

Protocolo de encaminhamento para urologia adulto

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Urologia. Estes protocolos foram aprovados em resolução CIB/RS 176/2015. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

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.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia em trato geniturinário (lesões sólidas no trato geniturinário ou cisto com classificação de Bosniak superior a 3) devem ter preferência no encaminhamento ao urologista, 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.

Publicado em 09 de julho de 2015.

Revisado em 10 de setembro de 2015.

Protocolo 1 – Hiperplasia prostática benigna (HBP)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical); **ou**
- HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência); **ou**
- HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo infecção urinária recorrente); **ou**
- sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado (uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (como doxazosina 4 mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária, descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
2. tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
3. resultado do exame de PSA total, com data;
4. resultado de exame de creatinina sérica, com data;
5. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
6. resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, com data, quando realizada;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 2 – Neoplasia de próstata

Não é recomendável solicitar PSA para rastreamento populacional do câncer de próstata. É necessário levar em consideração as preferências pessoais dos pacientes e informá-los sobre potenciais benefícios e malefícios do rastreamento. Para pacientes com sintomas do trato urinário inferior, o PSA deve ser solicitado conforme suspeita clínica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- neoplasia em biópsia prostática; **ou**
- suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria); **ou**
- pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade (ver quadro 1 no anexo para limites de normalidade do PSA total por faixa etária). Nesses casos excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento; **ou**
- pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml; **ou**
- pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após 1 mês).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
2. resultado de biópsia prostática, se realizada;
3. resultado de PSA total, com data (se PSA total < 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado para sua idade em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);
4. resultado de EQU/EAS/urina tipo 1, com data;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 3 – Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- patologias escrotais benignas sintomáticas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);
2. descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado);
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 4 – Incontinência urinária

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia ou ginecologia:

- incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- paciente com prolapso genital e sintomas de incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
3. resultado de urocultura, com data;
4. resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);
5. tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);
6. outros medicamentos em uso que afetam continência urinária (sim ou não). Se sim, quais?
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 5 – Disfunção sexual masculina

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses; **ou**
- disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5; **ou**
- doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

- suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo ¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. outros medicamentos em uso com posologia;
4. se paciente com doença de Peyronie, apresenta incapacidade para manter relação sexual (sim ou não);
5. se suspeita de hipogonadismo descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total coletados em dias diferentes;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

¹ Na possibilidade de investigar hipogonadismo, solicitar com a segunda amostra de testosterona total os seguintes exames: LH, FSH, prolactina, TSH e T4-livre.

Protocolo 6 – Litíase renal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- cálculo ureteral maior que 10 mm; **ou**
- cálculo ureteral entre 4 mm e 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico; **ou**
- cálculo vesical; **ou**
- cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário); **ou**
- cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

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 com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de 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 teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 7 – Cistos/doença policística renal

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 com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F); **ou**
- cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- suspeita de doença policística renal (ver quadro 2, no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);
2. resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), 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, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas ¹);
6. presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

¹A 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 8 – Doença renal crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular; **ou**
- alterações que provoquem lesão ou perda da função renal (ver quadro 3 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (Estágio 4 e 5) (ver quadro 4, no anexo) ; **ou**
- proteinúria (ver quadro 5, no anexo); **ou**
- hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas positiva) ; **ou**
- alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal (ver quadro 3, no anexo); **ou**
- perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m², confirmado em dois exames); **ou**
- presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).

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 (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas¹), com data;
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

¹A 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 9 – Infecção urinária recorrente

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia:

- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

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, retoccele ou prolapso uterino;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 10 – Condiloma acuminado / Verrugas virais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou
- pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal)/ verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

- pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
- resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
- tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
- número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Atenção: É de boa prática investigar outras DSTs (sífilis, HIV, hepatite B e C) em pessoas que apresentam condiloma acuminado.

