

Um desafio permanente

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NO RECÉM-NASCIDO

Dra. Maria Letícia Cascelli de Azevedo Reis
Nefrologia do Hospital Santa Lúcia

A insuficiência renal aguda, definida como um súbito “déficit” da função renal, resulta na retenção de produtos “tóxicos” do metabolismo corporal. No recém-nascido, definimos insuficiência renal aguda quando a creatinina sérica é igual ou superior a 1,5mg%, podendo ou não ser oligúrica (débito urinário inferior a 1ml/kg/hora). Nos poucos relatos disponíveis sobre sua incidência nesta faixa etária, a mesma parece estar em torno de 8% das internações em UTI neonatais. Frequentemente são bebês prematuros e/ou gravemente enfermos.

O recém-nascido é mais suscetível à insuficiência renal aguda, provavelmente pelas alterações volêmicas que ocorrem no período neonatal, pelo aumento das perdas insensíveis e, no prematuro, há uma imaturidade do desenvolvimento do sistema urinário, uma vez que a embriogênese renal termina na 35ª semana gestacional.

A hipovolemia, hipoxemia e septicemia são as mais comuns causas de insuficiência renal aguda, com distribuição em pré-renal (85%), pós-renal (3%) e intra-renal (11%).

O diagnóstico no recém-nascido se faz através de creatinina sérica em ascensão (0,2-0,3mg%/dia) ou >1,5mg%, geralmente associada à oligo-anúria (ausência de débito urinário após 48 horas de vida ou débito urinário inferior a 1 ml/kg/hora). A insuficiência renal aguda frequentemente está vinculada à hiponatremia, hipercalemia, acidose metabólica e outras alterações metabólicas. A hipervolemia pode ser significativa nos neonatos anúricos.

Na avaliação do neonato com insuficiência renal aguda devemos obter: história e exame clínico cuidadosos, urinálise, avaliação hematológica, dosagem e/ou taxa de excreção de sódio urinário (não fidedigna se obtida sob uso de agentes inotrópicos ou diuréticos), ultra-sonografia com Doppler de vias urinárias, eventualmente uretrocistografia miccional e cintilografia radioisotópica. Uma vez diagnosticado a insuficiência renal aguda, o tratamento deve ser prontamente instituído, compreendendo o tratamento da sua etiologia, restabelecimento do equilíbrio hidroeletrólítico, suporte nutricional e até dialítico, se necessário.

É fundamental o contexto de uma UTI neonatal/pediátrica com “expertise” no manuseio de neonatos gravemente enfermos, possibilitando toda complexa estrutura que se faz necessária para recuperação dos mesmos.

Felizmente, o Hospital Santa Lúcia oferece condições adequadas para tratar neonatos que se apresentam com insuficiência renal aguda. Exemplo disso são casos como o de RTLS, nascido com 38 semanas de gestação, com 2.980g e 48 cm, portador de cardiopatia congênita grave (hipoplasia de aorta ascendente com interrupção de arco aórtico, CIA, CIV, hipertensão pulmonar severa). O recém-nascido foi admitido na UTI pediátrica (sob chefia do Dr. César Zahllouth e Dra. Alzira Santos), submetido à cirurgia de Norwood (cirurgia cardíaca complexa, pelos Drs. Itacir Francischini e Nestor Sabatovic, ambos do Cardiocentro), aos 23 dias de vida, evoluindo com insuficiências respiratória e renal agudas no pós-operatório (sob ventilação mecânica e com níveis séricos de uréia e creatinina de 200mg% e 4,5mg %, respectivamente),

necessitando de suporte dialítico. Este último foi realizado sob a técnica de diálise peritoneal, com cateter flexível, pelo tempo necessário à recuperação da função renal. A restauração da função renal possibilitou a interrupção da diálise peritoneal, retornando o rim ao seu funcionamento normal.

ACVM, cuja mãe relatou história de ter apresentado infecção urinária na gestação, nasceu prematuro com 24 semanas de gestação, 770g e, por ter apresentado enterite necrosante, foi admitido na UTI neonatal do Hospital Santa Lúcia (sob chefia do Dr. Nelson Diniz), necessitando de intervenção cirúrgica intestinal. Evoluiu com insuficiência respiratória renal aguda (também sob suporte ventilatório, anúria, creatinina sérica de 1,9mg%, Na^+ sérico de 118mEq/l, pH sérico de 7,2 com bicarbonato de 8). Apesar do pós-operatório de cirurgia abdominal, optamos por submetê-lo à diálise peritoneal, com cateter flexível. O procedimento vinha sendo realizado com sucesso até que o neonato apresentou sinais de nova perfuração intestinal, motivando interrupção da diálise peritoneal e outra abordagem cirúrgica abdominal. Como persistiu a insuficiência renal aguda, no pós-operatório foi iniciada hemólise convencional, diária, com equipamento adequado ao neonato.

Apesar da complexidade dos procedimentos, entendemos que cada vida humana (por “menor” que seja!) é um dom de Deus, sobre a qual nós, médicos, prometemos zelar.

O desafio do manuseio da insuficiência renal aguda no neonato só pode conduzir ao êxito num contexto multidisciplinar, quando unimos infra-estrutura hospitalar adequada, conhecimento técnico, dedicação e respeito mútuo entre as equipes e para com o paciente e seus familiares.

Nós, da equipe de Nefrologia do Hospital Santa Lúcia, assim entendemos o desafio da insuficiência renal aguda no neonato: um estímulo para maior humildade e integração entre os profissionais que com ela se deparam no seu dia-a-dia.