

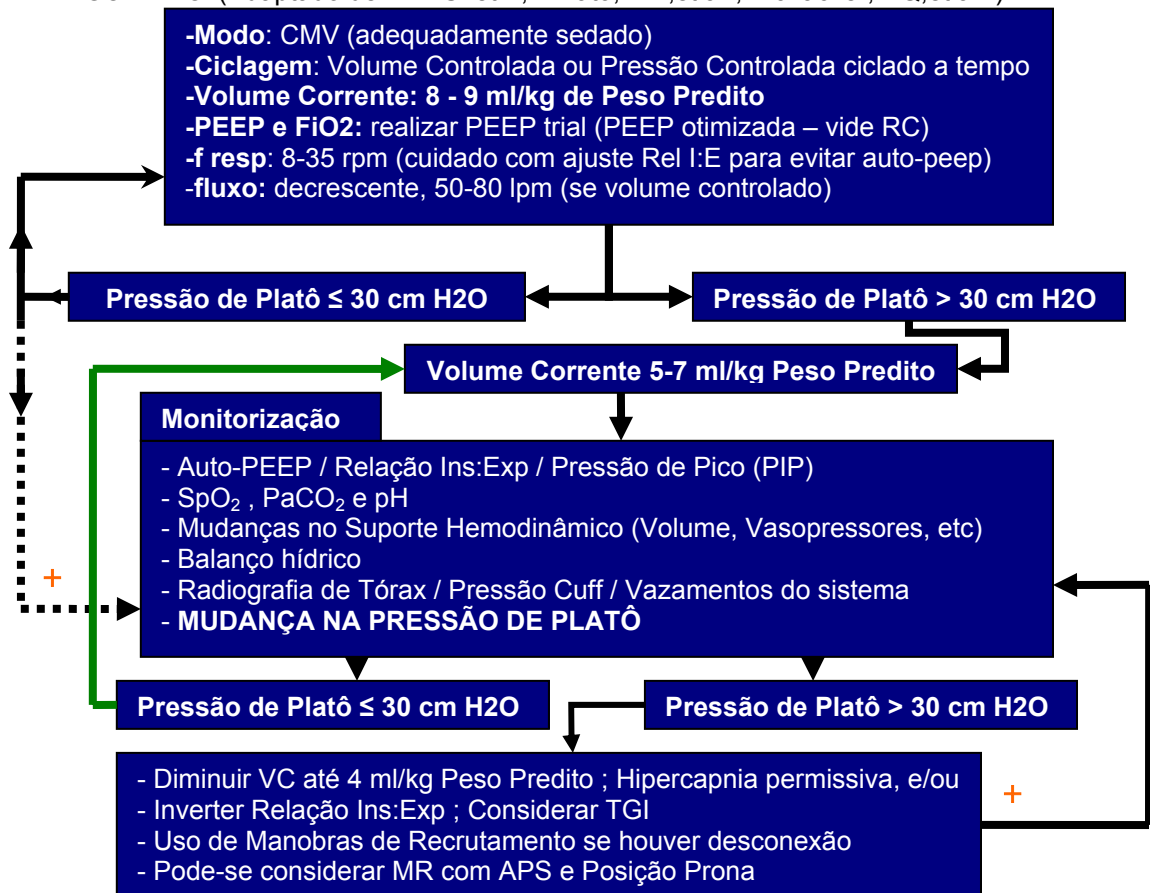


VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SARA E CHOQUE SÉPTICO

I - INTRODUÇÃO: A mortalidade decorrente da Lesão Pulmonar Aguda e da SARA mantém-se entre 35-60%. A ventilação com volumes correntes (VC) **baixos** (5-7 ml/kg de Peso Predito), associada ao uso de PEEP, impede a hiperdistensão alveolar e o colapsamento, além de manter o recrutamento dos alvéolos comprometidos^{1,2}. O uso de VC **intermediários** (8-9 ml/kg de Peso Predito) mostrou ser benéfico quando a pressão de platô (PP) for ≤ 30 cm H₂O^{3,4}. Não existe consenso sobre o valor de PEEP ideal a ser usado na SARA, sendo recomendado seu uso no valor mínimo necessário para evitar o colapso alveolar ao final da expiração⁴. O uso de VC baixos e o controle da PP podem levar à retenção de CO₂, que deverá ser manejada com alterações do volume-minuto usando-se ajustes de f resp e de relação ins:exp. Otimizados estes parâmetros, e mantida a retenção de CO₂ e pH < 7,15 o uso de bicarbonato poderá ser considerado^{1,2}.

II - GRAU DE RECOMENDAÇÃO: **Grau 1B**

III - ALGORITMO: (Adaptado de ARDSnet^{2,4}, Amato, MB, et al¹, Elchacker, PQ, et al³.)



IV - CONCLUSÃO: Os pacientes com SARA, quando ventilados usando-se a PEEP otimizada, VC de 4 - 9 ml/kg de Peso Predito visando PPlato ≤ 30 cm H₂O, apresentam redução na mortalidade e tempo de uso do ventilador.

V - REFERÊNCIAS: (*Leitura recomendada)

1. Amato, MB, et al. Effect of a Protective Ventilation Strategy on mortality in the Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med 1998; 338:347-354.
2. *The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Ventilation with Lower Tidal Volumes as Compared with Traditional Tidal Volumes for Acute Lung Injury and the Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med 2000; 342:1301-1308.
3. Elchacker, PQ, et al. Meta-Analysis of Acute Lung Injury and the Acute Respiratory Distress Syndrome Trials testing Low Tidal Volumes. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:1510-1514.
4. The National Heart, Lung and Blood Institute ARDS Clinical Network; Higher versus Lower Positive Ending Expiratory Pressures in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome, N Engl J Med 2004;351:327-36.