

ALGORITMO DE RASTREIO E DIAGNÓSTICO DE DOENÇA RENAL CRÓNICA (DRC) EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) – KDIGO 2024 (KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES)

Autores: Catarina Matos de Oliveira¹, Micaela Moura Gregório², Rita Gonçalves³

Local de Trabalho: ¹USF Cuidarte, ULS Alto Minho; ²USF Novo Cuidar, ULS Alto Ave; ³USF São Vítor, ULS Braga

Supervisão Clínica: Prof. Dr. Joaquim Pinheiro (Nefrologista, Professor convidado, UCP, FCSE, FMUCP)

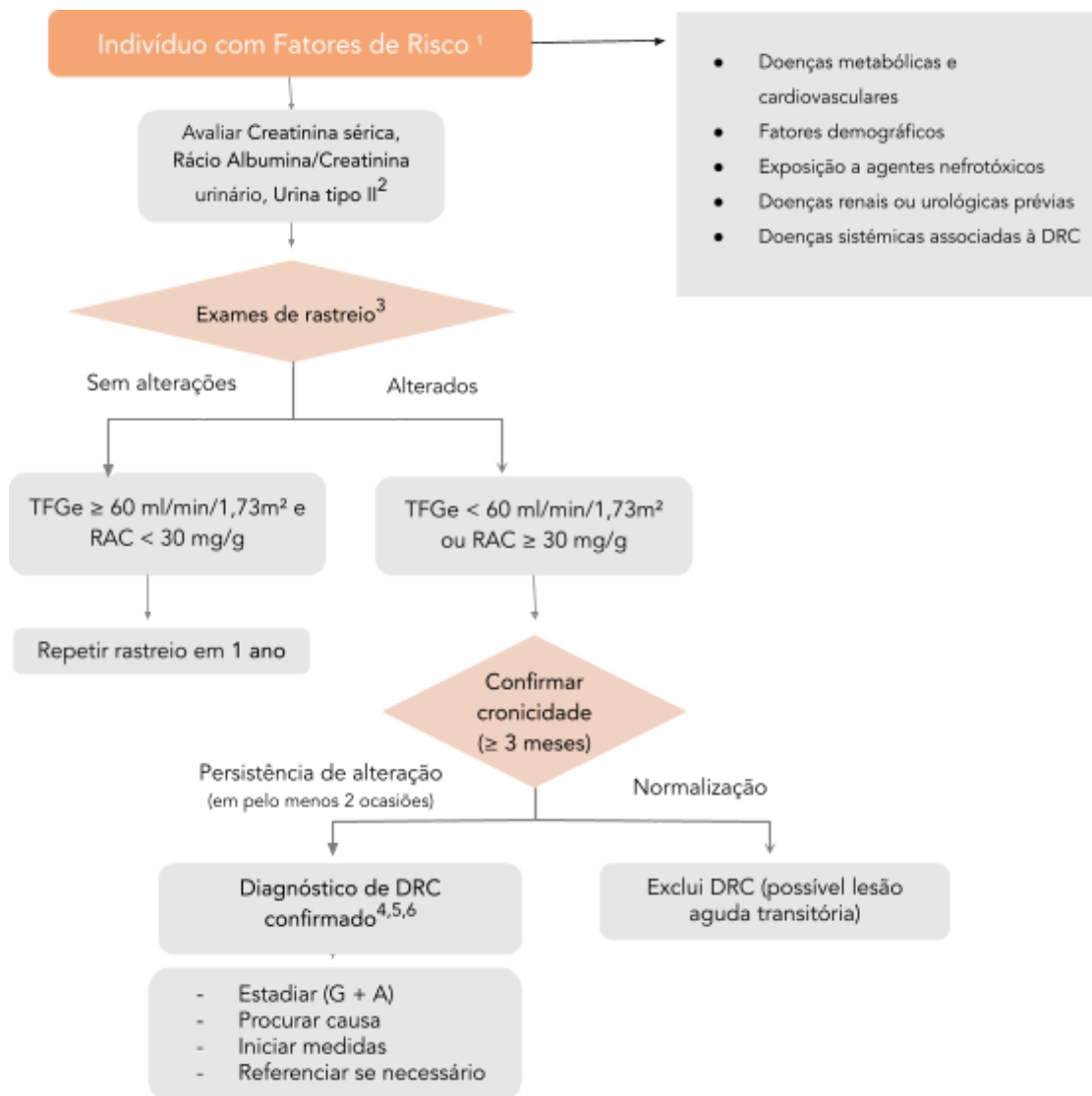


Imagem 1: Fluxograma de Rastreio e Diagnóstico da DRC em CSP

Bibliografia:

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.

¹ Indivíduos com Fatores de Risco para Rastreio

- *Diabetes Mellitus*
- Hipertensão arterial
- Idade ≥ 60 anos
- Doença cardiovascular estabelecida (insuficiência cardíaca, doença coronária, AVC, doença arterial periférica)
- História familiar de DRC ou doença renal hereditária (rins poliquísticos); prematuros; baixo tamanho gestacional; pré-eclâmpsia/eclâmpsia
- Grupos étnicos de maior risco (afrodescendentes)
- Exposição a nefrotóxicos de forma crónica (AINEs, múltiplos contrastes iodados, antibióticos, lítio, quimioterapia)
- Doenças sistémicas com possível envolvimento renal (ex: lúpus)
- Exposição ocupacional a metais pesados ou solventes (cádmio, chumbo, mercúrio, hidrocarbonetos policíclicos, pesticidas)
- Episódios prévios de LRA
- História de infeções urinárias de repetição ou litíase renal
- Obstrução urinária (hiperplasia prostática, estenose ureteral)
