

Insuficiência Renal Aguda:

EXPERIÊNCIA PESSOAL COM 46 CASOS

Dolores Bender *
Valter Duro Garcia *
Oly Lobato **

SINOPSE: Relato de 46 casos de IRA atendidos na Enfermaria 2 durante dois anos.

Os pacientes são divididos em três grupos etiológicos e são analisados a evolução, as intercorrências, o tratamento e as causas de óbito.

1. Introdução:

Insuficiência Renal Aguda (IRA) é uma urgência médica freqüente que pode aparecer como complicação de diversos estados patológicos e se caracteriza pela súbita redução da função renal, o que torna os rins incapazes de manter a homeostase (1,2).

Clínicamente são conhecidas duas formas de IRA (3): a oligúrica ou anúrica e a não oligúrica, em que o volume urinário é normal ou levemente aumentado.

Sob o ponto-de-vista patogênico clas-

sificam-se as insuficiências renais agudas em (4):

- 1) pré-renal
- 2) renal
- 3) pós-renal

A insuficiência renal aguda intrínseca, a qual é motivo de nosso relato, pode ser subdividida, em termos práticos, em três categorias: cirúrgica, obstétrica e clínica (5).

2. Material Clínico:

Este relato compreende 46 pacientes, 19 homens e 27 mulheres,

Com idade variando de 6 a 71 anos, com uma média de 36,0 e que foram por nós atendidos em algum momento de sua doença.

Não foram relacionados pacientes com IRA de menor severidade ou aqueles que tinham doença renal prévia.

Os detalhes clínicos desse grupo podem ser vistos na Tabela I.

Tabela I

grupo	masc.	femin.	média idade	variação idade
cirúrgico	5	3	47,1	23-71
obstétrico	—	11	31,2	18-41
clínico	14	13	30,9	6-60
total	18	26	35,2	6-71

* Residentes de 3º ano da Enfermaria 2.
** Diretor da Enfermaria 2.

Os pacientes foram distribuídos conforme pode ser visto no Quadro I.

QUADRO I

Grupo cirúrgico:

- cesárea 1
- histerectomia — 2
- gastrectomia — 1
- piloroplastia — 1
- apendicectomia — 1
- ressecção Ca laringe — 1
- lobectomia pulmão — 1

Grupo obstétrico:

- aborto séptico — 6
- toxemia gravidez — 3
- DPP — 1
- FM retido — 1

Grupo clínico:

- glomerulonefrites — 10
- septicemia — 7
- leptospirose — 3
- drogas — 3
- transfusão incompatível — 2
- miscelânea — 2

1) Grupo cirúrgico — oito pacientes, correspondendo a 17,4% dos casos;

2) Grupo obstétrico — onze pacientes, 23,9% dos casos;

3) Grupo clínico — vinte e sete pacientes, 58,4% dos casos: em dez desses a IRA foi causada por Glomerulonefrites diversas (Quadro II), tendo um paciente apresentado hemoptises frequentes o que

levou à hipótese de Síndrome de Goodpasture. Sete pacientes tiveram septicemia (seis estafilocócicas), com Endocardite bacteriana em dois casos. Três tiveram leptospirose, em três a nefropatia foi causada por drogas (gentamicina, amicacina e inseticida organofosforado respectivamente), em dois houve transfusão incompatível e dos dois últimos, um foi picado por cobra e outro teve Síndrome Hépatorenal.

QUADRO II

Tipos de Glomerulonefrites

- GNDA pós-estreptocócica — 3
- GN rapidamente progressiva — 5
- GN membranoproliferativa — 1
- GN mesangial (p/Síndrome hemolítico urêmico) — 1

4. Curso Clínico:

A doença evoluiu com oligúria e/ou anúria em trinta e nove pacientes; nos sete restantes houve diurese mantida. Neste último grupo figuraram os três casos de leptospirose, dois dos pacientes com nefropatia por drogas e dois dos casos de septicemia estafilocócica. Vinte e três pacientes sobreviveram; em vinte e dois de-

les a recuperação da diurese deu-se num prazo médio de 10,1 dias. Um paciente com Glomerulonefrite em que o período de oligúria ultrapassou os sessenta dias está fora dessa faixa; se considerarmos o referido paciente, a média será de 13,6 dias.

As intercorrências podem ser vistas no Quadro III.

QUADRO III

Intercorrências	
— CIVD —	6
— leucopenia —	2
— hematoma retos abdominais —	1
— infecções:	
— viroses —	2
— micose sistêmica —	1
— bacterianas:	
— broncopneumonia —	11
— infec. urinária —	8
— peritonite —	6
— colecistite —	1
— infec. parede —	1

Houve, em nosso grupo, vinte e três óbitos. A mortalidade nas diferentes categorias, bem como as prováveis causas, podem ser vistas na Tabela II.

Tabela II
Óbitos

grupo	óbitos/pacientes	%	causas prováveis
cirúrgico	4/8	50,0	sangramento — 1 sangramento mais infecção — 2 desconhecida — 1
obstétrico	7/11	63,6	IRA — 2 sangramento — 2 infecção — 3
clínico	12/27	44,4	IRA — 2 infecção — 8 insuf. hepática — 1 embolia pulmonar — 1

Os pacientes foram tratados com dieta hipoproteica e hipercalórica, restrição hídrica e antibióticos quando havia indicação. Sangue e heparina (de forma oca-

sional) foram utilizados nos pacientes com CIVD. Alguns casos de Glomerulonefrites usamos também corticóides, imunossuppressores e heparina.

