

ALGORITMO ADAPT | PRIMEIROS 10 MINUTOS DO PACIENTE EM CHOQUE

Caso interativo: organize prioridades, integre POCUS e decida sob pressão

ADAPT EM UM CICLO: A: avalie gravidade e perfusão | D: defina o fenótipo provável | A: estabilize e investigue em paralelo | P: trate mecanismo e causa | T: teste a resposta após cada intervenção

A - AVALIAÇÃO INICIAL | 0-2 MIN

- ABCDE, monitor, SpO2, PA/PAM seriada, ECG, temperatura e glicemia.
- Acessos IV/IO; lactato/gasometria e exames essenciais; diurese quando viável.
- Neste caso: confusão + TEC 5 s + PA 82/48 = choque com hipoperfusão.

D - DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO | 0-3 MIN

- Choque é hipoperfusão, mesmo antes de hipotensão isolada.
- Fenótipo: distributivo, hipovolêmico, cardiogênico ou obstrutivo; mecanismos podem coexistir.
- Febre, tosse e consolidação tornam infecção pulmonar provável, sem encerrar os diferenciais.

A - ABORDAGEM EM PARALELO | 0-5 MIN

- Oxigenação/ventilação conforme necessidade; não aguarde TC para estabilizar.
- Culturas quando indicadas, sem atrasar antimicrobiano imediato - idealmente em até 1 h no choque.
- POCUS responde perguntas; não substitui o exame clínico nem confirma sepse.

P - PROTOCOLO TERAPÊUTICO | 3-10 MIN

- Cristaloide balanceado em etapas se responsiva e sem sinais de intolerância.
- Noradrenalina se hipotensão persiste ou cedo, em paralelo ao volume, se hipoperfusão ameaçadora.
- Trate a causa: antimicrobiano adequado e plano de controle do foco.

T - TESTE DE RESPOSTA | CICLO 5-15 MIN

- PAM, TEC, pele, consciência, pulso, FR/SpO2, diurese e tendência do lactato.
- Pulmões e hemodinâmica após cada etapa; repita POCUS quando a pergunta mudar.
- Sem melhora: reclassifique, procure foco/causa oculta e escale UTI/especialista.

FLUXO DE DECISÃO | FAÇA, MEÇA, DECIDA, REPITA

1. RECONHEÇA E NÃO ESPERE

Paciente grave + sinais de hipoperfusão? Trate como choque enquanto define o mecanismo. Lactato normal não o exclui.

2. ESTABILIZE + FENÓTIPO SEM ATRASO

Em paralelo: suporte ABC, monitorização, acessos, lactato/culturas e antimicrobiano. POCUS focado: VE e débito global; VD; pericárdio; pulmões (linhas B, pneumotórax, consolidação); FAST/aorta se a pergunta clínica exigir. Não use a VCI isoladamente.

AUMENTO RELEVANTE DO VOLUME SISTÓLICO COM PLR/BOLUS-TESTE E SEM CONGESTÃO PULMONAR?

SIM

FLUIDO EM ETAPA

Cristaloide balanceado 250-500 mL; reavalie imediatamente. Integre as etapas ao volume inicial de 30 mL/kg em 3 h quando indicado, com individualização.

NÃO

NÃO REPITA EMPIRICAMENTE

Pare novos bolus. Reavalie mecanismo, congestão, sangramento e causas obstrutivas; decida por vasoativo, inotrópico ou procedimento conforme o fenótipo.

PAM ABAIXO DE 65 mmHg OU HIPOPERFUSÃO PERSISTENTE?

SIM

NORADRENALINA

Primeira linha; titular para PAM em torno de 65 mmHg. Pode iniciar por acesso periférico adequado como ponte, conforme protocolo e vigilância local.

NÃO

MANTENHA + VIGIE

Não persiga pressão isolada. Confirme melhora de perfusão, mantenha tratamento da causa e evite tanto sub quanto sobrerressuscitação.

3. LOOP DE SEGURANÇA - APÓS CADA INTERVENÇÃO

Melhorou? continue, trate o foco e organize UTI. Não melhorou? repita o ADAPT: reveja diagnóstico, resposta a fluidos, POCUS, dose de vasoativo, função cardíaca e necessidade de controle de foco/procedimento.

APLICAÇÃO AO CASO

ENTRADA

- 1 Choque com hipoperfusão + provável foco pulmonar. Estabilização e investigação começam juntas.

POCUS

- 2 VE preservado/hiperdinâmico; sem derrame relevante, dilatação importante de VD ou padrão difuso de congestão; consolidação em base direita.

DINÂMICA

- 3 PLR com aumento relevante do volume sistólico: faça cristalóide em etapa e reavalie perfusão e pulmões.

PERSISTÊNCIA

- 4 PAM segue abaixo de 65 e não há benefício claro de mais volume: inicie noradrenalina e mantenha o ciclo ADAPT.

TRILHO INFECCIOSO - NÃO FICA PARA DEPOIS

- Antimicrobiano empírico imediato, idealmente em até 1 h no choque; escolha conforme foco, alergias, função renal e epidemiologia local.
- Obtenha culturas antes quando isso não atrasar o tratamento.
- Planeje controle de foco desde o início; consolidação apoia o foco pulmonar, mas não encerra a investigação.
- Tendência do lactato e TEC complementam - não substituem - a avaliação clínica seriada.

NÃO ERRE NO PLANTÃO

- 1) Não espere TC ou um lactato para tratar o choque.
- 2) Não use função ventricular preservada para excluir sepse.
- 3) Não transforme VCI ou qualquer achado isolado em prescrição de volume.
- 4) Não repita bolus sem demonstrar benefício e tolerância.
- 5) Não atrase noradrenalina em hipoperfusão grave.

Nuance: em pacientes com 65 anos ou mais, a SSC 2026 admite alvo inicial de PAM de 60-65 mmHg; individualize contexto e resposta.