- Anomalias estruturais congénitas (refluxo vesico-ureteral)
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistémico, vasculites, esclerodermia)
- Doenças hepáticas crónicas
- Doenças infecciosas crónicas (HIV, Hepatite B ou C)
- Obesidade (IMC > 30 kg/m²)
- Síndrome metabólica
- Tabagismo ativo

²Primeira Avaliação laboratorial

- Creatinina sérica → calcular TFGe (CKD-EPI 2021 sem raça);
- Albuminúria (preferencial: rácio albumina/creatinina em urina – RAC);
- Urina tipo II (sedimento), se suspeita clínica.

³Interpretação Inicial

- Normal:
 - TFGe ≥ 90 ml/min/1,73m² e RAC < 30 mg/g
- Alterado:
 - TFGe < 60 ml/min/1,73m²
 - e/ou RAC ≥ 30 mg/g
 - ou alterações persistentes no sedimento (hematúria, proteinúria)

Nestes casos: repetir
exames em 1-3 meses
para confirmar

Bibliografia:

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.

4Estadiamento da DRC (KDIGO 2024)

DRC definida se presentes ≥ 3 meses:

- Taxa de filtração glomerular estimada TFGe < 60 mL/min/1,73m² (categorias G3a–G5)
OU
- Evidência de lesão renal persistente, mesmo com TFG ≥ 60 :
 - Albuminúria (RAC ≥ 30 mg/g, categorias A2–A3)
 - Anomalias no sedimento urinário (hematúria persistente, cilindros)
 - Alterações estruturais (imagiologia)
 - História de transplante renal
- TFGe (G1–G5) → da função renal
 - G1 ≥ 90 ; G2 60–89; G3a 45–59; G3b 30–44; G4 15–29; G5 <15 ml/min/1,73 m²
- Albuminúria (A1–A3) → da gravidade da lesão renal
 - A1 < 30 mg/g (< 3 mg/mmol); A2 30–300 mg/g (3-30 mg/mmol); A3 ≥ 300 mg/g (≥ 30 mg/mmol)
- Usar o mapa de risco TFGe x Albuminúria (heatmap KDIGO)

