Trabalho apresentado no 24º CBCENF

Título: INJÚRIA RENAL AGUDA SECUNDÁRIA À SINDORME HELLP: Relato de experiência sobre a assistência de Enfermagem

Relatoria: Fernanda Gomes da Silva

Autores: SABRINA GOMES DA SILVA

Modalidade: Comunicação coordenada

Área: Inovação das práticas de cuidado

Tipo: Relato de experiência

Resumo:

Trata-se de um relato de experiência vivenciado durante a residência multiprofissional em Terapia Intensiva da UFRN. ABC, 21 anos, história de Pré-eclâmpsia, Síndrome Hellp, Anemia hemolítica, ITU, Injuria Renal Aguda associada ao pós-operatório de cesárea.Negou alergias. Comorbidade: sedentarismo e obesidade. Queixa principal de anúria há 4 dias, desde a realização da cesárea. Presença de edema de MMII (4+/4+), dispneia de repouso, náusea e vômitos, além de exames laboratoriais indicando anemia, trombocitopenia e aumento de LDH. Transferida da maternidade de origem para o Hospital Universitário Onofre Lopes para avaliação da nefrologia. A Síndrome Hellp ocorre em cerca de 8-10% das mulheres com pré-eclâmpsia e 0,2% das gestantes. O diagnóstico varia entre o 2° trimestre até o puerpério. Se manifesta por três fatores: 1° hemólise de células vermelhas, percebidas através de valores de LDH e bilirrubinas abaixo do esperado; 2° elevação das enzimas hepáticas; 3° plaquetopenia. As condutas imediatas foram: coleta de exames, peso em jejum, SVD para controle de diurese. VIGILÂNCIA RIGOROSA dos parâmetros hemodinâmicos e sangramento; Hipo/hiperglicemia; Hipo/hipertensão; Sinais de Infecção. Após avaliação da nefrologia, recebeu indicação de hemodiálise. A 1a sessão foi realizada sem intercorrências; na 2 a apresentou hipertermia, na 3 a um pico hipertensivo e a 4 a seguiu sem intercorrências. Entre a 1 a e 2 a sessão, houve uma queda do valor do hematócrito, sendo então prescrito a transfusão de 2 concentrados de hemácia. Durante a 5 a sessão de HD apresentou cefaleia, pico hipertensivo e convulsão tônico-clônica. Foi medicada, porém evoluiu com EAP e RNC, sendo submetida à intubação orotraqueal de difícil acesso. Evoluiu para PCR em AESP, recebeu RCP por 18 minutos. Transferida para a UTI em estado geral grave, sedada RASS de -5, midríase bilateral com pouca reatividade pupilar. Hemodinamicamente estável em uso de DVA, em VMI, bem adaptada. Realizada tomografia de crânio com evidência de hemorragia cerebral. Manteve-se oferta de suporte intensivo, com posterior abertura de exame clínico para avaliação de morte encefálica. Realizado Doppler transcraniano e demais exames conforme o protocolo: Lesão encefálica conhecida, irreversível e capaz de causar morte; Ausência de causa tratável confundível; Temperatura> 35°c, SPO2> 94%, PAS> 100 ou PAM > 65; Ausência de drogas drogas depressoras do SNC ou bloqueadores neuromusculares. Morte encefálica.