

	SERVIÇO DE NEFROLOGIA PROTOCOLOS OPERACIONAIS PADRÃO HOSPITAL GERAL EDUARDO CAMPOS SERRA TALHADA - PE
Código: POPN01	Protocolo: SOLICITAÇÃO E REALIZAÇÃO DE
Emissão: 29/07/2020 – v. 1.0	INTERCONSULTA/PARECER DA NEFROLOGIA
Próxima revisão: 08/2020	Responsável: Cícero Faustino Ferreira

1. OBJETIVO

Orientar equipe médica assistente sobre a solicitação de parecer da Nefrologia para pacientes internados no Hospital Geral Eduardo Campos. Para isso, serão avaliadas todas as solicitações de interconsulta para pacientes com doença renal crônica ou lesão renal aguda, nefropatia, distúrbios hidroeletrolíticos ou acidobásicos em que o solicitante ache necessária a intervenção do Nefrologista.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Geral Eduardo Campos e Hospital de Campanha de Serra Talhada.

3. PROCEDIMENTO/SOLICITAÇÃO

Pode ser solicitado parecer pelas diversas especialidades médicas do Hospital Geral Eduardo Campos e Hospital de Campanha de Serra Talhada, mediante comunicação ao médico nefrologista diarista no seu turno de trabalho, ou por sobreaviso.

3.1. INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS NA SOLICITAÇÃO DO PARECER

Quando o caso for passado ao nefrologista, deverá ser informado: nome do paciente e localização, incluindo número do leito e setor, idade, data da internação, resumo da história clínica com medicações de uso contínuo, motivo da solicitação do parecer, resultado de exames recentes incluindo função renal, eletrólitos, gasometria, sumário de urina, e exame de imagem do aparelho urinário, se realizado, prescrição atual do paciente e outras informações que o solicitante julgue necessárias..

3.2. RESPOSTA AO PARECER

Todas as interconsultas serão respondidas em até 24 horas, respeitando-se as urgências e prioridades definidas pelo nefrologista diarista; caso seja solicitada fora do turno de trabalho do Nefrologista ou nos finais de semana, será respondida no próximo turno de trabalho (ou dia útil) e dadas as orientações urgentes ao médico de plantão, inclusive sobre necessidade de hemodiálise e obtenção de acesso venoso (neste caso, será acionada a equipe de enfermagem da Nefrologia de plantão, o médico plantonista realizará a passagem cateter e a prescrição de diálise será enviada à Enfermagem via meio eletrônico).

O médico responsável deverá registrar a interconsulta no prontuário do paciente, constando avaliação clínica e laboratorial, hipóteses diagnósticas, assim como, solicitação de eventuais exames e execução de procedimentos de competência da Nefrologia, tais como passagem de cateter para hemodiálise, prescrição de terapia renal substitutiva e outros, a critério da especialidade.

3.3. ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE DURANTE A INTERNAÇÃO

O acompanhamento do paciente da interconsulta é diário, até a alta da especialidade (Nefrologia). Todos os casos serão discutidos com o médico assistente (plantonista da unidade de terapia intensiva, plantonista e/ou evolucionista da enfermaria). Todos os procedimentos serão indicados pelo médico nefrologista, podendo ser realizados pelo médico assistente, caso ele apresente expertise para tal. Na alta hospitalar, o médico nefrologista deve ser comunicado para orientações e encaminhamento para a Nefrologia e/ou serviço de diálise, caso haja necessidade.

3.4. ORIENTAÇÕES SOBRE PACIENTES DIALÍTICOS

Pacientes dialíticos de outros serviços de diálise (ou provenientes de outros hospitais, nos quais estavam em tratamento dialítico):

- O médico que solicitar a internação deve garantir a continuidade do procedimento dialítico deste paciente no serviço de origem, caso seja portador de doença renal crônica já em hemodiálise/diálise peritoneal;
- O médico assistente que internar o paciente no Hospital Eduardo Campos e Hospital de Campanha de Serra Talhada deverá, dado o conhecimento de que o paciente a ser admitido está em terapia renal substitutiva, solicitar relatório do médico nefrologista do serviço de origem constando tempo de diálise, sorologias, prescrição de diálise, uso de heparina, acesso para hemodiálise e dificuldades, intercorrências dialíticas, peso seco, medicações em uso e outras patologias associadas.

3.5. LESÃO RENAL AGUDA (LRA)

A lesão renal aguda é definida como a redução da função renal que acontece em horas ou dias, normalmente reversível. Consiste principalmente na diminuição do ritmo de filtração glomerular ou do volume urinário, porém ocorrem também distúrbios no controle do equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico.

