

USE CORTICOSTERÓIDES DE ACORDO COM O PROTOCOLO DA INSTITUIÇÃO

Definição do indicador

Numerador: número de pacientes em que se administrou 200-300 mg de hidrocortisona.

Denominador: número total de pacientes com choque séptico em que estava indicado o uso de corticosteróides segundo o protocolo da instituição.

Recomendações

Sugerimos administrar hidrocortisona intravenosa em doses baixas (200 a 300 mg/dia) apenas em pacientes adultos, com choque séptico, em que a restauração da pressão arterial for identificada como “pouco responsiva” à reposição volêmica e ao uso de vasopressores. ***Recomendação fraca***

Fundamentos

Diferentes mecanismos e argumentos sustentam o uso de corticosteróides em doses baixas nos pacientes com choque séptico: insuficiência adrenal relativa, resistência periférica aos esteróides, efeitos no tônus vascular e na resposta imune e aumento no período de sobrevivência. Estudos randomizados, controlados, utilizando doses elevadas de corticosteróides, falharam em melhorar o prognóstico levando a um ceticismo e à refratariedade ao uso. No entanto, estudos recentes, controlados, utilizando doses baixas de hidrocortisona no choque séptico, fizeram renascer o uso dos corticosteróides e a discussão atual de que esses pacientes podem se beneficiar dessa conduta.

Em um estudo francês multicêntrico, randomizado e controlado, incluindo 300 pacientes com choque séptico refratário a volume e catecolaminas, o principal resultado foi maior sobrevida em 28 dias dos pacientes com insuficiência adrenal relativa.

Dois outros pequenos estudos randomizados e controlados também mostraram significativos resultados na reversão do choque com uso do corticóide. Por outro lado um grande estudo multicêntrico europeu em pacientes com choque séptico chamado “CORTICUS” mostrou resolução do choque mais rápida no grupo tratado com corticóide, mas nenhum impacto na redução de mortalidade. O uso do teste com ACTH para discriminar responsivos de não-responsivos não foi preditor de resolução mais rápida do choque. Um aspecto importante é que o estudo francês incluiu apenas pacientes em que a pressão arterial não respondeu inicialmente a vasopressores, enquanto o estudo CORTICUS incluiu todos os casos de choque séptico, independente da resposta aos vasopressores. Vale ressaltar que no estudo CORTICUS, pacientes pouco responsivos inicialmente a reposição volêmica e ao uso de doses crescentes de vasopressores, obtiveram redução nas taxas de mortalidade (10% absoluta e 20% relativa), quando submetidos a baixas doses de esteróides quando comparados ao grupo placebo.

Embora os corticóides aparentemente promovam uma reversão do choque, a falta de uma clara redução de mortalidade, associada aos seus efeitos adversos, limita a recomendação de forma ampla. Assim, o grau de recomendação foi reduzido de “forte” para “fraca” em relação às últimas diretrizes.

Outras recomendações

Sugerimos *não* utilizar o teste de estimulação com ACTH para selecionar os pacientes que irão receber hidrocortisona. **Recomendação fraca.**

Sugerimos *não* utilizar dexametasona em choque séptico se hidrocortisona

estiver disponível. **Recomendação fraca.** Hidrocortisona é o glicocorticóide de escolha nos pacientes com choque séptico. Apesar de não terem sido realizados estudos com diferentes corticosteróides, existem vários motivos para escolher a hidrocortisona. Primeiro, a maior parte da experiência com o tratamento em doses baixas tem sido adquirida com a hidrocortisona. Segundo, a hidrocortisona sintetizada é o equivalente fisiológico da forma ativa final do cortisol. Dessa forma, o tratamento com hidrocortisona repõe diretamente o cortisol, independentemente da sua transformação metabólica. Terceiro, a hidrocortisona tem atividade mineralocorticóide intrínseca, ao passo que a metilprednisolona e a dexametasona não a possuem. Por essa razão, sugerimos a associação diária de fludrocortisona (50 µg) se hidrocortisona não estiver disponível e o corticóide substituto não tiver uma atividade mineralocorticóide significativa (**Recomendação fraca**). A dexametasona pode levar a uma imediata e prolongada supressão do eixo HPA após a sua administração.

Sugerimos que, quando o choque estiver resolvido e não for mais necessário o uso de vasopressores, seja feito o desmame do corticóide. **Recomendação fraca (D)** Permanece ainda incerto se a interrupção gradual ou abrupta do corticóide afeta os resultados.

Dicas

1. Use uma política de uso de corticosteróides em dose baixa.
2. Crie um protocolo que oriente o uso de corticosteróides no choque séptico.
3. Resista ao argumento de que o uso de corticosteróides pode agravar a infecção.