtêm respostas fisiológicas, aparecendo “sinais e sintomas de disfunção orgânica, como taquicardia, dispneia, diaforese, cansaço, acidose metabólica, oligúria e pele fria”. No estágio de disfunção de órgão-alvo, percebe-se “diminuição do volume urinário, evolução para anúria e insuficiência renal aguda, acidose metabólica, diminuição do débito cardíaco, além de distúrbios de SNC, como inquietação envolvendo agitação, obnubilação e coma”. Pode ocasionar dano orgânico irreversível e morte do paciente (SCHOMAKER, 1996; CHIEN, 1967).

Cabe à equipe de Atenção Domiciliar (AD) a identificação desta síndrome clínica denominada choque, em qualquer um dos estágios acima referidos. Como faz parte de uma via final comum de várias doenças fatais, o seu reconhecimento para correção das disfunções por ela provocadas deve ser o mais precoce possível (SIQUEIRA; SCHMIDT, 2003). No entanto, não pertence ao escopo da AD o tratamento desta situação, devendo, quando identificado, ocorrer direcionamento breve a nível hospitalar.

1.3 Como diagnosticar

O diagnóstico de choque é essencialmente clínico, sendo constatado, portanto, através de anamnese e exame físico realizados em domicílio. Contudo, exames laboratoriais de imagem ajudarão na conclusão diagnóstica causal, etapa pertencente ao ambiente hospitalar.

É fundamental seu reconhecimento precoce com o objetivo de correção das disfunções ocasionadas. Além disso, quanto mais cedo for instituído o tratamento da causa base, melhor o prognóstico para o paciente.

A apresentação clínica é variável de acordo com o tipo de choque, causas e apresentação. Muitos achados são comuns a todos os tipos de choque. Dentre os achados clínicos típicos, citam-se:

- Hipotensão - pode ser absoluta, tendo pressão sistólica menor que 90 mmHg, ou relativa, sendo uma queda de pelo menos 40 mmHg em relação aos valores habituais do paciente. A hipotensão poderá culminar na necessidade de uso de vasopressores.

- Oligúria - pode ser ocasionada por afluxo de sangue para outros órgãos vitais e/ou perda de volume intravascular.

- Estado mental alterado - modificação de estado mental é frequente no início do choque, sendo percebidas agitação (que pode ser progressiva), confusão ou delírium, que ocasionam obnubilação e coma.

- Pele fria - é ocasionada por mecanismos compensatórios de diminuição da perfusão tecidual, para direcionar sangue da periferia para órgãos vitais.

- Acidose metabólica - desenvolve-se pela progressão do choque, refletindo diminuição da função hepática e renal, o que acarreta aumento dos níveis de lactato.

1.4 Como manejar

Quando há suspeita de choque, a evolução diagnóstica deve ocorrer ao mesmo tempo em que ocorre a ressuscitação, não

devendo ser atrasada pela coleta da história, exame físico, testes laboratoriais ou de imagem. A história pode ser fornecida pelos familiares, caso o paciente não consiga falar. Perguntar sobre queixas recentes, como febre, estados gripais, dores, vômitos ou perdas sanguíneas. Importante investigar alergias alimentares e medicamentosas, modificações recentes de medicações, possíveis intoxicações com drogas e doenças pré-existentes.

O exame físico deve ser direcionado para descobrir tipo, gravidade e causa do choque. Achados do exame físico não são considerados sensíveis nem específicos para identificar a causa do choque, mas direcionam ao diagnóstico, permitindo a tomada de atitude de acordo com as hipóteses causais (GAIESKI, 2013).

O manejo inicial em AD, independente de qual for o tipo de choque, relaciona-se à aplicação do ABCDE do suporte básico de vida, que deve ser realizado até a chegada do suporte intermediário para garantir a manutenção da vida até o atendimento hospitalar:

A letra “A” (do inglês *airways*) corresponde ao acesso às vias aéreas, para mantê-las pérvias e protegidas contra a obstrução por corpos estranhos ou queda da língua, aspiração brônquica, de conteúdo gástrico, sangue, fragmentos de dentes etc.

A letra “B” (do inglês *breathing*) refere-se à adequada ventilação e oxigenação ao paciente.

- O manejo pode requerer intubação orotraqueal, nesses casos tem-se o Suporte Avançado de Vida;

A letra “C” corresponde à circulação (do inglês *circulation*), que se refere à manutenção da circulação.

- Acesso venoso calibroso deve ser providenciado. A reposição volêmica aumenta o volume circulatório, devendo-se iniciar com pelo menos 20 ml/kg, podendo-se monitorar pela diminuição da taquicardia, melhora do volume urinário e

estado neurológico. Drogas vasoativas podem ser necessárias, no entanto, seu manejo em ambiente hospitalar será mais adequado, principalmente após maiores indícios da causa do choque (SIQUEIRA; SCHMIDT, 2003);

A letra D (do inglês *disability*): corresponde ao exame neurológico e possibilita investigar resposta a estímulos que verifiquem o estado de consciência.

A letra E (do inglês *exposure*): despier o paciente para inspeção geral. O serviço médico de urgência local, o SAMU, poderá providenciar a instalação destas medidas caso a equipe não esteja munida de equipamentos adequados para este manejo. Portanto, deve ser acionado o mais precocemente possível depois de estabelecido o diagnóstico.

1.5 Quando referenciar

Sempre que houver diagnóstico de choque, o paciente deverá ser referenciado a um serviço de emergência que conte com recursos adequados para condutas diagnósticas e terapêuticas. A equipe de AD que está avaliando o paciente deverá acionar o SAMU ou serviço médico de urgência de referência do município, para direcionar o tratamento.

O contato com a instituição que receberá a pessoa é de grande importância para repassar as informações pertinentes já obtidas no atendimento domiciliar e as condutas tomadas no domicílio, preferencialmente registrando-as em documento para encaminhar juntamente com o paciente. Essa atitude é importante, pois a equipe recebedora do paciente poderá preparar o suporte adequado para atendimento no âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

BONE, R. C. Toward an epidemiology and natural history of SIRS (Systemic Inflammatory response syndrome). **JAMA**, n. 268, p. 3452, 1992.

CHIEN, S. Role of the sympathetic nervous system in hemorrhage. **Physiol Rev**, n. 47, p. 214, 1967.

GAIESKI, D. **Shock in adults**: types, presentation, and diagnostic approach. 2013. Disponível em: <http://goo.gl/M29CNr>. Acesso em: 28 ago. 2013.

MOSCUCCI, M.; BATES, E. R. Cardiogenic shock. **Radiol Clin**, n. 13, p. 391, 1995.

SCHOEMAKER, W. C. Temporal physiologic patterns of shock and circulatory dysfunction based on early descriptions by invasive an noninvasive monitoring. **New Horiz**, n. 4, p. 300, 1996.

SIQUEIRA, B. G.; SCHIMDT, A. Choque circulatório: definição, diagnóstico e tratamento. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 36, p. 145-150, 2003.