Classificação da LRA de acordo com o KDIGO (tabela abaixo):

Classificação da LRA da KDIGO		
Estágio	Creatinina	Diurese
1	↑ 1,5-1,9x Cr basal <u>ou</u> ↑ ≥ 0,3 mg/dl em 48h	< 0,5 ml/Kg/h por ≥ 6h
2	↑ 2,0-2,9x Cr basal	< 0,5 ml/Kg/h por ≥ 12h
3	↑ ≥ 3x Cr basal <u>ou</u> ↑ da Cr para ≥ 4mg/dl <u>ou</u> Início de TRS <u>ou</u> < 18 anos com <35ml/min/1,73m ²	< 0,3 ml/Kg/h por ≥ 24h <u>ou</u> Anúria ≥ 12H

Para a classificação, apenas um dos critérios (creatinina sérica ou diurese) é suficiente. Pacientes que necessitem de diálise ou que se encontrem anúricos são considerados em estágio três, independentemente do estágio em que se encontravam no início da terapia dialítica.

3.6. RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DA LRA

São situações clínicas com possibilidade de lesão renal: uso de drogas nefrotóxicas, cirurgias de grande porte, hipovolemia, quadros infecciosos sistêmicos graves, sepse e síndrome da resposta inflamatória sistêmica, COVID-19, liberação de pigmentos (mioglobina hemoglobina bilirrubina).

Medidas preventivas a serem implementadas:

- Dosagem de creatinina sérica ou depuração de creatinina: pacientes com creatinina elevada apresentam maior possibilidade de desenvolver lesão renal após procedimentos de risco ou uso de drogas nefrotóxicas; deve-se utilizar a taxa de filtração glomerular estimada pela dosagem de creatinina para o estabelecimento da função renal, lembrando que, em caso de anúria ou para pacientes em hemodiálise, o seu valor é menor do que 10 ml por minuto.
- Otimizar condições clínicas do paciente assegurando adequada expansão do volume intravascular: manter a pressão arterial média acima de 75 mmHg ou mais se o paciente for hipertenso prévio, evitar anemia, especialmente com hemoglobina abaixo de 7g/dL; fornecer oxigenação tecidual adequada; medidas complementares para avaliação da volemia em pacientes críticos e com drogas vasoativas (medida de pressão venosa central, saturação venosa central de oxigênio, ecocardiografia e testes dinâmicos de volemia); evitar o uso de drogas nefrotóxicas em pacientes com função renal comprometida (como anti-inflamatórios não hormonais, aminoglicosídeos, contrastes iodados, IECA/BRA);
- Corrigir as doses das drogas de acordo com a função renal;
- Evitar associação de drogas nefrotóxicas;
- Manter hidratação, glicemia e volemia adequadas;
- Monitorizar a função renal e eletrólitos;
- Utilizar com cautela diuréticos de alça para prevenção de nefrotoxicidade;
- Solicitar dosagem de CPK sempre que houver possibilidade de rabdomiólise para instituição de terapêutica e profilática;
- No uso de contraste iodado, realizar a profilaxia conforme protocolo instituído pela equipe da nefrologia; esse cuidado reduz a prevalência de lesão renal aguda.

3.7. INDICAÇÕES DE DIÁLISE NA LESÃO RENAL AGUDA

Existem situações onde o tratamento dialítico (terapia renal substitutiva ou TRS) é emergencial por haver um risco iminente para a vida do paciente. Entretanto, a melhor conduta é prevenir a necessidade de diálise de urgência através da monitorização diária de função renal, do surgimento de quadro de uremia e/ou complicações clínicas, metabólicas e eletrolíticas.

As principais indicações dialíticas de urgência são:

- Hipercalemia refratária ao tratamento clínico;
- Acidose metabólica refratária, especialmente as acidoses metabólicas de ânion GAP aumentado;
- Hipervolemia refratária;
- Uremia (náuseas, vômitos, confusão mental, sangramentos inexplicados, pericardite urêmica, por exemplo);
- Hiperfosfatemia, hiperuricemia e hipercalcemia graves;
- Disnatremias graves (sódio sérico acima de 160 ou abaixo de 115);
- Presença de vários distúrbios metabólicos e eletrolíticos simultâneos de difícil correção clínica;

- Intoxicação medicamentosa em que o tóxico é removível por hemodiálise.
- Hipotermia grave.

3.5. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

No nosso serviço utilizaremos a hemodiálise intermitente (convencional) ou estendida, conforme protocolo específico.

4. RESPONSABILIDADE

Médico Nefrologista diarista do Hospital.

5. REGISTRO

Prontuário do paciente.