

## Protocolos de encaminhamento para nefrologia adulto

O protocolo de Nefrologia – pacientes adultos – foi publicado em resolução CIB/RS 172/2015 e será revisado conforme resolução CIB/RS 764/2014.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Nefrologia. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

**Pacientes com taxa de filtração estimada < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (estágios 4 e 5), hematúria por provável doença glomerular, perda rápida de função renal, suspeita de síndrome nefrítica ou nefrótica (após devida avaliação em caráter emergencial, quando indicado) devem ter preferência no encaminhamento ao nefrologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.**

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

---

**Atenção:** oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

---

Elaborado em 07 de abril de 2014.

1ª Revisão em 25 de fevereiro de 2016.

2º Revisão em 09 de fevereiro de 2018

## Supervisão Geral:

João Gabbardo dos Reis

## Coordenação:

Marcelo Rodrigues Gonçalves  
Roberto Nunes Umpierre

## Organizadores:

Milena Rodrigues Agostinho  
Rudi Roman

## Autores:

Erno Harzheim  
Elise Botteselle de Oliveira  
Dimitris Rucks Varvaki Rados  
Guilherme Behrend Silva Ribeiro  
Josué Basso  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz  
Rudi Roman

## Colaboração

Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

## Diagramação:

Lorenzo Costa Kupstaitis

## Normalização:

Rosely de Andrade Vargas

TelessaúdeRS-UFRGS 2018

Porto Alegre – RS.

## Protocolo 1 – Doença renal crônica

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (Estágio 4 e 5) (quadro 1) ; **ou**
- taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas a doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); **ou**
- perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m<sup>2</sup> em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, confirmado em dois exames); **ou**
- proteinúria<sup>1</sup> (quadro 2); **ou**
- presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); **ou**
- alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal (quadro 3).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- alterações ecográficas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal (quadro 3).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);
2. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
3. resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
4. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data;
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup> microalbuminúria (exceto em pacientes diabéticos) e macroalbuminúria (ver quadro 2 no anexo).

## Protocolo 2 – Infecção urinária recorrente

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano) mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- alteração anatômica ginecológica que provoque ITU recorrente.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
4. resultado de ecografia das vias urinárias, com data;
5. descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);
6. em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 3 – Litíase renal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose grave, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento farmacológico que não pode ser realizado na APS; ou
- impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos recorrentes com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- cálculo ureteral maior que 10 mm; **ou**
- cálculo ureteral  $\leq$  10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico; **ou**
- cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário); **ou**
- cálculo renal assintomático maior que 10 mm; **ou**
- cálculo renal coraliforme, de qualquer tamanho; **ou**
- cálculo vesical.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de tomografia de abdômen sem contraste ou ecografia urinária ou raio X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles);
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
5. tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;
6. investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 4 – Hipertensão arterial sistêmica

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- DRC e hipertensão resistente (falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão); **ou**
- hipertensão secundária à provável doença renovascular ou doença do parênquima renal (quadro 4).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia ou endocrinologia (conforme a principal suspeita clínica da hipertensão secundária):

- suspeita de hipertensão secundária (quadro 4).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. medicações em uso, com dose e posologia;
3. duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
4. alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes, com data;
5. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 5 – Cistos/doença policística renal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- suspeita de doença policística renal (quadro 5).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia computadorizada com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F); **ou**
- cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes);
2. resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia computadorizada), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;
3. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
4. cor da pele (preta ou não), para cálculo da Taxa de Filtração Glomerular;
5. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data (se hematúria, 2 exames com 8 semanas de intervalo entre eles e pesquisa de hemácias dismórficas<sup>1</sup>);
6. presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não) e grau de parentesco;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>A pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por urologista.

