

**P0-290****Síndrome antifosfolípídeo catastrófica: relato de um caso**

**Juliana Novais da Silva Jimenez, Laila de Moraes Silva, Sandra Helena dos Santos Victal, Simone Camera Gregory, Ernesto de Meis**  
*Instituto Nacional do Câncer - Rio de Janeiro (RJ), Brasil*

A síndrome antifosfolípídeo catastrófica é a forma mais severa da síndrome antifosfolípídeo (SAF) o que exige alto nível de suspeição diagnóstica e abordagem terapêutica precoce com redução na morbimortalidade. Associa-se a SAF: câncer, infecções e cirurgias. Define-se a SAF como presença de anticorpo antifosfolípídeo, trombose ou falência orgânica em 3 ou mais sítios no período menor de 7 dias e confirmação histopatológica. Os autores relatam caso de paciente masculino, 9 anos, com diagnóstico prévio de sarcoma de Ewing de fíbula direita internado na unidade em pós-operatório imediato de fibulectomia distal. Dois dias após procedimento, evoluiu com quadro de choque séptico, com hemocultura positiva para *Klebsiella pneumoniae*, insuficiência renal aguda, insulto isquêmico miocárdico e grave vasculite de membros inferiores associada a trombose no exame de Doppler. A pesquisa do anticoagulante lúpico foi positiva. Diagnosticada SAF catastrófica e iniciado imunoglobulina policlonal, plasmaferese e anticoagulação com heparina de baixo peso molecular. Após instauração da terapia, paciente apresentou melhora do status hemodinâmico, recuperação gradual da função renal e reperfusão completa de membros inferiores. Este caso ressalta a importância diagnóstica e a terapêutica em tempo hábil na abordagem da SAF, com redução da mortalidade e melhora na qualidade de vida do paciente.

**P0-291****Suporte nutricional enteral em unidade de terapia intensiva de um hospital oncológico: volume prescrito x infundido, adequação calórica e proteica**

**Ana Lécia Cristina da Silva, Cynthia Florencio Superbia, Taisa Moitinho de Carvalho, Caio Cesar Mariano**

*Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos - Barretos (SP), Brasil*

**Objetivo:** Avaliar o volume infundido de dietas enterais em uma UTI e a adequação calórica e proteica.

**Métodos:** Estudo realizado de março de 2012 a junho de 2013. Os dados de volume de dieta enteral prescrito foram coletados da prescrição dietética e os dados referentes ao volume infundido foram coletados das fichas de controle diário preenchidas pela equipe de enfermagem. Os motivos de pausa de dieta enteral foram anotados diariamente em visita multiprofissional.

**Resultados:** Considerando os períodos março a junho de 2012, 2º semestre de 2012 e 1º semestre de 2013, a porcentagem média de volume de dieta enteral infundido foi de 85,1%; 87,9%; 91,7% do volume prescrito, enquanto o valor calórico médio infundido foi 19,4; 18,5 e 20,5kcal/kg peso corporal/dia e o valor proteico médio

infundido de pacientes que recebiam 100% das necessidades calóricas foi 1,20; 1,21 e 1,24g/kg peso corporal/dia, respectivamente. Os motivos de pausa da dieta enteral foram: procedimento (70,2%), perda de sonda nasointestinal (7,1%), diarreia (8,8%), vômitos (6,1%), instabilidade (4,4%), distensão abdominal (1,8%), sangramento (0,9%) e por falta de instalação de dieta (0,9%).

**Conclusão:** As ofertas calórica e proteica encontram-se próximas ao limite inferior de recomendação para pacientes críticos, porém a prescrição calórica na UTI varia de 25 a 100% das necessidades calculadas. Considerando que alguns procedimentos são programados, é possível readequar o volume administrado de dieta verificando o tempo necessário de pausa da dieta para procedimento.

**P0-292****Terapia renal substitutiva em pacientes críticos com insuficiência renal aguda: estamos melhorando?**

**Fernando Saldanha Thomé, Antonio Balbinotto, Taís Hohegger, Cássia Maria Frediani Morsch, Veronica Antunes, Prícila Hanks Maciel**

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil*

**Objetivo:** A IRA é uma complicação comum entre pacientes hospitalizados em centros de tratamento intensivo (CTI), com alta morbi-mortalidade, e sua incidência vem crescendo nos últimos anos. Nosso objetivo é descrever nossa experiência no tratamento de pacientes críticos com terapia renal substitutiva (TRS).

**Métodos:** Coorte prospectiva de todos os pacientes internados no CTI entre 01/2007 e 12/2012 submetidos a TRS por IRA estágio 3. A maioria dos pacientes foi submetida a TRS contínua, com uso de citrato como anticoagulante. Diversos fatores clínicos e epidemiológicos foram analisados, e o desfecho primário foi mortalidade hospitalar. A análise estatística foi feita com programa SPSS versão 18.0, e se determinou médias, desvios-padrões e medianas quando indicado.

**Resultados:** Foram registrados 1351 pacientes, com idade 58,2±16,6, 54% homens, com escore APACHE II de 27,9±9,5. Houve 79% dos pacientes sépticos, 93% necessitaram de ventilação mecânica e 87% de vasopressores. A mediana do tempo de internação foi de 9 dias no CTI e 15 dias no hospital. Principais comorbidades foram: diabetes melito (24%), HIV/SIDA (7,8%), pancreatite (3,2%), doença renal crônica prévia (23%), doença hepática (14,1%), cardiopatia grave (11,5%). A maior parte tinha IRA clínica (70%). A letalidade hospitalar variou de 75% no primeiro ano do registro até 66% no último, com queda progressiva ao longo do tempo.

**Conclusão:** A IRA associada a doença crítica com necessidade de TRS é uma situação grave, com elevada mortalidade, mas seu prognóstico tem evidenciado melhora lenta e progressiva ao longo do tempo.