

Preparatório para

# PROVA TEME

EIXO  
02

⋮

Cuidados  
Intermediários.

## INSUFICIÊNCIA RENAL E RABDOMIÓLISE

BLOCO 02

**INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA**



**INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

## **INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA**

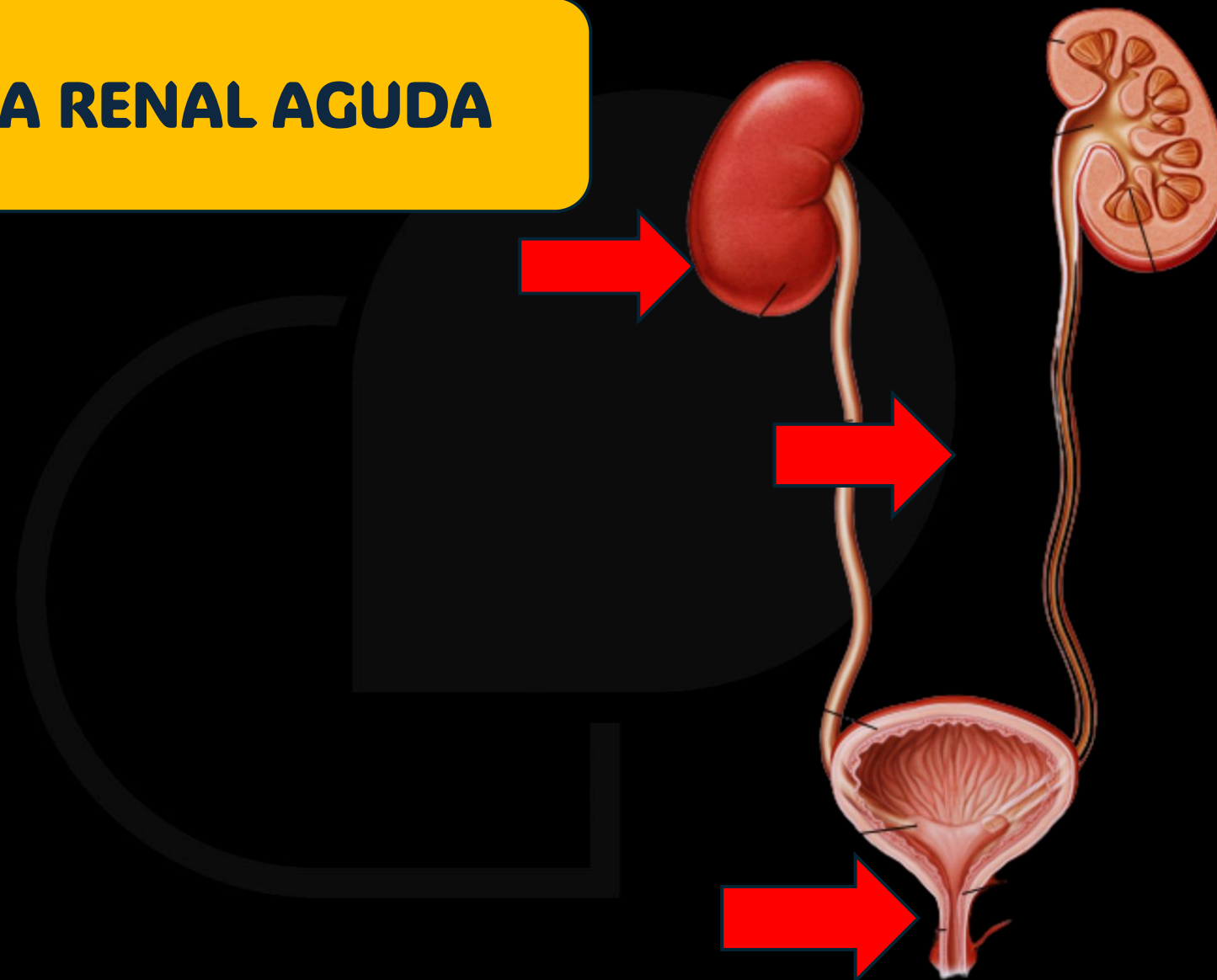
- Redução da taxa de filtração glomerular e/ou débito urinário em horas ou dias**
- Aumento de creatinina em 0.3mg/dL em 48h**
- Aumento de creatinina em 50% do valor basal em 7 dias**
- Redução do débito urinário para  $< 0,5\text{ml/kg/h}$  por 6h**

# INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

PRÉ-RENAL

RENAL

PÓS-RENAL

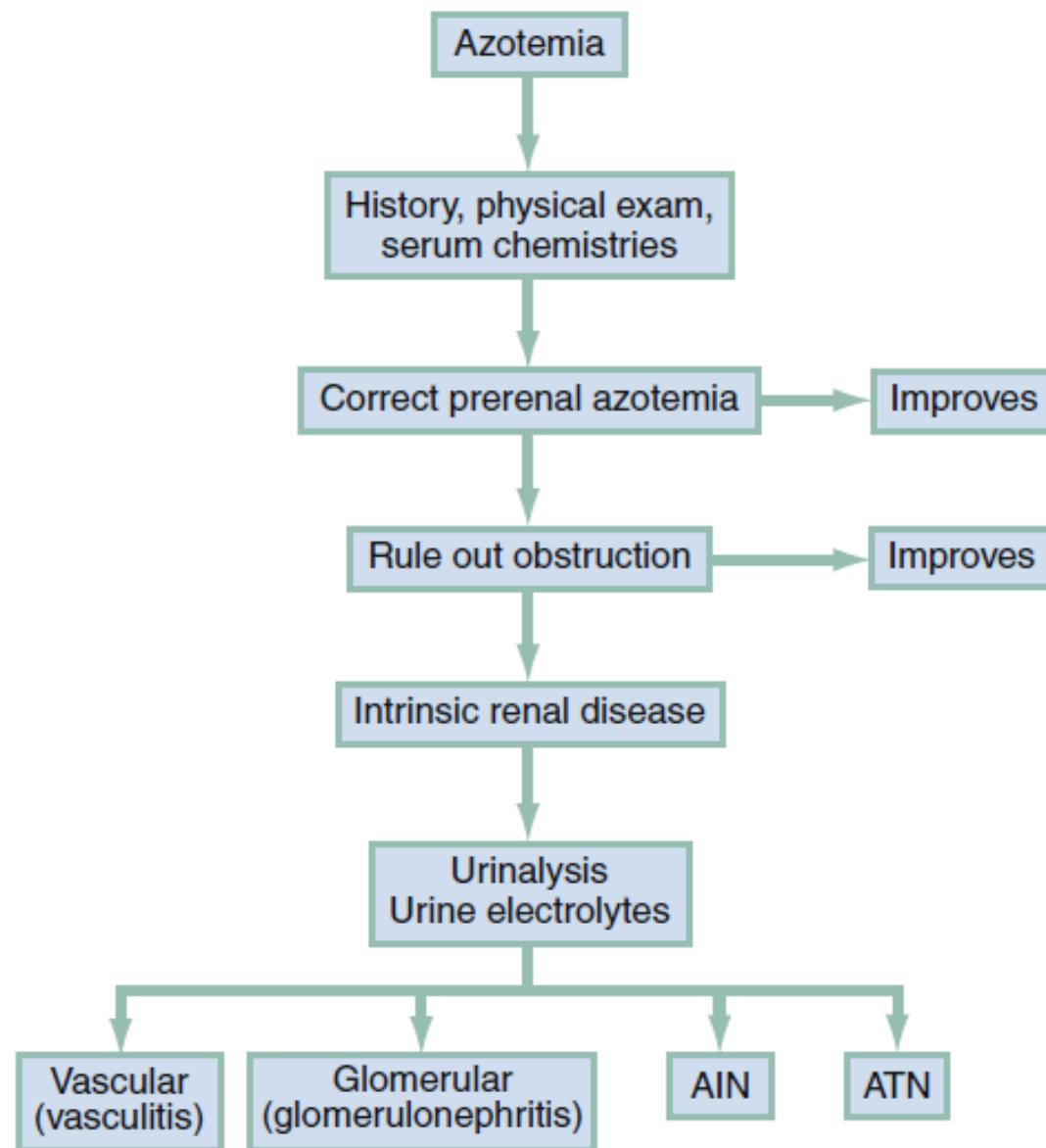


## PRÉ-RENAL

| VOLUME                      | CORAÇÃO           | OUTROS          |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|
| TGI: diarréia, vômitos, SNG | IAM               | Sepse           |
| Diurese                     | Valvopatia        | Anafilaxia      |
| Perda sanguínea/trauma      | Cardiomiopatia    | Hipoalbuminemia |
| Perdas insensíveis          | Ani-hipertensivos | Doença hepática |
| Pancreatite                 | Nitratos          |                 |
| Peritonite                  |                   |                 |
| Queimaduras                 |                   |                 |

## PÓS-RENAL

| INTRA-RENAL                                    | BEXIGA              | URETRA   |
|--|---------------------|----------|
| Cálculos                                       | Cálculos            | Fimose   |
| Cristais (ácido úrico, oxalato, fosfato)       | Coágulos            | Estenose |
| Drogas: sulfonamida, mtx, aciclovir, indinavir | Carcinoma de bexiga |          |
| EXTRA-RENAL                                    | Bexiga neurogênica  |          |
| Compressão de ureter                           |                     |          |



**Fig. 83.1** Evaluation of azotemia. *AIN*, Acute interstitial nephritis; *ATN*, acute tubular necrosis.

# RENAL

| VASOS                          | GLOMERULAR                  | NTA   | NIA  |
|--------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Trombose de veia/artéria renal | Lupus                       | Choque  | Medicações: penicilinas, diuréticos, AINE  |
| Doença ateroembólica           | Endocardite infecciosa      | Sepse   | Infecções: bactérias, fungos, protozoários |
