

## 41. INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Pode ser causada por: hipovolemia de qualquer etiologia, doenças glomerulares ou uso de substâncias nefrotóxicas.

Qualquer que seja a etiologia leva a acumulação de produtos nitrogenados no sangue.

Pode ser classificada em oligúrica (débito urinário < 400 ml/24 horas) e não oligúrica.

De acordo com a etiologia pode ser classificada em:

**Pré-renal:** é produzida por condições que diminuem a perfusão (causa até 80% dos casos). Precede a IRA – Insuficiência renal aguda – intrínseca causada por isquemia. Pode ser causada por hipovolemia, sepsis ou disfunção miocárdica.

**Intrínseca:** pode ser isquêmica, tóxica ou secundária a doenças glomerulares ou túbulo-intersticiais. Causa até 50% dos quadros de azotemia.

**Pós-renal:** ocorre mais frequentemente em homens idosos com obstrução prostática, mas pode ser causada por obstrução uretral, (paciente com rim único) e vesical. É a causa menos frequente de IRA (5 a 10%), mas deve ser detectada precocemente devido a sua potencial reversibilidade.

### b. QUADRO CLÍNICO

Os pacientes geralmente apresentam sinais e sintomas de sua doença base.

Sinais e sintomas de sobrecarga de volume, edema pulmonar, redução do nível de consciência, sinais neurológicos, náusea e vômitos.

Elevação da uréia e creatinina.

Podem ocorrer hipercalemia e hipocalcemia.

O eletrocardiograma pode mostrar-se alterado com ondas P apiculadas, prolongamento do PR e alargamento do QRS.

A creatinina eleva-se 1 a 1,5 mg/dia na ausência de rins funcionantes.

O paciente pode estar oligúrico, anúrico ou poliúrico.

Na azotemia pré-renal o paciente está oligúrico, podendo apresentar hipotensão arterial e desidratação.

Na azotemia pós-renal o paciente pode estar oligúrico ou poliúrico pode haver queixa de dor abdominal associada. O paciente pode ter ao exame clínico próstata aumentada e bexiga palpável.

A ultra-sonografia é essencial para afastar causas obstrutivas.

Verificar na história a utilização de substâncias ou medicamentos nefrotóxicos.

### Diagnóstico diferencial da insuficiência renal aguda

PRÉ-RENAL	RENAL	PÓS-RENAL
Diminuição do Débito Cardíaco. Insuficiência Cardíaca.	Glomerulonefrite Aguda Vasculites Necrose Tubular Aguda Antibióticos Rabdomiólise Contraste Radiológico Hemólise Nefrite Intersticial Infecção	Aumento da Próstata. Estenose de Uretra. Obstrução bilateral de Ureteres por Cálculo, Tumor ou Fibrose Retroperitoneal.

### c. CONDUTA

Tratar a causa de base.

Prevenir o dano renal.

Monitorizar ECG e oximetria de pulso.

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Colher sangue para gasometria arterial, creatinina, uréia, hemograma, eletrólitos e glicemia.

Estabilizar hemodinâmica com volume caso o paciente apresente-se hipovolêmico.

Iniciar a infusão de aminos caso a disfunção miocárdica esteja causando baixa perfusão renal.

Efetuar radiografia de tórax e eletrocardiograma de 12 derivações.

Colocar cateter de Foley para aliviar obstrução prostática.

Evitar o emprego de diuréticos com o objetivo de converter IRA oligúrica em não oligúrica.

Corrigir distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos.

Corrigir hipercalemia.

Utilizar medicamentos que possuem excreção renal com extremo cuidado.

Transferir o paciente para hospital de referência com recurso de diálise ou urologia em caso de obstrução urinária.

## 42. OLIGÚRIA OU ANÚRIA

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Pode ser causada por causas pré-renais, intrínsecas dos rins ou pós-renais.

As causas pré-renais são: hipovolemia, sepse e insuficiência cardíaca.

Causas renais: doenças tubulares, intersticiais ou glomerulares.

Causas pós-renais obstrutivas (cálculo em caso de rim único, próstata aumentada, tumores e fibrose retroperitoneal).

### b. QUADRO CLÍNICO

É fundamental diferenciar causas pré-renais e pós-renais (obstrutivas) ainda na emergência.

Obter sinais vitais inclusive pressão arterial ortostática para afastar causas pré-renais.

Verificar ao exame físico sinais de desidratação ou de insuficiência cardíaca.

Palpar o abdome inferior para verificar se a bexiga é palpável.

Efetuar toque retal para avaliar a próstata.

A obstrução do trato de saída da bexiga está associada geralmente a bexiga palpável em paciente incapaz de urinar ou que tem um jato urinário fraco.

### c. CONDUTA

Corrigir causas pré-renais com reposição volêmica.

Obter acesso venoso periférico.