

Novas perspectivas no tratamento do paciente com sepse

Evelin Capellari Cárnio¹



A sepse representa 20% das admissões em unidades de terapia intensiva (UTI) não cardiológicas, com elevada taxa de mortalidade. Mesmo diante dos avanços nas terapias antimicrobianas e vasopressoras, a mortalidade permanece elevada, sendo necessário reconhecimento precoce do diagnóstico de sepse para evitar a transição para o choque séptico, que está associado a uma taxa de mortalidade de 40% ou mais⁽¹⁾.

Em 2016, a Society of Critical Care Medicine (SCCM) e a European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) publicaram novas definições, simplificando a nomenclatura da sepse, que passou a ser definida como presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida, secundária à resposta desregulada do hospedeiro perante uma infecção. Choque séptico é quando a sepse ocorre com a presença de hipotensão, com necessidade de terapia vasopressora para manter pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg associada a lactato ≥ 2 mmol/L, após adequada ressuscitação volêmica⁽²⁾.

Como resposta à falta de melhora na mortalidade do paciente com sepse, foi criada, pelas mesmas sociedades a campanha Sobrevivendo à Sepse, que traz as diretrizes para guiar o tratamento da doença no mundo todo. Essas diretrizes foram revistas em maio de 2018 e sofreram algumas mudanças, sendo a principal a proposta do pacote de uma hora⁽³⁾. O pacote de tratamento da sepse aborda um conjunto selecionado de elementos de cuidado que, quando implementados como um grupo, afetam os desfechos clínicos, simplificando os processos complexos de atendimento a esses pacientes. A campanha anteriormente descrevia dois pacotes de cuidados com a finalidade de reduzir a mortalidade. O primeiro era denominado de pacote de três horas, que incluía medir os níveis plasmáticos de lactato, ter acesso às hemoculturas antes do início da antibioticoterapia, administrar antibióticos de amplo espectro e 30 mL/kg de cristalóide em caso de hipotensão ou lactato maior ou igual a 4 mmol/L. O objetivo desse pacote era limitar a hipóxia tecidual e a hipoperfusão e, ao mesmo tempo, instituir terapia antimicrobiana precoce. O pacote de seis horas incluía o uso de terapia vasopressora para manter a PAM maior ou igual a 65 mmHg, no caso de hipotensão persistente, mesmo após reposição volêmica com pressão arterial menor que 65 mmHg ou lactato maior ou igual a 4 mmol/L.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Cárnio EC. New perspectives for the treatment of the patient with sepsis. 2019;27:e3082. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3082>. mês dia ano

A mudança atual mais importante nessa revisão foi que os pacotes de três horas e seis horas que vinham sendo utilizados foram combinados em um único de uma hora, com o propósito de promover o início das intervenções o mais rápido possível. Essa medida favorece o cuidado realizado à beira do leito dos pacientes, quando a terapia terá início imediato, especialmente naqueles com hipotensão, ao invés de se aguardar por mais tempo e posteriormente ter de lidar com medidas de ressuscitação mais complexas e por maiores períodos.

Esse novo pacote inclui:

Medir as concentrações séricas de lactato. Elevações nessas concentrações sugerem possibilidade de ocorrência de hipóxia tecidual e aceleração da glicólise aeróbica causada pelo excesso de estimulação beta-adrenérgica, que podem estar associados a piores prognósticos.

Obter hemoculturas antes de iniciar antibióticos. A coleta de hemoculturas é um passo imprescindível na abordagem da sepse. Ela deve ser colhida antes do início da administração dos antibióticos, considerando que pode ocorrer a esterilização de culturas.

Iniciar antibióticos de amplo espectro. Deve-se iniciar o tratamento com antibióticos de amplo espectro com um ou mais antimicrobianos intravenosos, na tentativa de cobrir os diferentes patógenos. O início deve ser feito imediatamente após a coleta da hemocultura.

Iniciar ressuscitação volêmica com 30 mL/kg de cristalóide para hipotensão ou lactato maior ou igual a 4 mmol/L. A ressuscitação volêmica precoce é extremamente relevante para a estabilização da hipoperfusão tecidual induzida pela sepse ou choque séptico

Iniciar terapia vasopressora se o paciente apresentar hipotensão durante ou após a ressuscitação volêmica, para manter a pressão arterial média maior que 65 mmHg. Se a hipotensão não for controlada após a ressuscitação fluidica inicial, os vasopressores devem ser iniciados dentro da primeira hora para atingir a PAM \geq 65 mmHg.

Essa é a principal mudança nos pacotes. Anteriormente, a terapia vasopressora era iniciada apenas no pacote de seis horas. Entretanto a recuperação urgente da pressão de perfusão é fundamental para o funcionamento adequado dos órgãos vitais, sendo parte importante da ressuscitação e não devendo ser postergado.

Os pacotes evoluíram; entretanto, a essência da campanha Sobrevivendo à Sepse permanece a mesma, ou seja, devemos buscar a rapidez na identificação e no cuidado para melhorar o prognóstico. Apesar de algumas críticas, os pacotes de tratamento de pacientes com sepse e choque séptico são apoiados na literatura e, portanto, é necessária a análise clínica individual do paciente à beira do leito. Nesse sentido, a atuação da equipe de enfermagem, pelo fato de permanecer maior tempo próxima ao paciente, pode auxiliar no reconhecimento e diagnóstico precoce da doença. Por meio da identificação das necessidades básicas afetadas, esse profissional pode contribuir com a equipe multiprofissional, avaliando e fazendo uso de terapias adequadas, que poderão contribuir para o melhor prognóstico. Assim, faz-se necessário treinar enfermeiros que atuam nas UTI para adquirir habilidades e ter uma abordagem orientada por protocolo, a fim de iniciar a terapia eficaz e precocemente. As orientações produzidas pela campanha Sobrevivendo à Sepse oferecem uma estrutura sólida para o gerenciamento da enfermidade, capacitando enfermeiros para fazer a diferença no atendimento ao paciente. Além disso, esse profissional pode fornecer dados importantes que deverão ser somados na formulação desses pacotes de atendimento.

Referências

1. Cecconi M, Evans L, Levy M, Rhodes A. Sepsis and septic shock. *Lancet*. 2018 Jul 7;392(10141):75-87. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30696-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30696-2)
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW3, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock. *JAMA*. 2016 Feb 23;315(8):801-10. doi:10.1001/jama.2016.0287
3. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Med*. 2018 Jun;44(6):925-28. doi: 10.1007/s00134-018-5085-0

Autor correspondente:

Evelin Capellari Cárnio

E-mail: carnioec@eerp.usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-8735-4252>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.