

## Trabalhos Científicos

**Título:** Classificação Anatômica Da Síndrome Do Intestino Curto Como Preditor De Prognóstico Em Pacientes Em Reabilitação Intestinal

**Autores:** FERNANDA SILVEIRA DE NOGUEIRA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), MARINA BERTUOL (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), CAROLINA ROOS MARIANO DA ROCHA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), BETINA MEAZZA OLIVEIRA SOUZA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), JULIANA LIMA CORONEL (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), MARILIA ROSSO CEZA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), JULIANA GHISLENI DE OLIVEIRA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), CARLOS OSCAR KIELING (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), LETÍCIA FELDENS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), HELENA AYAKO SUENO GOLDANI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE)

**Resumo:** A síndrome do intestino curto (SIC) é a principal causa de falência intestinal (FI) em crianças. A SIC pode ser classificada quanto à anatomia em três tipos: I-jejunostomia terminal, II-anastomose jejunocolônica e III-anastomose jejunoileal. Objetivo: avaliar o desfecho dos pacientes portadores de SIC de acordo com a sua classificação anatômica. Métodos: Foram incluídos pacientes de 0 a 18 anos com SIC em uso de nutrição parenteral (NP) por período superior a 60 dias e ressecção acima de 75% da extensão de intestino delgado atendidos pelo Programa de Reabilitação Intestinal de Crianças e Adolescentes (PRICA) de 1 de janeiro de 2013 até 31 de dezembro de 2021. Autonomia enteral foi definida como capacidade de sustentar crescimento e balanço de fluidos sem suporte parenteral por mais de três meses. O desfecho avaliado foi autonomia enteral. Resultados: 90 crianças foram acompanhadas pelo PRICA durante os sete anos do estudo. No grupo do tipo I (n=9), nenhum paciente atingiu autonomia enteral durante o período. No tipo II (n=43), 83.72% seguiram dependentes de NP, dos quais 20 (46.51%) apresentaram intestino remanescente (IR) < 40 cm e 16 (37.2%) 8805, 40 cm. No tipo III (n=38), 20 (52.63%) atingiram autonomia enteral durante o período, dos quais 17 (44.73%) apresentaram IR 8805,40 cm e três (7.89%) com IR <40 cm. Pacientes com IR 8805, 40 cm tem risco relativo de 4.10 (IC [1.4, 11.5], p<0.005) de atingir autonomia enteral, e pacientes com válvula ileocecal apresentam risco relativo de 3,8 (IC [1.4, 10,8], p=0.005). Conclusão: A classificação anatômica da SIC pode ser utilizada como preditor de autonomia enteral a longo prazo, auxiliando no planejamento de estratégias no tratamento de pacientes com FI durante o processo de reabilitação intestinal.