

# A Doença Renal Crónica nos Cuidados de Saúde Primários COMO FAZER O DIAGNÓSTICO PRECOCE E UMA INTERVENÇÃO ATEMPADA?



## Passo 1

### IDENTIFICAR DOENTES DE RISCO

#### Principais fatores de risco para DRC:

- Hipertensão
- Diabetes
- DCV
- Histórico familiar de DRC

#### Considerar outros fatores:

- Doenças sistémicas com comprometimento renal (ex.: LES)
- Obesidade
- Fatores de risco genéticos (ex.: DRPAD)
- Exposição ambiental a toxinas
- Demografia – idade avançada, raça/etnia
- Histórico de LRA (Lesão Renal Aguda)

## Passo 2

### TESTAR DOENTES DE ALTO RISCO PARA DETETAR DRC

**Avaliar a função renal – TFGe** E **Avaliar o dano renal – Albuminúria**  
 TFGe calculada com base na creatinina e/ou cistatina C RAC ou *dipstick*\* (se RAC indisponível)

**Se RAC ≥30 mg/g (≥3 mg/mmol)** E **TFGe <60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>** → **Reavaliação em 3 meses**

**Se RAC <30 mg/g (<3 mg/mmol)** E **TFGe ≥60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>** → **Reavaliar pelo menos uma vez por ano**

## Passo 3

### DIAGNOSTICAR A DRC

**Se TFGe diminuída ou RAC aumentada estiverem presentes por > 3 meses → Diagnóstico de DRC**

**Reavaliar pelo menos uma vez por ano**

#### Categorias da albuminúria

## Passo 4

### ESTRATIFICAR E TRATAR

Categorias de risco para progressão da DRC, morbidade e mortalidade; frequência de monitorização (número de *check-ups* por ano entre parêntesis) e consulta de nefrologia

Intervalo	Categorias da TFGe (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )			Baixo risco Doença estável ou não-DRC na ausência de outros marcadores de dano renal. † Requer medições uma vez por ano ou antes, em caso de novos sintomas/fatores de risco.	Risco moderadamente alto Requer medições pelo menos uma vez por ano.	Alto risco Requer medições pelo menos duas vezes por ano.
	A1 <30 mg/g <3 mg/mmol	A2 30–299 mg/g 3–29 mg/mmol	A3 ≥300 mg/g ≥30 mg/mmol			
≥90 G1	Monitorizar (1)	Tratar (1)	Tratar e consultar (3)	Muito alto risco Tratamento de acordo com Nefrologista Requer medições pelo menos três vezes por ano.	Requer medições pelo menos quatro vezes por ano (a cada 1–3 meses).	
60–89 G2	Monitorizar (1)	Tratar (1)	Tratar e consultar (3)			
45–59 G3a	Tratar (1)	Tratar (2)	Tratar e consultar (3)			
30–44 G3b	Tratar (2)	Tratar e consultar (3)	Tratar e consultar (3)			
15–29 G4	Tratar e consultar (3)	Tratar e consultar (3)	Tratar e consultar (4+)			
<15 G5	Tratar e consultar (4+)	Tratar e consultar (4+)	Tratar e consultar (4+)			

## Passo 5

### CONSULTA DE NEFROLOGIA

**Ter ação baseada nas categorias de risco para a progressão da DRC, morbidade, mortalidade e frequência de monitorização (ver acima).**

Os profissionais dos cuidados de saúde primários deverão aconselhar-se com um nefrologista aquando a iniciação de um tratamento; se indicado, alguns doentes podem estar a ser consultados diretamente por um nefrologista.

Adaptado de 1.

\*se a albuminúria for detetada através de *dipstick*, usar RAC para a quantificação da excreção de albumina na urina

† Sedimentos de urina anormais, anormalidades eletrolíticas devido a distúrbios tubulares, anormalidades histológicas renais, deteção de problemas estruturais através de imagiologia (por ex.: rins poliquísticos, nefropatia de refluxo) ou histórico de transplante renal.

## Como avaliar a lesão renal?

✓ **Através da determinação regular da razão Albumina/Creatinina (RAC) na urina<sup>1,2</sup>**

- **A avaliação da lesão renal tem que ser quantificada através da RAC na urina.<sup>1,2</sup>**
- Não se deve pedir unicamente a presença ou ausência de “proteínas” na urina: a realidade é que esta análise apenas indica se há ou não presença de proteínas na urina.
- Ter em atenção que **existem diferenças entre a metodologia dos laboratórios**: quando a análise dos valores de albumina e creatinina vêm em separado e em unidades diferentes, deve ser feita a **conversão para as unidades corretas: Albumina (mg/dL) e Creatinina (g/dL)**

$$RAC_{na\ urina} = \frac{Albumina\ (mg/dL)}{Creatinina\ (g/dL)}$$

**Exemplo cálculo da RAC:**  $\frac{25,68\ (mg/dL)}{0,051\ (g/dL)} = 503,5\ mg/g$

Adaptado de 2.

## Como tratar para atrasar a progressão da DRC?<sup>1</sup>

### Modificação do estilo de vida

Cessaçãõ tabágica; exercício regular; dieta bem equilibrada (evitar a ingestão excessiva de proteínas e alimentos processados, limitar a ingestão de sódio <2 g/dia)

### Tratamento clínico

**Tratar a diabetes, hipertensão e DCV: otimizar a pressão arterial e o controlo glicémico**

Assegurar o tratamento médico orientado pelas diretrizes para abrandar a progressão da DRC e reduzir o risco de DCV: doses máximas toleradas de inibidores de **IECA/BRA, iSGLT2, ARM não esteroides**; também considerar **terapêutica de redução de lípidos (estatinas) e/ou terapêutica antiplaquetária** (para doentes com DRC em risco de acontecimentos ateroscleróticos).

### Considerações

Ajustar a dosagem dos medicamentos com base na TFGe; ter cuidado ao prescrever analgésicos, antimicrobianos, hipoglicémicos, quimioterapêuticos ou anticoagulantes; evitar nefrotoxinas (por exemplo, AINE) e alguns meios de contraste

AINE: anti-inflamatório não esteroide; ARM: antagonista do recetor de mineralcorticoides; BRA: bloqueador do recetor da angiotensina II; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crónica; DRPAD: doença renal policística autossómica dominante; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; LES: lúpus eritematoso sistémico; LRA: lesão renal aguda; G: refere-se à categoria TFG; iSGLT2: inibidor cotransportador de sódio-glicose 2; TFGe: taxa de filtração glomerular estimada; RAC: razão albumina creatinina

1. ISN-KDIGO: Identificação e intervenção precoces nos cuidados primários consultado em: [https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/pcp/PCPOnePage\\_1Side\\_Portuguese\\_Port.pdf](https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/pcp/PCPOnePage_1Side_Portuguese_Port.pdf) e acedido a 03/2024 2. National Kidney Foundation. ACR, disponível em [kidney.org/kidneydisease/siemens\\_hcp\\_acr](https://www.kidney.org/kidneydisease/siemens_hcp_acr) e acedido a 03/2024.