

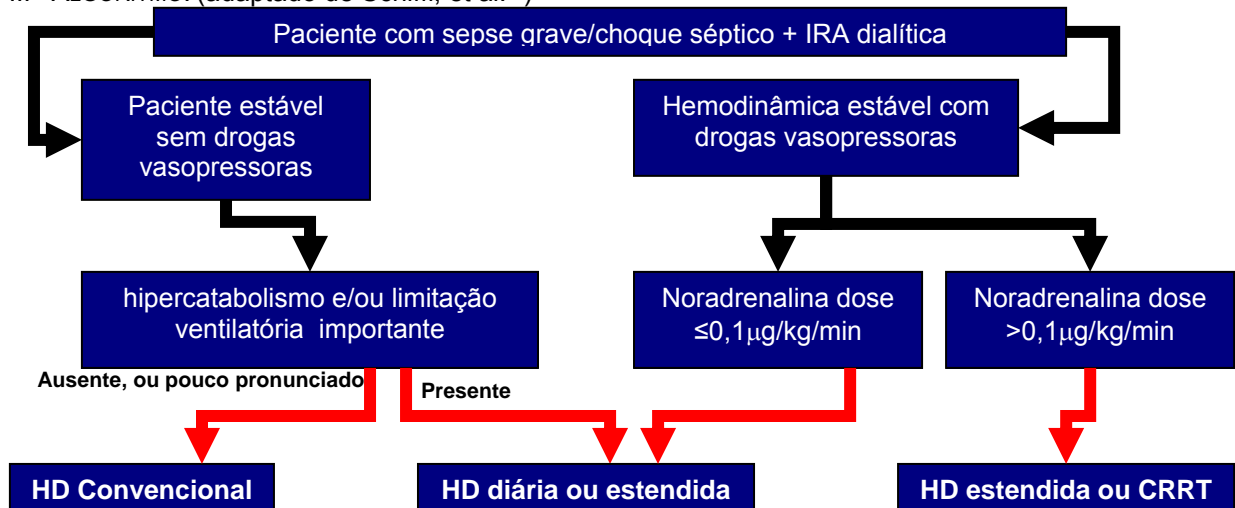


## SUPOORTE DIALÍTICO EM PACIENTES GRAVES

I - INTRODUÇÃO: A insuficiência renal aguda (IRA) ocorre em aproximadamente 30% dos pacientes de UTI<sup>1</sup> e, quando presente, indica maior gravidade. Apesar da evolução científica, a taxa de mortalidade, permanece alta, pois os avanços tecnológicos aumentaram a sobrevivência de pacientes que morriam antes de desenvolver IRA, fazendo com que esta seja incluída no contexto de disfunção de múltiplos órgãos. Aproximadamente 40% dos casos de IRA necessitam de suporte dialítico e há muito vem se tentando determinar qual o melhor método para os pacientes graves. Dentro deste contexto, os países desenvolvidos optaram pela hemodiálise<sup>2,3</sup>, reservando a DP para situações específicas. Sendo a HD o método escolhido, algumas peculiaridades têm que ser determinadas: dose<sup>2</sup>, anticoagulação, solução de diálise e padrão de perda volêmica; a fim de que as complicações (hipotensão, sangramento, controle metabólico, infecção, oligúria prolongada e transformação de IRA não-oligúrica em oligúrica por perda excessiva) sejam reduzidas. As altas taxas de mortalidade observadas nos pacientes de UTI, que desenvolvem IRA e necessitam de suporte dialítico, estão relacionadas à condição clínica do paciente e comprometimento dos diversos órgãos e sistemas pela uremia. Em pacientes de UTI, submetidos à hemodiálise intermitente diária, e usando máquinas de diálise controladas volumetricamente (de proporção), houve uma redução da mortalidade, sem aumento da morbidade induzida por distúrbios hemodinâmicos<sup>4</sup>.

II - GRAU DE RECOMENDAÇÃO: **Grau 2B**

III - ALGORITMO: (adaptado de Schiffli, et al. <sup>4</sup>)



IV - CONCLUSÃO: Os pacientes de UTI com IRA que recebem doses maiores (diária ou estendida) de hemodiálise, permitindo um controle mais rigoroso da uremia e volemia, experimentam diversos benefícios, dentre os quais, redução de complicações associadas ao suporte dialítico, redução no tempo de recuperação da IRA, e menor taxa de mortalidade.

V - REFERÊNCIAS: (\*Leitura recomendada)

1. Liaño F, et al. Epidemiology of acute renal failure: a prospective multicenter, community-based study. *Kidney Int* 1996; 50:811-818.
2. Kellum JA, et al. Continuous versus intermittent renal replacement therapy: a meta-analysis. *Intensive Care Med* 2002; 28:229-237.
3. Kellum JA, et al. The first international consensus conference on continuous renal replacement therapy. *Kidney Int.* 2002; 62:1855-1863.
4. \*Schiffli, et al. Daily hemodialysis and the outcome of acute renal failure. *N Engl J Med* 2002; 346:305-310.