

Diagnóstico da injúria renal aguda em terapia intensiva: biomarcadores ou informação?

Acute kidney injury diagnosis in Intensive Care Units: biomarkers or Information?

Autores

Flávio Teles de Farias Filho¹

Maria Carolina Santos Malafaia¹

Erika Thaynara Martins¹

¹ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

RESUMO

Nos últimos anos, o diagnóstico da injúria renal aguda (IRA) vem sendo baseado em classificações como as de RIFLE, AKIN E KDIGO, que têm o objetivo de uma padronização mundial e maior agilidade no reconhecimento da doença. É essencial que os intensivistas estejam familiarizados com estas classificações, porque, na maioria das vezes, eles terão a primeira oportunidade de diagnosticar a IRA no paciente crítico. No entanto, ainda é muito comum que a chamada do nefrologista para avaliar pacientes em UTIs seja feita em estágios muito avançados da IRA, quando as medidas para evitar a progressão da doença são bastante limitadas. Recentemente, avaliamos intensivistas sobre os critérios diagnósticos de IRA, com ênfase no RIFLE, e observamos um baixíssimo grau de conhecimento, além de pouco uso dessas classificações na prática diária. Diante da busca constante por novos biomarcadores de lesão renal, estas e outras evidências indicam a necessidade urgente de ações simples, como o início de medidas educativas, no intuito de familiarizar os intensivistas com os instrumentos clínicos mais recentes para o diagnóstico da IRA.

Palavras-chave: diagnóstico precoce; lesão renal aguda; unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

In recent years, the diagnosis of acute kidney injury (AKI) has been based on classifications such as RIFLE, AKIN and KDIGO, which has the goal of world standardization and timely recognition of the disease. It is essential that intensivists be aware about these classifications, because most of the time, they will have the first opportunity to diagnose AKI. However, it is still very common that the nephrologist consultation be performed in advanced stages of the AKI, when the interventions to halt the progression are very limited. We recently assessed intensivists on AKI diagnostic criteria, with emphasis on RIFLE, and observed a very low level of knowledge and lack of use in daily practice. Faced with the constant search for new biomarkers of kidney injury, these and other evidences, highlights the urgency of simple actions, such as the beginning of educational interventions in order to familiarize the intensivist with the latest clinical tools for AKI diagnosis.

Keywords: acute kidney injury; early diagnosis; intensive care units.

Caríssimo Editor,

Na última década o diagnóstico da injúria renal aguda (IRA) foi padronizado por meio das classificações de RIFLE, AKIN e mais recentemente KDIGO.¹ Também vem sendo sugerido que a intervenção do nefrologista, quando realizada em tempo adequado, apresenta um impacto positivo na evolução do paciente com IRA.²

A provável justificativa para tal fato está na tomada de medidas como: ajuste da dose ou suspensão de medicações potencialmente nefrotóxicas, adequada

reanimação volêmica e instituição mais precoce da diálise. Desta forma, é fundamental que intensivistas estejam familiarizados com estas classificações, pois, na maioria das vezes, terão a primeira oportunidade do diagnóstico da IRA em pacientes críticos. A despeito do descrito acima, uma das queixas mais comuns entre os nefrologistas é a de ser chamado nas unidades de terapia intensiva (UTIs) em fases muito avançadas da IRA.

Recentemente avaliamos, por meio de um questionário de 14 perguntas,

Data de submissão: 8/8/2016.
Data de aprovação: 9/8/2016.

Correspondência para:

Flávio Teles de Farias Filho.
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).
Rua Antônio Cansação, nº 181, Ponta Verde, Maceió, AL, Brazil. CEP: 57035-190
E-mail: flaviooteles@hotmail.com

DOI: 10.5935/0101-2800.20170017

o conhecimento de intensivistas sobre os critérios diagnósticos de IRA, em oito UTIs de uma capital brasileira, dando mais ênfase ao mais antigo deles (RIFLE). Quarenta e três questionários foram respondidos, sendo que a maior parte dos entrevistados (53,4%) tinha mais de 10 anos de exercício da Medicina e 44,1% trabalhavam há mais de 10 anos com pacientes críticos.

Constatou-se que a maior parte dos intensivistas (55,8%) desconhecia qualquer tipo de critério diagnóstico de IRA e, dos que afirmaram conhecer, apenas 20,9% nomearam critérios realmente pertinentes. Outro dado alarmante é que apenas 25% disseram utilizar estes critérios em sua prática diária, sendo a principal razão a não padronização nas UTIs avaliadas. Estes dados sugerem que a falta de conhecimento seja um dos responsáveis por atrasos na solicitação da avaliação pela equipe da Nefrologia em casos de IRA em UTI.

O tempo adequado para avaliação do nefrologista na IRA é muito discutível, mas há evidências que sugerem que deva ser inversamente proporcional à gravidade do paciente. Recentemente, demonstramos que uma avaliação mais tardia (mais de 24 horas após o diagnóstico da IRA), foi associada com maior mortalidade e evolução para formas mais graves da doença com maior frequência.²

Frequentemente, o intensivista é o médico a ter a primeira oportunidade de reconhecer a IRA ainda em

sua fase inicial. No entanto, nossos dados e estudos prévios sugerem que isto não vem ocorrendo. É provável que o desconhecimento sobre os critérios de IRA também aconteça em outros estados e fora do país. Como exemplo, em um estudo realizado no Reino Unido, observou-se que 33% dos pacientes com risco de IRA não foram investigados de forma adequada, clínica e laboratorialmente, o que resultou no dado de que 43% dos que desenvolveram IRA tiveram um diagnóstico considerado tardio.³

Em tempos da busca de novos biomarcadores para o diagnóstico mais precoce da injúria renal em doentes críticos, os dados aqui apresentados sugerem que a ação mais urgente deve ser bem mais simples, como o início de medidas educativas dentro das UTIs, no intuito de familiarizar os intensivistas com as ferramentas clínicas mais recentes para o diagnóstico da IRA. Só assim chegaremos mais cedo.

REFERÊNCIAS

1. Fujii T, Uchino S, Takinami M, Bellomo R. Validation of the Kidney Disease Improving Global Outcomes criteria for AKI and comparison of three criteria in hospitalized patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2014;9:848-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.09530913>
2. Teles F, Teixeira MEF, de Almeida LLA, Lins CRU, Santos RO, Costa AFP. Impact of a Timely Nephrologic Consultation in Acute Kidney Injury in a Public Hospital. *J Clin Nephrol Res* 2016;3:1035-41.
3. Stewart JA. Adding insult to injury: care of patients with acute kidney injury. *Br J Hosp Med (Lond)* 2009;70:372-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/hmed.2009.70.7.43116>