



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO DOS CHOQUES HIPOVOLÊMICO E NEUROGÊNICO

*Fábio Fonseca Pagazzi¹; Laísy Monteiro Pires²; Bruno Vasconcellos Rodrigues³;
Igor Daniel Loureiro³; Marcel Minarine Milagres³; Matheus Lima da Cunha³;
Daniel Poltroniere Rangel³.*

¹ UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

² HMMR – Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, Volta Redonda, RJ.

³ UVV – Universidade Vila Velha, Vila Velha, ES.

Introdução: Choque é uma síndrome clínica caracterizada pelo desequilíbrio entre a oferta e demanda tecidual de nutrientes e oxigênio, levando a uma redução grave e disseminada da perfusão tecidual, que pode evoluir com disfunção celular e falência de órgãos¹. Pode ser classificado como hipovolêmico, cardiogênico, distributivo e obstrutivo, de acordo com a fisiopatologia e etiologia e, dessa forma, orientando uma melhor conduta². O choque hipovolêmico ocorre devido ao débito cardíaco inadequado, que pode ocorrer por desidratação, hemorragia ou sequestro de líquidos², enquanto o choque neurogênico, uma classificação etiológica do choque distributivo, é decorrente da perda da atividade simpática.

Objetivos: O trabalho tem como objetivo diferenciar o choque neurogênico do choque hipovolêmico e esclarecer o motivo pelo qual o tratamento basal deve ser o mesmo e com foco no choque hipovolêmico.

Metodologia: A pesquisa se embasou em artigos e livros publicados, entre os anos de 2008 a 2014, que abordaram os assuntos de choque nos mais variados contextos.

Discussão: Para que ocorra a identificação precoce do estado de choque, deve-se manter atenção nas alterações que ocorrem na frequência cardíaca, frequência respiratória, perfusão cutânea e pressão de pulso. O paciente, geralmente, apresenta-se taquipneico, devido à resposta orgânica em tentar compensar a hipóxia tecidual. Pode haver hipoperfusão ou hiperperfusão cutânea, tal alteração é variável conforme o tipo de choque. Para identificá-las é importante avaliar alterações no tempo de enchimento capilar, temperatura, coloração das extremidades e pressão de pulso. Devido à perda da atividade simpática, o paciente com choque neurogênico, cursa com diminuição no débito cardíaco. Ocorre uma

hipovolemia relativa, pois não há perda no volume circulante, mas baixo fluxo devido à vasodilatação periférica, notando-se uma hipotensão sem taquicardia. Na fisiopatologia do choque hipovolêmico, ocorre perda aguda de volume sanguíneo, que se representa pela diminuição da pré-carga e conseqüente queda do retorno venoso, do débito cardíaco e aumento da RVP. O primeiro sinal é a taquicardia, seguido de pressão arterial normal ou diminuída, estreitamento da pressão de pulso, entre outros sinais de hipoperfusão tecidual⁴. Como o choque neurogênico está, geralmente, ligado ao trauma, deve ser inicialmente conduzido como choque hipovolêmico, portanto, é necessária reposição volêmica, a fim de reverter o quadro de hipoperfusão tecidual. Inicialmente, deve-se estabelecer um acesso venoso central e, em caso de drogas vasoativas, instituir cateter arterial invasivo, visando monitorização fidedigna da PAM e gasometrias seriadas. As condutas e procedimentos visam otimizar a perfusão cerebral, a oxigenação tecidual e evitar lesões secundárias. Os pacientes com ECG menor ou igual 8 têm indicação de suporte ventilatório, sedação e analgesia, a fim de evitar hipercapnia. A reposição inicial de fluidos é feita pela fórmula básica de 20-40 mL/Kg e pode-se usar cristalóide ou colóide. Após a infusão de líquidos, se não houver melhora no quadro, faz-se necessária a utilização de drogas vasoativas e inotrópicas, como a noradrenalina e a dobutamina, respectivamente². A dopamina teve seu uso associado à maior taxa de taquiarritmias, não sendo mais a primeira opção para restauração da PAM. Preconiza-se, como dose inicial, noradrenalina 0,1µg/Kg/min, podendo chegar à dose máxima de 2µg/Kg/min, tendo em vista que doses superiores a essa não demonstram benefício ao paciente, enquanto a dobutamina tem dose inicial de 2,5 µg/Kg/min, podendo chegar à dose máxima de 30µg/Kg/min.

Conclusão: A identificação precoce do estado de choque, bem como o reconhecimento do tipo e da causa, influencia no prognóstico do paciente. E, apesar das fisiopatologias e clínica distintas, o manejo do choque neurogênico e choque hipovolêmico são semelhantes, tendo em vista que a hipovolemia é um agravante no choque neurogênico.

Palavras-chave: Choque neurogênico; hipovolêmico; diagnóstico.



REFERÊNCIAS

CARLOTTI, A. P. C. P. Choque em crianças. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 197-207, jan. 2012. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp4_Choque%20em%20Crian%20as.pdf> . Acesso em: 07 nov. 2014.

FALCÃO, L. F. R.; COSTA, L. H. D.; AMARAL, J. L. G. **Emergências**: fundamentos e práticas. São Paulo: Martinari, 2010.

MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências clínicas**: abordagem prática. 9. ed. Barueri: Manole, 2014.

MASELLA, C. A. SAMU. **Choque**. Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/samu/neu-pdf/04-choque_trauma.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2014.