5. Discussão:

A IRA é uma situação médica frequente em clínica nefrológica, haja visto que num período de dois anos conseguimos reunir, somente na Enfermaria 2, quarenta e seis casos. Na mais importante casuística brasileira (6) foram estudados 415 casos em 10 anos e em trabalhos estrangeiros (5), a prevalência é semelhante.

Considerando a idade, os pacientes do grupo obstétrico são relativamente mais jovens do que os do grupo cirúrgico (30 anos, em média), o que está de acordo com a literatura. A média de idade do grupo cirúrgico é de 46,5, menor do que a comumente observada, que varia de 51 a 62 anos (5,8). No grupo clínico houve grande variação de idade, possivelmente devido à multiplicidade de causas — o que também é observado em diferentes casuísticas (5,7).

A maior incidência de mulheres em nosso grupo deveu-se ao grande número de casos obstétricos. Nos dois outros subgrupos não há diferença com o relatado na literatura.

Em nosso grupo, a prevalência de causas cirúrgicas, obstétricas e clínicas foi de 17,4, 23,9 e 58,7 respectivamente. Numa revisão de dois mil e quatrocentos casos estudados em oito grupos, as prevalências equivalentes foram 43, 14 e 34% (9). A baixa frequência de casos cirúrgi-

cos pode ser explicada pelo atendimento de maior número de casos clínicos e obstétricos em nosso serviço. O mesmo fato explica o contingente importante de enfermos com Glomerulonefrites, já que recebemos casos graves de nefropatas agudos, incluindo-se menores de doze anos. Leptospirose não é uma causa comum de IRA em nosso meio. Houve, porém, a coincidência de hospitalização quase simultânea de três casos, todos provindo do mesmo local, o que caracterizou um pequeno surto epidêmico. Os três casos tiveram boa evolução. Um traço marcante nesse grupo é que em todos a diurese se manteve conservada.

Como tem sido apontado na literatura (1,5,9), a maior causa de morte na IRA é infecção; assim o foi no nosso grupo, como pode ser visto na Tabela II. A alta incidência de infecção deve-se, sem dúvida, às más condições gerais dos pacientes, além do que, é óbvio, muitos dos casos já eram "ab initio" portadores de infecção grave.

Um traço importante em seis pacientes foi o aparecimento de Coagulação intravascular disseminada (CIVD), evidenciada por hemorragias difusas, plaquetopenia e anemia. Em cinco desses pacientes, infecção foi o fator importante da CIVD. O sexto caso era o de uma paciente de 18 anos com pré-eclâmpsia (Tabela. VI).

Tabela III
CIVD

Paciente Sexo-Idade	Etiologia	Sangramento	Plaquetas	Fibrinog. (mg %)	KTTP (seg)	Hgb-Ht	TP
EK M 53 a	cirurgia Ca laringe	difuso	30.000	< 50	179	7,2 24	34
MM M 22 a	septicomia estafilocóc.	locais punção	32.000	512	102	8,4 26	13
MP F 23 a	pós cesárea	locais punção	29.000	90	120	11,6 35	32
IG F 37 a	aborto sépt.	equimoses, locais punção	13.200	75	54	11,2 35	
AC F 40 a	pré-eclâmpsia	difuso	372.000	492	> 180	9,4 16	68
SM F 18 a	pré-eclâmpsia	difuso	90.000	96	> 180	8,2 26	44

A percentagem total de óbitos foi de 50,0% e a de uma revisão de 1.541 casos, 44,2 (7). No grupo obstétrico tivemos 63,6% de óbitos, o que está muito acima do encontrado na literatura em que é de 10 a 15% (1). A responsabilidade deste fato pode ser atribuída ao surpreendente achado de Necrose cortical bilateral em quatro pacientes deste grupo.

Entre sete pacientes com diurese conservada, tivemos dois óbitos, ambos não relacionados à nefropatia, o que está de acordo com a literatura que refere a menor gravidade desses casos.

A título de conclusões podemos dizer o seguinte:

1) IRA é uma enfermidade bastante freqüente em nosso meio;

2) no grupo por nós estudado predominam as causas ditas clínicas; isso é explicado pela peculiar natureza de nosso serviço;

3) a mortalidade global foi de 50% e a infecção continua sendo a principal causa de morte;

4) queremos ressaltar em nosso estudo a presença de Necrose cortical bilateral em quatro pacientes e a alta freqüência de CIVD nesta série.

Bibliografia:

1. Levinsky, N.G. and Alexander, E.A.: Acute Renal Failure, The Kidney. Edited by Brenner, B.M. and Rector, F.C., Philadelphia. W.B. Saunders, 1976, pg. 806-837.
2. Braga, B.F.: Insuficiência Renal Aguda, in Orientação diagnóstica em Nefrologia. Lobato, O. e Braga, B.F. Porto Alegre, Falmed. 1975 pg. 111-118.
3. Crosson, J.T. and Gulmess, S.: Acute Renal Failure: Pathology and Pathogenesis. Minn. Med. 1: 18, 1975.
4. Griffith, E. et al: Acute reversible intrinsic renal failure. Surg. Gynecol and Obstet. 146: 631, 1978
5. Kennedy, A.C. et al Factors affecting the prognosis in acute renal failure. Quart. J.M. 42: 73, 1972.
6. Sabbaga, E. e Vasconcelos, E.: Insuficiência Renal Aguda. Sanvier, 1970.
7. Rentoro, R. et al: Nuestra experiencia en 191 casos de Insuficiência Renal Aguda. Rev. Clín. Esp. 140: 243, 1976.
8. Ray, J.F. et al: Postoperative renal failure in the 1970's. Arch. Surg. 108: 576, 1974.
9. Mazzo, R.I.: Critical care of the patients with Acute Renal Failure: Anesthesiology. 47: 138, 1977.