Referências

- 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.
- BENETT, W. M.; KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. **Simple and complex renal cysts in adults**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>>. Acesso em: 27 jan. 2015.
- BURFORD D. C., KIRBY M., AUSTOKER, J. **Prostate cancer risk management programme information for primary care: PSA testing in asymptomatic men**. Evidence document. NHS Cancer Screening Programmes, 2010. Disponível em: <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/pcrmp-guide-2.html>>
- CHAPMAN, A. B.; RAHBARI-OSKOU, F. F.; BENETT, W. M. **Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 27 jan. 2015.
- CUNNINGHAM, G. R., KADMON, D. **Medical treatment of benign prostatic hyperplasia**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- CUNNINGHAM, G. R., R.C. **Overview of male sexual dysfunction**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- CLEMENS, J. Q. **Urinary incontinence in men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- DUBEAU, C. E. **Approach to women with urinary incontinence**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-women-with-urinary-incontinence>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- EYRE, R.C. **Evaluation of nonacute scrotal pathology in adult men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-nonacute-scrotal-pathology-in-adult-men>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- FLANNERY M.T., ABEL E. Hiperplasia prostática benigna. **Best Practice** [Internet]. Londres: BMJ Publishing Group Limited, 2014 [atualizada em 31 out 2014]
- GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Próstata** [Internet]. INCA, janeiro de 2015. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>

LEVEY, S. A. INKER, L. A. **Definition and staging of chronic kidney disease in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults>>. Acesso em: 20 jan 2015.

MCVARY, K. T. SAINI, R. **Lower urinary tract symptoms in men**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men?>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Lower urinary tract symptoms**. The management of lower urinary tract symptoms in men. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010. 34 p. (Clinical guideline, n. 97). Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg97/resources/guidance-lower-urinary-tract-symptoms-pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

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.

SARTOR, A.O. **Risk factors for prostate cancer** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-prostate-cancer>> Acesso em 11 dez 2014.

SNYDER, P. J. **Clinical features and diagnosis of male hypogonadism**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

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

TORRES, V. E.; BENETT, W. M. **Diagnosis of and screening for autosomal dominant polycystic kidney disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-male-hypogonadism>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

Anexos

Quadro 1 – Limites de normalidade do PSA total por faixa etária

Idade	Valores do PSA total (ng/ml)
50 – 59 anos	≤ 3
60 – 69 anos	≤ 4
70 – 79 anos	≤ 5

Fonte: BURFORD((2010).

Quadro 2 – Suspeita de doença policística renal

História familiar positiva e
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.
História familiar negativa e
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 3 – Alterações anatômicas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal:

hidronefrose persistente sem causa definida após avaliação em serviço de emergência;
hiperplasia prostática benigna com obstrução causando hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ ou globo vesical;
cistos simples que causam obstrução;
massas ou tumores renais.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

Alterações como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal devem ser avaliadas inicialmente pelo nefrologista.

Quadro 4 – Estágios da doença renal crônica

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.

< <http://www.ufrgs.br/telessaunders/nossos-servicos/aplicativos-telessaunders-ufrgs/aplicativos-telessaunders-ufrgs>>

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

Fonte: DUNCAN (2013).

Quadro 5 – 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 299 mg	≥ 300 mg
Relação albuminúria/creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 299 mg/g	≥ 300 mg/g

Fonte: DUNCAN (2013).

Encaminhar ao nefrologista paciente com macroalbuminúria, independente da taxa de filtração glomerular.

Se TFG entre 30 e 60 mL/min/1,73 m², encaminhar para o nefrologista paciente com microalbuminúria (exceto diabético, que deve ser encaminhado se apresentar macroalbuminúria).



Organizadores:

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Autores:

Brasil da Silva Neto

Erno Harzheim

Elisa Eichenberg Furasté

Ligia Marroni Burigo

Lucas Medeiros Burtet

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Rodrigo da Silva

Rudi Roman

Sandra Gomes de Almeida

Designer:

Luiz Felipe Telles

Revisão

Ana Célia da Silva Siqueira

Complexo Regulador Estadual – SES/RS

Letícia Felipak dos Passos Martins

Rosely de Andrade Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2015
Porto Alegre – RS.