## Protocolo 6 – Hematúria

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- hematúria macroscópica, sem coágulos, sugestiva de doença glomerular (quadro 6); **ou**
- hematúria microscópica persistente sugestiva de doença glomerular (confirma em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas positiva).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- hematúria macroscópica assintomática com coágulos, na ausência de infecção; **ou**
- hematúria macroscópica assintomática, sem coágulos, e sem evidência de doença glomerular (ver quadro 6 no anexo), confirmada em exame (1 exame de EQU/EAS/Urina tipo 1). Excluir causas benignas (infecção urinária, febre, trauma ou sangramento menstrual); **ou**
- hematúria microscópica ( $\geq 3$  hemácias/campo) assintomática persistente de origem não glomerular (confirmada em 2 exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), na ausência de causas benignas identificadas, em pacientes com 35 anos ou mais ou com fatores de risco para neoplasia urotelial<sup>2</sup>.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
3. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
4. se hematúria sem coágulos, descreva resultados dos exames, com data: creatinina, microalbuminúria em amostra (ou albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria), hemácias dismórficas<sup>1</sup>, EQU/EAS/Urina tipo 1 (se hematúria microscópica e sem coágulos, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles<sup>1</sup>);
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

<sup>1</sup> A pesquisa de hemácias dismórficas é importante para definir se a origem é glomerular. Hematúria cuja origem não é glomerular deve ser avaliada por urologista.

<sup>2</sup> Risco para neoplasia urotelial: história de tabagismo, sintomas miccionais irritativos ou cistite crônica, radioterapia pélvica, cateterismo intermitente ou sondagem vesical de demora ou exposição ocupacional a carcinógenos (trabalhadores em fábrica de corantes, borracha, couro, têxteis, produtos de pintura e empresas de impressão, além de pintores, mecânicos, tipógrafos, cabelereiros e motoristas de caminhão).



## Referências

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2017. **Diabetes Care**, New York, v. 40, suppl. 1. Disponível em: [http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement\\_1.DC1/DC\\_40\\_S1\\_final.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf). Acesso em: 10 jan. 2018.
- BARROS E.; FOCESATTO, L. F. (Org.). **Medicina interna na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. S. (Org.). **Nefrologia no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. **Simple and complex renal cysts in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>. Acesso em: 21 dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CHAPMAN, A. B.; RAHBARI-OSKOU, F. F.; BENETT, W. M. **Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>. Acesso em: 21 dez. 2017.
- CURHAN, G. C.; ARONSON, M. D.; PREMINGER, G. M. **Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis-in-adults>. Acesso em: 21 dez. 2017.
- DAVIS, R. et al. Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria (AMH) in Adults: AUA Guideline. Linthicum, MD: American Urological Association, 2012 [atualizado em 2016]. Disponível em: [http://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic-microhematuria-\(2012-reviewed-and-validity-confirmed-2016\)](http://www.auanet.org/guidelines/asymptomatic-microhematuria-(2012-reviewed-and-validity-confirmed-2016)). Acesso em: 21 dez. 2017.
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- FANG, L. S. T. Evaluation of the patient with hematuria. In: GOROLL, A. H.; MULLER, A. G. **Primary Care Medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. p. 940-945.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.
- HALPERN, J. A.; CHUGHTAI, B.; GHOMRAWI, H. Cost-effectiveness of common diagnostic approaches for evaluation of asymptomatic microscopic hematuria. **JAMA Intern Med.**, Chicago, v. 177, n. 6, p. 800-807, 2017.



HOOTON, T. M.; GUPTA, K. **Recurrent urinary tract infection in women**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/recurrent-urinary-tract-infection-in-women>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

KAPLAN, N. M., CALHOUN, D. A. **Treatment of resistant hypertension**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-resistant-hypertension>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CALHOUN, D. A.; TOWNSEND, R. R. Definition, risk factors, and evaluation of resistant hypertension. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/definition-risk-factors-and-evaluation-of-resistant-hypertension>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

KURTZ, M.; FELDMAN, A. S.; PERAZELLA, M. A. **Etiology and evaluation of hematuria in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hematuria-in-adults>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

LEVEY, S. A. INKER, L. A. **Definition and staging of chronic kidney disease in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD-MBD WORK GROUP. KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). **Kidney International Supplement**. Malden, MA, v. 7, n. 1, p. 1-59. Disponível em: <<http://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

MCVARY, K. T. SAINI, R. **Lower urinary tract symptoms in men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Lower urinary tract symptoms in men: management**. London: NICE, 2010 [atualizado em: jun. 2015]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg97>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

NIAUDET, P. **Renal hypoplasia**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/renal-hypoplasia>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PAPADAKIS, M., MCPHEE, S., RABOW, M. W. **Current: medical diagnosis & treatment**. 52th. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2013.