| Estenose de artéria renal      | Vasculites sistêmicas       | Nefrotoxinas: antibióticos, contrastes, mioglobínúria, hemoglobínúria |  |
| Médio/pequenos vasos           | PHS                         | Doença hepática grave   |  |
| Esclerodermia                  | Nefropatia associada ao HIV | AINEs   |  |
| SHU                            | Síndrome de Goodpasture     |   |  |
| PTT                            |                             |   |  |
| Microangiopatia do HIV         |                             |   |  |
| Hipertensão maligna            |                             |   |  |



# ABORDAGEM

- ✓ Anamnese direcionada
- ✓ Exame físico
- ✓ SVD, se pertinente
- ✓ Laboratório: hemograma, eletrólitos, uréia, creatinina
- ✓ ECG
- ✓ EAS
- ✓ POCUS
- ✓ TC sem contraste/USG

## MANEJO

- **Causas reversíveis**
- **Manejo das complicações: acidose, eletrólitos, hipervolemia**
- **Minimizar danos secundários: drogas nefrotóxicas, manter hidratação, correção de doses**

HIPER...(Ca, tóxicos, etc)

HIPERCALEMIA

HIPERVOLEMIA



ACIDOSE METABÓLICA GRAVE

UREMIA



# INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

❑ **Disfunção/lesão renal por > 3 meses**

| Vascular                    | Glomerular  | Tubulointersticial  | Obstrutivas   | Hereditárias                                   |
|-----------------------------|---|---|---|--|
| Nefroesclerose hipertensiva | GESF, GN membranoproliferativa, GN membranosa, GN crescente, Nefropatia por IgA | Nefrotoxinas<br>Nefropatia por analgésicos<br>Mieloma múltiplo<br>Pielonefrite crônica<br>Tuberculose | Nefrolitíase<br>TB ureteral<br>Tumor retroperitoneal<br>HPB | Doença renal policística<br>Síndrome de Alport |
| Doença arterial renal       | Nefropatia diabética, amiloidose, pós-infecciosa, nefropatia por HIV            |   |   |  |

