

20 de Agosto de 2007.
Professor Lauro.

Diagnóstico em Nefrologia

1. DX clínico

A. Dados subjetivos

Paciente diz que está urinando pouco.

Urina diária = 1,5 litros.

Pacientes podem urinar mais ou menos. Se urina menos do que 20ml/hora é oligúria. Se urina mais do que 2,5L/dia é poliúria. A poliúria pode ser por uma oferta maior de água (a pessoa ingere muita água). O paciente com poliúria pode ter um problema tubular de absorção. O paciente também pode ter problema com o ADH (paciente com TCE pode ter edema cerebral que cursa com poliúria dada a diminuição do ADH).

Alterações na micção.

Alterações no volume urinário.

Alterações na cor da urina: hemácias dismórficas ou cilindros hemáticos são por lesões no glomérulo.

Dor renal: clássica → dor lombar que se irradia para genitália ou abdome. Acompanhada de vômitos. Geralmente há litíase e o ureter que está contraído para eliminar o cálculo leva à dor. O parênquima renal não dói. O que dói é a distensão da cápsula.

Edema: aumento do volume extra-celular. Distrofia pluricalicial hidropgênica é uma causa de edema. Edema de causa renal é causada por 4 síndromes: S. nefrótica, S. nefrítica, IRA, IRC.

Manifestações de glomerulopatia (glomerulonefrite)

1. Anormalidades urinárias isoladas (achados).
2. Síndrome nefrótica.
3. Síndrome nefrítica
4. IRA.
5. IRC.
6. H. arterial.

História pregressa.

História familiar.

B. Dados objetivos

Principais síndromes

1. Anormalidades urinárias isoladas (achados).

2. Síndrome nefrótica

A urina normal conta 75 a 150 mg de proteína em 24 horas no homem adulto e na criança 75 mg em 24 horas. Proteinúria maior ou igual a 3,5 g x 1,73 m² de superfície corporal em 24 horas. Geralmente proteinúria é acompanhada de albuminemia (menor do que 3 g/dL de sangue). Há tendência a ter hipercolesterolemia e lipidúria e edema.

Albumina normal: 6 a 6 g/dL.

Proteínas totais: 6 a 8 g/dL.

O paciente classicamente não tem retenção nitrogenada.

3. Síndrome nefrítica

Hipertensão arterial, hematúria e retenção nitrogenada.

Pode haver edema e algum grau de proteinúria.
O rim é a principal causa de hipertensão arterial.

Classificação da PA (> 18 anos)

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio I (leve)	140-159	90-99
Estágio II (moderado)	160-179	100-109
Estágio III (grave)	> 180	> 110
Sistólica isolada	> 140	> 90

Síndrome de Alport: leva à IRC, surdez, congênito, não tão raro, com maior prevalência no sexo feminino.

4. IRA
5. IRC
6. H. arterial
7. Infecção urinária.
8. Síndromes tubulares renais.
9. Nefrolitíase.
10. Uropatias obstrutivas (obstrução do trato urinário).

20% do DC vai para a microcirculação do glomérulo.

Funções dos rins: filtração do sangue, secreção de renina, PG, eritropoietina (hormonal) e vitamina D.

$$PA = DC \times RP = (VS \times FC) \times RP.$$

Papel das células mesangiais: algumas vezes existe passagem de substâncias agressoras do capilar para o mesângio, não agredindo a cápsula de Bowman ou o Glomérulo. Essas células fazem parte do sistema reticulo-endotelial.

PA \leftrightarrow Alteração renal.

Creatinina

Avalia a função renal.

Valores normais:

Criança: 0,4 a 0,6 mg/dL.

Mulheres: 0,6 a 0,8 mg/dL.

Homem: 0,8 a 1,2 mg/dL.

Creatinina igual a 2 já significa 50% de função renal comprometida. Toda vez que a creatinina duplica no sangue, há perda de 50% da função renal.

Clearance é a quantidade de sangue que se vê livre de uma substância numa unidade de tempo. Como não medimos na prática a quantidade de sangue que chega no rim, pegamos a quantidade de urina que aparece no rim em 24 horas.

Clearance de creatinina = creatinina na urina / creatinina no sangue x V (V urinário em 24 horas = 1500/24 x 60 = mL/min).

Clearance estimado da creatinina = (140-idade) x peso / 72 x creatinina %. Se for mulher multiplicar por 0,85.