		Categorias Albuminúria			
		Descrição e intervalo			
		A1	A2	A3	
		Normal ou ligeiramente aumentada	Moderadamente aumentada	Muito aumentada	
		< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30–300 mg/g 3-30 mg/mmol	≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol	
Categorias de TFGe (mL/min/1,73m ²) Descrição e intervalo	G1	≥ 90	Monitorizar (1)	Tratar (1)	Tratar e Referenciar (3)
	G2	60 – 89	Monitorizar (1)	Tratar (1)	Tratar e Referenciar (3)
	G3a	45-59	Tratar (1)	Tratar (2)	Tratar e Referenciar (3)
	G3b	30-44	Tratar (2)	Tratar e Referenciar (3)	Tratar e Referenciar (3)
	G4	15-29	Tratar e Referenciar (3)	Tratar e Referenciar (3)	Tratar e Referenciar (4+)
	G5	<15	Tratar e Referenciar (4+)	Tratar e Referenciar (4+)	Tratar e Referenciar (4+)

- Risco baixo
- Risco moderadamente aumentado
- Risco alto
- Risco muito alto

- Frequência de Reavaliação:**
- 1 = anual
 - 2 = bianual
 - 3 = trianual
 - 4+ = mais de quatro vezes por ano

Tratar = Iniciar tratamento baseado em *guidelines*.
Referenciar = Referenciar a Nefrologia.

Tabela 1: Classificação e follow-up da DRC por categoria de TFGe e de Albuminúria: KDIGO 2024

Bibliografia:

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.

5 Identificação da causa provável

- História clínica (HTA, DM, doença cardíaca, autoimune, nefrotóxicos)
- História familiar/genética
- Exames complementares (ecografia renal, serologias, autoimunidade)

6 Conduta inicial nos CSP

- Confirmar diagnóstico → registrar estágio G + A
- Educação sobre dieta: dieta mediterrânea. Ingestão recomendada de proteína 0,6-0,8 g/kg/dia
- Redução da ingestão de sal para < 2 g de sódio ou < 5 g de sal/dia e Hidratação adequada
- Atividade física regular: pelo menos 30 minutos, 5 vezes por semana
- Cessação tabágica
- Manutenção de um peso saudável: IMC entre 20 a 25 kg/m²
- Vacinação
- Avaliar e controlar fatores de risco: tensão arterial, glicemia, perfil lipídico
- Nefroproteção farmacológica:
 - IECA/ARA: titular até dose máxima autorizada e tolerada se albuminúria > 300 mg/24 horas e RAC ≥ 700 mg/g ou albuminúria > 30 mg/24h com TA > 130/80 mmHg. Adaptar alvos terapêuticos em doentes idosos.
 - iSGLT2: associar a IECA/ARA ou usar se intolerância.
 - Estatinas: monoterapia (G1-2, ≥ 50a); + ezetimibe (G3-5).
- Rever terapêutica → evitar AINEs, ajustar doses dos fármacos de acordo com TFGe
- Identificar complicações da DRC: anemia, distúrbios ósseos e minerais, acidose metabólica
- Avaliar necessidade de Referenciação para Nefrologia:
 - TFGe ≤ 30 ml/min/1,73m² (G4-G5) confirmada em 2 ocasiões com intervalo de 3 meses;
 - Descida da TFGe > 25% em 12 meses e progressão no grau da DRC ou redução > 5 ml/min/1,73m² em 6 a 12 meses (após exclusão de causas reversíveis);
 - RAC significativo e persistente ≥ 300mg/g; equivalente a razão Proteína/Creatinina > 500 mg/g ou > 500/24h.
 - Microhematúria persistente não explicada por causas uroginecológicas;
 - Distúrbios hidroelectrolíticos recorrentes e do equilíbrio ácido-básico;
 - Suspeita de outras causas de DRC como doença poliquística, obstrução, rim único com declínio acelerado ou outras raras, metabólicas ou hereditárias;
 - HTA resistente (≥ 3 fármacos, incluindo diurético, em doses ótimas);
 - Dúvidas diagnósticas ou progressão rápida apesar de medidas instituídas.

Disclaimer: Este algoritmo não substitui o julgamento clínico. Exclui idades pediátricas, gravidez, transplante e diálise.

Bibliografia:

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.