## MANEJO

- **Manejo das complicações**
- **Fatores descompensadores**
- **Evitar iatrogenias: sobrecarga volêmica, acúmulo tóxico de drogas (corrigir doses)**

## Complicações

- **Cardiovascular: hipervolemia, pericardite**
- **Pulmonar: Pleurite, infecções pulmonares**
- **Neurológicas: letargia, sonolência**
- **Imunológicas: imunossupresso**
- **Metabólico:**
- **Eletrolítico: K**

## **Complicações da diálise**

### ➤ **Relacionadas ao acesso venoso**

-Sangramentos, coágulos, infecção

### ➤ **Não-relacionadas ao acesso venoso**

-Hipotensão\*, dispnéia, dor torácica

**\*Cuidado nas hipotensões refratárias**



1. Paciente de 70 anos, portador de doença renal crônica em tratamento conservador (última creatinina 4.8mg/dL) foi submetido a cirurgia de urgência devido diverticulite perforada. No segundo dia de pós-operatório, desenvolveu oligúria e queixas de fraqueza muscular, embora estivesse com níveis pressóricos estáveis e sem sinais de infecção. Os seus exames laboratoriais mostraram creatinina 6.7mg/dL e potássio 7.5 mEq/L. O ECG evidencia ondas T simétricas e apiculadas, com intervalo QRS discretamente alargado. Foram administrados, de imediato, gluconato de cálcio e solução de glicose e insulina. Qual é a próxima conduta a ser tomada?
- a) Expectante, monitorizando diariamente os níveis séricos de potássio
  - b) Furosemida
  - c) Bicarbonato de sódio
  - d) Resina de troca iônica
  - e) Hemodiálise

1. Paciente de 70 anos, portador de doença renal crônica em tratamento conservador (última creatinina 4.8mg/dL) foi submetido a cirurgia de urgência devido diverticulite perforada. No segundo dia de pós-operatório, desenvolveu oligúria e queixas de fraqueza muscular, embora estivesse com níveis pressóricos estáveis e sem sinais de infecção. Os seus exames laboratoriais mostraram creatinina 6.7mg/dL e potássio 7.5 mEq/L. O ECG evidencia ondas T simétricas e apiculadas, com intervalo QRS discretamente alargado. Foram administrados, de imediato, gluconato de cálcio e solução de glicose e insulina. Qual é a próxima conduta a ser tomada?
- a) Expectante, monitorizando diariamente os níveis séricos de potássio
  - b) Furosemida
  - c) Bicarbonato de sódio
  - d) Resina de troca iônica
  - e) **Hemodiálise**

Preparatório para

# PROVA TEME

EIXO  
02

⋮

Cuidados  
Intermediários.