POMPEO, A. C. L., et al. **Câncer renal: diagnóstico e estadiamento**. Associação Médica Brasileira, 2006. Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes.

RHODEN, E. L., et al. **Urologia**: no Consultório. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROVIN, B. H. **Assessment of urinary protein excretion and evaluation of isolated non-nephrotic proteinuria in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/assessment-of-urinary-protein-excretion-and-evaluation-of-isolated-non-nephrotic-proteinuria-in-adults>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SOARES, J. L. M. F. et al. **Métodos diagnósticos**: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.

TORRES, V. E.; BENETT, W. M. **Diagnosis of and screening for autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

WALD, R. **Urinalysis in the diagnosis of kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinalysis-in-the-diagnosis-of-kidney-disease>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

WOLLIN, T.; LAROCHE, B.; PSOOY, K. Canadian guidelines for the management of asymptomatic microscopic hematuria in adults. **Canadian Urological Association Journal**, Montréal, v. 3, n. 1, p. 77-80, 2009.

ROMAN, F. R. Hemácias dismórficas, detecção de. In: SOARES, J. L. M. F. et al. **Métodos diagnósticos**: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 350-351

## Anexos

### Quadro 1 – Estágios da Doença Renal Crônica (DRC)

Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi,  
 O cálculo da taxa de filtração glomerular pode ser realizado com o aplicativo  
 “Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI” disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS  
 Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/desenvolvimento/aplicativos/taxa-de-filtracao-glomerular/>

Estágio	Taxa de filtração glomerular (mL/min/1,73m <sup>2</sup> )
1 *	> 90
2 *	60 a 89
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017).

\* Doença Renal Crônica é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. TFG > 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, sem outros marcadores de dano renal (como proteinúria, cilindros patológicos, anormalidades estruturais), não é considerada DRC.

### Quadro 2 – Valores de referência para albuminúria

Exame	Normoalbuminúria	Microalbuminúria	Macroalbuminúria
Amostra de urina única	< 17 mg/L	17 a 173 mg/L	≥ 174 mg/L
Amostra de urina de 24 horas.	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017) e DUNCAN (2013).

### Quadro 3 – Alterações anatômicas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal

Doença Policística Renal (quadro 5)
Estenose de Artéria Renal
Assimetria Renal (diferença de 1,5 cm entre os rins)
Rim único (em pessoa de alto risco para perda de função renal, como: HAS, diabetes, entre outros)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

\* Alterações como hidronefrose, cisto simples que produz obstrução e massas renais ou tumores devem ser avaliadas inicialmente pelo Urologista.

**Quadro 4 – Características que sugerem hipertensão secundária**

Suspeita Clínica	Alteração
Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético)	
Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos.	
Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar)	
Doença renovascular	Sopro abdominal, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina (inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina). Suspeita-se quando houver diminuição de 30% da taxa de filtração glomerular após iniciar a medicação ou incremento na creatinina basal em 0,5 a 1 mg/dL.
Doença do parênquima renal	Elevação da creatinina, ureia, proteinúria, hematuria.
Coarctação da aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, pressão sistólica em membros superiores pelo menos 10 mmHg maior que nos membros inferiores, sopro sistólico interescapular ou sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda parede torácica.
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Ronco, sonolência diurna, apneia noturna.
Hipertireoidismo	Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores, taquicardia.
Hiperparatireoidismo	Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza muscular
Hiperaldosteronismo	Hipocalemia e/ou com nódulo adrenal
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações.
Síndrome de Cushing	Face em “lua cheia”, “corcova” dorsal, estrias purpúricas, obesidade central

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010).

**Quadro 5 – Suspeita de doença policística renal**

<b>História familiar positiva e</b>
Pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais
Pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim
Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim
<b>História familiar negativa e</b>
10 ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos.

Fonte: BARROS (2013).

**Quadro 6 – Achados sugestivos de hematuria por doença glomerular**

hemácias dismórficas positiva (especialmente se descrito presença de acantócitos)
presença de acantócitos no exame de urina
proteinúria
cilindros hemáticos
insuficiência renal (elevação de creatinina e/ou ureia)
história familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KURTZ (2017).