## INSUFICIÊNCIA RENAL E RABDOMIÓLISE

BLOCO 02

# RABDOMIÓLISE

ÁCIDO  
ÚRICO

MIOGLOBINA

Ca

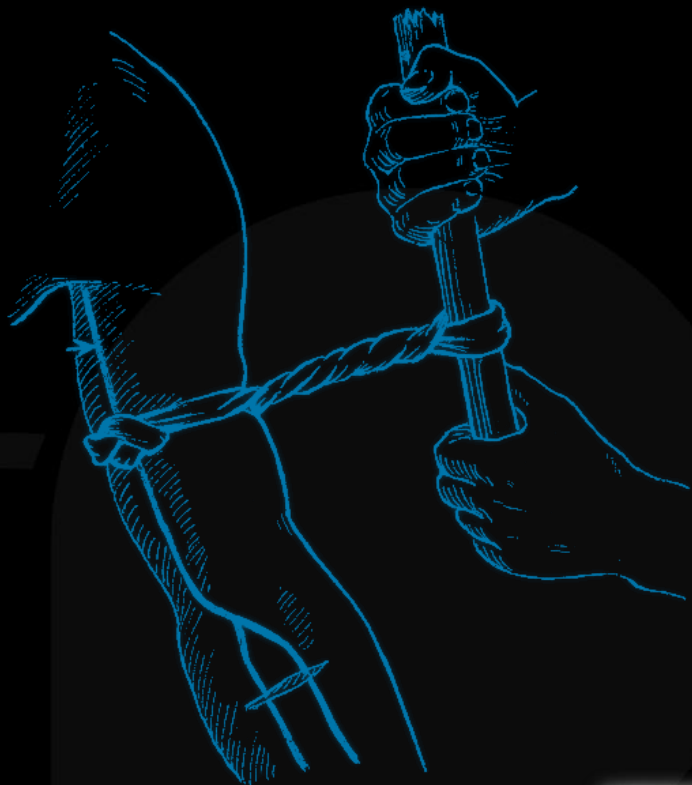
CPK

TGO

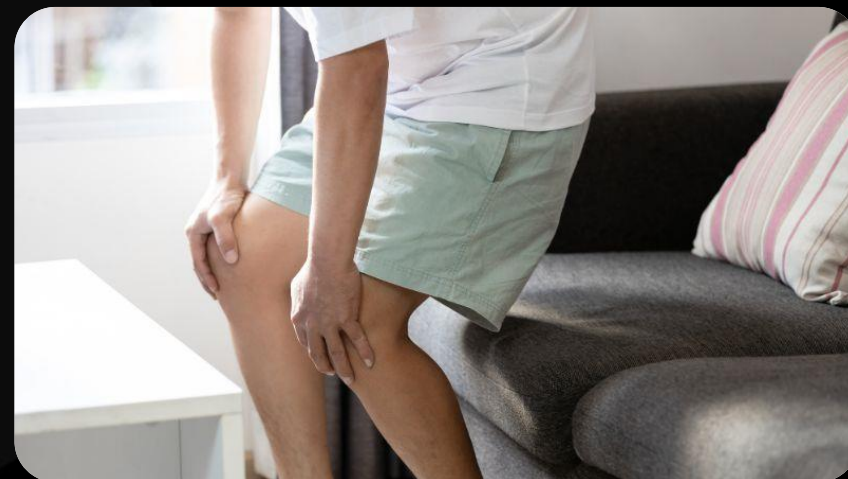
LDH

Fosfato

K



# RABDOMIÓLISE



# RABDOMIÓLISE

## ➤ **COMPLICAÇÕES**

- **Síndrome compartimental**
- **Distúrbios eletrolíticos**
- **Lesão renal pela mioglobina**
- **Hipovolemia**

# RABDOMIÓLISE - MANEJO

Preparatório para

**PROVA  
TEME**

- **TRATAR CAUSA**
- **PREVENIR LESÃO RENAL**
- **MANEJO DAS COMPLICAÇÕES**



# RABDOMIÓLISE - MANEJO

Preparatório para

**PROVA  
TEME**



DIURESE: 2-3 ml/kg/h

1. Qual a causa viral mais comum de rabdomiólise?

- a) Citomegalovírus
- b) Epstein-Barr vírus
- c) Herpes vírus
- d) HIV
- e) Influenza

1. Qual a causa viral mais comum de rabdomiólise?

- a) Citomegalovírus
- b) Epstein-Barr vírus
- c) Herpes vírus
- d) HIV
- e) **Influenza**

2. Qual dos seguintes tratamentos é padrão-ouro para o manejo da rabdomiólise, além da hidratação?

- a) Alcalinização
- b) Terapia quelante
- c) Furosemida
- d) Manitol
- e) Nenhum dos anteriores

2. Qual dos seguintes tratamentos é padrão-ouro para o manejo da rabdomiólise, além da hidratação?

- a) Alcalinização
- b) Terapia quelante
- c) Furosemida
- d) Manitol
- e) Nenhum dos anteriores

Preparatório para

# PROVA TEME

EIXO  
02

⋮

Cuidados  
Intermediários.

## INSUFICIÊNCIA RENAL E RABDOMIÓLISE

BLOCO 02

